

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XX

Madrid 15 de Mayo de 1906

Número 454

EXPLORACIÓN DE LAS CARDIOPATÍAS

Tan peligroso es el descuidar el estudio en nuestra difícil carrera y cerrar los ojos á los adelantos y nuevos medios de investigación que nos enseñan los infatigables obreros de la ciencia médica, como el abandonar la observación completa del enfermo para sólo ocuparnos de los síntomas más recientemente descriptos por tal ó cual autor, ó para abandonar todos nuestros raciocinios y someternos á la decisión de un análisis de laboratorio, ó al resultado que obtengamos de la exploración de los síntomas físicos por nuestros sentidos, sin meditarlos, valorarlos y darles, en fin, la significación é importancia que en realidad tienen. Esto que no puede ser más lógico y racional, que tantas veces se ha dicho y que hasta parece ridículo y pretencioso el recordarlo, se olvida en tantas ocasiones, se practica tan poco, sobre todo en determinadas enfermedades, que aun siendo muy modesto el que estas líneas escribe, se atreve á recordarlo una vez más, á pesar de que correspondiera el hacerlo á Médicos de más edad y experiencia, porque estas ideas reaccionarias—así se denomina ahora á todo lo que significa culto y amor á los trabajos de nuestros antecesores—no cuadran bien en los jóvenes. Y hago constar que en estas líneas sólo me refiero á los métodos de enseñanza y de ningún modo á mis colegas, que tan de sobra conocen las vulgaridades que voy á exponer.

En las enfermedades en que más se nota la falta de observación es indudablemente en las cardíacas. Lo he visto muchas veces en los hospitales, y ya que no verlo, he sentido sus efectos en

algunos enfermos particulares. ¡Cuántos que se detienen y exploran con gran lujo de detalles á toda clase de enfermos, al llegar á un cardiópata algunos percuten brevemente, y la mayoría sacan su estetoscopio, auscultan detenidamente, perciben un ruido normal modificado ó alguno patológico, y sin más hacen un diagnóstico físico, discuten ligeramente el tratamiento, abandonando en seguida al enfermo y creyendo que han hecho algo útil, cuando en realidad han perdido lastimosamente el tiempo, con gran detrimento del enfermo! Porque éste se incorpora en la cama por cualquier motivo, ó hace algún esfuerzo, y ¡con qué sorpresa notarían ahora, si volvieran á reconocerle, la aparición de nuevos ruidos, ó la desaparición ó cambios de tonalidad y localización de los que anteriormente percibieron! Y así se da el caso de enfermos cuyo diagnóstico varía según sea el que lo reconozca; otros que lo tienen muy complicado, porque se han percibido soplos en varios orificios, cuando en realidad dependen de uno solo, ó se excluye la posibilidad de una cardiopatía por la ausencia de signos físicos en el momento de la exploración, ó se les cree cardíacos y como á tales se les trata, cuando la debilidad de su corazón era debida á otra afección que engendraba esos síntomas, que siguen persistiendo á pesar de las mejorías ficticias obtenidas por la medicación tónica cardíaca, porque también sigue persistiendo la afección primitiva que los produce.

Y es que la semeiología del corazón, que parece tan sencilla, es, en realidad, muy complicada. Si exploramos esta víscera á enfermos de todas clases, muchas veces nos encontramos con soplos—con caracteres de los que los libros llaman orgánicos—que de interpretarlos al pie de la letra nos harían suponer la existencia de una lesión, y, sin embargo, llega el caso de hacerles la autopsia y se encuentra el corazón normal ó algunas rugosidades en el endotelio que nos dan la clave de aquellos síntomas, que de no darles un verdadero significado, dada la falta de trastornos circulatorios en el resto del organismo, nos hubieran conducido á amargar la vida de un semejante nuestro haciéndole creer que era cardiópata.

Y ¿qué nos importa la existencia de un soplo si el enfermo no tiene hipertrofia de la cavidad anterior al orificio que sufre la supuesta lesión, y si el pulmón, bronquios, y si es del corazón derecho la circulación cefálica y general, no sufren ningún menoscabo? Aquel enfermo podrá tener alguna rugosidad parietal, alguna alteración isotónica de su sangre, algún ganglio que comprima sus arterias centrales, pero nunca debemos considerarlo como cardíaco.

Respecto á la falacia de los signos del corazón, citaré algunos casos demostrativos, y lo hago por haberlos observado yo y no por la novedad que puedan tener. Un individuo sin ninguna alteración funcional de los aparatos respiratorio y circulatorio, pues sólo sufría una neuralgia intercostal á *frigore*, echado en la cama presentaba un desdoblamiento del segundo ruido en el foco de la mitral, al incorporarse se transformaba en un ruido de galope, en otras ocasiones no presentaba nada anómalo. Y no se me diga que la neuralgia era sintomática de lesión cardíaca, pues desapareció para no volver á presentarse con sólo tres inyecciones de oxígeno. Otro individuo, diagnosticado como el anterior en el primer reconocimiento de estrechez mitral, por presentar soplo presistólico y ruido de llamada, á los cinco días de observado desaparece el soplo y el desdoblamiento se hace del primer ruido y no siempre evidente, y resulta ser un diabético, diabetes que daría lugar á desórdenes de inervación del corazón ó serían éstos concomitantes, pero nunca debíamos meternos á tratarle como cardíaco. Muchos anquilostomíasicos presentan soplos, no en la base, como dicen los libros, sino en la punta, y no con caracteres de funcionales, sino de orgánicos, y, sin embargo, expulsados los anquilostomas y bastante reparada su anemia, esos soplos casi todos desaparecen.

Para nosotros los Médicos militares tiene gran importancia este asunto, porque á pesar de que la vigente Ley de reclutamiento especifica que para dar por inútil á un individuo enfermo del corazón es necesario que su lesión dificulte ó trastorne la circulación y respiración, en la práctica puede haber errores si no examinamos al supuesto cardíaco con todas las condiciones debidas; pues si está

enterado de la existencia de un soplo en su corazón, le bastará dar una carrera ó hacer algún esfuerzo para presentar los trastornos circulatorios y respiratorios necesarios para que se le juzgase como inútil, y podía engañarnos si no le reconociéramos en reposo y en varios días, hasta dilucidar bien la verdadera causa de dicho soplo.

Observando los casos contrarios, veremos enfermos que han sido tratados como gastrópatas, hepáticos, catarrosos, etc., que en realidad son cardíacos; pero las alteraciones perceptibles por auscultación no se traducen por soplos ni por alteraciones de ritmo, sino por cierta debilidad y prolongación de los tonos, que si no se les sorprende en determinados momentos pasan desapercibidos, y desde luego lo serían en una sola exploración.

De todo esto deducimos: que entre los elementos de investigación de los cardiópatas, la auscultación es uno muy importante, pero que predispone á muchos errores, y que entre los datos que ella nos proporcione y los que nos den la inspección, conmemorativo, palpación y percusión cardíacas y auscultación pulmonar, debemos, siempre que estén en pugna unos con otros, guiarnos por estos últimos, que nos conducirán seguramente al verdadero diagnóstico, con exploraciones muy detenidas y repetidas en diversas posiciones, horas y días, interpretando y valorando su resultado, ó sea subordinando éste al raciocinio, que es lo que da superioridad al hombre sobre todos los animales, muchos de los cuales le aventajan en materia de percepción y sensibilidad sensoriales.

A. FERRATGES,

Médico segundo.

CARRO FILTRO PARA EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN CAMPAÑA (1)

La obtención de agua esterilizada puede considerarse, en general, sencilla empresa, apélese á cualquiera de los procedimientos

(1) Artículo del Médico militar inglés T. Mc. Culloch, publicado en el *Journal of the Royal Army Medical Corps*.—Abril, 1906.

adecuados, tales como el calor, la filtración ó los agentes químicos. Todos ellos pueden convertir un agua contaminada en agua potable sin necesidad de manipulaciones complicadas ni difíciles, si bien es indispensable dedicar cuidadosa atención á los detalles del método que se emplee. Esto no obstante, el abastecimiento de agua en campaña está lejos de ser un problema de fácil resolución, lo que se debe, en primer término, á que es muy difícil proporcionar agua pura con la regularidad y en la cantidad que se necesita, teniendo en cuenta el cambio de lugar constante de las tropas que desempeñan el servicio que nos ocupa, de tal suerte, que, sean las que fuesen las medidas y precauciones que se adopten, es imposible evitar en el mayor número de ocasiones que el soldado, impelido por la sed, beba de la primer agua que encuentre al paso.

Los que han hecho en campaña experiencias de este género son los que mejor han podido apreciar las serias dificultades que ofrece el asunto, y que no son privativas de nuestro ejército, sino comunes á todos. Así, por ejemplo, con referencia al ejército francés, dice Vaillard en los *Archives de Medecine et de Pharmacie Militaires*, 40, 1902, en un trabajo titulado *L'Epuración de l'Eau Potable en Campagne*: que «no sólo requiere el hervido del agua aparatos apropiados, sino que presenta otros inconvenientes, entre los que figuran el procurarse combustible, el tiempo que se necesita para llevar el agua á su grado de ebullición y el que tarda en enfriarse, y entre tanto el soldado ha de reprimir su sed, que ha de apagar al fin con un agua generalmente desabrida». Después de considerar la cuestión desde todos sus puntos de vista, se ha llegado á la conclusión de que para las tropas en marcha no son procedimientos prácticos la filtración ni el hervido, y que es preferible valerse de la esterilización química, empleando al efecto los tabloides de Vaillard y Georges (1).

(1) Este procedimiento consiste en la depuración del agua por el yodo. Se provee al soldado de una cajita que contiene pastillas azules compuestas de yoduro de potasio y yoduro de sodio, pastillas rojas de ácido tártrico y pastillas blancas de hiposulfito de sosa. Se usan del siguiente modo: en determinada cantidad de agua se echan á la vez el

Los alemanes han hecho recientemente mención de las grandes dificultades que experimentaron para proporcionar agua pura á las tropas germánicas en la campaña en el Sudoeste de África, para lo cual se valieron de diferentes clases de filtros y de otros aparatos para esterilizar por el calor, resultando que unos eran muy embarazosos y otros no esterilizaban bien. Figuró entre ellos uno montado sobre ruedas, que no llenó su objeto porque no podía transportarse en un país donde tanto escasean los animales de tiro, así que, generalmente, quedó relegado á segundo término, utilizándosele tan sólo en los campamentos fijos y en los hospitales. Se emplearon también esterilizadores pequeños, pero igualmente con mal éxito. Al fin hubo de recurrirse á enseñar al soldado á hervir su agua de bebida, prohibiéndole en absoluto el uso de otra; mas el mismo Dr. Schian, á quien se deben estos informes, asegura que él tuvo precisión de beber agua sin hervir para apagar su sed, y hace hincapié en lo penoso é ineficaz que es querer obligar á los hombres abrasados por la sed á que se limiten á beber el agua previamente hervida por ellos mismos.

Terminada la guerra del Sur de Africa se han buscado medios satisfactorios para proveer de agua esterilizada al soldado en campaña, mereciendo el asunto, por la que afecta á nuestro ejército, una especial atención. Muchos aparatos se han ensayado, abrigándose al fin la convicción de que no es práctico atenerse á un solo procedimiento, porque la variabilidad de las condiciones del servicio de campaña exige apelar á diferentes recursos. El hervido del agua puede ser útil para los campamentos fijos, en tanto que en otras circunstancias no podrá verificarse, así como tampoco la filtración, y para tales casos deberá proveerse á cada soldado de una cajita que contenga tabloides Vaillard, que es el medio que hasta el día se considera mejor para alcanzar la esterilización por agentes químicos. Sin embargo, hay que reconocer que el elemento

comprimido azul (yodato yodurado) y el rojo (ácido tártrico), con lo que se pone en libertad el yodo, que ejerce su acción antiséptica. Verificada la reacción se añade el comprimido blanco (hiposulfito de sosa), que elimina del agua el exceso de yodo.

principal para proporcionar al soldado en campaña agua esterilizada es el carro filtro.

Probablemente conocerán muchos Oficiales del Cuerpo los dos ensayos que de los mejores procedimientos para este servicio se hicieron en los cuarteles de Millbank (Londres) en Febrero y Agosto de 1905. Estos ensayos demostraron la posibilidad de resolver satisfactoriamente el suministro de agua en campaña por el empleo de filtros esterilizadores conducidos por el llamado carro del agua. Desde entonces se han ideado numerosas modificaciones, pero todas se derivan del primitivo modelo. Las pruebas del carro dieron tales garantías de éxito, que se dispuso la construcción de un gran número de ellos.

Como es de capital importancia que se conozca en detalle cuanto se refiere á la esterilización por los medios que transporta este aparato, se describe á continuación el carro y se especifican las instrucciones para su manejo.

El carro modelo aceptado consta de un aljibe de hierro capaz para 108 galones de agua, dos bombas, dos filtros clasificadores y ocho bujías filtrantes esterilizadoras Brownlow. Tiene además un depósito pequeño en la parte posterior, que sirve para contener el agua esterilizada, al cual abocan dos tubos que corren alrededor del carro, provistos de 12 espitas.

En la parte anterior del carro hay una alacena de madera que guarda en su parte superior un recipiente para esterilizar las bujías, y contiene además piezas de repuesto. Por último, lleva el carro dos largas mangueras terminadas en tubos, uno de ellos provisto de tela metálica y terminado el otro por una tuerca; ambos se conducen enganchados sobre el gran aljibe.

Filtros clasificadores.—El mayor de los dos depósitos del carro contiene el agua, que ha sido depurada de las substancias que pudiera tener en suspensión mediante el paso á través de los filtros clasificadores. Llevan éstos esponjas comprimidas que ocupan dos cilindros colocados horizontalmente en la parte posterior del carro, uno á cada lado. Las esponjas comprimidas son del mejor mate-

rial que ha podido encontrarse para el objeto. Pueden limpiarse fácilmente por medio del agua en ebullición.

Filtros esterilizadores.—Realizan una perfecta esterilización. Las ocho bujías Brownlow forman dos juegos de á cuatro, cada uno de los cuales va en un departamento especial, en comunicación, desde luego, con el interior del gran aljibe. Se ha dado á estos aparatos la colocación más apropiada, habiendo conseguido que no sufran las bujías el menor daño, aun sometiendo al carro á rudas pruebas. Cada bujía va cubierta con un paño especial para filtros, habiéndose elegido el más apropiado. Por medio de las bombas se llena el depósito grande de agua, que ha de pasar á las bujías esterilizadoras, cada una de las cuales tiene tubo propio de rendimiento, llamado «cuello de cisne», tubos que son en apariencia delicados y frágiles; pero esta disposición tiene la mayor de las ventajas, cual es que, como vierten aisladamente el agua, cualquier alteración ó trastorno que en una bujía ocurra se nota inmediatamente, conociéndose cuál es la deficiente ó inutilizada. Por análoga razón los tubos de descarga están asimismo á la vista en la parte exterior.

Nunca conduce el carro una gran cantidad de agua esterilizada: únicamente va lleno el depósito pequeño, de siete galones de capacidad. Obedece esta práctica á la conveniencia de esterilizar el agua en el momento que deba ser distribuida. Recuérdese que en las 12 espitas pueden llenarse á la vez 12 botellas, lo cual hace que el suministro sea mucho más rápido que lo es en la actualidad con el carro ordinario para agua. Además, así se elimina el peligro de que el agua se contamine durante el tiempo que estuviese almacenada. El trabajo de sacarla con la bomba no es penoso. Ambos depósitos pueden quitarse fácilmente para su especial limpieza.

El rendimiento de agua esterilizada es mayor que el que se consigue por otros procedimientos, tanto, que después de nueve días de continuo uso se obtuvieron 210 galones por hora. Tiene, en fin, este carro la ventaja de no aumentar la impedimenta del ejército, puesto que reemplaza á los carros de agua que forman

parte actualmente de la dotación reglamentaria de cada batallón.

Para asegurar el buen uso de estos nuevos aparatos, están á cargo de personal instruído en su manejo y especialmente en el de los elementos filtradores. Conviene también que cada soldado tenga algunas ideas generales referentes á la esterilización del agua, porque su instrucción contribuirá al éxito de este procedimiento, debiendo además conocer otros, lo que se alcanza por la inteligente y voluntaria cooperación de los Oficiales y de los soldados. Sería útil proporcionar á éstos en todo tiempo agua esterilizada en cantidad suficiente, así en marcha como en campaña.

Las instrucciones para el funcionamiento del carro filtro para el abastecimiento de agua, son las siguientes:

(1) Las bombas, que están colocadas una á cada lado del aljibe grande, en su parte posterior, funcionan independientemente, así que pueden ser utilizadas conjunta ó separadamente.

(2) Cada bomba provee á una serie de filtros, es decir, á los clasificadores y esterilizadores (4 bujías) de su propio lado.

I.—*Para llenar el gran aljibe.*

(3) Fíjense las mangueras por uno de sus extremos á las uniones acodadas, que están cada una debajo de su respectiva bomba, y sumérjase el otro extremo en el estanque, río, etc., de donde haya de tomarse el agua.

(4) Antes de que empiecen á funcionar las bombas hágase girar la llave colocada entre los filtros clasificadores y los esterilizadores, de tal modo que señale su indicador en dirección al gran aljibe, con lo cual se aíslan los filtros esterilizadores y se abre paso al agua, á través de los clasificadores, á dicho gran depósito.

(5) La bomba deberá funcionar dando de 15 á 20 golpes por minuto. El arco que ha de recorrer el mango de la bomba es limitado, debiendo trabajarse sin hacer grandes esfuerzos y sin sacudidas. Es un error querer forzar el trabajo de las bombas para ahorrar tiempo. Ya se ha dicho que ambas pueden funcionar á la vez.

(6) Una vez lleno el aljibe grande, desenchúfense las mangueras y recójanse arrolladas, enganchándolas en la parte superior del depósito.

II.— *Para conducir el agua clasificada desde el aljibe grande á los filtros esterilizadores.*

(7) Dése vuelta á la llave (véase 4), de tal modo que el indicador señale en dirección á los filtros esterilizadores.

(8) Fíjense los tubos de rendimiento (cuellos de cisne) por medio de tuercas á los ocho extremos de los tubos de metal que abocan á las cubiertas de las cajas que contienen las bujías. Las tuercas deben estar suficientemente apretadas para que la conexión ó ajuste sea perfecto.

(9) Los extremos libres de los cuellos de cisne deben estar reunidos, constituyendo dos grupos de á cuatro, de tal modo que cada grupo esté en relación con cada una de las dos aberturas circulares practicadas en la cubierta ó techo del pequeño aljibe, que, como se ha dicho, está situado en la parte posterior del carro. Las tapas que cierran estas aberturas deben estar siempre muy bien ajustadas, salvo cuando el filtro funciona.

(10) Las bombas sirven tan sólo para llenar el depósito grande (véase 5).

(11) Si algún tubo trabaja defectuosamente, debe suspenderse la esterilización, quitar el cuello de cisne correspondiente á la bujía imperfecta ó inútil y colocar un tapón apretado fuertemente, hasta que haya ocasión de examinar la bujía inservible.

(12) Por las 12 espitas puede sacarse el agua esterilizada. La gran espita del depósito pequeño se usa para llenar grandes recipientes y por si accidentalmente rebosase el líquido.

(13) Cuando se ha terminado la filtración se quitan los cuellos de cisne y se guardan en la alacena de madera que está en la parte anterior del carro, cerrando con tapones apropiados al objeto cada una de las aberturas de los tubos de las bujías.

III.—*Limpieza y esterilización del carro y de los filtros.*

(14) Límpiese el depósito grande una vez al mes, ó cada quince días si se ha filtrado agua muy cenagosa. El depósito pequeño se debe limpiar con agua muy caliente una vez por semana. Cuando han dejado de prestar servicio mucho tiempo, límpiense cuidadosamente ambos aljibes antes de ponerlos en uso.

(15) Las bujías filtrantes se quitarán cada tres días, y sin despojarlas del paño en que están envueltas se sumergirán en agua fría en un recipiente adecuado y se hará hervir el agua.

(16) Cada seis días se quitará á las bujías los paños filtrantes, para examinarlas. Si el interior de dicho paño está sucio, se limpiará con agua hirviendo, pero sin restregar.

(17) Cuando se ensucien las bujías, frótese bien su superficie con un cepillo apropiado, lávense después en agua limpia, reemplácense los paños y hiérvanse.

(18) Una vez por semana sáquense las esponjas de los filtros clasificadores y lávense en agua caliente; hiérvanse también cada quince días.



AHÍ VA UNA IDEA

Hace ya algún tiempo que tengo el alto honor de pertenecer al Cuerpo de Sanidad Militar; pero ni en la guarnición de Madrid ni en las de provincias y plazas de África, donde me llevó el destino, ha pasado un solo día sin que deje de oír lamentarse á todos los compañeros del horrible cuadro que se ofrece en nuestras familias cuando la muerte de uno de nosotros pone de relieve lo mezquino de un pasado triste con lo indeciso de un porvenir para los que quedan más triste todavía.

Raro será el individuo del Cuerpo que por los destinos que haya desempeñado, por sus derechos como las de otras individualidades del ejército, por sus afines relaciones con los militares de todas las Armas, no se le haya presentado ocasión para pertenecer á una de tantas asociaciones benéficas para lo porvenir, como en la actualidad existen dentro del ejército mismo, y sobre todo á nuestra Filantrópica, creada especialmente con este fin.

Los casos, sin embargo, se repiten con tan insistente frecuencia, con tan abrumadora realidad, que no habrá ninguno que no haya sentido amargura infinita al presenciar las escenas que se desarrollan en nuestras casas cuando termina la existencia de un individuo del Cuerpo de Sanidad Militar.

Y si esto es exacto, ¿no es una verdadera pena, por no darle otro calificativo, que no hayamos podido aún lograr lo que con un recto espíritu de asociación han conseguido hasta las clases sociales más modestas en pro del más sagrado deber para con los suyos?

Pues aunque cueste trabajo confesarlo, los hechos que á diario se repiten demuestran que no se ha conseguido.

Yo pido perdón por la frase, pero me atrevería á calificar de apático el espíritu de asociación protectora de los Médicos y Farmacéuticos, lo mismo civiles que militares; ahí están para probarlo los trabajos y luchas de la colegiación obligatoria, la exigua minoría del Montepío Médico-farmacéutico, el número tan limitado de socios que forman la asociación de Concordia del Colegio de Médicos de esta provincia y la titánica tarea que ha sido precisa para la creación de la Asociación y Montepío de Médicos titulares de España. Cito estos hechos, no sólo por haber intervenido en los más de ellos, sino para probar cuánto se abusa de hacer resaltar verbalmente ó por escrito las angustias que la muerte de uno de nosotros acarrea y cuán grande es también la falta de espíritu práctico para lanzarnos por el camino de lo realmente hacedero, indispensable y positivo.

Pues bien; en estos momentos en que, gracias á la abnega-

ción y constante firmeza de cuantos dirigen nuestra Filantrópica, parece que este espíritu ha reaccionado favorablemente á los fines que aquélla persigue, yo me atrevo á proponer la aplicación á dicha Asociación, y en general al Cuerpo de Sanidad Militar, de las bases por que se rige la Sociedad de Concordia del Colegio de Médicos de Madrid, ya citada, y otras Asociaciones no médicas, pero que por la simplicidad del procedimiento y sin agrupaciones de juntas, montepíos, etc., están dando ya envidiables resultados en la práctica.

Fúndase lo que propongo en el establecimiento de una cuota obligatoria por cada individuo del Cuerpo que muera, y no mensual ni periódica, y que precisamente por tratarse de un organismo militar ha de recogerse con facilidad suma y sin gasto alguno.

Para el desarrollo de esta tesis estudiaré por separado los tres puntos que abarca:

I

¿Qué cantidad debe otorgarse como *mínimum* á la viuda ó huérfanos de un Médico ó Farmacéutico militar?

Dado el reducido número de individuos que componen el Cuerpo de Sanidad Militar (616 en plantilla, más la escala de reserva), es imposible pensar en cantidades, por pequeñas que sean, en concepto de pensiones vitalicias: allá cada uno se cuida, con la legislación en la mano, de pensar en los derechos que les corresponden á sus viudas y huérfanos, que al menos para los casados que figuramos en los últimos empleos del escalafón esos derechos quedan reducidos á cero; por tanto, teniendo presente el número de los que pueden contribuir, las perentorias necesidades de la vida, á las que hay que atender con preferencia con el haber que se disfruta, y asimismo que en la mayoría de los casos las viudas pueden cobrar las pagas de toca, creemos que esa cantidad debe ser aproximadamente de 2.000 pesetas, con las que hay suficiente para garantizar al menos una decorosa despedida al que se va y algún medio de resistencia á los que quedan.

II

¿Cómo debe reunirse dicha suma?

Dos procedimientos pueden emplearse: ó pagar cada uno, con arreglo al sueldo que goza, una cantidad proporcional por cada uno de los individuos del Cuerpo que fallezca, ó abonar todos una cantidad media igual por el mismo motivo.

Lo primero lo consideramos de más justicia que lo segundo, porque no es equitativo que el que percibe 187 pesetas mensuales abone lo mismo que el que cobra 1.000, y sobre todo, porque esta cuota proporcional está en relación con el término medio de vida probable. He aquí, si se acepta este criterio, lo que corresponde á cada empleo:

	Pesetas.
100 Médicos y 30 Farmacéuticos segundos, á 2 pesetas.	260
235 ídem y 34 íd. primeros, á 3 íd.....	807
108 ídem y 14 íd. mayores, á 4 íd.....	488
52 Subinspectores de segunda médicos y 6 Farma- céuticos, á 4'50.....	261
24 ídem de primera íd. y 3 íd., á 5 íd.....	135
7 Inspectores de segunda médicos y un Farma- céutico, á 5'50 íd.....	44
2 ídem de primera íd., á 6 íd.....	12
528 Médicos y 88 Farmacéuticos.....	2.007

Este reparto está hecho desde el punto de vista práctico, toda vez que, si bien es cierto que la plantilla de segundos está incompleta, las cantidades que por este concepto falten se hallan sobradamente recompensadas con la excedencia de mayores, y sobre todo con los Inspectores de primera y segunda que figuran hoy en la escala de reserva.

La cuota media igual asciende á 3'25 pesetas, cantidad que estimo exagerada para el último empleo de la escala, toda vez que en un mes puede ocurrir, por desgracia, más de un fallecimiento.

III

¿Qué procedimiento debe seguirse para su recaudación y empleo?

El más sencillo y práctico que á mí se me ocurre es el siguiente: Firmada bajo compromiso de honor por todos los individuos del Cuerpo la aceptación de esta idea en hoja circular en que se especificara la cantidad que con arreglo al empleo habría que abonar por cada fallecimiento, restaba sólo girar ésta al Inspector de Sanidad Militar del Cuerpo de ejército dentro de la Península, ó á los Jefes de Sanidad para los que sirvan en Mallorca, Menorca, Tenerife, Gran Canaria, Ceuta y Melilla. Estos Jefes girarían la cantidad por cada uno recogida al Inspector ó Jefe de Sanidad de la Región donde hubiese ocurrido el fallecimiento, el que nombraría dos compañeros que llevasen á la familia aquel consuelo moral y material á que es acreedor quien perteneció al Cuerpo de Sanidad Militar.

Las dos únicas dificultades que tiene este procedimiento estriban: primera, en que subscriban estas bases todos los individuos; segunda, en que se gire puntualmente la cantidad que á cada uno corresponda.

Respecto á la primera, es esencial, y sin ella seguiremos lamentando, pero no remediando jamás el triste espectáculo que hoy se da en cada caso.

Respecto á la segunda, los Inspectores y Jefes de Sanidad tienen sobrados medios para hacer cumplir lo subscrito al que faltase.

Para el mejor resultado de este proyecto debiera recogerse por anticipado una cuota para el primer caso en que fuera preciso emplearla, y para lo sucesivo los individuos que prestasen su servicio en la misma localidad donde el fallecimiento ocurriese determinarían por votación nominal si era preciso ó no el uso del socorro, teniendo presente la situación económica, posición social, etc., predominando siempre el criterio más amplio respecto á este asunto, que yo extendería hasta á los individuos que no abo-

nasen cuota, pues de lo que se trata es de salvar en todos los casos el prestigio del Cuerpo y no el de determinadas personalidades. Las ventajas del mismo son claras y evidentes por su sencillez extrema, que no precisa más que buena voluntad para demostrar prácticamente el afecto al compañero.

Los individuos que por pertenecer á la Filantrópica tengan ya derechos adquiridos, en nada salen perjudicados, puesto que el efecto útil que en aquélla obtendrían le tienen garantido aquí igualmente, y quede bien sentado que lo que me propongo con esta idea es simplificar el procedimiento y no mencionar, sino para alavarlas, las bases y trabajos realizados por los que tan dignamente dirigen nuestra querida Asociación.

Tal es, á grandes rasgos, la idea general que me permito someter á la ilustración del Cuerpo, con la esperanza de que limitándonos á lo práctico, resolvamos de una vez un mal palpable sin recurrir á los dos vicios que hoy matan en España todos los grandes proyectos, la discursomanía y el papeleo.

E. ALONSO GARCÍA SIERRA,

Médico primero.

PRENSA MÉDICA

La anestesia espinal.—El Doctor Lazarus (*Zeitsch. f. phys. und diätet. Therapie*. Abril, 1906) vuelve á resucitar la anestesia espinal, algo pasada de moda, fundándose en las siguientes consideraciones: Los resultados desfavorables, dice el autor, obtenidos con la anestesia espinal se deben al uso de un anestésico inadecuado ó á la falta de técnica. La cocaína, que es la substancia más comunmente usada, no es un buen medio para producir

esta anestesia, porque ocasiona efectos dañosos sobre la médula. Después de pasar revista á varios anestésicos, el autor se decide en favor del uso de la stovaina. La stovaina es una substancia obtenida por síntesis por Fournéau bajo la sugestión de Emilio Fischer. Su constitución química es semejante á la de la cocaína y eucaina, pero es mucho menos tóxica, la mitad ó un tercio menos, que la cocaína, por lo que puede ser administrada sin

riesgo á dosis mucho mayores. La dosis que se debe inyectar de cada vez es de 4 á 6 centigramos de stovaina. La técnica de la inyección es como sigue: colocado el enfermo en la posición conveniente y tomadas las precauciones consabidas para evitar toda infección, con una aguja de 6 á 8 centímetros de longitud adosable á la jeringa exploradora se hace una punción por debajo de la espina de la segunda ó tercera vértebra lumbar, directamente en la línea media. La aguja debe ir contenida en un pequeño trócar. Si la punción ha llegado á su lugar, se verá salir el líquido cerebro espinal, del que se debe extraer 1 ó 2 centímetros cúbicos. Inmediatamente se hace la inyección de una dosis igual del líquido en que se halla disuelta la stovaina. Este líquido debe estar templado y la inyección hacerse con cierta lentitud. Si no se tuviera esta precaución el líquido céfalo-raquídeo refluiría á la parte superior y se producirían síntomas de compresión bulbar, vómitos y hasta colapso. Después de separar la aguja se deja al paciente en decúbito dorsal, y á los diez minutos se comienzan á observar claramente los síntomas de anestesia. Las sensaciones al tacto, al calor, al frío y al dolor desaparecen en las extremidades inferiores, así como los reflejos. El autor refiere haber llevado á cabo algunas operaciones cruentas y dolorosas bajo el influjo de la anestesia espinal por la stovaina con bastante buenos resultados.

La levadura de cerveza en el tratamiento de las anginas.

—El Médico italiano Melzi habla (*Gazz. degli Osped.*, 28 de Enero

de 1906) muy favorablemente de la levadura de cerveza en el tratamiento de las anginas. Según sus observaciones, es en el principio de la enfermedad cuando el medicamento ejerce más beneficiosa influencia. El autor pasa revista á todas las hipótesis inventadas para explicar el efecto de este medicamento y ninguna le satisface. Lo importante para él es la eficacia positiva, indudable, de esta substancia, que no sólo ataca la génesis de la inflamación acortándola, oponiéndose á la supuración y hasta abortando la enfermedad si se acude presto, sino que además previene la extensión de la flegmasia al otro lado. La levadura puede darse fresca, desecada ó en extracto; lo mejor es administrarla seca, en polvo, dando desde tres cucharadas de café á tres cucharadas de sopa al día en un vaso de leche.

El arsénico en la diabetes. —

El Dr. Verdalle (*Arch. Générales de Med.*, 20 de Marzo de 1906) ha publicado el resultado de sus observaciones sobre la acción de las aguas arsenicales de La Bourboule en 24 enfermos de diabetes que ha cuidadosamente estudiado. En casi todos los casos, teniendo en cuenta que algunos de ellos padecían de formas graves de glucosuria, observó la disminución de la cantidad de azúcar en la orina y un aumento de la proporción de urea. Los enfermos toleran bien el uso de las aguas, siendo las dosis moderadas las que más eficacia tienen sobre la disminución de la glucosuria. Los efectos del agua son rápidos y á los pocos días de tratamiento se ve rebajar la cantidad de azúcar un cuarto y hasta una mitad. Estas

aguas, dice el autor, son singularmente beneficiosas en los casos en que la glucosuria es debida á un exceso de función glucogénica del hígado. También lo son en diabetes que reconocen otra génesis, aunque en menor grado. En ciertos casos los resultados obtenidos por el tratamiento son definitivos; en otros el azúcar desaparece durante algún tiempo, meses, años, para luego volver á presentarse. En tales casos es preciso repetir el tratamiento. Las aguas exportadas lejos del manantial no tienen la misma virtud.

Tratamiento de la anquilostomiosis por el filmaron.— El Dr. Tenholt (*Berl. klin.*, núm. 213, Marzo, 1906), que posee una gran experiencia en el tratamiento de la anquilostomiosis, manifiesta que el medicamento que produce mejores resultados contra esta enfermedad es el *extractum felicis maris*, que él usa con gran éxito, excepción hecha de aquellos casos en que hay debilidad del corazón ó trastornos de la vista, en los cuales prefiere el empleo del timol.

El autor ha empleado últimamente un nuevo preparado que contiene el principio antihelmíntico esencial del *extractum felicis*, libre de su elemento tóxico, y que se llama el filmaron. Los resultados obtenidos con este medicamento dan un 70 por 100 de curaciones, lo mismo que cuando se administra el extracto ordinario.

Tenholt se resiste á creer que la propiedad antihelmíntica del *extractum felicis* sea debida á la acción directa del medicamento sobre los parásitos intestinales. Si esto fuera cierto, dice el autor, la mayor eficacia del remedio se daría

administrándolo en cápsulas que se disolvieran al llegar al intestino; cuando precisamente ocurre que es menos eficaz dado en cápsulas que administrado disuelto por la boca del modo ordinario. De aquí se desprende que la acción de este antihelmíntico es indirecta, después quizás de absorbido por el sistema vascular y cuando llega por la sangre á la mucosa intestinal.

Las inyecciones subcutáneas de aire contra el dolor.—

En el año 1902 la *Presse Medicale* publicó un artículo de M. Romme refiriendo las observaciones del Dr. Cordier, de Lyon, sobre las inyecciones gaseosas contra las neuralgias. Después han sido publicadas dos tesis sobre el mismo asunto: una del Dr. Vignes, de Lyon, y otra del Dr. Hunaut, de Lille. Por último, el Profesor Desplats ha presentado una comunicación á la *Société de Sciences médicales* de Lille, con reflexiones muy atinadas sobre la cuestión, que es de la que nos vamos á ocupar.

Para practicar estas inyecciones basta una aguja de Pravaz y una pelota común de insuflación de aire, pudiendo utilizar la misma que se usa en el termocauterio. Las precauciones de asepsia son las ordinarias. En la pera de insuflación puede colocarse un poco de algodón en la abertura por donde entra el aire para evitar el paso de los gérmenes atmosféricos. La cantidad de aire que se inyecta varía según la región, la laxitud del tejido y la extensión é intensidad del dolor. El objeto es producir una distensión del tejido celular subcutáneo ó del tejido intersticial profundo hasta que se pueda percibir fácil-

mente por la vista ó la palpación. En general, dice el autor, es suficiente inyectar la cantidad de aire encerrada en el reservorio del aparato de insuflación bien extendido. Una vez hecha la inyección se practica sobre la región un poco de masaje hasta hacer al aire cambiar de sitio, cosa que se percibe por la crepitación. Después de la inyección el sujeto comienza á sentir cierto adormecimiento del dolor, hasta que termina por desaparecer. A las veces, el adormecimiento va precedido por un dolor más intenso que pasa rápidamente. Al principio se usaron las inyecciones de aire contra las neuralgias y más tarde contra toda clase de dolores. Se han empleado, por orden de frecuencia, en la ciática, las neuralgias intercostales, el lumbago, ciertas artalgias, en el dolor de costado de las afecciones agudas del pulmón y de la pleura, etc.

Lo más interesante de esta comunicación de Desplats es la demostración de que la acción de las inyecciones es independiente de la naturaleza de los gases que se usan. Él ha experimentado el aire cargado con vapores de guayacol, de cloroformo, de éter, de salicilato de metilo, etc., sin obtener más resultados que con el aire solo. Las inyecciones de oxígeno y de ácido carbónico probablemente obran por idéntico mecanismo. De que la composición del gas inyectado no influye en el efecto obtenido, ha deducido el autor que se trata de una acción puramente física, mecánica, debida á la distensión y presión que deben sufrir las ramas y extremidades nerviosas de la región. Además es indudable que la inyección produce una perturbación neuro-vascular de los tejidos, que

se revela por el rubor de la piel y hasta por un trabajo subinflamatorio, que se reconoce por los signos de este proceso patológico y por cierto endurecimiento del tejido celular que queda después.

El autor termina por recomendar este medio, singularmente en el tratamiento de las neuralgias.

(Archives Medicales Belges).

* *

Tratamiento de los sabañones por el ácido pírico.—El ácido pírico es una substancia que está dotada de propiedades antisépticas y analgésicas extraordinarias, las cuales le han hecho acreditarse en la práctica como el mejor medio terapéutico contra las quemaduras. Fundándose en esas mismas propiedades, el Dr. Lemaire lo ha usado también con éxito en el tratamiento de los sabañones. Este autor lo emplea aplicando una ó dos veces por día sobre los sabañones de primero y segundo grado, no ulcerados, una solución compuesta de un gramo de ácido pírico, 2 de ácido cítrico y 100 de agua. Al cabo de poco tiempo la tensión dolorosa de la piel y la tumefacción disminuyen, y últimamente, gracias á la queratinización y endurecimiento del epidermis, tiene lugar la curación radical de este padecimiento.

(Gaz. des hop.)

* *

La hematuria como sintoma inicial de la tuberculosis renal.

—En algunos casos de tuberculosis renal, dice el Dr. Askanazy (*Deutsches Archiv. für Klinische Medizin.*), se presenta como sintoma precoz una hematuria más ó menos abundante, que coincide de ordinario con un estado de salud exce-

lente, sin signo ó síntoma alguno que denote un padecimiento del riñón ni de ningún otro órgano. Estas hematurias primitivas tienen la misma génesis que las primeras hemoptisis en la tuberculosis pulmonar. Rara vez desaparecen tales hemorragias de un modo súbito, pues por lo general duran horas, días, meses y hasta años. Los ataques hematúricos no es raro se acompañen de dolores cólicos en la región renal. Con el tiempo, la tuberculosis del riñón pasa al período cavernoso, en el cual se presentan grandes hemorragias de origen arterial. Las primeras hemorragias, pues, tienen mucha importancia para el diagnóstico precoz de la tuberculosis, cuando quizás pueda evitarse la nefrectomía.

La degeneración grasosa del hígado en las infecciones.

—El Dr. Bueri estudia experimental y clínicamente esta cuestión (*Riform. med.*, núm. 12), demostrando que la degeneración grasosa del hígado es más frecuente de lo que se cree en el curso de las infecciones microbianas. Ella sobreviene singularmente en las enfermedades infecciosas agudas, en las cuales la acción de las toxinas sobre las células produce la degeneración más pronto y con mayor intensidad. Si en la autopsia no se observa más veces, es debido á la rapidez con que sobreviene la muerte en estas enfermedades de curso corto. Según las observaciones del autor, la degeneración comienza por el endotelio de los vasos capilares del hígado, donde indudablemente obran primero y con más intensidad los venenos microbianos

que circulan con la sangre. A juzgar por la distribución de los territorios celulares degenerados, que van desde la periferia al centro de los lóbulos hepáticos, el Dr. Bueri se inclina á creer que la causa de la degeneración circula por la vena porta principalmente.

El signo de Murphy en las enfermedades de la vejiga de la hiel.

—Hace algún tiempo viene dándose una gran importancia en la exploración clínica de las enfermedades de la vesícula biliar al llamado signo de Murphy. He aquí la descripción de este signo, tal como la ha hecho el propio autor (*Medical News.*, vol. I, 1903, p. 825). El más característico y constante signo de las lesiones de la vejiga de la hiel es—dice Murphy—la imposibilidad en que se encuentra el enfermo de hacer una profunda inspiración cuando los dedos del Médico, en forma de ganchos, son profundamente hundidos bajo el arco costal derecho, sosteniendo hacia arriba la margen inferior del hígado. En este momento, si el enfermo trata de hacer una inspiración honda, el diafragma, que empuja el hígado, hace que se comprima, por contacto con los dedos, la vesícula biliar, dando lugar á una sensación más ó menos dolorosa que interrumpe bruscamente el acto inspiratorio. Claro está que el signo de Murphy no indica más que la hipersensibilidad patológica de la vejiga de la hiel, sin expresar nada respecto á la naturaleza del padecimiento; pero así y todo, no deja de tener una gran importancia en la exploración clínica, tratándose de un órgano de tan difícil

examen y de reacciones patológicas á veces tan obscuras.

Condiciones de las heridas producidas por las armas de fuego japonesas.—La *Deutsche Militärärztliche Zeitschrift*, en uno de sus últimos números, reproduce las opiniones publicadas por el Dr. R. Wreden, Médico en Jefe del ejército ruso en la Mandchuria, sobre el efecto producido por los proyectiles de las armas usadas por los japoneses.

Las heridas—dice Wreden—ocasionadas por el fusil japonés de 7 milímetros han tenido en general una marcha favorable, porque las balas llevan una envoltura muy espesa que no se resquebraja y abre con facilidad. La distancia, como es natural, tiene en sus efectos una gran importancia. Hasta 200 pasos la fuerza llamada hidrodinámica de los proyectiles es tan grande, que las heridas del cráneo son mortales, en las de los huesos largos produce grandes destrozos, y lo mismo pasa en las de las cavidades torácica y abdominal.

Mas esta fuerza explosiva del proyectil se hace más débil á mayor distancia, hasta cesar enteramente á los 400 pasos. Entre 400 á 800 no se observa más que el curso limpio del proyectil; las heridas curan relativamente bien, salvo las de vientre, que son siempre las más graves; los huesos y las articulaciones son atravesados como con un sacabocado; las heridas del pulmón no pueden considerarse como muy graves, y en una palabra, todas las heridas á esta distancia tienen el carácter de lesiones limpias, rara vez infectadas, que cicatrizan con

relativa facilidad. A una distancia mayor, de 800 á 1.000 pasos, las lesiones son todavía perforantes, pero las aberturas de entrada y salida son ya más grandes; y si en realidad no hay acción explosiva, se observan los efectos desgarrantes del proyectil algo fragmentado al obrar sobre las diáfisis y epífisis de los huesos. La infección es muy frecuente en estos casos á causa de los trozos de vestido que el proyectil hace penetrar en la herida. Y últimamente, á más de 1.000 pasos los proyectiles no tienen fuerza para atravesar muchos órganos y suelen quedar dentro de las heridas con todas sus consecuencias.

Una prueba, dice el Dr. Wreden, de la naturaleza en general favorable de estas heridas, es lo que pasó en el combate de Turentschen, que, al mes próximamente, la tercera parte de los heridos, perfectamente curados, eran reincorporados al ejército.

Desgraciadamente no se puede decir lo mismo de los proyectiles de artillería. Las heridas que producen son desgarradas, con tendencia á gangrena consecutiva. Además todas ellas supuran porque son infectadas por fragmentos de proyectiles no estériles, por vestidos, tierra, etc. Esto mismo se observa en las heridas producidas por rebote de los proyectiles, sean de fusil ó de cañón.

El autor se ocupa del paquete de cura individual que usaban las tropas rusas, y al que concede una gran importancia por la trascendencia que tiene en la marcha ulterior de las heridas. Cree preferible que el material de esta primera cura sea antiséptico y no simplemente aséptico. Pues aparte de que de otro modo las manos del que

aplica el apósito lo infecta inevitablemente, sucede con frecuencia que con el calor se desarrollan sobre los vendajes húmedos toda suerte de fermentaciones y hasta larvas de moscas, cosa que no ocurre si es antiséptico. Propone sustituir el sublimado por la creosota en la preparación del paquete individual, por creerla más estable y menos irritante de los tejidos. Los medicamentos condensados en tabletas, asegura Wreden que dieron muy buenos resultados en la práctica.

Termina protestando contra la

denominación algo sarcástica dada á las armas modernas, de armas humanas. «Sí, dice él, las balas japonesas eran humanas; pero no daban menos de un muerto por cada tres heridos. Y esto no es nada en comparación de las máquinas infernales que lanzaba la artillería, probablemente humana también. El 17 y 18 de Agosto fueron arrojados por los artilleros rusos sobre los japoneses 100.000 proyectiles, y como todas las heridas producidas por tales proyectiles son infectadas, calcúlese el número espantoso de muertes á que darían lugar».

CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE LISBOA

Sección de Medicina militar.

Cirugía de guerra en el puesto de socorro, por el Profesor Nimier, de Val-de-Grâce.—Hay que tener en cuenta las condiciones de la lucha y del terreno en el campo de batalla, que hacen variar á veces los preceptos dictados en los Reglamentos de campaña. El servicio médico regimentario debe hacerse por batallón. Los Médicos de batallón establecerán: Primero, un *puesto móvil de vigilancia* en los puntos más avanzados, para ver los heridos que pueden marchar é indicarles el sitio de curación adonde deben dirigirse; segundo, un *puesto móvil de socorro*, que se traslada con el batallón y que funciona con él en la primera línea bajo el fuego enemigo, prestando asistencia á los heridos que caen sucesivamente y que diseminados sobre el terreno no pueden ser levantados á consecuencia de la intensidad del fuego. En estos casos la mayor parte de las veces los carruajes sanitarios no podrán seguir y el material tendrá que ser transportado por los enfermeros y camilleros; el cual material tendrá que ser muy simple, porque en el curso de la acción no se pueden prestar más que los auxilios de urgencia. El Médico de batallón se encuentra en tales casos en presencia de dos clases de heridos: unos que presentan indicaciones quirúrgicas imperiosas, y otros que pueden esperar á ser tratados más tarde. Estos últimos son curados ó no, según las circunstancias. A los otros, el Médico no podrá hacer otra cosa que

poner el primer vendaje, inmovilizar las fracturas por los medios que tenga á la mano, cohibir las hemorragias, y, cuando más, hacer una traqueotomía ú otra operación así imperiosa. Por último, después del combate se establecerá un *puesto de socorro fijo* que pueda responder á las prescripciones que dictan los Reglamentos, donde los camilleros llevarán todos los heridos, y en el que el coche médico de batallón pueda servir de núcleo para su instalación. Es difícil expresar qué clase de intervenciones quirúrgicas deben realizarse en este sitio, porque el puesto fijo es todavía una instalación provisional, intermediaria entre el puesto móvil y la organización hospitalaria de las ambulancias: ligaduras, amputaciones, regularización de las heridas, rectificación de los apósitos, inmovilizaciones, traqueotomía, cateterismo, etc.

Cualquiera que sea la cirugía del campo de batalla, hay que convenir que ejerce una influencia moral extraordinaria. Es preciso que el soldado tenga conciencia que el socorro ha de serle prestado en seguida.

M. José Barbosa Leão (Lisboa), *Teniente Coronel médico del ejército portugués*.—En el puesto de socorro el Médico no puede hacer otra cosa que lo siguiente: aplicar el primer apósito á los heridos; hacer la compresión en casos de hemorragia; inmovilizar las fracturas con gotieras, etcétera; hacer la traqueotomía; administrar inyecciones hipodérmicas de morfina, éter; evacuar sobre las ambulancias á los heridos, primero los que tienen hemorragias momentáneamente cohibidas, después los que necesitan una operación cruenta, y por último, los heridos graves, cuyo apósito es complicado y minucioso.

El autor de esta comunicación juzga inútil el paquete de cura individual llevado por el soldado mismo, por no saber éste aplicárselo. El vendaje de la primera cura no puede ser ventajosamente aplicado más que en el puesto de socorro por el Médico ó por un personal instruido. El Doctor Barbosa termina su comunicación recomendando el paquete de cura inventado por el General médico Dr. Post, que se compone de unos rondones de algodón hidrófilo y gasa espolvoreados con ácido salicílico ó iodoformo, los cuales se fijan sobre las heridas, sin venda, por medio de un aglutinante especial.

Organización del servicio de sanidad de primera línea.

Dr. Manoel Gião (Lisboa), *Teniente médico del ejército portugués*.—Se acusa á la organización actual del servicio de sanidad de primera línea, compuesta de los tres escalones consabidos, de proporcionar recursos sanitarios insuficientes y de ser necesario sustituirlos con otros me-

dios de mayor actividad. Para remediar estos inconvenientes propone el ponente sustituir los dos últimos escalones por un cierto número de unidades sanitarias iguales, á los que da el nombre de hospitales de sangre. La traslación de los heridos sería asegurada por columnas llamadas de transporte. Las columnas denominadas de hospitalización conducirán el material necesario para la instalación de los hospitales de sangre. El hospital tendría por Jefe un Médico, la columna de transporte un Oficial de tren y la columna de hospitalización un Oficial administrativo. Cuando estas tres unidades se hallasen reunidas el Jefe superior sería siempre el Médico. Estas unidades sanitarias deben tener su lugar en las columnas en marcha.

Dr. Pedro Gómez y González (Sevilla), Inspector médico de primera clase del ejército español.—Lo más saliente y original de esta comunicación es el pensamiento de formar regimientos mixtos de sanidad con Médicos, Farmacéuticos, enfermeros, camilleros, conductores, animales de arrastre, carruajes y material. Dichos regimientos tendrían una sección montada y otra de á pie. Al juzgar el servicio general de vanguardia, compuesto de puestos de socorro, ambulancias y hospitales de campaña, dice que la ambulancia divisionaria debe ser el tipo adoptado; pero en forma que sea susceptible de dividirse y fraccionarse en secciones que, dotadas de una gran movilidad, sean capaces de acudir presto á los distintos sitios en que pueden necesitarse. Esta es una idea útil, de gran importancia práctica, que responde á una necesidad de la actual organización.

Los hospitales de campaña deben ser en número de 120 para cada Cuerpo de ejército, con capacidad cada uno para 200 hombres. El Inspector Gómez se declara, por último, partidario del paquete de cura individual, llevado por el soldado y aplicable por el enfermero, el camillero ó el propio herido.

El Profesor P. Imbriaco (Florencia), Coronel médico.—Después de pasar revista á la organización del servicio sanitario de los ejércitos italiano, ruso y japonés, el autor sienta las conclusiones siguientes: El material de cura de las unidades sanitarias de vanguardia debe ser repartido en lotes típicos de diferentes modelos, de los cuales el más pequeño es el paquete individual del soldado. Es preciso aumentar el personal y los medios de transporte de los heridos, así de los de las ambulancias como de los hospitales de campaña, al mismo tiempo que se constituyen convoyes especiales de auxilio. Es conveniente instituir hospitales especiales reservados á los heridos de las cavidades. El autor reclama, en térmi-

nos elocuentes, que el Médico militar no sea un asimilado, sino que goce de los mismos derechos militares que los otros Oficiales. Protesta además del dictado de no combatientes que se le ha querido dar por alguien.

Después de la discusión habida sobre las ponencias respectivas, la Sección aprobó las conclusiones siguientes: Primera. Los puestos de socorro deben ser mantenidos, pero adaptándolos á la táctica moderna. Segunda. El principio de la invisibilidad de los combatientes durante la acción hay que reconocerlo también para el personal de socorro durante el combate. Tercera. El paquete de cura individual debe ser llevado por todo militar, Oficial ó soldado, y á falta de Médico ó de practicante debe aplicárselo el individuo mismo. Para esto, en tiempo de paz, no sólo los camilleros y practicantes, sino todos los soldados, deben ser instruidos y ejercitados en la manera de usarlo.

Educación especial del Médico militar.

Mr. Lemoine, Profesor de Val-de-Grâce.—La educación del Médico militar debe salir del conocimiento del medio en que vive y de sus deberes especiales dentro del ejército. Su papel es difícil y á las veces ingrato, porque consiste en mantener el equilibrio del espíritu entre dos tendencias opuestas: la una que impone el sacrificio del hogar, del reposo, de la salud y de la vida; la otra que tiende á la conservación de la salud y de la existencia. Hay que reconocer, dice el autor, que el papel del Médico militar se ha transformado profundamente. A las preocupaciones exclusivamente quirúrgicas de los antiguos Cirujanos militares, se han sucedido los deberes los higienistas al resolver los graves problemas de la salud de las tropas, por medio de conocimientos cada vez más complicados, difíciles y precisos. Esta transformación es la que ha hecho cambiar más la educación científica del Médico dentro del ejército. Cuando se trata de estudiar los planes de campaña, concurren á consejo los representantes de todas las Armas y suelen prescindir de los Médicos, olvidando que muchas campañas han fracasado por defectos de los servicios higiénicos.

Lucas Gonçalves Nunes (Lisboa), Capitán médico.—Hace notar que Portugal es el único país de Europa donde el Médico militar no recibe una educación y una instrucción militar apropiadas. El Médico militar tiene necesidad de cierto conocimiento de la táctica. Debe saber leer un plano, para poder conducir un convoy de heridos y adaptar las unidades sanitarias á las exigencias del terreno. Debe además estar iniciado en los menores detalles de la vida del soldado.

El autor cree que sólo en Escuelas especiales pueden los Médicos adquirir hábitos de disciplina, desarrollar el sentimiento del deber y el espíritu de compañerismo, que no se encuentran de ordinario en los estudiantes de Medicina cuando salen de las Universidades. Se muestra gran partidario de la creación de una Escuela de Medicina militar en Portugal.

Dr. Larra y Cerezo (Madrid).—El Médico militar debe tener una educación especial desde el principio de sus estudios. Debe conocer las matemáticas, las ciencias físicas y naturales y poseer una cultura filosófica elevada. Desde el punto de vista profesional debe conocer la higiene militar, la medicina legal, la instrucción militar propiamente dicha. Su ilustración médica debe ser muy extensa, porque tiene que ejercer todas las especialidades, incluso la farmacia. Por todo esto, debe ocupar en el ejército el lugar que le corresponde y obtener ventajas superiores á los otros Oficiales, ya que tiene necesidad de conocimientos más completos y que está sometido á las mismas vicisitudes militares que ellos, aparte las responsabilidades especiales de su profesión.

Mr. Vaillard, Inspector médico del ejército francés.—Comienza por enumerar las cualidades y conocimientos que debe poseer el Médico ideal, conviniendo en que es humanamente imposible que las reúna todas un solo individuo. De esto deduce la necesidad de los especialistas en el ejército, principalmente en medicina legal y en psiquiatría. Estas especialidades prestarían grandes servicios informando sobre el estado mental de los individuos á los consejos de guerra, donde actualmente se cometen graves errores por falta de información técnica. En cuanto á los conocimientos estratégicos y tácticos, cree Mr. Vaillard que no conviene exagerar, pues á veces basta con el buen sentido. Es preciso, ante todo, ser Médico. La peroración de Mr. Vaillard fué muy aplaudida.

Las conclusiones expuestas en las anteriores comunicaciones fueron aceptadas por la Sección.

Comunicaciones sueltas más importantes.

El *Dr. Lachronique* estima que es preciso dar la preferencia á la cura antiséptica sobre la aséptica en el material de campaña. Además, demanda que la insignia de la cruz de Ginebra sea reservada á los Médicos, enfermeros y personal sanitario de las tropas y hospitales de campaña.

El *Dr. Cornelius* habla del circuito nervioso, y el Médico mayor *Sr. Gamero* de la acción antiséptica de los efluvios eléctricos.

El *Dr. Moutinho* (Lisboa) presenta un cuadro optométrico, que parece tener positivas ventajas sobre los anteriores conocidos.

El *Dr. Brisard* presenta una comunicación sobre la profilaxis de la tuberculosis fuera del cuartel.

El *Inspector francés Mr. Vaillard* demuestra las ventajas de las pesadas sistemáticas de los hombres para el diagnóstico precoz de la tuberculosis. Trata además del problema de la purificación de las aguas en campaña. Los aparatos esterilizadores, dice, son embarazosos. Los filtros de porcelana, que son los mejores, resultan demasiado frágiles y se rompen. El hipoclorito de sosa, empleado en Austria, da al agua un gusto desagradable. El autor recomienda el empleo de unos comprimidos. Estos comprimidos son de tres clases: uno compuesto de yodato de sosa yodurado, que puesto en contacto con el ácido cítrico, de que se compone el segundo, da lugar á la producción de yodo naciente, que es un gran antiséptico del agua. Después, con el fin de reducir el yodo, usa una tercera especie de comprimido compuesto de hiposulfito sódico. Este medio químico de purificar el agua ha dado, según Vaillard, excelentes resultados en las expediciones coloniales.

(*Le Caducée*).

SECCION PROFESIONAL

SUBASTAS

•*Circular*.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito que el General del sexto Cuerpo de ejército dirigió á este Ministerio en 16 de Diciembre último, cursando para su resolución, por parecer tenía vicio de nulidad, el expediente de las subastas verificadas en el hospital militar de San Sebastián, á fin de contratar los víveres y artículos necesarios para el consumo del mismo y en cumplimiento de Real orden de 16 de Agosto del año anterior; resultando que verificada la primera subasta no fueron adjudicados algunos artículos por falta de postores, disponiendo entonces el Inspector de Sanidad Militar de dicha Región se verificara una segunda con carácter de urgencia, anunciándose con plazo de diez días, dando resultado esta vez y quedando por consiguiente adjudicado el servicio provisionalmente; resultando que si bien el Jefe interventor de la Intendencia militar de aquel Cuerpo de ejército informa en el expe-

diente diciendo que lo actuado era nulo por no haberse determinado por autoridad competente la urgencia del caso, en cambio, el asesor lo hace en el sentido de que dicho expediente se encuentra ajustado á derecho; resultando que el punto concreto que ha motivado la disparidad de criterios es el referente á la autoridad en quién reside la facultad para estimar la urgencia tratándose de una subasta local para un hospital militar, y considerando que ni en el artículo 14 del Reglamento de contratación, artículo 2.º del Real decreto de 27 de Febrero de 1852, ni tampoco en la Real orden circular de 9 de Diciembre de 1904 (*C. L.* núm. 242) se esclarece este extremo, si bien la práctica seguida y aún lo establecido por disposiciones posteriores al Reglamento atribuyen, como es lógico, dicha facultad á la autoridad inmediata superior, y considerando, por último, que la antes citada Real orden circular establece que los Jefes superiores en las Regiones ó distritos á que corresponda el establecimiento ó servicio son los encargados de iniciar la subasta, de la gestión concerniente á la contratación, de la designación del establecimiento en que ha de celebrarse el acto, aprobación de pliegos de condiciones facultativas, autorización para celebrar segunda subasta si la primera no dió resultado, alterando el precio límite si lo cree oportuno y adjudicación definitiva (arts. 14 al 18, 24 y 26 de la expresada Real orden circular), esto es, que les concede todas las facultades para las resoluciones de mayor importancia, siendo por lo tanto lógico que las tengan también para autorizar la reducción del plazo en los casos de urgencia, el Rey (*Q. D. G.*), de acuerdo con el dictamen del Consejo Supremo de Guerra y Marina, ha tenido á bien disponer que se devuelva al General del sexto Cuerpo de ejército el expediente de subasta de referencia, para que el Inspector de Sanidad Militar del expresado Cuerpo de ejército apruebe la adjudicación definitiva y continúe la tramitación del contrato en la forma reglamentaria. Es asimismo la voluntad de S. M. se considere ampliada la Real orden circular de 9 de Diciembre de 1904 de que antes se ha hecho mérito, en el sentido de que los Jefes superiores de las Armas ó Cuerpos en las Regiones, distritos ó Gobiernos militares exentos, tienen, además de las facultades que para las subastas locales les confiere dicha soberana disposición, la de resolver acerca de la urgencia del caso á que se refiere el artículo 14 del Reglamento de contratación vigente y autorizar la reducción á diez días del plazo que media entre el anuncio de la subasta y el acto de la misma.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 21 de Abril de 1906.—Luque.

—Señor.....»