

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año VIII.

Madrid, 15 de Diciembre de 1918.

Núm. 24.

SUMARIO

Los enfermos de corazón á la guerra, en la guerra y por la guerra, por el **Dr. R. Royo Villanova**.—*Progreso en Oftalmología*, por **Galo Fernáñez España**.—*La presencia del plomo en la leche esterilizada*, por **Gregorio Olea**.—*Ampollas con testigo de esterilización*, por **S. Cambronero**.—*Nota clínica sobre los nuevos aspectos de la inmunidad en la sífilis*, por el **Dr. Miguel Benzo**.—*Escotomas fisiológicos móviles (moscas volantes)*, por **P. Piquero**.—*Necrología*: Don Enrique Plaza é Iglesias.—Don Francisco Chinchilla Rosende y Don Fernando Pérez García.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Javelización automática del agua.—*Prensa militar-profesional*: Un caso de exoftalmia pulsátil doble por herida de guerra. Ligadura de las carótidas internas. Muerte.—El primer tren-balneario militar suizo.—*Bibliografía*: Epítome de Patología y Clínica médicas. Protopatías. Distrofías, por el Dr. D. Ricardo Royo Villanova.—*Sección oficial*. SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

Los enfermos de corazón á la guerra, en la guerra y por la guerra

Lección inaugural del curso de Patología y clínica médicas de 1918 á 1919

Con verdadera pena rindo por quinta vez culto á la actualidad, hablando con ocasión de la lección inaugural de un nuevo curso, acerca de esta enorme y desoladora conflagración, en sus relaciones con los asuntos de nuestra asignatura.

Con más pena que nunca, no solamente porque es un año más de exterminio y desolación, sino porque estamos más próximos á la posibilidad de ser nuestro pueblo uno de tantos beligerantes, en vez de continuar siendo uno de tan pocos afortunados con los beneficios de la paz inturbada.

¡Quiera Dios que el curso próximo no tengamos que recurrir á la guerra como único tema de actualidad. Plegue á Dios sobre todo y cuando menos que el humo del incendio que ya hoy nos llega, cegando nuestros ojos, no se haya trocado en llamas que abrasen nuestras carnes!

Pero por si el momento llega, pensemos en nuestra juventud,

es decir, en la vuestra, que es nuestra esperanza, y con la enseñanza de lo que acontece á los extraños, meditemos en lo que nos puede ocurrir y dediquemos esta lección inaugural á este problema interesante del corazón en sus relaciones con la guerra, que ha sido objeto de tan notables trabajos por los Médicos militares y Profesores de las clínicas de todos los beligerantes, y de las cuales nosotros, por las condiciones en que la guerra se hace, no tenemos conocimiento más que de lo que se refiere á la ciencia inglesa, francesa é italiana.

Pongamos á contribución sus observaciones y sus estadísticas, ilustremos con su estudio nuestras reflexiones actuales, y veamos de desarrollar los tres puntos de nuestro programa ó sumario de la conferencia, aunque no sea más que en sus líneas generales ó en las ideas fundamentales que su consideración nos sugiere.

I

LOS ENFERMOS DEL CORAZÓN Á LA GUERRA

Hay muchos individuos que se hacen declarar inútiles para el servicio militar como enfermos del corazón, y que tienen el corazón sano.

Hay otros que aun siendo enfermos del corazón deben considerarse aptos para el servicio militar.

Lo primero acusa un error de diagnóstico.

Lo segundo un error de pronóstico.

El deseo de huir de la sujeción y de la estrecha disciplina que cercena en cierto modo la libertad individual en tiempos de paz, y el de huir del peligro y de los sufrimientos en tiempo de guerra, hace que en todos los países procuren los jóvenes en quienes no ha sabido inculcarse un sentimiento de la Patria capaz de exaltarse en los momentos en que más la Patria necesita de nosotros, pretextar mil impedimentos físicos, entre los cuales destacan, por lo fáciles de fingir, en apariencia, las enfermedades del corazón.

Las precordialgias, las disneas y las palpitaciones, son alegadas ante los Médicos reconocedores, con extraordinaria frecuencia.

Tal no puede hacer nada sin que le duela intensamente el corazón. Este no puede subir un repecho sin *ahogarse de fatiga*. El de más allá, á la menor emoción ó al más ligero esfuerzo, se ve aco-

metido de un violento latir de su corazón que parece que le quiere saltar del pecho.

Para simular las precordialgias, basta sólo decir que se siente dolor en la región precordial. Para disimular la disnea, basta que se aceleren cuanto se quiera los movimientos respiratorios. Para provocar unas palpitaciones, es suficiente tomar un poco de cafeína ó de belladona.

Pero hay casos en que no se trata de hechos simulados ó provocados voluntariamente con el fin de no ir á la guerra, sino de hechos reales, de verdaderas precordialgias, palpitaciones y disneas, que, sin embargo, no odedecen á enfermedades del corazón, y en ambos casos debe descubrirse el engaño voluntario ó el error infundado para no disminuir el contingente guerrero. Séame lícito á este propósito recordar lo que tengo dicho en mi libro *Diagnóstico de las enfermedades del corazón*, resumiéndolo en esta frase: «La mayoría de las veces que el corazón se queja con dolores ó con palpitaciones ó con disneas súbitas, no es el corazón lo que está enfermo, sino los nervios, la sangre ó las glándulas endocrinas.»

Para desenmascarar á los simuladores de cardiopatías y desengañar á los *falsos cardiacos*, no debemos estimar como verdaderos *enfermos del corazón* más que á aquellos que presenten los fenómenos mecánicos fácilmente investigables por nosotros mismos, y que se refieren á la inspección por los rayos X, á la percusión, á la auscultación, á la esfigmografía arterial y venosa, á la tonometría y á la electrocardiografía, haciendo todas estas exploraciones con verdadero conocimiento de la técnica é interpretando sus resultados con buen sentido clínico, buscando la comprobación de un mismo fenómeno en más de un procedimiento.

Con este estudio resolveremos el problema diagnóstico estableciendo tres grupos categóricos.

Uno el de los simuladores, los cuales deben ir á la guerra y ocupar los sitios de más peligro por malos patriotas.

Otro el de los engañados ó *falsos cardiacos*, que deben ir á la guerra, y quizás lo hagan con verdadera alegría, no sólo por saber que van á ser útiles á su Patria en el grado más alto que la Patria agradece sus servicios, sino porque se ven libres de aquella obsesión de ser cardiacos y expuestos á morir de repente, ya que se

les ha probado que son simplemente neurósicos, neurasténicos, psicasténicos, aprensivos, nada, en fin, comparado con lo que ellos creían.

Otro tercer grupo, el de los verdaderos enfermos del corazón, portadores de una enfermedad definida y comprobada con su nombre y apellido, que encaja en la nosotaxia cardiovascular, son enfermos de endocarditis, pericarditis ó miocarditis, de insuficiencia valvular ó de estrechez de orificios cardiovasculares, de aortitis ó de aneurisma, de neoplasias ó de afecciones congénitas.

Hasta aquí lo que se refiere al *error diagnóstico* que supone el hecho de que *hay muchos individuos que se hacen declarar inútiles para el servicio militar como enfermos del corazón y que tienen el corazón sano.*

Veamos ahora el *error pronóstico* que supone dar por inútiles para la guerra á todos los enfermos del corazón, aun siéndolo verdaderamente.

La necesidad de aumentar el número de combatientes ha despertado en los médicos de todos los países la sagacidad para afinar el pronóstico en los cardíacos, en los cuales aquellas clásicas divisiones de la *compensación* y *descompensación* y de los períodos evolutivos en *sistólico*, *hipersistólico*, *hiposistólico* y *asistólico* parecían letra muerta, y no es sino viva y muy viva. La mayor parte de mis éxitos clínicos en esta materia, que me han dado cierta reputación profesional como especialista de enfermedades del corazón, radica en el íntimo convencimiento de que, á pesar de ser incurables las enfermedades crónicas ó afecciones del corazón, no son estos enfermos los más graves; antes al contrario, un enfermo de corazón bien dirigido y discretamente cuidado, puede vivir más y mejor que si no tuviese su lesión cardíaca.

Por encima de todos los soplos, de todas las sombras radioscópicas, de todas las tensiones altísimas ó insignificantes, de todos los trazados gráficos de arterias, venas y miocardio, de todas las arritmias y de todas las anginas de pecho, hay algo en el corazón que sabe salir triunfante de sus lesiones, que en él también, como en el cerebro, hay zonas de inusitada tolerancia, que quizás todo él sea la tolerancia suma.

Sólo así se explica que haya individuos con insuficiencia aórtica desde los diez y siete años, que vivan hasta los noventa; que el Profesor Borobio y yo hayamos visto una niña con estrechez

mitral congénita hace veinte años, y que á pesar de la bellísima frase de Peter, que hablando de esta clase de enfermas, nos dice á todo: *filles pas de mariage, femmes pas de grosses, meres pas d'ailletemen*, la niña en cuestión se haya casado, y haya dado á luz y criado cinco ó seis rollizos muchachos; sólo así se explica que durante la guerra actual se hayan extraído proyectiles y suturado las paredes de esta noble víscera, con la misma inocuidad que se venía haciendo en un brazo ó en una pierna.

No basta, por consiguiente, para el problema del pronóstico de las enfermedades cardíacas, con vistas á la guerra y la práctica diaria, diagnosticar una afección cardiovascular; es necesario apreciar la *tolerancia* de este corazón para sus lesiones, la *resistencia* que á pesar de su enfermedad tiene para cumplir su cometido y cuál es el grado de esta *resistencia*, ó sea su *capacidad funcional* para esfuerzos y tareas de intensidad mayor y menor, con objeto de utilizar sus *servicios* en defensa de la Patria, y esto es lo que han estudiado los cardiólogos ingleses, italianos y franceses, destacando entre aquéllos Mackenzie, en su trabajo del *Th. Brit. Med. Journ.*, sobre *El corazón del soldado*, 1916; Mariani, en *Le malathie del cuore*, sobre *Il cuore del soldato*, en 1917, y Vaquez y Duzelot, en *Annales de Medicine*, sobre *L'aptitude fonctionnelle cardiaque du soldat*, en 1917, y Lian, en *La Presse Médicale*, sobre *Les petits cardiaques*, en 1918.

Con este fin se han aplicado multitud de procedimientos: unos ya clásicos, como la *prueba de la atropina*, el reflejo de *Aschner* y el reflejo de *Abrahams*; otros modernos, como las *pruebas de Stahelin*, de *Mendelsohn*, de *Herz*, de *Vaquez*, de *Katzenstein*, de *Varisco*, de *Mackenzie*, de *Rehrich*, de *Granpner*, de *Lian* y de *Aubertin*, para no citar más que los principales.

Veamos en qué consisten:

Prueba de la atropina.—Tiene por objeto averiguar la participación del corazón en los ritmos lentos del pulso que muchos cardíopatas presentan. Porque he de decirlo, antes de pasar adelante, que yo no soy tan categórico como la inmensa mayoría de los clínicos, que dividen los trastornos del ritmo cardíaco en dos categorías, unas nerviosas y otras musculares; yo creo que todas ellas son miocárdicas, y que como en el miocardio (diganlo las eternas discusiones sobre la teoría miógena y neurógena á propósito del aparato excitomotor del corazón), fibras musculares y nerviosas

están tan íntimamente ligadas, habrá bradicardias, taquicardias é intermitencias, en las que el factor nervioso tendrá más preponderancia sobre el muscular y viceversa; pero en modo alguno existen *disritmias* puramente nerviosas y *disritmias* puramente musculares. No es la ocasión presente la más á propósito para defender mi tesis; basta decir que para mí todos los individuos que presentan trastornos de ritmo en el pulso son cardiópatas, lo cual no quiere decir que todos sean enfermos graves y que todos deban excluirse del servicio militar, sino simplemente aquellos en cuyas *disritmias* lo muscular predomine sobre lo nervioso, y de esta averiguación, por lo que atañe á las bradicardias, se encarga la atropina.

Cuando en la patogenia de un pulso lento domina la hipertonicidad del pneumogástrico, ó, lo que es lo mismo, cuando el pulso lento es de predominio nervioso, una inyección de medio á dos miligramos de atropina la modifica, aumentando el número de pulsaciones.

Para hacer esta prueba, el enfermo debe estar acostado; advertirle á él que no ha de experimentar más molestias que sequedad de las fauces y dilatación pupilar, y tener en cuenta nosotros que en el hombre sano una inyección semejante acelera los latidos á los diez ó quince minutos, siendo precedida en ocasiones de un retardo pasajero, y llegando al máximum á los veinte ó treinta minutos, pasando de los 75 á los 130 para disminuir luego paulatinamente y llegar otra vez á lo normal á las dos horas.

Reflejo de Aschner, ú oculo cardiaco.—Tiene la misma significación que la prueba de la atropina; sólo que en este caso, en vez de corregirse la bradicardia, se acentúa cuando es de predominio nervioso. El reflejo consiste en que por efecto de la compresión ocular se observa una disminución de los latidos cardíacos, y por consiguiente, se acentúa la lentitud del pulso.

Para obtenerlo, debe estar el enfermo acostado, y nosotros comprimir con los dedos pulgar é índice de la mano derecha, alternativamente, el ojo derecho, el izquierdo y los dos á la vez, debiendo tener en cuenta que para que la prueba sea positiva, es preciso que con ella el número de pulsaciones disminuya por los menos en seis al minuto.

Reflejo de Abrahams.—Se estudia también con él el estado del miocardio de un enfermo del corazón, considerando que cuando

más intenso se presente, tanto mejor estará el miocardio. Consiste en la disminución del área de macicez, y por consiguiente, de la opacidad precordial en la investigación por los rayos X, que aparece después de haber percutido ó friccionado toda la zona precordial durante algunos minutos, teniendo en cuenta que el ventrículo derecho es el que con más intensidad reacciona.

Prueba de Stahelin.—Consiste en averiguar la aceleración del pulso que produce un esfuerzo muscular de intensidad determinada.

Prueba de Mendelsohn.—Consiste en averiguar el tiempo que dura la taquicardia después de un esfuerzo muscular.

Prueba de Herz.—Consiste en el aumento del número de pulsaciones después de practicar un número determinado de flexiones del antebrazo, cuyo ejercicio normalmente no modifica, en absoluto, el número de latidos cardíacos.

Prueba de Vaquez.—Consiste en apreciar la diferencia existente entre la tensión máxima ó sistólica y mínima ó diastólica ó tensión diferencial que, como sabemos, es normalmente siete en el oscilómetro de Pachon.

Prueba de Katzenstein.—Consiste en que la compresión de la arteria femoral produce no sólo un aumento de la tensión vascular en la radial, como normalmente, sino un aumento de los latidos cardíacos.

Prueba de Varisco.—Consiste en obtener los mismos resultados que con la prueba de Katzenstein, sólo que por el procedimiento de elevar los brazos.

Prueba de Mackencie.—Este insigne cardiólogo aconseja que se auscultan las bases pulmonares de los enfermos antes de que éstos se levanten de la cama después del reposo de la noche, y si se notan estertores crepitantes que no desaparecen con algunas inspiraciones profundas, es señal de que el corazón es, en cierto modo, insuficiente.

Prueba de Rehrich.—Consiste en la auscultación de los focos aórtico y pulmonar que revelará una disminución del segundo tono aórtico en casos de insuficiencia del ventrículo izquierdo, un aumento del segundo tono pulmonar sobre el aórtico en casos de éxtasis del ventrículo derecho, y, por el contrario, una considerable disminución en la intensidad de aquel segundo tono de la arteria pulmonar en caso de dilatación de este ventrículo.

Prueba de Grapner.—Consiste en apreciar la intensidad y rapidez con que se realiza el descenso de la presión sanguínea que acompaña á un esfuerzo muscular y su persistencia después de ejecutado aquel esfuerzo.

Prueba de Lain.—Consiste en contar el número de pulsaciones de un individuo en reposo y de pie, y después de hacerle andar durante un minuto á paso gimnástico á razón de dos pasos por segundo, volverlo á tomar el pulso durante un cuarto de minuto observando el aumento de frecuencia y el tiempo que esta frecuencia tarda en desaparecer, teniendo en cuenta que todo corazón, cuyas pulsaciones, después de esta prueba, hayan aumentado en 40 por minuto, y cuyo aumento dura seis minutos, es inepto para soportar las fatigas de la guerra.

Prueba de Aubertin.—Es la misma que la anterior, sólo que en vez de tomar las pulsaciones después del paso gimnástico, estando el enfermo de pie, las toma estando el paciente acostado para evitar lo que él llama factor *orthostático*.

Ahora bien; ¿qué juicio nos merecen estos procedimientos en relación con el fin que se proponen?

Lo diremos francamente, aunque tal vez nos equivoquemos: nos parece que ninguno llena su cometido.

La *prueba de la atropina*, los *reflejos de Aschner* y de *Abrahams* y las *pruebas de Makenzie, Katzenstein* y *Varisco*, tienen para nosotros el defecto de que se investigan sin el previo esfuerzo, siendo muy probable que, después de él, se presenten, y esfuerzo se necesita para la vida militar, sobre todo en tiempo de guerra; pudiendo ocurrir que individuos que con aquellas pruebas se han dado por útiles se consideren inútiles, y, por el contrario, el entrenamiento en el trabajo, en las marchas, en las ascensiones por terrenos en cuesta como en el método terapéutico de *Ærtel*, modifique los resultados obtenidos en determinados individuos durante el reposo.

Las pruebas de *Stahelin, Mendelsohn, Herz, Lian* y *Aubertin*, aunque tienen, para nosotros, la ventaja de que la investigación se hace después de un esfuerzo, se refieren todas ellas á la *taquicardia* subsiguiente, y en ninguno de estos procedimientos se ha tomado en cuenta un factor muy importante, más importante y más frecuente que en las bradicardias, ó sea el factor nervioso,

aquel que depende de la astenia, del vago ó de la hipertonicidad del gran simpático.

Para ello nos permitimos aconsejar que después de una observación como las que ahora se hacen, se hagan dos más en la misma forma; pero, previa una inyección de un miligramo de atropina en la primera, que debe aumentar la taquicardia, ó de un centigramo de pilocarpina en la segunda, que debe disminuir la taquicardia si en su génesis hay preponderancia neuropática.

Aun así, hemos de considerar que no es lo mismo el paso gimnástico, la elevación de los brazos y todos los esfuerzos á que se somete á los enfermos en el gabinete del médico con los trabajos, fatigas y emociones de la guerra, y es muy posible que individuos dados por útiles después de aquellas pruebas, no sirvan más que de estorbo en las trincheras ó en el campo abierto de batalla, y que otros á quienes aquellas pruebas reputaron por inútiles, se crezcan en la lucha verdad, y levantando sus corazones al nivel de las moharras de las respectivas banderas, sin taquicardia ó con taquicardia, vean su corazón tonificado por el fragor del combate y sostenido en sus desfallecimientos por la esperanza de la victoria.

Las *pruebas de Vaquez* y de *Granpner*, que se refieren á la tensión vascular, me inspiran el mismo juicio que las que se refieren á la taquicardia, considerándolas todavía de menos importancia para el caso, porque todas las modificaciones en la tensión vascular que no se reflejen en el ritmo del pulso ocasionando taquicardias, bradicardias ó intermitencias, no merecen la pena de tomarse en consideración para la guerra.

Dr. R. ROYO VILLANOVA

(Continuará.)



PROGRESO EN OFTALMOLOGIA

Recordarán los lectores de esta Revista, que el 15 de Noviembre del año pasado publiqué un artículo, titulado «Curación radical de la catarata» por el método operatorio del Dr. Ignacio Barraquer, y cuya operación tuvo el éxito más completo. En el mes de Mayo de este año volví, para ser operado del otro ojo, ó sea del derecho, por el mismo sistema ya referido, y con idéntico resultado, no especificando los detalles de esta segunda operación por no repetir aquellos de que di cuenta en el artículo de referencia.

Es el autor de la Facoerisis, por cuyo método lleva operadas unas 700 cataratas, y consiste este procedimiento en la extracción de la catarata con su cápsula, que es el más lógico de los hasta hoy empleados, y teniendo la gran ventaja sobre los otros, de extraerse *in toto* y, además, el ser tratada la lente, por decirlo así, con cariño por el instrumento de su invención, evitando la rotura de la cápsula; y la suavidad con que sale del ojo reduce al minimum su traumatismo y evita la pérdida de humor vítreo, facilitando este aparato la extracción de toda clase de cataratas.

En la actualidad, el Dr. Ignacio Barraquer ha dado cima á una gran empresa de excelentes resultados pedagógicos, y consiste en la impresión de cintas cinematográficas de operaciones oculares, después de vencer no pocos obstáculos, tales como iluminación, foco, y dispositivo para fijar el aparato y el enfermo, y otras muchas dificultades que han sido vencidas, consiguiéndose una bonita colección de operaciones, entre las que he visto proyecta un Krenhein, extirpación de sacos lagrimales, iridectomías Lagrange, y operación de Elliot en el glaucoma, triquiasis, extracción de la catarata por diversos procedimientos, desde la reclinación hasta la extracción *in toto*, y otras muchas que están completando un atlas de Cirugía ocular, de un valor superior á todos los publicados hasta la fecha. La casa Gaumont, de París, es la que está encargada de ultimar estos trabajos.

También se ocupa actualmente de resolver la fotografía en colores del fondo del ojo, á cuyo efecto se sirve del gran oftalmoscopio de Gullstrand y de un ingenioso aparato fotográfico ideado

por él mismo. De resolverse este problema, se habría dado cima á uno de los más capitales y difíciles asuntos de la Oftalmología, puesto que se podrían estudiar mucho mejor las lesiones del fondo del ojo, y comparar gráficamente los cambios que se hubieran efectuado por los tratamientos empleados.

Me han llamado la atención, entre las numerosas historias clínicas, un grupo de tumores, de la órbita y senos vecinos, de los más variados, y que han sido operados con resultados verdaderamente asombrosos, así como las historias clínicas de un centenar de cuerpos extraños intraoculares, extraídos con verdadero éxito.

Como se comprenderá por esta sucinta narración, en nuestra Patria se cultiva esta especialidad hasta con ventaja y compitiendo con el extranjero, siendo muchos los especialistas y alumnos de todas procedencias y naciones que concurren á estas clínicas de los Dres. Barraquer, para estudiar y conocer los métodos operatorios que tanto han llamado la atención de los especialistas de todos los países.

Estos trabajos experimentales son notabilísimos y originales, y de verdadera utilidad práctica y objetiva para cuantos cultiven la oftalmología.

Claro es que para llevarlos á cabo se necesita tener los conocimientos previos de anatomía, histología química, física, mecánica y electricidad, y que posee el Dr. Ignacio Barraquer para realizar sus curiosos trabajos.

Esta superior instrucción ha podido continuarla, gracias á la labor del Dr. D. José Barraquer, su señor padre, cuyo renombre, en su larga vida profesional, es tan conocido, habiendo dejado trabajos imperecederos, como son su notable colección de cortes seriados de la órbita y su procedimientos de skiascopias y oftalmometría, los más exactos para la investigación de la refracción ocular, y la sana costumbre de estudiar la piezas anatómicas.

Para terminar, añadiré que los beneficios de estos trabajos, tan intensivos como útiles, alcanzan á las clases más modestas y menesterosas que son asistidas y operadas con todo esmero, practicando una ética caritativa digna de su cultura y de su nobleza profesional.

GALO FERNÁNDEZ ESPAÑA

Sevilla, 20 de Noviembre de 1918



La presencia del plomo en la leche esterilizada

De un trabajo del Dr. Guerbet, de Rouen, publicado en el último número del *Journal de Pharmacie et de Chimie*, llegado á nuestras manos, nos permitimos traducir, por creerlas de sumo interés, las líneas que siguen:

«Desde no ha mucho, véndese la leche esterilizada en bidoncitos de cristal, de mejor aspecto y contruídos con más esmero que los antiguos de vidrio. Ofrecen, además, la ventaja de resistir mejor la esterilización que estos últimos, los cuales saltan con frecuencia.

La siguiente observación nos demuestra que los envases de cristal pueden ceder á la leche cantidades apreciables de plomo, no siendo, por tanto, recomendables.

A un niño de tres meses se le alimentaba con leche esterilizada por la permanencia de la vasija, durante veinte minutos, en agua hirviendo. El niño ganaba de peso y sus digestiones eran perfectas; pero presentaba una palidez anormal de la cara y un eczema sospechoso en diversos sitios del cuerpo.

La madre, que no fiándose de prácticas ajenas esterilizaba por sí misma la leche, hubo de notar que, terminada la operación, mientras en unos frascos permanecía blanco el líquido, en otros tomaba un ligero tinte leonado; advirtió también que en éstos, y por su parte interna, existía una capa ó *camisa* parduzca, delgada, pero tan adherente á la pared, que no desaparecía por el lavado. Examinados los frascos, se vió que eran de dos clases: los que no alteraban la leche, de vidrio ordinario; los que la coloreaban, de cristal con 14 por 100 de plomo. Recomendóse á la madre no usara más que los de vidrio, y á los pocos días recobraba el bebé sus colores y desaparecía el eczema.

¿Eran atribuibles los fenómenos mórbidos observados en el niño, á una intoxicación crónica, aunque ligera, por el plomo? No nos atrevemos á responder categóricamente, puesto que no se observó ninguno de los síntomas clásicos del saturnismo. Lo único que podemos decir es que, á juzgar por los datos analíticos que siguen, el pequeño venía á absorber *medio centígramo* de plomo al día.

En efecto; investigado este metal en la leche de ambas clases

de bidones, después de haber permanecido veinte minutos en baño de agua á 100°, los resultados fueron negativos para la encerrada en bidoncitos de vidrio; en cambio, la procedente de los bidones de cristal contenía, según los casos, tres miligramos como minimum y nueve miligramos como maximum de plomo metálico, por litro.

¿Y de qué modo ha pasado el plomo á la leche? La coloración de ésta y el depósito adherido á las paredes de la vasija, se deben, indudablemente, al sulfuro plúmbico; pero aunque esté demostrado que durante la esterilización de la leche haya formación de productos sulfurados, debidos á una alteración ligera de la caseína, estos productos no pueden combinarse directamente con el plomo del silicato, y buena prueba de ello es que tampoco se forma sulfuro de plomo calentando al baño de maría y á temperaturas vecinas de la ebullición, en vasijas de cristal, soluciones acuosas de gas sulfhídrico.

Pero si no directamente, puede el sulfuro plúmbico formarse por una reacción secundaria; si el agua sulfhídrica de la reacción precedente contiene cloruros, ó, á defecto de ellos, se la alcaliniza ligeramente, es fácil evidenciar después de la calefacción al baño de maría hirviente, la presencia del sulfuro de plomo. Puede, por tanto, admitirse que los cloruros que la leche contiene, ó una alcalinidad accidental de ésta, determinen, durante la esterilización, que algo de plomo se disuelva, plomo que pasaría inmediatamente al estado de sulfuro.»

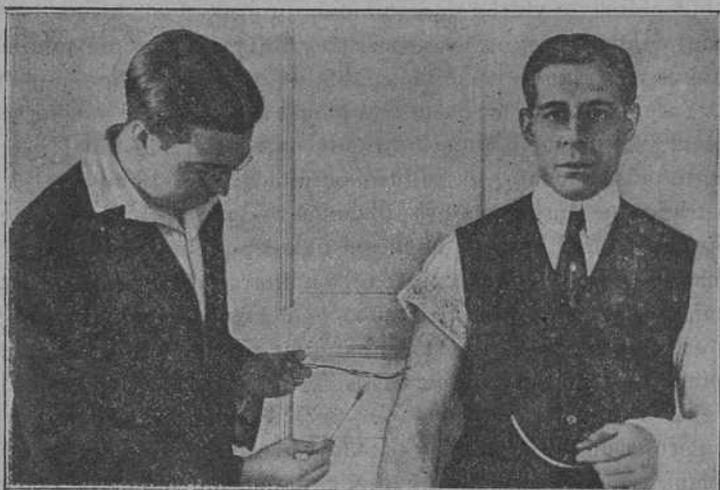
Hasta aquí la nota del Dr. Guerbet; por nuestra cuenta añadiremos ahora que la alcalinidad del cristal es cosa tan frecuente, que no puede considerarse como accidental, y que está demostrada, en gran número de casos, la presencia del cloruro plúmbico en el suero fisiológico encerrado en ampollas de cristal.

Y como lógica deducción de cuanto expuesto queda, que debe proibirse el cristal en biberones, bidoncitos, frascos, botellines de reparto á domicilio, en toda clase de vasijas, en una palabra, en que la leche se haya envasado caliente ó haya sufrido operaciones en que la elevación de temperatura es precisa (maternización, pasteurización, esterilización, etc.).

No olvidemos que la leche es la base de la alimentación, y muchas veces el alimento irremplazable y exclusivo de los niños y de los enfermos.

GREGORIO OLEA

YODÓGENO CUBAS



Generador de vapor de yodo inyectable. Poderoso, infalible é insustituible antiséptico, que reemplaza ventajosamente al yodo y yoduros, en sus múltiples indicaciones, por ser su acción más eficaz y no determinar trastornos de yodismo.



Declarado de petitorio oficial en los Hospitales provinciales, según acuerdo de la Excm. Diputación Provincial, en su sesión del 23 de Febrero de 1916, en vista del éxito obtenido en las clínicas de los doctores D. Francisco Huertas, D. Enrique Capdevila y D. Laureano Olivares, según informe oficial de los referidos doctores; con el V.º B.º del doctor D. Enrique Isla, Decano del Cuerpo.

Recomendado, con éxito eficaz, para combatir el artrismo la arterioesclerosis, tuberculosis quirúrgica, bien sea de localización cutánea (lupus), sinovial, ósea, articular, ganglionar, glandular; las neurosis de origen artrítico, bronquial, gástrico y cefalea crónica; las litiasis y nefritis crónicas, cirrosis hepática y lesiones cardíacas compensadas, lesiones cerebrales y medulares crónicas y, en general, en todas las enfermedades en que el tratamiento del yodo y sus sales están indicados.

Caja de ampollas, 5 pesetas. Aparato yodonizador, 3,50.

En provincias, 0,50 de aumento.

Pedidos de prospectos y muestras á

YODÓGENO CUBAS, S. A.

Huertas, 15 y 17. — Madrid.

AMPOLLAS CON TESTIGO DE ESTERILIZACIÓN

La terapéutica de las inyecciones por vía hipodérmica, endovenosa, intrarraquídea, etc., es cada día de aplicación más frecuente, como consecuencia lógica de los fundamentos científicos que la hicieron nacer; y si la clínica obtiene beneficiosos resultados, no sólo es debido á la sabia elección del medicamento en cada caso, sino también á la escrupulosidad de técnica en la inyección y á la preparación cuidadosa, esterilización óptima y aséptica conservación del líquido inyectable.

No tiene el médico, en la práctica diaria, otra garantía de la esterilización de un inyectable que el crédito profesional de quien lo preparó, y si esto es bastante casi siempre, no puede serlo en toda ocasión por causa ajena á la buena fe de todos.

La industria farmacéutica, en su gran desarrollo, prepara ampollas medicinales en cantidades fabulosas, y ciertamente que nos veríamos perplejos para responder, sin examen, de la asepsia de todas ellas.

A dar esta seguridad, proporcionando al médico inequívoca prueba que el líquido contenido en ampolla herméticamente cerrada estuvo sometido á temperatura que le da condición de asepsia, obedece la preparación de las que en la nota presente someto á la consideración de los lectores de esta Revista, como modestísimo fruto de mi personal trabajo. La favorable y benévola acogida que algunos compañeros han hecho de esta iniciativa, y el deseo, siempre lealmente sentido, de no reservarme nada de cuanto llega á mi conocimiento y considero útil á los demás, me invitan á su publicación.

Se trata de una cosa por demás sencilla: la aplicación—en la forma que diré—á los líquidos inyectables de lo que Quenu Terrrier, y más tarde perfeccionado por Latham, se aplicó á la esterilización de algodones, gasas, compresas, etc., á fin de verificar la asepsia de estos elementos de curación, ó sea el uso de tubos testigos.

Las ampollas con testigo de asepsia son, pues, las ampollas medicinales comunes que encierran *en el seno del líquido inyectable y flotando en él* un tubo testigo de temperatura.

No es necesario, y casi es ofender la ilustración de los lectores,

decir en qué consisten estos tubos-testigos, pero me precisa una indicación ligera para exponer la preparación de esta clase de ampollas, y cuento con que me la perdonarán.

Como característica física, que sólo hace variar en muy poco las impurezas normales, se cuenta el punto de fusión de las especies químicas que usamos como medicamentos, y es conocido de todos, que el benzonaftol se funde á 110° C., la acetanilida á 114°, y el ácido benzoico á 121° C. Estos cuerpos, reducidos á polvo fino, son blancos, y si se les añade muy pequeña cantidad de azul de metileno, verde brillante, anilina roja, amarillo de Marthius, etc., el tono de color es muy ligero; pero si los polvos así compuestos se funden por el calor, la materia colorante se disuelve en el cuerpo fundido, y el matiz correspondiente se manifiesta con gran intensidad, aun después del enfriamiento.

Pues bien; si en el seno del líquido contenido en una ampolla se mantiene un tubito de vidrio, que á su vez encierra de modo hermético una substancia sólida capaz de fundirse á la temperatura de 110°, 114°, 120° C., el paso al estado de fusión de esta substancia, por el calor que le transmite el líquido inyectable, es garantía ciertísima de que este líquido ha experimentado—por lo menos—la temperatura de fusión del sólido elegido, y si éste es uno de los que acabamos de mencionar, la coloración intensa y total de la masa será la prueba que se desea obtener.

El uso de tubos testigos en la esterilización de elementos de cura es cosa corriente, según nadie ignora; pero no ocurre lo mismo con los líquidos inyectables esterilizados por el calor, y he creído que el asunto podría merecer interés, ya que el médico que dispone de una ampolla de esta clase no puede abrigar duda sobre la asepsia del líquido, y es dueño de la seguridad que necesita para saber que, por lo que respecta al inyectable, está á salvo de accidentes de infección.

Estas ampollas se caracterizan, pues, por tener cada una y *dentro del líquido* la prueba de la esterilización de éste, y la cosa es tan sencilla, que ningún inconveniente aparece como obstáculo para su aplicación en general.

Su fabricación, aunque entretenida y cuidadosa, no ofrece dificultad alguna, y proporciona al farmacéutico la selección automática de cuantas ampollas resultan defectuosas por detalles inevitables de manipulación. Así, las imperfectamente cerradas se va-

cían por sí solas en la autoclave; las que contienen tubos testigos rotos se colorea el líquido inyectable en toda su masa del matiz del tubo testigo, y aunque la aplicación queda limitada á la solución incolora, están en ínfima minoría las de líquidos coloreados; y, por último, las que á causa de la desigual repartición del calor, por operar en grandes masas, no alcanzaron la temperatura necesaria á la fusión del cuerpo contenido en el tubito-testigo, pueden ser fácilmente reconocidas y separadas para someterlas á nuevo tratamiento. Todos estos detalles proporcionan al farmacéutico aquella tranquilidad y satisfacción que se experimenta cuando se ha realizado un trabajo útil, y puede además sostener en conciencia y de buena fe, que ha puesto de su parte cuanto de él depende para conseguir el mejor éxito por el más seguro y más riguroso de los procedimientos de esterilización, y el médico, al llevar á cabo con toda escurpulosidad cuantas exigencias corresponden á la técnica de la inyección, podrá estar cierto de haber cumplido en todas sus partes y con todo rigor las reglas de la inyección intracelular en terapéutica.

S. CAMBRONERO

Nota clínica sobre los nuevos aspectos de la inmunidad en la sífilis

HOSPITAL MILITAR DE CEUTA (2.º GRUPO).—CLÍNICA DE DERMATO-SIFILOGRAFÍA

A mediados del mes de Agosto ingresó en la clínica un enfermo que ha seguido una evolución bastante interesante, y precisamente muy en relación con un curioso trabajo que leíamos por aquellos días, publicado por el Sr. Peyri en las *Actas españolas de dermo sifilografía*.

Presentaba el enfermo una esclerosis sífilítica, casi cicatrizada, sobre la mitad dorsal del limbo prepucial, y otra más reciente, y aun en plena ulceración, sobre el meato uretral; además, gruesa linfítis dorsal, adenopatía satélite bisinguinal é iniciación de roseola.

Apareció la primera esclerosis, inmediatamente seguida de un primer brote de adenitis doble, á los treinta días del contagio, aproximadamente, y unos sesenta días después se presenta el chancro uretral, acompañado de nuevas adenopatías, que, en unión de las

originadas por la lesión primera, invaden todo el triángulo de Scarpa.

Se trata, pues, de dos manifestaciones primarias sucesivas («chaneros sucesivos» de Gaucher), que no proceden directamente del foco de contagio (prostituta), como sucede en los casos de chaneros múltiples, sino que la segunda es producto de inoculación accidental de la primera—por el mecanismo que ahora trataremos de explicar en breves palabras;—habiendo tenido lugar la *reinoculación* cuando, con arreglo á las viejas teorías, el organismo debiera ser absolutamente inmune por encontrarse en plena sifilización, y precisamente cuando ésta aborda la difusión máxima de toxinas, es decir, el período secundario en el que la inmunidad, en relación con la intensidad del proceso, debiera estar en todo su apogeo.

Recordaremos que todos los sifilógrafos admiten la posibilidad de la *reinfección*, idea esta derivada de la de *curabilidad de la sífilis* y acentuada modernamente desde el empleo de los salvarsanos, con el control de la reacción de Wassermann. *Una vez curado*, queda el organismo en perfectas condiciones de receptividad, siguiendo en él una segunda sífilis su marcha, exactamente igual que si evolucionara en un terreno virgen á las toxinas del treponema; el heredo-sifilítico queda igualmente, una vez curado, en condiciones íntegras de receptividad. Estos hechos son tanto más frecuentes cuanto más nos acercamos, por los progresos de la terapéutica, á la esterilización magna anunciada por Ehrlich.

Son más discutidos los casos de *sobreinfección* ó *supersifilización*, es decir, aquellos casos en los cuales un enfermo de sífilis, no curado, desde luego, y con síntomas de tipo primario ó secundario, por lo general, adquiere una nueva sífilis que, independiente de la anterior, evoluciona «por su propia cuenta». Lo frecuente es que la sífilis inmunice mientras exista como si fuese la sombra impenetrable (inmunidad) de un cuerpo (sífilis) proyectada sobre la intimidad de los tejidos; pero la inmunidad puede faltar por completo (caso del Dr. Ayna) ó ser atenuada (semi-inmunidad), y en este caso, la segunda infección puede encontrar en su marcha mayores ó menores obstáculos, y podemos verla detenida en el accidente primario ó continuar su asalto, llegando incluso al brote de sífilide papulosa generalizada, á la cefalalgia vespertina, á la angina específica, etc., como sucedió en el interesantísimo caso de

sobreinfección publicado por el Dr. Ayna y que el Sr. Peyri define como caso de *convivencia* de dos sífilis en un mismo organismo.

En nuestro enfermo, que hasta su ingreso en nuestra clínica no había seguido ningún tratamiento específico, la primera sífilis ha llegado al secundarismo; la segunda no ha pasado ni creo que pasará de la esclerosis uretral. Si nosotros le hubiésemos dejado sin tratamiento, á lo que no teníamos derecho ni aun en aras de la experimentación, acaso hubiésemos podido ver más completa la *convivencia* antes citada; pero la *roseola* correspondiente al segundo chancro no ha podido presentarse, en primer lugar, por el intensivo tratamiento, que pudiéramos llamar precoz, á que hemos sometido al enfermo, y en segundo lugar, porque si faltó inmunidad local, puede no faltar la general consecutiva á la difusión máxima de toxinas, tanto más cuanto que se sabe que ésta es mucho más fácil de conseguir que aquélla, por cuyo motivo son mucho más frecuentes los casos de *supersifilización* detenida en el primer accidente—y aun éste modificado anatomo-patológicamente si existe un cierto grado de inmunidad local relativa,—que no aquellos otros en los que la *sobreinfección* llega al secundarismo. El segundo ataque de los *treponemas*, en nuestro caso, se ha visto atajado en el accidente primario, en parte, por el tratamiento, y en parte, probablemente, por cierto grado de inmunidad fácilmente obtenida gracias á la *roseola* del anterior chancro.

La evolución y patogenia del caso que estudiamos se puede resumir en los siguientes términos:

- a) *Infección.*
- b) *Primera esclerosis.*
- c) *Segunda infección con treponemas procedentes del primer chancro (b), y que por falta de inmunidad local (más difícil de adquirir que la general) da origen á*
- d) *Segunda esclerosis.*
- e) *Manifestaciones de tipo secundario (segundo periodo de la primera sífilis) con inmunidad.*
- f) *Iniciación del tratamiento específico (neosalvarsán, mercurio).*
- g) *Aborta la supersifilización.*

Sólo el porvenir nos dirá si á esta relación podemos agregar dos letras más, una por bien y otra para desgracia del enfermo:

- h) *Se cura la sífilis primera.*
- i) *El individuo adquiere una reinfección.*

Conviene tener presentes para el diagnóstico exacto de estos casos las roseolas recidivantes, reacción de Herxheimer, etc., por lo que se refiere á los accidentes secundarios y por lo que respecta al primario; los chancros redux (que se implantan sobre el primero, puesto que es el mismo chancro que se vuelve á ulcerar, esto es, que reaparece); los chancros múltiples (siempre simultáneos); los accidentes de terciarismo más ó menos precoz (no olvidando que, como dice Gougerot, el neosalvarsán terciariza la sífilis); el pseudo-chancro de los sífilíticos tratados por el neosalvarsán (cuya interpretación es aún desconocida); en fin, las diversas lesiones que pueden inducir á un error de diagnóstico: vesículas de herpes, sarna, chancro blando, epitelioma, etc.

DR. MIGUEL BENZO,
Médico militar.

X-918.

ESCOTOMAS FISIOLÓGICOS MOVIBLES

(MOSCAS VOLANTES)

El estudio de las manchas fijas en el campo visual, y su medida por el procedimiento de Haitz, ó por el estereóscopo de Pigeón, ó por el campímetro, ha llegado á dominarse perfectamente, y hoy se puede hacer una gráfica plana y hasta curva (por los desplazamientos paralácticos) de las lesiones de membranas profundas que dan escotoma, indicando además el lugar de la alteración patológica y facilitando extraordinariamente el conocimiento de su patogenia.

Esto, como antes digo, se puede hacer con los escotomas fijos; pero no ocurre lo propio con los escotomas ó manchas movibles, que cambian de lugar rápidamente en el campo visual, ya siguiendo un movimiento descendente, en virtud de la gravedad, ya oscilando de un lado para otro en un medio de idéntica ó de mayor densidad, miodesopia. Estos escotomas movibles, ¿son producidos por corpúsculos flotantes del humor vítreo, que, al moverse

delante de la membrana visual, proyectan sombra, ó se ven? De todos modos, esos cuerpos flotantes y fugaces son difícilmente reconocibles con el espejo, y hasta ahora no se tiene conocimiento cierto de su naturaleza; la mayor parte de ellos parecen depender de restos celulares hemáticos, procedentes de hemorragias coriorretinianas ó del cuerpo ciliar (Wecker); pero también se encuentran cristales de colesterina, de tirosina, de lencina, margarina, etc., *singuisis centelleante*. Más conocidos y mejor estudiados están los escotomas dependientes de la fluidificación por zonas del vítreo, *singuisis*, y los enturbiamientos difusos del mismo medio en ciertas retino-coroiditis, *polvo vítreo*, que ya pueden ser mejor reconocidos por el espejo plano, debido á que tienen cierta fijeza y no son mutables en aquel humor como los otros corpúsculos.

De modo que cuando hablamos de cuerpos movibles que dan manchas fugaces en el campo de mirada, nos referimos á las partículas, amorfas ó formes, que flotan unas veces cambiando lentamente de lugar, y que se mueven otras, siguiendo las leyes de la gravedad; ambos fenómenos son apreciables objetivamente (por el espejo), y subjetivamente cuando el enfermo realiza movimientos bruscos con el globo ocular (percepción eutópica).

Hasta ahora nada hemos dicho de *moscas volantes*, y ha sido porque esa sensación (no fisiológica, como creen la mayor parte de los fisiólogos) no es producida por la presencia de cuerpos opacos del vítreo, y sí se presenta á pesar de la diafanidad más completa de aquel medio. Tampoco considero plausible la opinión de un eminente oculista extranjero, cuando dice que las moscas volantes que aparecen súbitamente son producidas por las hemorragias de los vasos coroideos, porque las sensaciones á que nos referimos llegan rápidas y se escapan volando (1), cosa que no ocurre seguramente cuando tiene lugar una hemorragia de esas membranas tan delicadas, en el sitio de cuyas petequias siempre quedan manchas indelebles.

Para demostrar que las moscas volantes, mal llamadas fisiológicas, no son producidas por la presencia de los corpúsculos en el vítreo, dispongo, en primer término, de observaciones subjetivas, y he notado: 1.º Que estas sensaciones eutópicas se producen inmediatamente después de un ejercicio violento y, sobre todo, si se

(1) Permítaseme la metáfora.

pone la cabeza baja. 2.º Que también se observan después de comer y cuando sucesivamente se dedica uno á leer ó escribir con interés, bajando algún tanto la extremidad cefálica. Quizás guarde esto alguna relación con el refrán castellano que dice: *Después de comer, ni un sobre escrito leer*. 3.º Oliendo nitrato de amilo ó cloriformo, se suele presentar también el mismo fenómeno.

Además, el que mira al microscopio, sobre todo si prolonga mucho la observación, ya sabemos que también nota esa especie de lluvia de estrellas; pero dejemos sentado que el mirar al microscopio significa para los no habituados trabajo de acomodación, y que siempre, en este caso, los globos oculares están declives con relación al resto de la cabeza. Los miopes en particular y los amétropes en general (dicen los oculistas) son los que con más frecuencia padecen esta afección, y muchos de ellos (Márquez Lagrange) coinciden en que los trastornos de refracción no corregidos conducen, á la larga, á síntomas congestivos. En las congestiones cerebrales activas que no llegan á hemorragia, lo primero que aprecia el enfermo es que se borra la vista.

Todos estos detalles recogidos nos conducen á suponer que los fenómenos que nos ocupan son coincidentes con una mayor afluencia de sangre á la cabeza, y por ende, á los globos oculares y á los vasos de la coroides y de la retina.

Todavía tengo otros argumentos que hacen dudar, y que hasta excluyen la posibilidad de que las moscas volantes sean producidas por partículas endógenas ó exógenas del vítreo.

A. A pesar de los movimientos de excursión del globo ocular, rápidos ó lentos, de abducción ó de adducción, de elevación ó de descenso, no tienen lugar aquellas sensaciones.

B. ¿Cómo explicar la rapidez del movimiento de las sombras, y de la diversidad de direcciones que asemejan una lluvia de estrellas, como antes digo (si fuera posible suponer que las estrellas fueran opacas), en un medio de gran densidad, viscoso y hasta tabicado delicadamente como el humor de que tratamos?

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, voy á permitirme dar una opinión patogénica de lo que llamamos moscas volantes fisiológicas, ayudado por la bibliografía que tengo á mano (1);

(1) Morax, May, Axenfeld Márquez (G. M.) Mansilla, Fuchs, Nepleship Lagrange Haab.

pero antes hemos de fijarnos en lo siguiente: la presión ejercida sobre los globos oculares en la obscuridad se transmite hasta la retina, y produce una sensación luminosa *fosfenos*; luego la retina reacciona específicamente á la presión en la obscuridad. Sabemos, además, que una lesión de la retina, por insignificante que sea, produce un escotoma negativo, y que el enfermo compara con una nubecilla que se pone en el campo visual; así es que, aunque no ve la mancha, la percibe, porque echa de menos aquella zona que antes fué sensible; luego el sujeto percibe una alteración de su retina. Por último, sabemos, por fisiología, que un observador, mirando fijamente á las nubes blancas, llega á percibir las sombras de sus arterias retinianas.

Lo que no sabemos, en este último caso, es si la retina percibe la sombra arterial, ó si esa sensación la da el inapreciable latido de la arteria. Por último, tengamos en cuenta que esos vasos retinianos son terminales en su mayoría.

Opintón.—Una ó varias ondas sanguíneas llegan á las arterias retinianas (casos de los que han hecho un ejercicio violento, de los que han comido y se han puesto á escribir, de los que huelen nítrito de amilo y cloroformo, de los que miran con fijeza al microscopio, de los astenópicos y de los congestivos cerebrales), y van dilatándolas con la rapidez del diástole arterial en aquellos contornos y en todas direcciones; ese diástole, por ser mayor que el normal, produciría, entre las capas retinianas, ó una impresión ó un aislamiento de la primera y segunda neuronas, momentáneo, rápido, y que daría lugar á la sensación.

Esto podría producirse también, merced á la intervención de las arteriolas coroideas; pero en este caso no habría disyunción de elementos nerviosos, y sólo habría impresión.

Si esto fuera verdad, podíamos decir que la presión de la retina en la obscuridad da luz (*fosfenos*), y la presión en la luz blanca, de la misma membrana, da obscuridad (*moscas volantes*).

P. PIQUERO

NECROLOGÍA

Don Enrique Plaza é Iglesias,

Teniente coronel Médico.

Nació en Valladolid, el día 15 de Julio de 1866. Ingresó en el Cuerpo en 18 de Mayo de 1892, con el empleo de Médico segundo, destinándole al fuerte de Isabel II, en Mahón, y sirviendo después los Regimientos Infantería de Andalucía y primero de Zapadores Minadores, pasando en Julio de 1895 á la Isla de Cuba. En 21 de Agosto de dicho año ascendió por antigüedad al empleo de Médico primero, permaneciendo en la Isla en operaciones de campaña y Hospital de Holguín hasta fin de Octubre de 1898, en que regresó á la Península. Destinado al Depósito de Bandera de Madrid, quedó después excedente, prestando servicio en comisión en la Clínica de Urgencia, y más tarde en el Regimiento Infantería de Saboya, del que pasó al de Bailén en Abril de 1900, y en Noviembre de 1904 al primero de Zapadores Minadores. Ascendió en Febrero de 1906 al empleo de Médico mayor, y destinado al Consejo Supremo de Guerra y Marina, prestó en él sus servicios hasta fin de Marzo de 1911 que lo fué al Instituto de Higiene Militar. En Abril de 1915 alcanzó el empleo de Subinspector Médico de segunda, quedando excedente hasta Mayo que fué nombrado á las órdenes del Inspector Médico D. José de Lacalle. En Marzo de 1916 fué destinado como Secretario del Consejo de Administración del Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción y como Jefe de estudios y del Detall del mismo, cuyo cometido desempeñaba á su fallecimiento, ocurrido el día 3 del actual. Estaba en posesión de dos cruces rojas del Mérito Militar, una de ellas pensionada; otra de la misma Orden con distintivo blanco y pasador del profesorado; cruz de primera clase de María Cristina, mención honorífica, medallas de la Isla de Cuba, de la Jura de S. M. el Rey, de los Sitios de Zaragoza y del puente Sampayo y cruz de San Hermenegildo.

Don Francisco Chinchilla Rosende,

Capitán Médico.

Nació en Bayamo (Santiago de Cuba), el día 25 de Julio de 1886, y en Junio de 1909 se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Madrid. En 30 de Septiembre del mismo año ingresó en la Academia del Cuerpo, obteniendo el empleo de Médico segundo en 30 de Junio de 1910, y el de Médico primero en igual fecha de 1912. Prestó sus servicios en la primera compañía y ambulancia montada de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, Regimientos de Infantería de la Reina y de África, Enfermería de Nador (Melilla), Regimiento Infantería de Almansa y Regimiento mixto de Ingenieros de Ceuta.

Desde Abril de 1916 estaba destinado como Director en el Parque Sanitario de campaña de Ceuta. Poseía las medallas de Marruecos, de los Sitios de Zaragoza y de Astorga. Su fallecimiento ocurrió en la Plaza de Ceuta, el día 4 del corriente.

* * *

Don Fernando Pérez Garcia,

Capitán Médico.

Nació en Motril (Granada), el día 7 de Marzo de 1888, graduándose en la Licenciatura de la carrera en la Universidad de Granada, en Junio de 1910. Ingresó en la Academia Médico-Militar en 25 de Febrero de 1911, de la que salió con el empleo de Médico segundo en Junio del mismo año, alcanzando en 30 de igual mes de 1913 el empleo de Médico primero.

Prestó servicios en la Enfermería de Zeluán, Regimiento Infantería de Melilla, compañía mixta de Sanidad Militar de Melilla, segunda compañía de la Brigada de tropas, Hospital militar de Valladolid y Colegio de Huérfanos de María Cristina (sección de hembras). Nombrado para una comisión del servicio en Alemania, ha fallecido en Hannover, el día 5 del presente mes.

Estaba condecorado con una cruz del Mérito Militar roja, pensionada.

Descansen en paz nuestros queridos compañeros.



V A R I E D A D E S

A los nombres de nuestros compañeros Irigoyen y Llarca, fallecidos en los últimos meses á consecuencia de broncopneumonía gripal, adquirida en el cumplimiento de la profesión, tenemos que añadir, dolorosamente, los de los Capitanes Médicos D. Francisco Chinchilla Rosende y D. Fernando Pérez García. El primero de estos desgraciados amigos hubo de contagiarse en Centa prestando asistencia al Comandante Médico D. Bonifacio Collado y Jaráiz y á su familia, que padecían dicha enfermedad; el segundo, lejos de la Patria, también ha sucumbido en el cumplimiento del deber. La REVISTA se asocia al duelo de sus distinguidas familias y al de nuestro Cuerpo, por la pérdida de tan estimados compañeros, haciendo al mismo tiempo presente nuestro pesar por la del Teniente coronel Médico D. Enrique Plaza é Iglesias.

*
* *

Los Profesores de la Academia de Sanidad Militar han despedido con una comida en su honor al Comandante Médico D. Manuel Iñigo Nougues, que ha cesado en su brillante actuación en dicha Academia, por haber sido nombrado Ayudante de campo del Inspector de Sanidad Militar de la quinta Región.

*
* *

Con gran brillantez tuvo lugar la sesión de la Real Academia de Medicina el día 8 del corriente, en la que el Dr. Goyanes leyó su discurso de recepción sobre el tema «Introducción al estudio de la operatoria quirúrgica», contestándole el Académico ilustrísimo Sr. D. Enrique de Isla.

*
* *

Se halla vacante, y sale á concurso de traslado, la Cátedra de Anatomía topográfica de la Facultad de Medicina de Valladolid.

*
* *

Por Real orden del Ministerio de la Guerra le ha sido concedida la cruz del Mérito Militar, con distintivo blanco, al Teniente coronel Médico D. José Potous Martínez. Sea enhorabuena.

*
* *

Asociación Filantrópica de Sanidad Militar.

Balance de Caja por fin del tercer trimestre de 1918.

D E B E	Pesetas.
Existencia del trimestre anterior.....	66.244,46
Recaudado en el tercer trimestre.....	8.243,88
TOTAL.....	<u>74.488,34</u>
H A B E R	
Por las cuotas funerarias de los socios fallecidos y giro de las mismas.....	12.031,30
Por gratificaciones de los Auxiliares.....	360,00
TOTAL.....	<u>12.391,30</u>
R E S U M E N	
Importa el <i>Debe</i>	74.488,34
Idem el <i>Haber</i>	12.391,30
EXISTENCIA EN CAJA.....	<u>62.097,04</u>
DETALLE DE LA EXISTENCIA	
En Títulos de la Deuda, pesetas nominales.....	37.500,00
En cuenta corriente en el Banco de España.....	22.498,04
En recibos pendientes de cobro.....	2.099,00
TOTAL.....	<u>62.097,04</u>

Madrid, 30 de Septiembre de 1918.—V.º B.º—El Presidente, *Urquidi*.—El Tesorero, *Jesús de San Eustaquio*.—El Contador, *José Valderrama*.

*
* *

La Real Academia Nacional de Medicina ha acordado anunciar y conceder tres socorros de 500 pesetas y seis de 250, de la funda-

ción Pérez de la Fanosa, para Médicos necesitados ó sus familias, y dos donativos Melcior, de 250 pesetas, concedidos por el excelentísimo Sr. D. Carlos Melcior y Sendín, con el fin de socorrer á dos viudas de Médicos rurales.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Javelización automática del agua.

La javelización del agua de bebida es un método delicado, y necesita una vigilancia minuciosa; el aparato debe ser automático, de regla precisa y simple.

Los autores describen uno establecido en un hospital, y que presta buen servicio hace unos meses. En su procedimiento la bomba aspira, al mismo tiempo que el agua del pozo, el agua de Javel. El aparato está adaptado al cuerpo de bomba ó á un tubo de aspiración provisto de válvula, y llave que pone en comunicación el cuerpo de bomba,

con una botella de agua de Javel titulada. Durante la aspiración, se abre la válvula y el agua de Javel es aspirada en el cuerpo de bomba, cerrándose después la válvula para que el agua javelizada sea enviada al reservorio.

La cantidad de agua de Javel aspirada se gradúa por medio de la llave. Varias figuras ilustran el artículo y hacen comprender el funcionamiento del dispositivo de graduación y el conjunto del aparato. (*La Presse Médical*, juillet, 1918).—
J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Un caso de exoftalmía pulsátil doble por herida de guerra. Ligadura de las carótidas internas. Muerte.—Dr. M. Caillaud.—Murió á los tres días de la segunda ligadura, tras de fenómenos cerebrales semejantes á los producidos por hemorragia cerebral.

No se hizo estudio completo en la autopsia que pudiera dar seguridad acerca de la comunicación entre

carótidas y senos cavernosos. No se comprobó, por lo tanto, si esa comunicación era uni ó bilateral.

Se ligó primero la derecha, porque su compresión modificaba los síntomas, y no así en el otro lado; á pesar de ello, la primera ligadura no los hizo desaparecer, si la segunda, pero produjo la muerte.

De nada serviría en tal caso el consejo del autor de descubrir en el

cuello ambos vasos y ligar el que hiciera cesar los síntomas al ser aplastado. Seguramente, en este caso esa precaución hubiera dado lo que dió la compresión antes de operar.

En este enfermo la exoftalmia apareció á los quince días del trauma, llevó marcha muy rápida, agravándose de día en día; hubo queratitis neuroparalítica del ojo izquierdo, la visión se perdió totalmente hasta en el ojo derecho, á seguida de la primera ligadura. — (*Archivos de Oftalmología*, Octubre 1918)

El primer tren-balneario militar suizo. — La División sanitaria del Estado del Ejército suizo ha empleado un medio de proporcionar á la tropa duchas calientes, transportables, con arreglo á las necesidades.

El problema consistía en crear con estos fines un tren, y organizarlo de una manera especial.

Con el concurso de la Dirección general de los caminos de hierro federales y de la Sociedad anónima de Berna para la fabricación de aparatos de calefacción central, la Sección de higiene de la División mencionada estudió los planos consiguientes, y á continuación se acordaron los créditos necesarios para la construcción de dicho tren.

Este se compone de una locomotora, de un vagón-depósito de 15.000 litros y de dos vagones para viajeros de tercera clase, en los cuales se encuentran los locales para duchas.

Cada ducha contiene 12 de éstas, fijadas en dos filas al techo del vagón. En cada coche pueden bañarse y vestirse 36 hombres. Esta disposición permite darse duchas á unas 70 personas por hora en cada vagón, ó sea cerca de 1.000 hombres para dos vagones durante ocho horas. El agua se calienta mediante el vapor de la locomotora, pudiendo igualmente ser calentados los locales de la misma manera. El agua se envía por medio de una bomba neumática de vapor, montada sobre la locomotora. Instalaciones mecánicas apropiadas y conductos especiales permiten reglar la temperatura y ponerse á cubierto de accidentes. Varios orificios, practicados en el suelo de los coches, aseguran la salida de las aguas empleadas para el baño.

La locomotora y los dos coches para viajeros (vagones-duchas) han sido suministrados por los ferrocarriles federales, y arreglados para dicho fin por los talleres de Olten. Como vagón depósito, se vale de un vagón-cisterna, alquilado durante la movilización por la fábrica de vagones de Schieren. La instalación de duchas ha sido ejecutada por la Sociedad anónima de Berna ya mencionada, con arreglo á planos establecidos por ella.

Todo se ha previsto para que, en caso de necesidad, pueda ser organizado sin dificultad, en vista de su empleo como establecimiento de desinfección. — (*Office International d'Hygiene Publique*, Septiembre 1918.)—J. P.

BIBLIOGRAFIA

Epítome de Patología y Clínica médicas.—Protopatías.—Distrofias, por el Dr. D. Ricardo Royo Villanova.

El ilustre Catedrático de la Universidad de Zaragoza no ha renunciado á sorprender á sus lectores con la presentación de un libro, en el que no cabe decir más ni mejor dicho de los asuntos estudiados.

Comprende el Manual varios capítulos dedicados al estudio del tubo digestivo con sus glándulas anexas, al del aparato respiratorio, al del circulatorio y al urinario, incluyendo también la endocrinología y las distrofias ó metaboliopatías.

Nada más grato que ver aparecer como familiares los conocimientos que, ya un poco descuidados, se relegaron á los rincones de la memoria.

El libro del Dr. Royo rescata al olvido las ideas fundamentales, expuestas á veces á zozobrar y perderse definitivamente, y las presenta al lado de las modernas adquisiciones, para que no quede en el espíritu la inquietud anacrónica que frecuentemente dejan los libros pequeños.

F. P.

SECCIÓN OFICIAL

8 Octubre...—Real orden (*D. O.* núm. 275) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Comandantes Médicos D. Joaquín Arechaga Casanova y D. Virgilio Hernando Quecedo; Capitanes Médicos D. Eloy Fernández Vallesa, D. Agapito Argüelles Terán, D. Luis López Ortiz, D. Felipe Pérez Feyto D. Mario Romero Plá, D. Mariano Puig Guero, D. Daniel de Pau Goye-

na y D. Florencio Villa Pérez, y Teniente Médico don José Buera Sánchez.

- 18 Octubre...—Real orden (*D. O.* núm. 276) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Capitanes Médicos D. Federico Illana Sánchez y D. Tomás López Mata, y Tenientes Médicos D. Juan Herrera Irastorna, D. Fernando López Lona y D. Ricardo Garelli de la Cámara.
- 26 Noviembre.—Real decreto (*D. O.* núm. 271) concediendo el empleo de Inspector Médico de segunda clase, en situación de primera reserva, al Coronel Médico D. Juan Ristol Canillas.
- 28 » » Real orden (*D. O.* núm. 270) concediendo la cruz y placa de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo al Coronel Médico D. Francisco Alfau y Abreu, y la cruz de la misma Orden al Teniente coronel Médico D. José Agustín y Martínez Gamboa; Comandante Médico D. Pedro P. Arnau y Andrés, y Farmacéutico mayor D. Amadeo Echevarría González.
- 29 » » Real orden (*D. O.* núm. 271) concediendo el pase á situación de reserva, con el empleo de Subinspector Farmacéutico de segunda clase, al Farmacéutico mayor don Francisco Alonso Pulido.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 271) concediendo el pase á situación de reserva, con el empleo de Subinspector Farmacéutico de segunda clase, al Farmacéutico mayor don Juan Seirullo Ferris.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 271) disponiendo que el Capitán Médico D. Arcadio Grande del Riego desempeñe el cargo de Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de Cuenca.
- 30 » » Real orden (*D. O.* núm. 271) disponiendo que el Comandante Médico D. José Picó Pamiés continúe prestando sus servicios en comisión en la Academia de Sanidad Militar hasta fin del curso actual.
- 3 Diciembre...—Real orden (*D. O.* núm. 273) autorizando al Inspector Médico D. Juan Ristol Canellas para que fije su residencia en Barcelona.
- 4 » » Real orden (*D. O.* núm. 274) concediendo el empleo su-

perior inmediato á los Jefes y Oficiales Médicos siguientes: Teniente coronel D. Angel Rodríguez Vázquez; Comandante D. Francisco Ortega Gómez; Capitanes D. Rogelio Vigel de Quiñones y Alfaro, D. Alberto del Río y Rico y D. Domingo Maíz Eleizegui, y Teniente D. Gustavo de Ozamiz y de la Lastra.

- 4 Diciembre. — Real orden (*D. O.* núm. 274) concediendo el empleo superior inmediato á los Oficiales Farmacéuticos siguientes: Farmacéuticos primeros D. Joaquín Más Guindal y D. Manuel Vicioso Martínez, y Farmacéuticos segundos D. Virgilio Lagares García, D. Ramón Guardiola Carosa, D. Manuel Benitez Tatay y D. Francisco Domínguez Manleón.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 275) concediendo la cruz de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo á los Tenientes coroneles Médicos D. Juan del Río Balaguer y D. Bernardo Riera Alemany; Comandante Médico don José Quintano Duque, y Farmacéutico mayor D. Juan Gamundi Ballester.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 275) desestimando la instancia del Teniente Médico D. José Oms Hernández, en solicitud de que le fueran devueltas 1.000 pesetas que ingresó para el primer plazo de la cuota militar como recluta.
- 5 » Real orden (*D. O.* núm. 276) autorizando al Capitán Médico D. Manuel González Jaraba, para usar sobre el uniforme la Medalla de oro de la Cruz Roja española.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 276) disponiendo que el Capitán Médico D. Cosme Valdovino García y el Teniente Médico D. Tomás Oliver Díaz desempeñen, respectivamente, los cargos de Observación interino de la Comisión mixta de Reclutamiento de Logroño, y Vocal interino de la misma.



