

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año I

Madrid, 15 de Marzo de 1911.

Núm. 6.

SUMARIO

Esterilización de los líquidos por los rayos hiper-ultravioletas, por S. Cambronero.—*Un caso de otitis media supurada crónica con caries ático-mastoidea y periostitis temporoparietal*, por A. Ramirez Santaló.—*Quiste multilocular del ovario (conclusión)*, por César Sebastián.—*Las localizaciones quirúrgicas de la tuberculosis en el Ejército*, por Manuel Iñigo.—*Necrología: D. Gabriel Lupiáñez y Martin*.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica: Osteítis en los trabajadores en nácar*.—*Tratamiento del lumbago*.—*Un nuevo signo patognomónico del paludismo*.—*Últimas publicaciones sobre la malaria*.—*Gangrena de ambos pies, que requirió la doble amputación*.—*Una forma desconocida de estrechez esofágica*.—*Peritonitis pneumocócica*.—*La aerografía*.—*Tintura de yodo instantánea*.—*Prensa militar profesional: Cirugía de guerra: Tratamiento quirúrgico esquemático en los puestos de curación*.—*La adopción de jeringuillas para inyecciones hipodérmicas por el Ejército alemán*.—*El calzado y las heridas del pie*.—*Bibliografía: Nuevas investigaciones acerca de la albúmino-reacción en la tuberculosis pulmonar*, por el Dr. José Codina Castellvi.—*Contribución al estudio de la demografía oftálmica de Madrid*, por el Dr. Enrique Mateo Barcones.—*Discurso leído en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina*, por el Doctor D. Federico Olóriz.—*Sección oficial*.

Esterilización de los líquidos por los rayos hiper-ultravioletas.

Es de todos conocido, que si una placa fotográfica al bromuro de plata es impresionada con el espectro solar bien puro, y se somete después á la acción de un revelador, el compuesto argéntico se reduce con desigual intensidad, según los sitios influenciados por aquél; y en tanto que en los lugares que ocuparon los rayos rojo, anaranjado, amarillo y verde, no aparece señal alguna, una reducción, cada vez más profunda, se observa desde el sitio ocupado por el azul, que, siguiendo por la región del violado, se prolonga más allá de éste, con extensión más grande que la del espectro visible. El revelador demuestra, por lo tanto, que, á partir del violado, existe un espectro, compuesto de radiaciones con propiedades químicas, luz ultravioleta, que no nos impresiona, porque los medios de nuestro órgano de la visión son opacos para estos rayos de muy pequeña longitud de onda.

Solamente la acción de ciertos cuerpos que, como la solución de sulfato de quinina, el platino cianuro de bario, el rojo de Mag-

dala, el vidrio de urano y otros, transforman estos rayos en otros de mayor longitud de onda, puede hacer que impresionen nuestra retina, fenómeno que conocemos con el nombre de fluorescencia; y para reproducirlo hay, como todos saben, además del ocular Soret, una experiencia clásica de física, que consiste en proyectar en la oscuridad el espectro oscuro ultravioletado sobre un papel escrito con solución de sulfato de quinina; los caracteres brillan entonces con luz latescente, y se pueden ver estos rayos, invisibles en las circunstancias y condiciones ordinarias.

Numerosos son los trabajos y notas presentados en las Academias científicas, por personas dedicadas á investigar la acción de las radiaciones ultravioletas sobre diferentes cuerpos; pero prescindiendo, por ahora, de las que se refieren á las alteraciones de substancias químicas, y concretándonos á la acción microbiciada que se las reconoce, resumiremos en los límites de un artículo aquellos experimentos ó fundamento de los mismos que con ella se relacionan, para exponer al mismo tiempo su aplicación más interesante en los actuales momentos.

Todos recordamos las experiencias de Engelmann con el objetivo micro-espectral, de que es autor, haciendo caer el espectro solar sobre una preparación microscópica, uniformemente repartida de bacterias vivientes. Al cabo de algún tiempo, se reunían éstas en las partes del rojo y el infra-rojo; eran menos, en número, en los lugares del amarillo y verde, y habían desaparecido completamente de las regiones violada y ultravioletada.

Buscando la explicación de este hecho, repetido á voluntad, se trató de indagar si los rayos violetas y ultravioletas producían modificaciones profundas en el medio, haciendo imposible la vida de las bacterias.

Kernbaum obtuvo agua oxigenada por la acción de estas radiaciones sobre el agua ordinaria ($2 \text{H}_2 \text{O} = \text{H}_2 \text{O}_2 + 2 \text{H}$); y se atribuyó á este cuerpo, eminentemente antiséptico, la causa del fenómeno. Mas, si bien es cierto que el agua oxigenada se produce por la acción de los rayos químicos del espectro, no lo es menos que en la esterilización integral de los líquidos, las radiaciones ultravioletas, por sí solas, son las que la determinan, merced á la considerable acción destructora que poseen, y que les ha valido el nombre de abióticas.

Habíase observado que las lámparas eléctricas en que se hace

saltar la chispa ó arco voltaico, entre vapores de mercurio, son un manantial de luz muy rica en rayos químicos; y sabiendo que las radiaciones ultravioletas no pasan á través del vidrio ordinario, se construyeron con cuarzo fundido (que les es transparente) lámparas con vapores de mercurio, para estudiar en buenas condiciones estas radiaciones, y con ellas se han podido hacer interesantes trabajos, como la disociación del ácido clorhídrico gaseoso, la reducción de la sacarosa refinosa, etc., y la síntesis fotoquímica de algunos cuerpos ternarios y cuaternarios.

Con una lámpara de esta clase, sistema Heraeus, Kernbann demostró que los rayos ultravioletas son capaces de determinar la formación de agua oxigenada en el agua común; pero fijémonos en las circunstancias del hecho.

Al cabo de diez horas de acción de la luz de la lámpara, sobre quince centímetros cúbicos de agua destilada hervida, se observa un ligerísimo desprendimiento gaseoso, que aumenta después para disminuir más tarde, y si la experiencia dura doscientas horas, no hay desprendimiento gaseoso en las treinta y cinco últimas. El gas es H, y en el líquido los reactivos acusan la presencia de agua oxigenada.

Si la producción de agua oxigenada es tan lenta, no explica la esterilización instantánea que con las radiaciones se consigue, y que vamos á señalar.

Courmont y Th. Nogier, de Lyon, dieron á conocer, en la Academia de Ciencias de París (sesión del 22 de Febrero de 1909), por mediación de M. Guignard, un procedimiento puramente físico, de fácil aplicación, para esterilizar las aguas potables. Esta esterilización se obtiene sumergiendo en el agua una lámpara de cuarzo con vapores de mercurio (lámpara Kromayer), y, en algunos segundos, los microbios del agua son muertos por las radiaciones que penetran en el líquido á distancia mayor de 30 cm.

La acción es tan completa, que agua que contenía 1.800.000 bacterias por c. c. no dió, al sembrar en caldo un litro del agua tratada, desarrollo bacteriano de ningún género. Miquel ha demostrado, en unión de Rochaix, que este método destruye bacilos de esporos muy resistentes, como el bacilo mesentericus, y el agua ni se calienta ni se modifica químicamente. No se produce agua oxigenada ni ozono, y la esterilización es debida á la acción directa de los rayos.

Por otra parte, Víctor Henri y Stodel, que habían trabajado en el mismo sentido, aplicaron la acción esterilizadora de estos rayos á la esterilización de la leche, venciendo, mediante un dispositivo muy fácil, el inconveniente que se ofrece cuando los líquidos son opacos.

Mas como quiera que cuando se da á luz un descubrimiento ó una aplicación importante, dejan de guardar el secreto quienes se habían dedicado al mismo asunto, M. Billon-Daguerre hizo abrir un pliego lacrado, depositado por él en 7 de Enero de 1907, que contenía una Memoria sobre el principio y experiencias de esterilización en frío y á distancia por los rayos ultravioletas, y otras radiaciones microbicidas que había hecho objeto de patente.

En los sistemas utilizados por Courmont, Henri y, hasta entonces, por el mismo Billon-Daguerre, ó sea lámparas de cuarzo con mercurio, las radiaciones ultravioletas van acompañadas de otras que pertenecen á la región visible del espectro, muchas de las cuales no tienen acción química y no son microbicidas. Claro está que el rendimiento abiótico no es con ellas todo lo que es posible obtener, precisándose un tiempo mayor de exposición del líquido á la luz para que quede completamente libre de gérmenes vivientes; y en vez de dedicar M. Billon-Daguerre su atención á buscar un filtro de luz que absorbiera las radiaciones extrañas, dirigió sus trabajos á la creación de un aparato que produjera las radiaciones violetas y ultravioletas exclusivamente. Pudo observar, como ya lo habían hecho otros, que las radiaciones emitidas por los tubos de Geissler, Crookes y Moore, que contenían gases como el óxido de carbono, ácido carbónico, hidrógeno sulfurado ó ácido sulfuroso, producen efectos fotoquímicos veinticinco veces más enérgicos que los que proporcionan los rayos ultravioletas solos, y como los espectros de estos gases demuestran la existencia de radiaciones, con una longitud de onda muy pequeña (2.600 á 1.000 unidades angström), que se encuentran en la región extrema del ultravioleta, las denominó hiper-ultravioletas, y otros las llaman ultra-ultravioletas.

La lámpara de mercurio es, por tanto, sustituida por tubos de cuarzo, conteniendo gases enrarecidos, atravesados por la chispa de una pequeña bobina de inducción, necesitando tan sólo una corriente de 2 amperios y 6 voltios, que pueden suministrar tres acumuladores, ó ser tomada de otro origen eléctrico.

Esta lámpara, sumergida en el líquido en dispositivo especial, determina la esterilización instantánea; el aparato es de volumen reducido, y puede obtenerse 3.000 litros por hora, si se trata de un líquido coloreado ú opaco, y de 10.000 litros en el mismo tiempo, si es agua clara. Esta conserva su aire en disolución; no es calentada y su sabor no es modificado. Agua del Sena, con 29.000 bacterias por c. e., ha sido integralmente esterilizada, y lo sencillo del funcionamiento permitirá su empleo en hospitales y cuarteles al lado de los filtros, cuyo papel quedará reducido al de simples clarificadores, en determinados casos solamente, ya que la condición de limpidez es necesaria, así para el tratamiento como para la potabilidad.

Una depuración sencilla, que muchas sustancias y económicos dispositivos pueden proporcionar, será lo suficiente, no siendo preciso para ello filtros que pretenden, sin conseguirlo en el uso ordinario, la esterilización.

Al presente, las lámparas de cuarzo son muy difíciles de fabricar, y su precio es muy elevado; pero es de creer que la industria produzca vidrio transparente á esta clase de radiaciones, y ya llega á nuestra noticia que M. Schott, de Jena, fabrica uno especial, que las deja paso, y se denomina vidrio «Uviol».

La lámpara Westinghouse, tipo Cooper Hewitt, es de rayos ultravioletas, ó sea de cuarzo con mercurio, y su aplicación es diferente—por esto la mencionamos;—pues así como en las de Heraus, primera de Billon-Daguerre, la utilizada por Courmout. Henri y otro, la lámpara se sumerge en el líquido, la de Westinghouse se coloca suspendida á muy corta distancia de él, y por una circulación de éste, bien entendida, pasa varias veces junto á la lámpara antes de salir al exterior.

Si no nos engañan los informes que hemos podido consultar para cuanto queda expuesto, el procedimiento de esterilización integral del agua por estas radiaciones es un hecho; aguas manchadas con muchas especies de microbios patógenos no contenían bacterias ni esporos después del tratamiento, y se podrá decir que ya se dispone del aparato ideal del higienista, por lo que á las bacterias del agua y otros líquidos se refiere, si estudios más profundos, sobre tan complejo asunto, no nos demuestran más tarde inconvenientes que hoy por hoy no se han supuesto.

Para terminar, y por lo que se relaciona con la aplicación far-

macéutica, diremos que se ha intentado utilizar la acción microbici-
cida de estas radiaciones para esterilizar las soluciones inyecta-
bles de medicamentos; mas la poderosa acción química que las ca-
racteriza, determina la alteración de muchos compuestos ó resul-
tan poco permeables.

S. CAMBRONERO

Enero 6, 1911.

UN CASO DE OTITIS MEDIA SUPURADA CRÓNICA

CON CARIES ÁTICO-MASTOIDEA Y PERIOSTITIS TEMPORO-PARIETAL

INTERVENCIÓN.—CURACIÓN

J. A., de nueve años de edad, se presenta en mi Consulta, por indicación de mi excelente amigo el Dr. Alberico. El penoso andar del enfermo, su demacración y palidez, revelan la gravedad de su estado. Nos manifiesta su familia que desde la edad de dos años, y á causa del sarampión, le supura el oído derecho, y que hace bastante tiempo se le presentó una hinchazón por encima del mismo, que se acentuó considerablemente hace tres meses, obligando al médico que le asistía á practicar un desbridamiento que dió salida á gran cantidad de pus, supuración que continúa, de modo continuo y abundante.

Separada la venda, que cubre la región temporo-parietal derecha, vemos una tumefacción considerable que alcanza á casi toda ella, que ofrece en la parte inferior un orificio oval, de un centímetro, y que deja al descubierto el hueso; un estilete en aquel orificio introducido, y dirigido hacia abajo y adentro, va al oído medio por el conducto, y si lo dirigimos hacia arriba, recorre varios centímetros entre hueso y partes blandas, limitando una bolsa amplia.

Examen otoscópico.—El conducto está parcialmente estenosa-
do por abombamiento de la pared postero-superior, que tiene con-
sistencia blanda y se deprime con el espéculo, el que nos deja ver

una completa destrucción del tímpano, la falta de martillo y yunque y una gran cantidad de vegetaciones en la caja. El estilete nos revela caries de la pared externa del ático.

Pruebas acúmetricas.—Oído izquierdo, normal. *Oído derecho:*

Weber laterilizado de este lado.	
Pinne.....	+
Schwabach prolongado.....	-

Reloj á 0,40—voz baja á 2 metros.—Las pruebas de las funciones del laberinto no acusan ninguna alteración.

Como hemos dicho ya, el estado del enfermo es malo; tiene fiebre continua y moderada, no pasando de 38 la máxima, y está inapetente.

Expusimos la urgencia de una intervención, que aceptaron, y realizamos al día siguiente con el valioso concurso de mi ilustrado compañero Sr. Alberico, practicando un vaciamiento tímpanomastoideo por el proceder de Schwartze. Á los pocos golpes de gubia, encontramos un antro superficial, relleno de pus y fungosidades, y con la cucharilla extrajimos un secuestro grande de la pared posterior del conducto; regularizada esta brecha, separada la pared externa del ático y extraída la enorme cantidad de fungosidades que había en la caja, resecaamos la pared posterior del conducto membranoso, tocamos con una solución de cloruro de zinc, taponando estas cavidades, y sobre la sonda acanalada incindimos el pericráneo en toda la extensión que ocupaba la bolsa; separamos las fungosidades de que estaba llena, y después de colocar dos mechas de gasa para el desagüe suturamos los colgajos. Las consecuencias operatorias fueron satisfactorias; á pesar del estado del enfermo y del tiempo invertido en la operación, reaccionó bien, y en la tarde alcanzó el termómetro 37,2, la menor cifra térmica que tuvo en tres meses. Al tercer día renuevo el apósito, que está muy empapado, y éste y el siguiente está apirético; pero al quinto día se presenta ligera reacción febril, y al cambiar la cura, noto mal olor, y extraigo un trozo de gasa negruzco y fétido, que era una de las tiras cortas no renovada hasta ahora, con las que había realizado el taponamiento, por no tener tiras largas. A partir de este momento, todo marcha perfectamente, y, á poco, suture la herida retro-auricular, permitiéndole marchar á la población de su residencia, de donde me enviaban noticias de la marcha de la

lesión, y al mes la de un total restablecimiento, que comprobé poco después, junto con una sorprendente mejoría de su estado general. Un año después se mantenía la curación.

Algunas palabras para exponer el juicio que nos merece el proceso, con las inevitables reservas, ya que para hacer afirmaciones nos falta el examen bacteriológico de los productos, absolutamente necesario para tal fin. Los caracteres que ofreció en su desarrollo la afección, y más que ellos las lesiones encontradas en nuestra intervención, permitían formular el diagnóstico de otitis media tuberculosa, y si tal juicio lo hubiera formado *à priori*, no habría llevado á cabo la operación sin exponer mis dudas respecto al resultado final, supeditado ahora, y á nuestro entender en todas las tuberculosis, á la evolución del proceso, si bien entiendo que en casos como el nuestro nada cabe esperar de los procederes económicos, y se imponen los más radicales.

Y vamos á terminar, exponiendo antes el modo de producción de las periostitis temporales. Dejando aparte cuanto se refiere á las periostitis primitivas, cuya génesis y caracteres no son diferentes de los que ofrecen en otra región, traumáticas, etc., sólo vamos á ocuparnos de las que reconocen por causa una infección del oído medio, y entre ellas hay una que debe ser conocida, y que no haremos más que mencionar: la que se presenta sin lesiones de las cavidades óseas, forma que hace unos quince años no era aceptada por los especialistas, habiendo sido necesario se repitan las observaciones en que una trepanación innecesaria demostraba la integridad de aquellas cavidades, para que se admita sin discusión, y la más frecuente, sin duda, es la que se realiza por intermedio del hueso, que es invadido en primer lugar, siendo la inflamación de su cubierta secundaria, y más raramente observada aquella forma, la de nuestra observación, en que la infección se hace por continuidad de la caja al periostio del conducto, probablemente por la membrana de *Schrapnell*, y que en un primer grado permanece limitada á la proximidad del tímpano, constituyendo la periostitis yuxtatimpánica de *Lemarc'Hadour* y *Chauveau*; otras veces se extiende á todo el conducto, y en ocasiones continúa su marcha invasora despegando el periostio hasta la escama del temporal, y produciendo en nuestro enfermo un túnel ósteo-periostíco, que se extendía de dicha región á la caja, produciendo en el conducto una tumefacción con caracteres especiales y diferentes á los

que ofrece cuando reconoce por causa la celutitis del grupo limítrofe al conducto, toda vez que era blanda y depresible, y en este último caso es más dura y difusa, y forma cuerpo con las partes profundas.

Son de la mayor importancia las consideraciones que acabamos de exponer, ya que ellas sirven de base al tratamiento actualmente aconsejado para cada forma. Gracias á las nociones expuestas, sabemos existe una periostitis que no se acompaña de lesiones óseas, y que combatimos satisfactoriamente con la dilatación de las partes blandas, rehabilitando la incisión de *Wilde*, hasta poco ha por todos condenada, y cuando existan otra clase de lesiones, sean ó no causa de la complicación que estudiamos, emplearemos el tratamiento que reclamen.

DR. A. RAMÍREZ SANTALÓ.

Médico mayor.

QUISTE MULTICULAR DEL OVARIO

(CONCLUSIÓN)

TRATAMIENTO

La intervención, pero no era posible ejecutarla en el acto. Era preciso alimentar y dar ánimo á la enferma, ir desinfectando y limpiando (que buena falta hacía) lo que había de ser campo operatorio, levantar las fuerzas, etc. Ordenamos al cabo de la sala, Eugenio Ruiz, y al sanitario Vicente Julián (de cuyo celo quedamos satisfechísimos), le inyectaran diariamente 500 c. c. de suero artificial. El día 13, víspera de la operación, se la administró un purgante y se la dió un baño caliente jabonoso. En la mañana del 14, se la inyectó un litro de suero y un c. c. de una solución de cafeína para inyecciones hipodérmicas. La tarde y noche anterior y la mañana de este día, la enferma no tomó ningún alimento.

Procedimos á la anestesia, utilizando el cloroformo con mascarilla ordinaria, y la anestesia se hizo sin ningún accidente.

Desinfectado el campo operatorio, limitado con cuatro servilletas esterilizadas, y sujetas éstas con pinzas de cuadro, hicimos una incisión que, partiendo unos centímetros más abajo del apéndice xifoides y contorneando el ombligo por su lado izquierdo, llegaba hasta algunos centímetros más arriba de la sínfisis pubiana. Tan escaso era el espesor de la pared abdominal, que con esta primera incisión quedó á nuestra vista el peritoneo, el cual cogimos con una pinza de disección. Levantado un pliegue del mismo, abrimos en él un ojal, valiéndonos de unas tijeras romas, por donde introdujimos el dedo índice, que, utilizándolo como guía, nos sirvió para abrir rápidamente y sin temor todo el peritoneo, que sujetamos en cada lado con dos pinzas de Pean. Colocadas más compresas á uno y otro lado de la incisión, deslizamos nuestras manos en la cavidad abdominal, recorriendo el tumor en todas direcciones, en busca de las adherencias que pudieran existir; mas por abajo nos era imposible reconocerle. Entonces quisimos exteriorizarle. ¡Empeño vano! Sin embargo, insistimos una y otra vez, porque nuestro deseo era respetar su integridad, procurando por todos los medios que su contenido no se derramara en el peritoneo. ¿Qué hacer entonces?... Pronto nos decidimos; con el dedo índice por guía, y armados de gruesas tijeras, prolongamos por arriba y abajo la incisión hasta quedar totalmente seccionada la pared del abdomen en su eje longitudinal. Nos seguía faltando espacio por los lados; ¡ni aun así podíamos *hacernos con él!* Entonces apelamos al trócar. Se hizo una primera punción en un sitio aparentemente quístico del lado izquierdo; salió por la cánula, una vez retirado el trócar, como un litro de un líquido de color moreno obscuro; algo se redujo el tamaño con esta primera punción, pero no bastaba. Renovamos las compresas, cerramos el sitio de esta primera punción con una pinza de bocado extenso, y hacemos una segunda en un sitio simétrico del lado opuesto. Aquí la celda donde ha penetrado el trócar está ocupada por sangre, y cuando ya nada sale por la cánula, volvemos de nuevo á repetir la intentona de vaciar el vientre de este horrible huésped; mas de nuevo se estrellan nuestros propósitos. Entonces, como último recurso, lo seccionamos á lo largo de su línea media; redoblamos las precauciones para defender el peritoneo; lo cogemos sólidamente con pinzas de cuatro dientes, de las que tiramos hacia arriba, tratando al mismo tiempo de imbricar las paredes del quiste; las manos van logrando llegar á su

cama inferior; empujan también hacia arriba, ayudando así la acción de las pinzas, y gracias á esta doble y sinérgica acción, asoma en la parte más baja la extremidad inferior del tumor con sus pedículos, quedando, segundos después, todo él montado (si se nos permite la frase) sobre las paredes del abdomen.

Hay que ganar tiempo, porque la cara y el pulso de la enferma nos inquieta; entonces es rápidamente ligada en cadena una adherencia de epiplón; desprendemos con los dedos otra muy reciente de intestino delgado, y liberado el tumor, vamos en busca del mayor pedículo nutricional, que ligamos en masa y seccionamos; sangra, á pesar de la ligadura, por haber sido desgarrado más abajo; ligamos nuevamente en masa con seda del núm. 3, por bajo de esta desgarradura; lo cauterizamos y peritonizamos, abandonándolo definitivamente. Repetimos la misma maniobra con el segundo, más delgado, pero más largo que el anterior y, como él, colocado á la izquierda.

Renovamos nuevamente las compresas, secando cuidadosamente la sangre, que ha ido derramándose y se ha ido acumulando entre las asas intestinales, que, dicho sea de paso, tienen su coloración normal, gracias á que no hemos olvidado la precaución de ir las protegiendo, á medida que saliesen, con servilletas esterilizadas y empapadas en suero fisiológico caliente. Cuando nada sangra, cuando todo lo que nuestra vista descubre está seco y limpio, procedemos á la sutura. El peritoneo muy grueso, como apergaminado, es reunido con una sutura hecha á punto por encima con seda del núm. 2. El resto de la pared es reunido con una sutura de puntos entrecortados, hecha también con seda, que es el único material de sutura de que disponemos.

Colocamos un vendaje bien algodonado, y llevamos la enferma á la cama, suprimiendo las almohadas y rodeándola de caloríferos. Se la inyecta un litro de suero fisiológico caliente. Empiezan los vómitos clorofórmicos, que logramos atajar, haciéndola dar una compresa empapada en vinagre y beber unos sorbos de *Cham-pagne* helado. Las pulsaciones, en este instante, 74; la temperatura, 36,5. Recobra el conocimiento, y al Intérprete le dice, á instancias nuestras, que se encuentra bien y sin dolor. La operación ha durado escasamente una hora; entendimos que era conveniente ir de prisa, porque esta desgraciada no podía estar respirando impunemente mucho tiempo los vapores del cloroformo.

Viendo á la enferma reaccionada y tranquila, examinamos detenidamente el quiste, que está formado por una multitud de cavidades llenas de un líquido moreno y viscoso y otras de sangre negruzca; el espesor de la pared alcanza por algunos sitios ocho ó nueve centímetros, y en ella se ven otras celdas más pequeñas, ocupadas por una materia amarillenta y pegajosa, parecida al mas-tic de los vidrieros, que suponemos producida por una degeneración colóidea de las células de la pared. Por fuera, la pared es lisa, de color blanco mate por algunas parte, azulada ligeramente en otras, y por ella serpean franjas coloreadas en gran cantidad, que corresponden al trayecto de los vasos; en ellas se observan los vestigios de las adherencias desprendidas y los pedículos, que estaban formados por el meso-ovario y el meso-salpingo.

No hemos podido hacer ninguna preparación microscópica.

En este momento permitimos la entrada en la Clínica á los hermanos de la enferma y á multitud de moros, amigos de la misma, que, no obstante no ser día de mercado, vienen á la Plaza sin más objeto que saber el resultado de la operación, que había despertado vivísima curiosidad en las kabilas de Tensamán y Beni-Urriaguel.

Todos decían, días antes, que al hacer *medico bajero tan grande* tener que *morrir*, y al ver ahora que la operada no ha muerto, y al saber los cuidados que se la prodigan y el interés que nos inspira su vida, se deshacen en elogios á España y nos besan las manos.

¿Qué enseñanzas ofrece este caso?

Ante todo, al estudiarlo y al resolverlo después, nosotros hemos servido á nuestra querida Patria en la medida de nuestras modestas fuerzas; y decimos que hemos prestado un servicio á nuestra amada España, porque la noticia de la operación y curación de esta enferma ha despertado grandes simpatías y cariño hacia ella en el vecino campo, siendo de día en día más numerosos los indígenas que á diario vienen á nuestra consulta é ingresan en las Clínicas de este Hospital.

Aparte esta consideración, nosotros hemos aprendido *de visu* las dificultades de extirpar estos tumores y el modo de vencerlas, apelando á los procedimientos que ya quedan expuestos, siquiera sea brevemente. Recordando ahora lo visto, se nos ocurre pensar que cuando se trata de tumores poliquisticos de paredes gruesas

y de tamaño tan considerable, marsupializar es ir á un seguro fracaso, toda vez que consideramos imposible, cualquiera que sea el tiempo que para ello se señale, que á través de la bolsa de marsupialización se pueda eliminar tan considerable cantidad de tejidos patológicos; antes, seguramente, ocurriría la muerte por infecciones secundarias ó por peritonitis; y si se tiene, además, en cuenta que estas enfermas llegan agotadas á la operación, se tendrá una razón más para opinar así, pues fácilmente se alcanza que más pronto se acaba la vida de la marsupializada, obligada á la inmovilidad en el lecho, que acaba de expulsarse sin contratiempo la bolsa quística que por adherencia de más ó menos dejó de enuclearse entera.

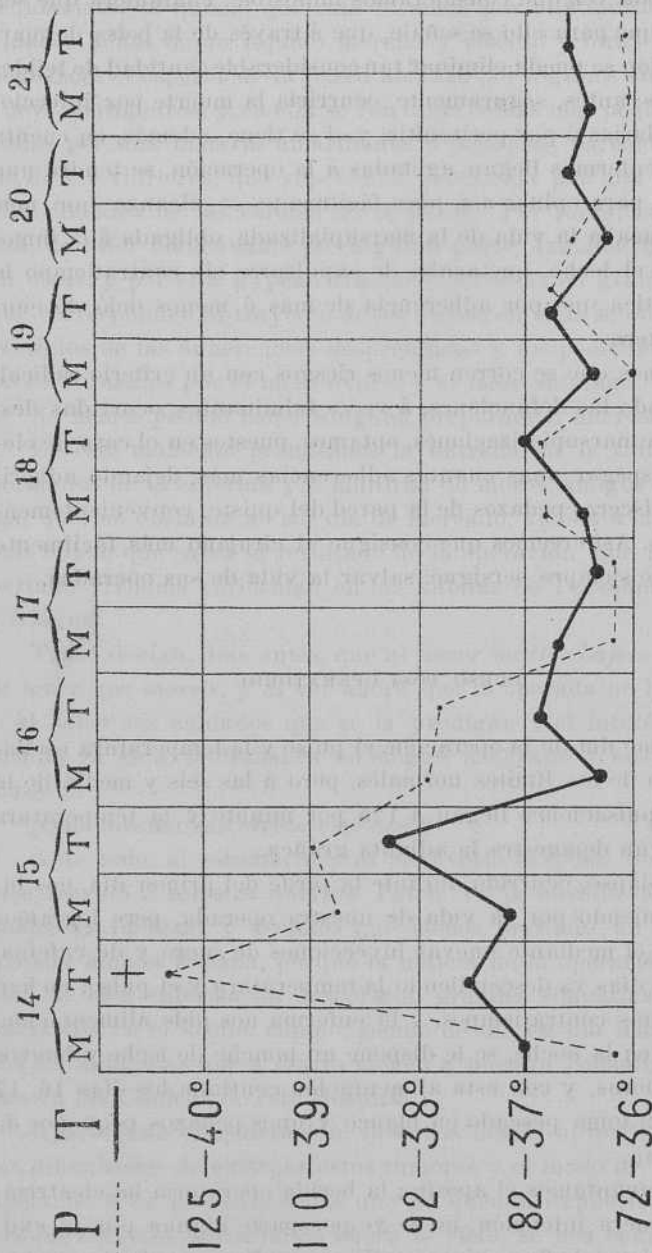
Pensamos que se corren menos riesgos con un criterio radical, y recordando las defunciones, á veces fulminantes, ocurridas después de las marsupializaciones, optamos, puestos en el caso de elegir, por despegar unas cuantas adherencias más, dejando adheridas á las vísceras pedazos de la pared del quiste, convenientemente tratadas. Así creemos que consigue el cirujano más fácilmente el ideal que siempre persigue: salvar la vida de sus operadas.

CURSO POST-OPERATORIO

El mismo día de la operación, el pulso y la temperatura oscilaban dentro de los límites normales, pero á las seis y media de la tarde las pulsaciones llegan á 125 por minuto y la temperatura á 38,4, según demuestra la adjunta gráfica.

Este colapso, ocurrido durante la tarde del primer día, nos inquietó, temiendo por la vida de nuestra operada, pero logramos sacarla de él mediante nuevas inyecciones de suero y de cafeína. Los demás días va descendiendo la temperatura y el pulso; no han ocurrido más contratiempos, y la enferma nos pide alimentación. El día 15, en la noche, se le dispone un ponche de leche y huevos cada seis horas, y con esta alimentación continúa los días 16, 17 y 18. El 19 toma pescado en blanco y unos pedazos pequeños de miga de pan.

El 22 levantamos el apósito; la herida operatoria ha cicatrizado por primera intención, no se ve por parte alguna pus ni exudado. Provistos de finas pinzas y tijeras, quitamos todos los puntos



+ Colapso, del que salió mediante una inyección de suero artificial.

y pasamos en todo lo largo de la cicatriz, después, una gasa esterilizada, empapada en alcohol. Colocamos un nuevo vendaje, fuertemente algodónado y bien sujeto, y disponemos se le haga una irrigación intestinal de medio litro de agua hervida con tres cucharadas grandes de glicerina. Poco después la enferma hace una deposición abundante; las heces están bien teñidas y son muy concretas.

El día 23 se la permite estar recostada sobre almohadas; sólo espera reponerse para marchar de nuevo á su casa.

CÉSAR SEBASTIÁN,

Médico primero.

Hospital militar de Alhucemas, 25 de Noviembre de 1910.

LAS LOCALIZACIONES QUIRÚRGICAS DE LAS TUBERCULOSIS EN EL EJÉRCITO

No es de extrañar que cruelmente castigada la humanidad por el azote de la tuberculosis, se preocupe con el problema de su defensa, y organice Congresos, costee Dispensarios y edifique Sanatorios, para ver de disminuir el abrumador impuesto de vidas que tan traidora enfermedad nos exige. Pero resulta algo chocante que, siendo múltiples sus localizaciones, absorba nuestra preferente atención la que ataca las vías aéreas, y olvidemos casi por completo las restantes tuberculosis, es decir, las que suelen llamarse tuberculosis quirúrgicas.

Creemos, pues, obrar con justicia, reclamando para éstas la importancia real y positiva que, por desgracia, y refiriéndonos al Ejército, les corresponde, toda vez que los estragos que producen en las tropas son grandes y llevan consigo problemas trascendentales de urgente resolución.

El actual proceder reglamentario de licenciar, temporal ó definitivamente, los soldados enfermos de tuberculosis de toda clase,

equivale á diseminar, á multiplicar los medios de propagación y contagio del mal. Tal disposición era, sin embargo, lógica y humanitaria en la época en que vió la luz el vigente cuadro de inutilidades (1.º de Febrero de 1879), pues entonces todavía se hallaban en tela de juicio los trabajos de Villemin y de Budd (1877), encaminados á demostrar la naturaleza infecciosa de la enfermedad, lo que no se consiguió plenamente hasta que Baumgarten, y sobre todo Koch (1882), demostraron el papel etiológico del bacilo. Era natural que entonces se legislase así, pues no sólo se ignoraba el remedio de la dolencia, sino que se desconocía también su verdadera naturaleza. Tal disposición satisfacía el deseo, mil veces manifestado por los enfermos y sus familias, de verse reunidos cuando la adversidad se había cebado en ellos, desarrollando un padecimiento desconocido en su esencia y que resultaba incurable, terminando sólo por la muerte. Hoy las cosas han cambiado por completo, y lo que hace treinta y un años era natural y humanitario, ahora es simplemente absurdo. Actualmente, la tuberculosis nos es ya conocida en su etiología y patogenia; disponemos de medios para obtener con exactitud absoluta el diagnóstico, y no andamos tan desamparados de recursos terapéuticos que nos sea vedado intentar la curación de sus lesiones quirúrgicas, máxime teniendo á nuestro favor la ventaja de poderlas tomar á inmediato cuidado desde que se hallan en estado incipiente, pues el reconocimiento de ingreso en filas nos permite excluir los casos antiguos.

Por humanidad, por patriotismo, por egoísmo corporativo, debemos aunar los esfuerzos de todos y trabajar con entusiasmo hasta conseguir una legislación que se oriente en distinto sentido; que no nos obligue á respetar las lesiones, para que en su día puedan ser comprobadas por la exploración directa ante el tribunal que juzgue su inutilidad. Ese mal comprendido derecho de potestad ¡á seguir padeciendo!, que nuestra ley concede, debería restringirse y quedar limitado á los casos en que procesos *no contagiosos* motivasen una operación arriesgada ó de dudosa eficacia curativa; pero sería muy humanitario suprimirlo cuando la enfermedad pudiese curar con relativa facilidad ó cuando hubiera peligro de contagio. Creemos hallarnos, pues, bajo la ineludible obligación de emplear en nuestros enfermos militares todos los medios terapéuticos actualmente conocidos por la ciencia; y para entrar á tratar esta materia, aun con la concisión exigida por las cir-

cunstancias, conviene señalar las diferencias que clínicamente advertimos entre las dos grandes clases de manifestaciones tuberculosas: médicas y quirúrgicas.

Efectivamente, todos hemos visto casos innumerables de tísicos con lesiones exclusivamente localizadas en las vías respiratorias, siendo verdaderamente raro encontrar alguno de estos enfermos de tuberculosis médica padeciendo lupus, infartos ganglionares, osteoartritis, etc., etc. Es también extraordinario que los enfermos de tumor blanco, de coxalgia, de mal de Pott, se mueran de tuberculosis pulmonar; pues aunque es cierto que los vemos exhaustos, consumidos y anonadados, es á causa de la septicemia y de la supuración; pero el pecho lo suelen tener hueco y sano, sin estertores, sin tos, sin hemoptisis, sin dispnea fímica, aunque la tengan febril.

En la práctica clínica, y con las naturales excepciones confirmadoras de la regla general, parece, pues, como si las tuberculosis médicas confiriesen inmunidad para las llamadas quirúrgicas, y viceversa; lo cual nos hace suponer, ó que el agente causal es diverso, ó que las reacciones que determinan en ciertos tejidos, preservan, á otros diferentes, de la invasión patógena.

Para Natham Raw, es evidente que las tuberculosis médicas, incluyendo en ellas las pulmonares y laringeas y las ulceraciones secundarias del intestino, se hallan exclusivamente producidas por bacilos de tipo humano, y que las quirúrgicas, ó sean las tuberculosis del intestino y ganglios mesentéricos, las peritoneales, ganglionares, génito-urinarias, cutáneas, óseas, articulares, meníngeas y, por fin, la miliar aguda, son originadas por bacilo de tipo bovino.

La teoría es sugestiva y tiene fundamentos lógicos, que diariamente podemos comprobar. Nadie negará, por ejemplo, que las adenitis tuberculosas son patrimonio casi exclusivo del lote humano, que hace mayor consumo de un alimento, fácilmente transmisor del bacilo bovino, es decir, de la infancia, que hace un gran consumo de leche de vacas. Pero hay más todavía: interroguemos á las madres de esos niños escrofulosos, y no habrá una sola que conteste negativamente á nuestra investigación respecto á usar leche de ese origen, y, además, esa adenitis empieza absolutamente siempre en los ganglios superiores de la cadena cervical, en los sublinguales y retromaxilares, como para indicar que los bacilos

contenidos en los restos cremosos de la leche cruda han hecho su incursión, previa parada, por las anfractuosidades de las amígdalas, dientes cariados, etc., etc.; sin que esto excluya la posibilidad de que en otros casos la infección se realice por los ya conocidos mecanismos de ingestión, inhalación, etc., pudiendo también propagarse, no sólo por vía linfática, sino por la corriente sanguínea, como en la tuberculosis miliar aguda.

La división, pues, de la tuberculosis en médica y quirúrgica no es tan artificial como á primera vista parece, y aunque opinamos, como la mayoría, que los bacilos humano y bovino son simplemente variedades de una especie original única, reconocemos también, pues la experiencia clínica así parece imponerlo, cierto antagonismo entre ambas formas del padecimiento.

El primer problema que se plantea siempre al médico militar encargado de asistir enfermos, es diagnosticar, pero diagnosticar pronto y diagnosticar bien.

En materia de tuberculosis hemos avanzado enormemente desde que se averiguó la acción específica de la tuberculina, y bien conocidos son los cuatro modos de usarla con un fin diagnóstico: oftalmo-reacción de Calmette, cuti-reacción de von Pirquet, fricción de Moro, é inyección.

Despejada la incógnita, y cerciorados de que nuestro enfermo padece una tuberculosis quirúrgica, tenemos que pensar en los medios más rápidamente conducentes al fin que nos proponemos, de obtener la curación, para no apelar al comodín de la inutilidad, sino en último caso.

Si se cumpliera el ideal que sirve de bandera al Dr. Moliner; si tuviéramos un Sanatorio castrense, donde recoger á nuestros soldados tuberculosos de toda clase, lucharíamos con notable ventaja, pues tendríamos de nuestro lado todos los saludables elementos que en esas fundaciones se reúnen, y el sol, y el aire puro, y la altitud apropiada, y los alimentos, y las medicinas, y el ejercicio, ó el reposo, según casos y grados, todo, en fin, coadyuvaría al mayor beneficio que en las curaciones se obtuviera, desde luego con más eficacia que la que ahora rinden el sol, los alimentos, las medicinas, etc., de que podemos disponer en nuestros Hospitales Generales. Pero aun en éstos puede hacerse algo más de lo que en la actualidad es uso y costumbre, sin que acertemos á explicarnos por qué en algunos de ellos no se utilizan determinadas prác-

ticas, perfectamente conocidas y sancionadas por la experiencia.

Antes de comenzar la revista á los procedimientos más usuales y corrientes en cada localización, creemos oportuno ocuparnos de la tuberculoterapia, que las comprende á todas. Pero ocurre en esto que la experiencia personal, bien sea propia, bien de casos ajenos, pero que uno mismo ha podido seguir paso á paso, suele limitarse á un número, á todas luces insuficiente, para enjuiciar en tan importante cuestión, y esto nos obliga á tener que echar mano de estadísticas nacionales ó extranjeras, en las que no todo cuanto se dice es verdad; pues, por desgracia, casi siempre el mercantilismo, y unas pocas veces el optimismo, la exageración de buena fe, han hecho rodar por tierra la honradez en los asertos, la seriedad científica que siempre debiera existir, pero que en nuestra época brillan por su ausencia, de lo cual se origina una incredulidad perniciosa.

Pero volvamos á nuestra cuestión, y entre los productos terapéuticos, de origen bacilar, distingamos las dos grandes clases que pueden existir, esto es: una clase de productos de secreción y desintegración de los bacilos que se introducen en el organismo enfermo con la idea de producir anticuerpos útiles á la salud de los pacientes, y otra clase compuesta por los sueros ó los derivados varios procedentes de otros séres, á quienes previamente se había sometido á la acción bacilar, para que se determinase en ellos la formación de los referidos anticuerpos.

Fracasado este segundo grupo de sueros antituberculosos, que á primera vista parece que habían de producir mayores ventajas, quedamos tan sólo el primero que comprende infinidad de sustancias preparadas, según ideas diferentes y por procedimientos muy diversos. Las tres tuberculinas de Koch, la de Denys, la de Beranek, el tuberculol de Laudmann y otras muchísimas, menos corrientes, pueden usarse y se usan en el tratamiento de la tuberculosis. Lo que ocurre es que, como no se conoce el fundamento científico de su modo de obrar, reina en este punto la más completa anarquía, y cada cual hace, según su capricho, todo cuanto le viene en ganas.

El empleo de las tuberculinas se hace, pues, empíricamente, y conviene llegar á un acuerdo para procurar que sea, si no científico, por lo menos, eléctrico.

Entretanto, y con el lema de *primum non nocere*, empezaremos

por dosis mínimas, observaremos muy bien las reacciones é iremos subiendo desde la inyección inicial, que suele ser de una milésima de miligramo, hasta cantidades relativamente crecidas. Si notamos algún perjuicio imputable al uso de la tuberculina ensayada, suspenderemos su empleo, y nos aprovecharemos de otro preparado, procediendo por tanteos, ya que no disponemos de otro medio más científico de dosificación, y que tampoco debemos privar á nuestros enfermos de los beneficios que tales productos pudieran ofrecerle.

Abusando un poco de la retórica, y copiando la frase de un filósofo cristiano, que comparaba el mundo con una casa llena de humo, merced al cual nadie podía darse exacta cuenta de lo que había por dentro ni de lo que había por fuera, diremos que en materia de tuberculinas ocurre lo propio; pero nuestro deber consiste en preocuparnos de abrir ampliamente puertas y ventanas para que la niebla se disipe y la claridad llegue á todas partes.

Para examinar, si bien muy á la ligera, los procederes quirúrgicos más generalmente puestos en práctica según las varias localizaciones de la tuberculosis, empezaremos por la que asienta en los ganglios linfáticos, y á su respecto diremos que la padece casi exclusivamente la juventud, que se reduce en la inmensa mayoría de los casos á invadir las cadenas cérico-laterales, y que es facilísimo comprobar el antecedente constante de usar leche de vacas.

La regla de conducta que parece más aconsejable es instituir en el principio el tratamiento clásico de sobrealimentación, yodo, aire libre y, á ser posible, marítimo, etc., etc., reservando la extirpación por el bisturí para cuando, por haber fracasado esos medios que pueden ser ayudados por el empleo de las tuberculinas, veamos que el mal progresa y que va á complicarse con el accidente de la caseificación y consecutiva supuración, ó que van á producirse fenómenos mecánicos de compresión en los órganos vecinos.

MANUEL ÍÑIGO,
Médico primero.

(Continuará.)

NECROLOGÍA

D. Gabriel Lupiáñez y Martin,

Farmacéutico mayor.

Nació en Albondón (Granada), el 12 de Diciembre de 1857. Previa oposición, fué nombrado Farmacéutico segundo, en Marzo de 1887, siendo destinado al Hospital militar de Madrid y, posteriormente, á los de Sevilla, Vigo y Cádiz, pasando en 1890, con el empleo de Farmacéutico primero, al Ejército de Cuba, en cuya Isla permaneció hasta 1896.

En 1895 ascendió, por antigüedad, á Farmacéutico primero, y prestó sus servicios sucesivamente en los Hospitales de Málaga, Cádiz, Las Palmas, Tenerife y Segovia, hallándose también excedente y de reemplazo por enfermo.

En Enero del corriente año ascendió á Farmacéutico mayor, siendo destinado al Hospital de Cádiz, en cuya Plaza falleció el día 1.º del mes actual.

Se hallaba en posesión de una cruz roja de primera clase del Mérito Militar.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

VARIEDADES

Después de haber guardado cama unos días, á consecuencia de una infección intestinal, ha vuelto á encargarse de su destino nuestro querido Director el Sr. Martín Salazar.

*
* *

Hemos tenido el gusto de saludar al Médico primero D. Benja-

mín Tamayo, que, procedente de Burgos, se encuentra accidentalmente en esta Corte.

* * *

La Correspondencia Militar ocupase en sus últimos números, con sumo acierto, de los Manicomios militares, de la profilaxis general de la peste y de la delicada misión de los Médicos militares en los consultorios creados por reciente disposición en los zocos de los campos fronterizos á Melilla, y que considera de gran importancia política.

* * *

Por la Sección de Sanidad Militar se está procediendo á la distribución del Resumen de la Estadística Sanitaria del Ejército español, correspondiente al año 1908.

* * *

El día primero del corriente dió comienzo, en la Academia Médico-Militar, la enseñanza del curso extraordinario para los cincuenta y un Médicos-alumnos aprobados en las últimas oposiciones.

* * *

El Instituto Médico-social de Cataluña ha elegido la siguiente Junta Directiva:

Presidente: Dr. Queralto.—*Vicepresidentes:* Doctores Manuel Sala, de Villafranca; Diego Ruiz, de Gerona; J. Llorens Fábrega, de Lérida, y Viejobueno, de Tarragona.—*Secretario general:* Doctor Fontbona.—*Secretarios adjuntos:* Dr. Aguadé, D. S. Bavi Bracons.—*Tesorero:* Dr. Cortés Valls.—*Contador:* D. J. Más Alemany, Veterinario.—*Bibliotecario:* Dr. Joaquín Vintró.—*Vocales:* Doctores M. Segalá Estalella, Ricardo Janssens, Luis Soler, de Tarragona; Briansó, de Reus; Agustín Escarrá, de Arbós; D. A. García Font, Ingeniero; D. F. de P. Vial, Arquitecto, y D. Ricardo de Rabassa, Abogado.

* * *

En el Hospital militar de Guadalajara se están realizando im-

portantes obras que mejorarán notablemente las condiciones de dicho edificio.

*
* *

La Academia de Infantería, previos los oportunos informes de la Sección de Sanidad Militar y de la de Instrucción y Reclutamiento, ha designado al Médico primero D. Federico González Deleito para que practique en el Hospital de Carabanchel las inyecciones del salvarsán.

*
* *

Las reformas militares presentadas por el General Aznar en uno de los últimos Consejos de Ministros, y que se hallan á informe del Estado Mayor Central, están siendo objeto de gran expectación, y se espera con verdadera impaciencia su desarrollo y presentación á las Cortes.

*
* *

La *Revista Española de Dermatología y Siflografía* transcribe íntegras las Instrucciones redactadas por la Sección de Sanidad Militar para la aplicación del 606 en los Hospitales militares, y reproduce el artículo del Médico mayor Sr. Quintana Duque, acerca de las primeras impresiones del tratamiento de la sífilis por el salvarsán, trabajos ambos publicados recientemente en esta REVISTA.

*
* *

Academia Médico-Quirúrgica Española.—*Programa de premios para 1911.*

El tema del concurso será el siguiente:

I. TEMA LIBRE DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL SOBRE ALGÚN PUNTO DE LAS CIENCIAS MÉDICAS.

II. El premio de la Academia consistirá en 500 pesetas y el título de socio corresponsal de la misma. La Academia podrá elevar la cuantía ó el número de los premios si lo creyese oportuno.

III. Las Memorias optando al premio deberán estar escritas en castellano, siendo preferidas, en igualdad de circunstancias, las que estén escritas con más concisión y claridad. No se conceptuarán de valor los trabajos de mera recopilación de datos ajenos.

IV. A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado, en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado con el lema que figure en la Memoria. Será excluído del concurso todo trabajo firmado por su autor ó con alguna indicación que pueda revelar su nombre. No podrán tomar parte en este certamen los socios de la Corporación.

V. Las Memorias se dirigirán con sobre al Presidente de la Academia y dirección á la Secretaría general de la misma, en su domicilio, calle Mayor, número 1, Colegio de Médicos, Madrid, donde se expedirá á quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

VI. El concurso quedará cerrado el 15 de Septiembre de 1911, después de cuyo plazo no será admitida ninguna Memoria.

VII. La Academia publicará oportunamente los lemas de las recibidas, así como el de la que la Corporación juzgue acreedora al premio.

VIII. Este último será públicamente adjudicado, en la sesión inaugural del curso próximo, al autor de la Memoria premiada ó á quien para ello se presente competentemente autorizado, abriéndose en el mismo acto el pliego que debe contener su nombre, á la vez que se inutilizarán los que correspondan á las Memorias no premiadas.

IX. Toda Memoria recibida para el concurso quedará de propiedad de la Academia.

Madrid, 6 de Noviembre de 1910.—El Secretario general,
E. Fernández Sanz.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Osteitis en los trabajadores en nácar. (*Paris Médical*, Enero de 1911.)—Mr. Broca comunica á la Sociedad de Cirugía de Paris sus observaciones sobre un caso de esta enfermedad, asistido por Mr. Ombrédanne. Esta dolencia es muy ra-

ra en Francia, tanto porque esta industria es reducida, como porque se ejercita en buenas condiciones de higiene. En Austria es, por el contrario, muy común.

En el caso en cuestión, se trata de un joven de quince años con una

hiperostosis muy rara en el cuerpo del fémur, que en un examen superficial pareció una lesión sifilítica, pero el tratamiento específico no produjo ningún alivio. Un examen más detenido hizo conocer que el paciente se dedicaba á trabajar el nácar, y que los dolores en la cadera eran ya antiguos en él; la radiografía descubrió una segunda hiperostosis al nivel del radio.

Mr. Broca es de opinión que estas, lesiones no deben operarse, y así procedió también Mr. Ombredanne. J. P.

*
* *

Tratamiento del lumbago.—

Mr. Robin insiste mucho en que el lumbago no debe ser considerado como una afección muscular, cual se hace ordinariamente, sino como una dolencia articular.

Lo mismo que el torticolis, con el cual tiene un día analogía, depende de una artritis que muchas veces resulta difícilísimo descubrir. Los músculos están dolorosos á la presión; pero es por hallarse contracturados; ejerciendo la presión profunda, se llega á alcanzar la articulación enferma. En un cliente del mismo Robin se trataba de la articulación sacro-iliaca, asunto de un proceso muy intenso y muy persistente.

Estas artritis suelen presentar también irradiaciones dolorosas bastante lejanas, hasta la región lumbar por una parte y hasta la raíz de la pierna por otra. Cuando estas irradiaciones han persistido mucho tiempo, puede producirse una complicación poco conocida: la parálisis del oblicuo mayor, que trae por consecuencia la forma-

ción en un lado del abdomen de una especie de hernia curable fácilmente.

En lo que al tratamiento respecta, pueden presentarse dos casos: si el enfermo es visitado desde el principio, lo mejor es el reposo; si después de cuatro ó cinco días, el movimiento. Cuando la invadida es la articulación sacro-lumbar, movimientos de delante atrás dulcemente. Si la artritis es de la sacrocoxal, rotaciones muy pronunciadas. Cuando el proceso reside á nivel de la doce dorsal, aplicar el pulgar sobre el punto doloroso y ordenar la ejecución de movimientos laterales, manteniendo la presión del dedo que sirve de eje. (*Journal de Médecine.*)—Juarros.

*
* *

Un nuevo signo patognomónico del paludismo. (*Le Caducée*, Febrero de 1911.)—El Sr. Urriola, Médico del Hospital de Santo Tomás, en Pana-

má, convencido de que el aislamiento del parásito por los medios conocidos puede dar un resultado negativo, por diversas causas, é inducir á errores de diagnóstico, y lo mismo sucede con los otros medios propuestos, tales como el poder aglutinante del serum palúdico y la presencia de la urobilina de la orina, propone como más eficaz uno basado en la presencia constante del pigmento hemático en el plasma sanguíneo y en la orina de los palúdicos. Entre estos dos líquidos, da la preferencia á la orina, porque en ella, aparte de su mayor facilidad para la recogida, es más abundante el pigmento.

Este se presenta en cuatro aspectos: en granos finos agrupados, en

granos más gruesos, en grandes masas polimórficas ó en granos finos, incluso en placas hialinas ó leucocitos. La forma pigmentaria de la orina, cualquiera que sea la forma de la enfermedad, se resume en pigmento hemático negro muy abundante, pigmento azul en pequeña cantidad y ocre solamente ocasional.

Para el Dr. Urriola, el diagnóstico cierto del paludismo pueden dárlo solamente dos signos patognómicos: la presencia del hematozoario en la sangre y la del pigmento negro en la orina; este último tiene la ventaja de ser más constante y fácil de comprobar.—*J. P.*

Últimas publicaciones sobre la malaria, por el Dr. P. Mühlens, Marine-oberstabsarzt. (*Deutsche Milit. Zeit.* 1910. 15 Hef.)—Comienza el autor llamando la atención sobre la extensión verdaderamente monstruosa de esta enfermedad en algunas regiones. Ejemplo: la India, en la que el Dr. Simle calcula en 100 millones el número de atacados y en 1.000.000 el número de muertos en el año de 1908, ó sea un 10 por 100. Solamente en el Pendschab murieron 307.311 personas en 1908, á consecuencia de paludismo.

Pero indica cómo la adopción de medidas profilácticas puede hacer descender la intensidad de la enfermedad. Por ejemplo: en el Japón, en 1897, la morbilidad y mortalidad eran, respectivamente, 77,75 por 100 y 0,24 por 100, y en 1907, 12,52 por 100 y 0,01 por 100. Lo mismo ha ocurrido en la construcción del canal de Panamá, en donde la destrucción de los mosquitos, junto con el uso de la quinina como profilác-

tico, ha dado magníficos resultados.

En los alrededores de Wilhelms-haven, el autor ha visto disminuir los casos por el empleo sistemático de la quinina en los portadores de gérmenes.

Señala la aparición de paludismo en regiones indemnes por la llegada de contingentes numerosos de portadores de bacilos, obreros en Bulgaria, soldados en los Estados Unidos.

La Marina alemana emplea con buen resultado la profilaxis por la quinina, bien dando 1 gramo á todos los hombres, los viernes y sábados, y en aquellos que la toleran mal, 5 dosis seguidas de 2 decigramos, y utiliza mucho las sales insolubles, tanato principalmente. También se recomiendan las dosis fraccionadas de 2 decigramos como tratamiento curativo.

Los ingleses todavía, según dice el Dr. Ross, sostienen las ventajas de la destrucción de los mosquitos como medio de profilaxis, mientras los franceses en Argelia declaran que la quimicación del enfermo es la base fundamental de la campaña antimalárica.—*F. G. D.*

Gangrena de ambos pies, que requirió la doble amputación. (*Bulletin de la Société de Médecine Militaire française*, Enero 1911.)—Mr. Baratie, Médico principal en Ruan, comunica á dicha Sociedad un caso muy extraño: Un soldado de Caballería, que habia obtenido unos dias de licencia para su casa, no teniendo dinero para pagar el ferrocarril de vuelta, decidió regresar andando, y se puso en camino con un calzado muy pequeño para

sus pies y tobillos, y, sin duda alguna, mojado, al poco tiempo de emprendida la marcha se sintió tan mal, que tuvo que meterse en un cobertizo deshabitado, y allí permaneció varios días sin alimento, y sólo con un poco de agua que alcanzó trabajosamente.

Encontrado por unos aldeanos, y conducido al hospital, se le hallaron ambos pies gangrenados hasta la altura de los borcegués, uno con gangrena seca y el otro con la húmeda, por lo que hubo necesidad de amputarle ambas piernas por el tercio inferior, habiendo curado, y verificándose la cicatrización normalmente.

El sujeto no era sífilítico, ni alcohólico, ni diabético, ni albuminúrico, y poseía un sistema arterial y venoso normal.

La marcha rápida de esta gangrena no se asemeja en nada á la descrita como simétrica por Raynaud.—*J. P.*

* * *

Una forma desconocida de estrechez esofágica.—Mr. Guisez, en comunicación á la *Académie de Médecine*, acaba de describir una variedad de estrechamiento del esófago, que hasta ahora no ha figurado en las descripciones clásicas de los grandes tratados, á pesar de ser tan frecuente que el autor la ha encontrado diez ocho y veces.

Atendiendo á su forma, puede denominársela *estenosis inflamatoria ó cicatricial espontánea del esófago*.

Los enfermos que la presentaban, antes de ser diagnosticados exactamente eran considerados como

atacados de espasmos simples ó de cáncer.

El mejor y acaso el único medio de diagnóstico, es la esofagoscopia, que descubre estrechamientos de la extremidad superior ó inferior del esófago, exclusivamente muy cerrados con la mucosa, espesa é inflamada, asiento de una degeneración cicatricial; coinciden con estas lesiones, grandes dilataciones ó divertículos del esófago, según su sitio.

Los síntomas suelen ser una disfagia intermitente, primero; constante, luego; sensaciones de hinchazón, de pesadez, detrás del esternón; eructos gaseosos, y en las formas avanzadas, vómitos pituitarios, llamados esofágicos.

Tratándose de alteraciones que pueden considerarse como simples estrecheces cicatriciales, Guisez ha usado con buen éxito la dilatación por sondas y la electrolisis.—*Juarros.*

* * *

Peritonitis pneumocócica. (*Paris Médical*, Enero de 1911.)—M. George Wobley comunica á la Academia de Medicina de New York que,

esta clase de peritonitis agudas no son siempre debidas á una apendicitis, á una inflamación de un órgano pelviano, á una perforación de una viscera abdominal ó á una llaga penetrante, como se creyó al principio de la gran cirugía abdominal. La peritonitis puede resultar de la localización de una pneumococitis, sea como fenómeno primitivo, sea, con mayor frecuencia, como secundario de una neumonía, y muy rara vez á una otitis media.

Puede la peritonitis pneumocó-

cica ser circunscrita ó generalizable. Woblsej no ha visto sino generalizables. Se produce más á menudo en el niño y la mujer, y se acompaña regularmente de diarrea; estos caracteres la distinguen mal de la apendicitis. El único tratamiento es el quirúrgico.—*J. P.*

* * *

La aerofagia.—El término de aerofagia, creado en 1891 por Bonvetret, sirve para designar la acción de tragar, voluntariamente ó no, cierta cantidad de aire. Su presencia en las vías digestivas, no siempre significa un hecho patológico, pues hay una aerofagia fisiológica que carece de toda importancia.

La aerofagia puede ser de dos clases: *por deglución*, en silencio ó ruidosa, y *por aspiración*. Según la profundidad á que llega el aire, se distinguen formas faringo-esofágicas, esofágicas y gástricas. El aire es ordinariamente expulsado por la boca; pero á veces sale por el píloro y se ve obligado á seguir el conducto intestinal, provocando entonces timpanismo con distensión abdominal. Existen crisis de aerofagia, que pueden confundirse, y de hecho se confunden en muchas ocasiones, con una angina de pecho, acceso asmático, dispnea cardiaca, etc.

Las consecuencias son muy diferentes según los individuos; en muchos aerófagos no suele pasar nada, pero en otros se producen dilataciones esofágicas con hipersecreción mucosa faringo-esofágica y aun aumento de la presión gástrica, dilatación, exacerbación de las dispepsias, vómitos, trastornos intestinales, y, sobre todo, alteraciones del estado general, con resonancia

en la esfera mental y en los sistemas circulatorio y respiratorio.

El diagnóstico es problema de práctica, pues resulta sencillísimo para aquellos médicos que conocen prácticamente la aerofagia, y casi imposible para los que no saben de ella otros datos que los teóricos de las publicaciones hechas sobre este asunto.

Sin embargo, debe sospecharse la aerofagia en todo individuo que eructa cinco ó seis veces, una inmediatamente detrás de la otra. El carácter fraccionario de ciertos vómitos es también un buen signo. Lo mejor para aclarar dudas, es provocar una crisis, cosa que muchas veces está en la voluntad del enfermo, y otras se logra con presiones ejercidas sobre las zonas eructógenas (hueco epigástrico, fosita supra-esternal, regiones ováricas y vértice del cráneo). La radioscopia y la esofagoscopia ayudan en los casos difíciles.

El tratamiento ha de ser mixto, recurriéndose á la sugestión y á métodos mecánicos, como la colocación de un tapón entre los dientes, ó el uso de un collar apretado, á nivel de la nuez de Adán. También hay que modificar en muchos casos el quimismo gástrico, disminuir la sensibilidad de esta mucosa con agua cloroformada y hacer evacuar el aire deglutido por medio de la posición genupectoral, el lavado del estómago, ó el masaje y la electroterapia. (Schreiber, *La Presse Médicale*.)—*C. J.*

* * *

Tintura de yodo instantánea. (*Le Caducée*, Febrero 1911).—La merecida popularidad de que goza la tin-

tura de yodo, da interés á todo lo que se refiere á la preparaci6n inmediata, evitando los inconvenientes á la que ya lleva tiempo. Una casa de Paris ha puesto á la venta una cajita que contiene un frasco

pequeño de yodo *solubilizado*, y una ampolleta que contiene alcohol con un peso diez veces mayor. En el momento necesario, se vierte el alcohol sobre el yodo solubilizado, y la disoluci6n es instantánea.—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Cirugía de guerra.—Tratamiento quirúrgico esquemático en los puestos de curaci6n. (Verbandplatz.)—

En *Le Caducée* de Febrero del presente año encontramos un extracto de las instrucciones dadas por el Inspector general Médico Herhold, del Ejército alemán, que podrán darse á los Médicos de Regimiento y de ambulancia para la ejecuci6n del servicio de los puestos de curaci6n inmediata; y creyendo de interés su conocimiento, damos de ellas una traducci6n.

1. Curar los heridos lo más pronto posible, darles de comer y de beber y evacuarlos seguidamente.

2. Antes de toda cura ú operaci6n, purificarse las manos frotándolas con algodón empapado en alcohol por espacio de cinco minutos, ó untándose con tintura de yodo.

3. Hacer hervir en agua los instrumentos antes de servirse de ellos, y si no hay agua, impregnarlos de alcohol y darles fuego. De antemano se les habrá hecho antisépticos mediante una pulverizaci6n fenicada al 3 por 100.

4. No lavar los alrededores de la herida, sino limitarse á quitar los vellos y pelos, afeitándolos en seco.

5. No sondar ni taponar las he-

ridas de las partes blandas ni de los huesos, sino recubrirlas simplemente de gasa antiséptica ó esterilizada, y mantener la compresa por medio de un vendaje, formado con dos tiras de diaquil6n cruzadas ó por una venda ordinaria; para que no resbale (como puede suceder en el hombro ó en la cadera, por ejemplo) se aplicarán tiras de emplastro aglutinante, puestas en cruz, por delante y por detrás. En las grandes heridas (por cascos de granada, por ejemplo), se empieza vertiendo sobre la herida tintura de yodo ó polvo de yodoformo.

6. Es necesario dilatar las heridas, y desinfectar sus bordes é inmediaciones con tintura de yodo.

7. No se harán otras operaciones que las absolutamente indispensables, tales como la ligadura de vasos sanguíneos. No hacer amputaciones: si un miembro no adhiere sino por partes blandas, en términos que sea imposible su cura conservadora, separarlo reuniendo las partes blandas, ligando los vasos y aplicando una cura adecuada.

8. Ligar los vasos en la herida si la hemorragia no puede ser contenida por un taponamiento de la herida.

9. En las heridas de laringe introducir una cánula en la herida, y en caso necesario, puede hacerse la traqueotomía clásica.

10. No taponar las heridas de bala en los huesos, ni quitar las esquirlas libres. Inmovilizar cuidadosamente el miembro por medio del yeso ó de otra substancia (madera, paja, etc.).

11. Los heridos por arma de fuego del abdomen y órganos adyacentes no deben ser transportados, y no se les dará de comer ni de beber hasta que transcurran veinticuatro horas.

12. Contra las hemorragias se harán inyecciones de serum artificial; contra los dolores, de morfina; contra la debilidad del pulso, de excitantes.

13. Para obtener la narcosis se apelará al cloroformo, empleado gota á gota, siempre en pequeña cantidad; para las pequeñas operaciones se emplearán las inyecciones subcutáneas ó subaponeuróticas de una disolución de novocaina á 0,50 por 100.

El autor termina dando la lista de los instrumentos, medicamentos y demás objetos de curación que considera como necesarios y suficientes para las dotaciones de Regimiento: tintura de yodo, alcohol rectificado, cloruro de sodio, morfina, pastillas de novocaina, emplasto en tiras arrolladas, cánula para traqueotomía, jeringuillas para inyecciones, navaja de afeitar, maquinilla de cortar pelo.—*J. P.*

La adopción de jeringuillas para inyecciones hipodérmicas por el

Ejército alemán. (*Deutsche Milit. Zeit.* 1910. Hef. 16.)—Las jeringuillas de 1 c. c. de cabida para inyecciones hipodérmicas, que se utilizan en el Ejército alemán, son de distintas clases: es de libre elección, la de la bolsa médica; no susceptibles de ser hervidas, las de las bolsas de compañía sanitaria, hospitales de campaña y tren-hospital, y capaz de esterilizarse por la ebullición, la que forma parte del laboratorio microbiológico y caja de dentista.

Con objeto de adoptar criterio fijo, por la Sección de Sanidad Militar se procederá á contestar el siguiente cuestionario:

1.º Qué clase de jeringuillas han sido utilizadas por los Médicos en ejercicios de campaña, maniobras, etcétera, y cuáles han dado mejor resultado respecto á preparación simple, mejor uso, solidez y coste.

2.º ¿Se debe, para el servicio en marchas, maniobras, campaña, etc., adoptar jeringuillas capaces de ser hervidas, ó puede renunciarse á esta cualidad si las primeras no fueran recomendables?

3.º Proposición para cambio ó aceptación del modelo B. V. S., 27.

4.º Otras consideraciones en relación con esta cuestión.—*F. G. D.*

El calzado y las heridas del pie.—El Capitán Médico del Ejército suizo, Adert (*Revue Militaire Suisse*), acaba de publicar un trabajo muy interesante acerca de tan importante cuestión. En general, según él, las heridas del pie, en los soldados, débense al roce con pliegues formados por el cuero á nivel de los dedos. Muchos de estos pliegues obedecen á deformaciones del cal-

zado, deformaciones evitables fácilmente con sólo mantener tirante el cuero, mientras no se usa el calzado, rellenando éste con paja, papel, etc.

Otra causa es el uso de calcetines en individuos que no los utilizaban en la vida civil, por lo cual Adert se muestra partidario, ó de que el soldado no lleve calcetines, ó los

lleve de la clase á que esté acostumbrado, y no el calcetín ruso reglamentario.

Llama también la atención el autor sobre la fatiga y dolorimiento del pie cuando se protege con botas demasiado pesadas. Hay que procurar, dentro de lo posible, que el calzado sea elástico y poco pesado.—
Juarros.

BIBLIOGRAFÍA

Nuevas investigaciones acerca de la albúmino-reacción en la tuberculosis pulmonar, por el Dr. José Codina Castellví, *Médico del Hospital General de Madrid y Académico de la Real de Medicina.*

Hemos recibido este interesante trabajo, en el cual, mediante prolijas observaciones y anotaciones, se deduce que la cantidad de albúmina de los esputos en las lesiones tuberculosas avanzadas es muy considerable, estableciéndose á continuación el valor diagnóstico de la reacción positiva que sirvió al autor para rectificar dos conceptos nosológicos, y la distinta calidad de la albúmina encontrada en determinados grupos de tuberculosos (albúmino-diagnóstico de especie).

El Dr. Codina, con la perspicacia que le caracteriza en la dilucidación de los problemas clínicos, invita á proseguir la investigación cuantitativa de la albúmina en todos los grados de la tuberculosis pulmonar, y concluye dando cifras muy halagüeñas de albúmino-diagnóstico positivo, en directa relación con la presencia del bacilo, siendo, en cambio, reducidísimos estos resultados cuando se trata de afecciones bronco-pulmonares no tuberculosas.—*J. P.*

Contribución al estudio de la demografía oftálmica de Madrid, por el Dr. Enrique Mateo Barcones, *Médico mayor de Sanidad de la Armada*.

Trátase de un extenso y acabado trabajo, fruto de una gran observación y de una dilatada experiencia clínica, en el que el autor describe la abundancia de estas afecciones en nuestra urbe, fijándose principalmente en la etiología de las distintas afecciones oculares, á las que consagra doce capítulos, algunos de ellos de tanta trascendencia médico-social, como los que se refieren á los defectos de refracción y acomodación, al glaucoma y á las enfermedades inflamatorias del órgano de la visión en el niño, en la mujer, en el hombre y, finalmente, entre la gente de mar.

Discorre muy bien el Dr. Mateo, al atribuir gran poder etiológico al alcohol, al tabaco y á la sífilis, así como á la falta de condiciones higiénicas en el modo de vivir de muchos de nuestros convecinos.

La Real Academia de Medicina, haciendo justicia al mérito de esta obra, ha distinguido á su autor con el título de Académico correspondiente.—*J. P.*

*
*
*

Discurso leído en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina, por el Dr. D. Federico Olóriz. 1911.

Este trabajo, escrito en la forma literaria propia del acto para que se compuso, está destinado á reseñar las aplicaciones sociales de la antropometría, tal como hoy se practica, fijándose en la criminología, la paidología y la identificación personal.

En lo que se refiere á esta última especialidad, cultivada con gran acierto por el Dr. Olóriz, y en la que está reconocido en España y en el extranjero como una verdadera autoridad por la originalidad de sus métodos, indica todo el partido que puede sacarse de la morfología ó, mejor dicho, de la morfometría humana, y las múltiples aplicaciones de carácter social de que sería susceptible si se generalizase y regularizase con una organización apropiada, y que serían análogos á los que ya produce en la identificación de los criminales.

En cuanto á su aplicación directa á lo que se ha llamado la antropología criminal, la opinión del Dr. Olóriz no es favorable á

Lombroso y á su escuela, haciendo notar que, aunque posee 3.000 fichas antropométricas de individuos que han pasado por la cárcel de Madrid, no considera prudente sacar consecuencias que requieran, á su juicio, datos mucho más amplios. Nuestra opinión es que los datos antropométricos no pueden tener valor para deducir la criminalidad, si no se comparan con otros, en número aún más crecido, de personas no tachables en lo moral, pero análogas en raza, profesión, educación, fortuna, etc., etc. Todo lo hecho hasta ahora por Lombroso y sus discípulos nos parece todavía una síntesis muy prematura: un edificio de esos que se construyen para las exposiciones, que presentan un aspecto monumental, pero que hay que demoler pronto porque no tienen condiciones de duración.

Respecto á la paidología, ó ciencia de la niñez y de la educación, aunque todavía se halle en sus primeros pasos como rama del árbol de las ciencias naturales y médicas, el camino emprendido es mucho más seguro, pues la observación tiene carácter general y no se limita á la de los anormales; pero, á nuestro juicio, la morfometría es insuficiente, aun con los medios recientes; es preciso agregar á ese estudio estático el dinámico, creando y practicando la fisiometría y aun la psicometría, para poder sintetizar con base sólida, y reservarse para hacerlo cuando los datos sean suficientes y variados, dentro de lo posible.

Incidentalmente cita el Dr. Olóriz la instrucción de los reclutas al ingresar en el Ejército, y la separación que se hace de los torpes ó atrasados; pero no señala los trabajos antropométricos que verifican los Médicos militares, y que son importantes y detallados. Estos trabajos podrán completarse haciéndolos extensivos á todo el tiempo de la estancia en filas, y, sobre todo, á la salida de ellos, haciendo constar las condiciones anatómicas ó morfológicas, fisiológicas, psíquicas y morales de los soldados. Su reunión metódica, hecha por un organismo oficial apropiado, daría lugar á la creación de una *antropología militar española*, cuya utilidad no hay necesidad de encarecer para el conocimiento profundo de nuestro soldado, militar ocasional (que vendría á ser una nueva paidología de la juventud, si se permite la frase), y también aplicarse á los militares profesionales.— J. P.

SECCIÓN OFICIAL

- 20 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 49) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. José González Garcia y D. Félix Estrada Catoyra, y al Médico primero D. Daniel Ledo Rodríguez.
- 21 » » Real orden (*D. O.* núm. 56) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor don Mariano Esteban Clavillar.
- 25 » » Real orden (*D. O.* núm. 49) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Eugenio Tocino Sánchez, destinado á la Farmacia sucursal de Sevilla, continúe prestando sus servicios en el Hospital militar de Cádiz hasta que se incorpore el del mismo empleo D. Enrique Díaz Martínez.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 49) disponiendo que el Farmacéutico mayor D. José Grúa Pons, destinado al Hospital de Badajoz, continúe encargado de la Farmacia sucursal de Sevilla hasta que se incorpore su relevo.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 47) disponiendo que el cabo de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, con destino en el Hospital militar de Valencia, D. Angel Navarro Molins, que figura como Médico en la Reserva gratuita facultativa del Cuerpo, sea nombrado Médico provisional con destino al segundo batallón del Regimiento Infantería de Luchana, núm. 28.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 48) disponiendo sea dado de baja en el Cuerpo, á solicitud propia, al Médico provisional don Casto Núñez Martínez.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 47) nombrando Médicos-alumnos de la Academia Médico-Militar á los aspirantes comprendidos en la siguiente relación, aprobados en los exámenes extraordinarios de ingreso verificados en dicho Centro de enseñanza:

D. Jaime Prat Solé, D. Leonardo Fernández Guerrero, D. Francisco Luque Beltrán, D. Joaquín Trias Pujols, don Daniel de Paul Goyena, D. Luis López Ortiz, D. Ovidio Fernández Rodríguez, D. Rafael Ramirez Rivas, D. Felipe Campos Albuérne, D. Bernardo Elcarte Cia, D. Eustaquio González Muñoz, D. José Luque Beltrán, D. Manuel Valiente Izquierdo, D. José Linares Vivar, D. Mariano Anfruns Armengol. D. Enrique Sánchez Bish, don Enrique Rocandio Martín, D. Severiano de Andrés Uzueta, D. Benigno Fernández Corredor, D. Eusebio Jimeno Sáinz, D. Joaquín Cotanda Llavata, D. Fernando Pérez García, D. Alfonso Areces Matilla, D. Pablo Jiménez Benito, D. Juan Altube Fernández, D. Domingo Moliner Aedo, D. Francisco Pey Belsué, D. Eduardo Mateo Hernández, D. Rafael Jiménez Ruiz, D. Agustín Pariente de la Cruz, D. Enrique Monereo Francés, D. Horacio González Donoso, D. Leocadio Serrada Díaz, D. Antonio Hervias Alonso, D. Benjamin Turiño Campano, D. Arturo López Despret, D. Manuel Luca Moya, D. Pedro Zarco Bohórquez, D. Manuel Portela Herrero, D. Adalberto Rodríguez Fernández, D. Ignacio Bofill Combelles, D. Pedro Espina García, D. Pío Irigoyen Arruti, D. Felipe Pérez Álvarez, D. Delfín Hernández Irigaray, D. Eusebio Mújica Jaca, D. Nicolás Bonet Luna, D. Carlos Crivell Navarro, D. Tirso Rodríguez García, D. Federico Altimiras Mezquita y D. Juan Cerrada y Forés.

1 Marzo...—Real orden (*D. O.* núm. 48) disponiendo le sean abonados, para extinguir el tiempo de obligatoria permanencia en Melilla, los cinco meses y tres días que en su anterior empleo sirvió durante la última campaña el Médico primero D. Pedro Lombana Rañada.

» » Real orden (*D. O.* núm. 48) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Juan Luis Subijana.

» » Real orden (*D. O.* núm. 49) disponiendo causen baja como Médicos provisionales, por haber sido nombrados Médicos alumnos, D. Bernardo Elcarte Cia, D. Mariano Anfruns Armengol, D. Enrique Rocandio Martín, D. Horacio González Donoso y D. Carlos Crivell Navarro.

- 3 Marzo...—Real orden (*D. O.* núm. 51) autorizando al Farmacéutico primero D. Rafael Candel Peiró para que pueda usar sobre el uniforme la Medalla de plata de la Cruz Roja española.
- 4 » » Real orden Circular (*D. O.* núm. 52) disponiendo sean eliminadas del vigente petitorio-formulario, para uso de las Farmacias militares, las pastillas comprimidas de benzoato de sodio y cafeína, cloruro de morfina, cloruro de morfina y cafeína, cloruro de pilocarpina, clorhidrosulfato de quinina, ergotina, sulfato de atropina, sulfato de espartina y sulfato de estriocina, sustituyéndolas por las soluciones esterilizadas de las misma substancias, verificándose análoga sustitución con los comprimidos de cloruro de apomorfina, cloruro de cocaína y cloruro de heroína, y aumentando la relación de ampollas esterilizadas con las de aceite alcanforado y cacodilato de sodio.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 56) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. José González Granda y al primero D. Luis Gabarda Sitjar.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 52) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de Zamora, al Médico primero D. Gerardo Pastor Fernández.
- 6 » » Real orden (*D. O.* núm. 52) concediendo al empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, al Médico mayor D. Luis Sánchez Fernández y al primero D. José Huesa Bueno.
- 9 » » Real orden (*D. O.* núm. 55) disponiendo que los Médicos mayores D. Enrique Plaza Iglesias, del Consejo Supremo de Guerra y Marina, y D. José Quintana Duque, excedente en la primera Región, pasen destinados, respectivamente, al Instituto de Higiene Militar y al citado Consejo Supremo, para la asistencia al personal del mismo.
- 10 » » Real orden (*D. O.* núm. 56) concediendo licencia para contraer matrimonio al Farmacéutico segundo D. Marciano Valdelomar Gijón.

Con este número repartimos un prospecto del medicamento IOTIÓ, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Barcelona.