

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año I

Madrid, 15 de Agosto de 1911.

Núm. 16.

SUMARIO

Las psicopatías en el Ejército español, por Federico González Deleito.—*Contribución al estudio fisiopatológico de la muñeca*, por Rafael Ramírez.—*Sobre la idoneidad para el servicio de aviación militar*, por J. P.—*Necrología*: D. Hermenegildo Balmori Parido.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Curación por la cebolla en un caso de ascitis cirrótica.—Contribución al estudio de la laberintitis aguda.—Sobre la punción en la ascitis.—Serodiagnóstico de la parálisis infantil epidémica.—Sobre los procesos de inmunización del ojo, y especialmente sobre la fagocitosis.—Traumatismos externos y úlceras del estómago.—*Prensa militar profesional*: Herida penetrante de pecho en un soldado. Operación: curación.—La mortalidad y el género de muerte en el Cuerpo de Sanidad Militar de tropas coloniales francesas.—La Sanidad Militar en la campaña de los franceses en Casablanca.—Tratamiento de la incontinencia nocturna esencial de orina por las inyecciones de suero en el periné practicado en soldados.—*Bibliografía*: Necesidad urgente de implantar en España el Servicio militar obligatorio y el Seguro forzoso contra la enfermedad y la invalidez, para luchar eficazmente contra la tisis del soldado y del obrero, por el Dr. Pedro Ferreras.—Comentarios al progreso médico-social, por el Dr. D. Luis Comengs.—*Sección oficial*.
SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

LAS PSICOPATÍAS EN EL EJÉRCITO ESPAÑOL

Comunicación al Congreso de Granada de la Asociación Española para el progreso de las Ciencias.

I

De todas las especialidades médicas, es la psiquiatría la que menos se conoce por la inmensa mayoría de los que ejercemos la profesión, quizá porque no requiriendo, fuera de las medidas de aislamiento y reclusión, ninguna medicación de urgencia, el médico puede desentenderse de estos enfermos, sin que se ocasionen perjuicios inmediatos para ellos.

En el Ejército es imposible desentenderse de ello, y el Médico militar, que por su posición especial ha de haber saludado todas y cada una de las ramas de la Medicina, tiene precisión absoluta de conocer ésta, porque, Médico-legista en muchas ocasiones, ha de tropezar en la práctica de su profesión con multitud de circuns-

tancias en las que ha de poner á prueba su dominio de estos asuntos, y ha de tener en sus manos el porvenir y la vida de un semejante.

Por eso preocupa en todos los Ejércitos este asunto, y en la prensa médico-militar se refleja esta preocupación, en el extraordinario número de trabajos que sobre este tema aparecen.

La función crea el órgano, y en este caso se comprueba cómo el aumento y mayor relieve de las psicopatías en el Ejército, es quien ha motivado esta preocupación creciente de los Médicos y legisladores.

Quizá porque en nosotros no alcanza el mal tan extraordinaria y aparatosas proporciones, se explique la mayor indiferencia nuestra respecto á este asunto.

Dependen este aumento y este mayor relieve de dos hechos principales:

1.º El desarrollo de la psiquiatría en general, desarrollo bien reciente, pues apenas hace un siglo que se inició científicamente, y que coincide con una extensión de estas dolencias que hace multiplicar rápidamente el número de manicomios, siempre insuficientes para contener á todos los que en ellos necesitan refugiarse.

2.º La transformación que ha sufrido en estos últimos cien años el servicio militar con la desaparición de los Ejércitos profesionales, primeramente, y con el servicio militar obligatorio, más tarde.

Se comprende fácilmente que si el número de enfermos mentales crece en todas las naciones, la colectividad militar no ha de quedar excluida de este crecimiento, pues sobre ella actuarán las mismas causas generales, en mayor ó menor grado.

Y, por otra parte, la desaparición de los Ejércitos profesionales, unido al cambio que en la constitución y funcionamiento han producido, tanto las modernas organizaciones de los Estados, cuanto los progresos en el arte y ciencia militar, han hecho que lo que quizá fuera un medio apropiado de vida á espíritus aventureros, mal avenidos con disciplinas y métodos, y á propósito, por lo tanto, para recoger desequilibrados y rebeldes, se haya hecho un medio refractario ó la estancia y permanencia en él de tales elementos que, por el contrario, se destacan violentamente.

Por eso en Francia, donde existen centros de reclutas análogos á los que sirvieron para nutrir las filas de tercios y regi-

mientos de los siglos XVI y XVII, como es, por ejemplo, la legión extranjera, se da con gran exuberancia la alteración mental, junto con sus compañeros en el Ejército, los delitos y las deserciones.

Si en nuestra literatura médico-militar existe una verdadera deficiencia en publicaciones sobre este asunto; si el estudio de esta especialidad no está todo lo desarrollado que debiera, es ciertamente porque las enfermedades mentales no son frecuentes en nuestro Ejército, y es lógico que ocurra que el Médico militar está mejor preparado para aquellos Ejércitos en que más ha de necesitar sus energías. Si en el cuartel, si en el combate, si en los hospitales apenas tropieza con locos; si en nuestro Ejército no hay gran número de delitos en los que tenga que intervenir, ¿qué extraño que no se preocupe gran cosa respecto á conocimientos psiquiátricos?

Sin embargo, quizá sea extrema esta abstención, y si buscamos bibliografía, apenas si tropezamos con unos pocos nombres y no gran cantidad de labor. Mas es lógico pensar que el aumento del número de locos de la población total se ha de reflejar en la militar, y además está pronto á implantar el servicio militar obligatorio, y es seguro que esto ha de traducirse en una mayor necesidad de poseer estos conocimientos. Por eso importa á todos irse previniendo de antemano.

II

Los resúmenes de la estadística sanitaria del Ejército español del 1903 al 1908, último de los publicados, dan las siguientes cifras:

AÑOS	Existencia anterior.	Entrados	Tanto por mil.	Curados.	Muertos.	Salidos.	Quedan.
1903.....	13	56	0,73	13	»	42	14
1904.....	14	59	0,68	18	1	47	7
1905.....	7	41	0,51	9	»	30	9
1906.....	9	46	0,58	8	»	38	9
1907.....	9	74	0,90	3	»	50	20
1908.....	20	68	0,85	12	»	65	11
Totales.....		344	0,71	73	1	272	

La cifra de curados se refiere no sólo á soldados atacados de

enajenación mental, y mejorados ó curados por el tratamiento, sino también á individuos que pasan á la clínica de comprobación por sospecharse la existencia de alguna vesania, y que son declarados útiles por no comprobarse su existencia.

No puede hacerse la comparación con cifras anteriores, por ser solamente desde 1903 desde que se hacen constar estos datos con los resúmenes de la estadística sanitaria de nuestro Ejército.

La distribución por meses demuestra la escasez de estas enfermedades durante los meses de invierno, pudiendo tener en cuenta el aumento de los meses de Marzo y Abril, por ser ésta la época de la incorporación de los reclutas y primera revista, época en la que se desechan bastantes inútiles.

He aquí las cifras de ingresados en los hospitales, según los meses, durante los seis años de 1903-1908: Enero, 17; Febrero, 20 de éstos, 10 en el año 1906, en el que la incorporación de soldados fué en este mes; Marzo, 59; Abril, 43; Mayo, 38; Junio, 27; Julio, 30; Agosto, 32; Septiembre, 25; Octubre, 18; Noviembre, 19, y Diciembre, 12. Merece anotarse la casi igualdad de las cifras de Julio á Septiembre, y la disminución en el otoño é invierno. Anotemos que lo mismo ocurre en Italia.

De la distribución en Regiones poco puede deducirse; las cifras son muy variables, y no existiendo el reclutamiento regional, tienen poco interés.

Tampoco de su distribución por armas se obtienen datos de interés; merece consignarse tan sólo que, figurando la Penitenciaría militar de Mahón en casilla independiente durante los años, 1904-1906, no aparece ningún ingresado por enfermedades mentales en ese período. Nada dicen las estadísticas respecto á la clase de enfermedades observadas, condiciones especiales de sujetos, etc., etc.

Comparando estas cifras globales con las de los Ejércitos extranjeros, se deduce que no somos los más castigados por este género de dolencias.

Prusia, que en 1873 á 74 tenía un 0,41 por 100 de ingresados en los hospitales, por esta causa tuvo 0,4 por 1.000; en 1886 á 87, 0,47 por 1.000, y 1,10 por 1.000 en 1906-907, Mayor es todavía la cifra en el Ejército bávaro: 1,60 por 1.000 en 1905-906.

En el ruso oscila entre 0,6 y 0,7 por 1.000 desde 1895-1905; en el austriaco se asisten 1,2 por 1.000 en 1905; en el Ejército francés de la metrópoli, 0,45 por 1.000, y en Argelia y Túnez,

1,20 por 1.000 en 1904; en el sueco se asisten un 1,5 por 1.000 en 1909; 0,46 por 1.000 en el japonés en 1904; y en el Ejército italiano los eliminados por psicosis y neurosis hacen un 6,9 y 11 por 100 del total de los inútiles.

Resumiendo: dan cifras mayores que las nuestras Alemania, Austria, Italia, Suecia y el Ejército colonial francés, sensiblemente iguales, Rusia, é inferiores el Japón y el Ejército francés metropolitano.

*
* *

Con el objeto de especificar un poco más estos datos, he consultado la casuística de los acogidos en el Manicomio de San Baudilio de Llobregat (sección de militares), publicada por el muy ilustrado y entusiasta Médico Sr. Farreras en el volumen 1.º de los *Anales de Medicina legal y forense*. He aprovechado tan sólo los datos de los años 1891-1910, ó sea un total de veinte años, por estar en ellos mejor precisados y más en armonía con nuestros conocimientos los diagnósticos.

Son un total de 347 casos, correspondientes á los enfermos mentales de la 4.ª Región, Aragón, Valencia, Navarra y Baleares. He creído interesante incluir Oficiales, Guardia civil y Carabineros. He aquí algunos datos. Los asistidos se reparten en Oficiales, 52; reenganchados (músicos, sargentos, etc.) 13; voluntarios, 35; soldados, 168; Guardia civil, 34; Carabineros, 45; total, 347.

De éstos, eran paralíticos generales 23 y tenían sífilis cerebral 2, no dándose estas dolencias en ningún soldado, y repartiéndose los casos entre Oficiales, 6 paralíticos y uno de sífilis cerebral; Guardia civil, 7 y 1, Carabineros, 3 paralíticos, y reenganchados, 7.

Se reconoce el alcoholismo como causa principal en 5 Oficiales, 4 en carabineros, 2 reenganchados y 3 soldados; total, 14.

Hay 15 epilépticos, de los que 3 son desertores.

La demencia precoz no se menciona hasta el 1903, y desde esta fecha la presentan 18 soldados de un total de 81 ingresados, ó sea el 22 por 100; de éstos, 1 perteneciente al Disciplinario de Melilla, 2 á Carabineros y 1 á Guardia civil.

Los antecedentes hereditarios, sólo se mencionan en 26 de los 347, cifra bien exigua.

De los asistidos, 23 eran desertores y 4 se fugaron del manico-

mio, siendo las enfermedades más frecuentes: epilepsias, 3 casos; melancolías, 2; delirios de persecución, 2; paranoia, 2; degenerados, 4 (de éstos, uno 3 veces y otro 5); demencia precoz, 2; imbecilidad y debilidad mental, 3.

Procesados había 18, de los que á alguno se le dió como útil por no comprobarse, siendo los motivos del proceso 6 agresiones ó intentos de homicidio, 2 insubordinaciones, un abuso de autoridad, éste con antecedente de insubordinación, y uno por abusos deshonestos, por incendiario, por robo y por abandono de destino, respectivamente.

III

De estos datos pueden deducirse algunas enseñanzas útiles. Desde luego se advierte que el número de asistidos por enfermedades mentales no es tan exiguo, y que por los médicos merece se le preste alguna mayor atención. Además, este número tiene tendencia á crecer, y aunque las estadísticas oficiales anteriores al 1903 no mencionen el número de asistidos por estas dolencias, en la casuística del Manicomio de San Baudilio, recopilada en el trabajo de Ferreras, se advierte que desde 1856 á 1910, ambos inclusive, se asistieron en dicho centro 689 individuos; de éstos, 92 desde 1856-70; 252 de 1871-90, y 347 de 1891-910.

La segunda observación es que el número de locos es mayor en los militares profesionales que en los soldados precedentes de alistamiento (168 soldados y 179 profesionales), incluyendo en éstos Guardia civil y Carabineros.

Aún resalta más el hecho de que 35 sean voluntarios. En nuestro país apenas existen el voluntario de filas, y si bien es verdad que los militares de Navarra pueden aumentar la cifra en estas regiones, téngase en cuenta que del total de voluntarios existentes en filas hay una parte no despreciable en número que apenas si tropieza con la primera puesta en su vida militar, y que habría que descartar para las cifras estadísticas.

Esto es cosa corriente en todos los Ejércitos, y hoy que el voluntariado va á ser en nosotros un modo de nutrir nuestras posiciones marroquíes, los Médicos militares tenemos que estar muy sobre aviso. Regis afirma que Inglaterra es el país que tiene más enfermos mentales en su Ejército. Schuppnis observó que de 60

bajas clínicas de soldados alemanes que anteriormente habían servido en la legión extranjera, 32 eran de enfermos mentales. Farreras cita la historia de un carabinero recogido en San Baudilio, desertor 3 veces, 2 en España y una de la legión extranjera, en la que estuvo alistado. Francia tiene un 1,94 por 1.000 de asistidos por psicopatías en la legión extranjera, siendo la cifra más alta de toda su estadística.

Como, por otra parte, estos soldados, sobre todo aquellos que presentan cierto desequilibrio mental sin trastornos intensos, prestan servicios muy apreciables en tiempo de campaña, se utilizan para campañas coloniales, por razones de índole política, y en esos sitios el alcoholismo, el paludismo y las condiciones especiales del clima de los países cálidos les hacen enfermar.

Al lado de los voluntarios van los reenganchados, soldados de bastantes años, sargentos, etc., que figuran en número de 13, cifra menor, pues en éstos, al lado del militar profesional por inadaptación á la vida de trabajo ordinario y metódico, cosa corriente, existen muchos otros que del servicio hacen un oficio, al que se acógen como medio de vivir, y, no sobrados de recursos y cargados de familia, ni son alcohólicos ni están en analogía de condiciones con sus camaradas. El medio militar en tiempo de paz y en la Metrópoli no favorece la explosión de las enfermedades mentales, como lo prueban la estadística y la observación. Simplemente es un medio, en el que se destacan con relieve pequeños trastornos, que en la vida normal pasan desapercibidos, y que la disciplina pone de manifiesto. No es, por honra nuestra, nuestro Ejército colectividad en la que el soldado encuentre mal trato ni sobra de rigidez. Todos lo sabemos, y lo atestigua bien claramente la escasez de instrucciones.

Cosa distinta ocurre con las campañas, conceptuadas por todos como causa de explosión de frenopatías, y hasta la saciedad nos han repetido lo que ocurrió á los moros en su última guerra. Quizá no tenga eso tanta aplicación en nosotros; al menos, la campaña de Melilla no se hizo notar gran cosa en nuestros manicomios. Dos soldados cita Farreras como ingresados por la campaña, uno de ellos de treinta y seis años. Los Médicos militares que en Melilla estuvimos pudimos contar con los dedos de la mano el total de asistidos por estas dolencias. Por mi parte observé uno en Chafarinas con confusión mental estuporosa consecutiva á palu-

dismo, de la que curó, aunque se le propuso como inútil, y fué á Sevilla para ser observado. Además de los asistidos, algunos fueron dados de alta.

Otra cosa son las campañas coloniales, pero en ellas hay que atender á que se juntan el alcohol y el paludismo para agravar las causas. Todos están acordes respecto al primero; de la del segundo fué Salinas uno de los primeros que habló, y hoy día lo reconocen los franceses, y Richard lo hace notar en los norteamericanos; también Farreras llama la atención sobre ella, y yo he dicho antes que el mismo caso por mí observado en Melilla era un convaleciente no alcohólico.

Respecto á la clase de dolencia, las deducciones concuerdan bastante bien con lo observado en otros Ejércitos.

La parálisis general progresiva es frecuente en Oficiales y profesionales; representa un 12 por 100 de Oficiales, un 20 por 100 en la Guardia civil y una proporción más elevada aún en reenganchados. Si la proporción de Oficiales aparece más escasa, en cambio, son bastantes los que no pasan por el manicomio militar, piden el retiro por enfermos y escapan á las estadísticas.

Comparando con la población civil, se ve que en 1907, por ejemplo, ingresaron en San Baudilio 86 hombres; de ellos, 13 militares con nueve casos de parálisis general, cuatro de ellos en militares profesionales.

La demencia precoz es la enfermedad más frecuente en los soldados (22 por 100 de los ingresados desde 1903). Como esta enfermedad tiene un período prodrómico, á veces largo, muy interesante desde el punto de vista médico-legal, conviene al Médico militar conocerla muy á fondo.

También el tanto por ciento de ingresados de la población civil por esta enfermedad, en este Manicomio, así como en los de Santa Águeda, Palencia y Ciempozuelos, es inferior.

La debilidad mental, imbecilidad é idiotismo son raras en nuestro Ejército, mientras que en algunos, como en el alemán, casi la mitad son débiles mentales, y en el francés hay también gran número de éstos. Débese principalmente á una mejor eliminación en las Comisiones mixtas de reclutamiento.

Por último, es de notar que la Penitenciaría militar de Mahón sólo da tres ingresados en veinte años, y que en ese período de tiempo se observaron en el Manicomio 18 procesados; lo que habla

muy en favor de nuestros procedimientos legales. Son muy escasos los alienados desconocidos existentes en las prisiones.

En resumen: 1.º No es muy elevado el número de enfermos mentales existentes en nuestro Ejército; pero aumenta sensiblemente, y es de temer sea mayor en fecha próxima.

2.º No se observa que la vida militar sea causa eficiente de estos trastornos, sobre todo en tiempo de paz y servicio ordinario.

3.º Las causas en las campañas coloniales son fatiga, alcohol, paludismo y predisposición.

4.º Son frecuentes las enfermedades que más período médico-legal desconocido tienen: parálisis general, en los profesionales; demencia precoz, en soldados; degeneración con trastornos episódicos, en unos y otros.

5.º Los voluntarios son atacados en número mayor que los reclutas, dependiendo de la atracción que por el Ejército sienten dichos individuos.

6.º Las observaciones publicadas demuestran que algunos asistidos han sufrido anteriores internados y observaciones, y que algunos habían sido declarados útiles después de observados. Como nuestra potencia militar es reducida en comparación con los contingentes que el reclutamiento permite utilizar, no tenemos precisión de mantener en filas débiles ni sospechosos, de serlo física ni psíquicamente. Por lo tanto, conviene eliminar de filas todo aquel que haya tenido trastornos mentales antes de su incorporación ó durante su permanencia en ellas.

7.º Es de necesidad fomentar el estudio de la psiquiatría para contar con un núcleo de especialistas militares.

FEDERICO GONZÁLEZ DELEITO,

Médico primero de Sanidad Militar.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO FISIO-PATOLÓGICO DE LA MUÑECA

Cediendo más que á mi propia iniciativa y espontánea decisión á esa entidad moral que desde nuestros primeros pasos en la carrera médico-militar se nos presenta como el principio más fundamental de la organización armada, cual es el acatamiento á las órdenes de los superiores y puntual observancia de lo que constituye *deber*, y no del de forma abstracta inconexa del que no trata de llenar un fin con actos de su libre voluntad, sino como lo concebía Paulo: «*qui non facit quod facere debeat*». Hecho constar este primer punto, es decir, que no es mía la iniciativa, que obro á consecuencia de estímulo, ha de satisfacerme, porque dicho estímulo parte de quien para mí merece, no sólo el respeto *material* que supone la mayor graduacion, sino otros dictados, como los de jefe cariñoso y digno, junto con el respeto *moral* del que más sabe ya que en realidad al que pudo llamar *fin ético* de este trabajo, justo es confesarlo, no es otro que mi *ignorancia*. Como la idea no es propia, y las ideas son de origen de los hechos que como presentes se muestran por manifestaciones de el *libre querer*, quédome con estas últimas partes, que son seguramente las únicas malas, sintiendo no poder ofrecer otra cosa que unas mal escritas cuartillas al apreciado jefe y profesor D. Enrique Pedraza, que si faltas de valor intrínseco, «*essentialia propria*», quizá lo merezca por la «*accidentalía*» de ser la preocupación constante durante un mes, y el resultado del que casi se cree favorecido y distinguido por la designacion con que tanto ha torturado muchos días pasados el espíritu del autor.

Cuando, para llenar lo que he llamado *fin ético* de este trabajo, consultaba volúmenes, ideaba medios demostrativos de las intuiciones mentales, que dentro de mi buen ó mal discernir sentía germinar cuando me representaba la muñeca por la idealización de un esquema la representación de una figura, la mostración en un cadáver, la observación en la mía propia, y trataba de coordinar los pensamientos ó mejor los juicios que formaba para la consecución de lo verdadero, lo primero que noté fué la falta de método en los autores, las opuestas teorías sobre el mismo hecho, la multiplicidad de imágenes representativas del mismo fenómeno, y aun-

que muy lejos de mí en hacer de la inestabilidad fisiológica un concepto fijo y matemático, y menos encuadrar el patologismo en la fórmula $A + B = C$, pero sin llegar á este ideal hasta hoy soñado, al tratar de orientarme para no ahondar el turbulento caos, al que todos, más ó menos, nos sentimos arrastrados á rendir culto á la diosa originalidad, olvidando en como muy bien dice el Dr. Morales Pérez, que en nuestros días, y en Patología quirúrgica, se resucitan ideas, pero se hacen nacer pocas; y siendo la muñeca una de las regiones más traídas y llevadas en sus diversos aspectos, anatómico-fisiológico y patológico, aquí encontramos, entre lo escrito las opiniones más diversas, y entre los autores el desacuerdo más lamentable. ¿Por qué? Por otro vicio, el *exclusivismo* en el interpretar. Tillaux, Laconte, Testut, Hennequin-Poirier, etc., etc., no citando más que algunos de ellos, cada uno en sí verdaderas glorias de la clínica y el anfiteatro; cada cual ve las cosas de un modo exclusivamente suyo; cada uno ve una parte de la verdad; quién atribuye al ligamento A el papel esencial en la lesión B; quién lo considera de la acción del músculo X; quién lo refiere al hueso Z, y es que cada uno ve la parte de *verdad* que él ha observado y niega, y no transige con lo que los demás hayan podido aportar, olvidando las múltiples facetas que nos ofrece la verdad como entidad abstracta, y más, mucho más, como en el presente caso la verdad completa, «inconcreto» en el modo de ser, de funcionar y padecer de esta región orgánica, que bien pudiéramos decir, desde el punto filosófico y antropológico, que «hace al hombre tanto como su figura». Entre tal maremágnum de ideas, ¿qué caminos, qué marcha ha de seguir el pensamiento, no sólo para distinguir el error de la verdad sin ser exclusivista, sino para que esta verdad conste como tal en todo su alcance y extensión, de manera que se den las condiciones que la ciencia reclama y la razón exige? Es decir, ¿es conveniente seguir en el estudio de la muñeca el método analítico, el sintético ó el mixto? ¿Es un primer punto que he de discutir? Pues de él elegido, quizá surjan las mayores objeciones que alguien pueda dirigir á este trabajo.

He dicho, que dos son los métodos que pueden orientarnos en el caos científico en que actualmente se encuentran las ideas sobre el fisiopatologismo de la muñeca, el análisis y la síntesis; el primero reposa en el principio de que todas las cosas, puesto que tienen una esencia y naturaleza propias, pueden ser conocidas mi-

rándolas atenta y detenidamente; por esta razón, el análisis las considera: primero, en su conjunto; segundo, en las partes en que es posible descomponerlas, es decir en sus elementos; tercero, en las relaciones que con otras mantienen; por este método describiría la muñeca en sí, en sus huesos y articulaciones, en sus relaciones con los músculos que la animan con las energías desplegadas por ellos en su contracción individual y colectiva, en los movimientos que ellos determinan, pero sin deducir la influencia que en lo accidental pueda tener tal ligamento, tal músculo, tal forma de hueso; pues no pudiendo ser analizado más que lo que existe, por ser lo único que puede ser sometido á examen, resultaría que la influencia de lo imprevisto, de lo accidental, que es lo que domina en traumatología, no podría ser sometido á examen porque necesitaría una experiencia de la que carezco, para haber apreciado los múltiples efectos de las acciones traumáticas en las milenarias circunstancias en que pueden actuar.

Sería una mala orientación sin finalidad práctica, por dos razones: *primera*, porque el estudio anatómico nos es empalagosamente conocido; y digo así, porque para los conocimientos que la práctica y la humanidad de nosotros exigen no nos precisan las descripciones detalladas de los huesos y articulaciones; no, tampoco, el minucioso contar de los fascículos ligamentosos; pero, en cambio, nos es muy preciso conocer la forma de las superficies articulares, la dirección de las potencias que las animan, el aquilatar la resistencia de los medios que las ponen en contacto, ya que de estas circunstancias reunidas nos va á resultar un movimiento en lo *fisiológico*, una distensión tendinosa, una luxación, una fractura en lo *patológico*; pero nosotros tenemos que no olvidar en este último orden lo que no podemos preestablecer, lo circunstancial, lo no previsto, y esto, como no tiene existencia, no puede ser analizado, y para ello se nos ofrecen dos caminos: ó el generalizar las ideas existentes por una verdadera reflexión circunstancial, ó referirlos al interpretar algo de los hechos exteriores; y de aquí dos clases de análisis, el interno y el externo, ó, segundo *camino*, fundar lo desconocido por el razonamiento en hechos, ya analizados, ya sean experiencias clínicas, teorías explicativas, conocimientos auxiliares de matemáticas, mecánica y de cuanto ilustrar pueda, mediante el raciocinio, la adquisición de la verdad ansiada, y esto lo consigue la síntesis.

Pero decía que tenía dos razones para no orientarme en el sentido exclusivamente analítico, y ya he apuntado una; réstame ocuparme de la otra, y es que una descripción más de la muñeca no sería más que copia, más ó menos desfigurada, de alguna de nuestras traducciones más clásicas, y no sería fácil pasara desapercibido el plagio, ni para los compañeros ilustrados, que sólo verían en estas cuartillas el trasunto enmascarado de algún francés, de algún alemán, y prefiero vean el mediocre discernir de un camarada, y mucho menos para el querido jefe y profundo anatómico, al que he dedicado el trabajo, que desde sus primeras líneas notaría no ser de buena ley la moneda con que pagaba sus desvelos para hacer fecunda la labor realizada en la cátedra y en el anfiteatro, y aun algo más: en lo más hondo de mi conciencia se repetiría la ya signada opinión de Saulo sobre el deber, y no me perdonaría «el no haber hecho lo que hacer debía»; por estas dos razones no haré un estudio esencialmente analítico de la muñeca.

El otro método que se nos ofrece para el estudio de la muñeca y, sobre todo, en su padecer, es el sintético, y como toda síntesis tiene por fundamento «el que toda verdad contiene dentro de sí otros particulares que pueden ser mediante ella conocidos, por esto parte de un hecho ó principio concebido por la razón ó evidente por sí ó evidenciado por la reflexión y el análisis, deduciéndose, por un procedimiento lógico, las consecuencias que se hallan dentro de él. Llegase, pues, por el método sintético á descubrir verdades ignoradas, que como tales afirmamos, fundándonos en el firme apoyo que les presta el hecho ó principio que las sirvió de base, y en la confianza, en la legitimidad del procedimiento lógico mediante el cual han resultado.

RAFAEL RAMÍREZ,

Oficial Médico-alumno.

(Continuará.)

SOBRE LA IDONEIDAD PARA EL SERVICIO DE AVIACIÓN MILITAR

POR EL DR. L. FALCHI, TENIENTE-MÉDICO EN EL REGIMIENTO DE CABALLERÍA DE TREVISO, NÚM. 28, Y EN COMISIÓN EN LA ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (*Giornale di Medicina Militare*, 31 MAYO 1911).

Por juzgarlo interesantísimo y de palpitante actualidad, reproducimos íntegro este artículo, en el que se estudia atentamente un asunto que afecta, y afectará cada vez más, á la misión del Médico en el Ejército, dado el progreso y la entusiasta aceptación mundial de este nuevo medio de exploración y transporte.

I

Dentro del «Batallón especialista de Ingenieros» se ha constituido una fracción especial, denominada «Sección de aviación», bajo el mando de un Jefe de Artillería, y constituida por unos quince Oficiales de Marina y de diversas armas del Ejército, auxiliados por cierto número de individuos de tropa y de obreros.

La sección está dotada actualmente de seis monoplanos Bleriot, tres de ellos con motor Gnom y otros tres con motor Anzani, y de seis biplanos Farman. Otros aparatos están en construcción, y otros, más modernos y más apropiados á las necesidades militares, están adquiriéndose por contrato. Con los existentes se adiestran diariamente los Oficiales, siguiendo un método serio y racional, dirigido, no sólo al desarrollo de la aptitud, sino también al cuidado de la personalidad incólume.

Todo hace creer que, dentro de poco tiempo, con la perfección en la construcción de aparatos y el conocimiento de la técnica, la aviación ocupará un puesto importante en el arte de la guerra; y como consecuencia inmediata, según hizo notar el Mayor médico Nieddu-Semidel en el notable artículo publicado en este mismo periódico, se ha de abrir un nuevo capítulo de fisiopatología: la del hombre que vuela.

Yo tomo esta significación en su más estricto significado, sin ocuparme del que *navega* en un aparato mas ligero que el aire, y limitaría á una exposición puramente descriptiva de las sensaciones y perturbaciones del aviador, que todavía es muy nuevo este

ejercicio para haber producido alteración apreciable en los órganos.

Examinaré, pues, sin ninguna pretensión científica, algún aspecto de la importante cuestión de la idoneidad para el servicio aviatorio, con la ligereza inevitable en una primera tentativa y con la modestia que puede exigir una reciente experiencia personal.

II

Sensaciones y perturbaciones del aviador.—Parecerá, sin duda, á un observador profano, que estas sensaciones y perturbaciones que produce el volar, no deben diferir mucho de las que se sienten en la ascensión de las montañas, en el globo libre ó en el dirigible; tales como la alteración de la sangre, la modificación de los movimientos respiratorios, de la fuerza muscular ó de la percepción acústica. A la verdad, en determinadas condiciones existen algunas semejanzas, pero son mucho mayores y más importantes las diferencias; y es natural que así sea, porque rara vez los aviadores llegan á tal altura que puedan resentirse de la baja presión atmosférica, y, en cambio, rara vez los que navegan en globo y nunca los que escalan montañas, pueden estar sometidos á una velocidad comparable á la de los aeroplanos. El más ligero que el aire, navega en un equilibrio estable que se mantiene espontáneamente; el más pesado, se mueve y se eleva en virtud de una fuerza que lo mantiene, y de la cual el piloto es el árbitro directo y necesario. Conviene, pues, preocuparse menos de las semejanzas que de las diferencias.

Hay que tener en cuenta que, sea en ruta ordinaria ó en servicio de exploración ó de comunicación, un aviador militar sólo por excepción alcanzará alturas superiores á 1.000 ó 1.500 metros, y á tal altura es más probable que se resienta el aeroplano que el aviador, así es rarísimo observar en éste respiración ansiosa, cefalalgia, epístaxis ó somnolencias.

Otra perturbación que erróneamente se cree ha de alcanzarle, es la *sensación del vacío*, con sus mareos ó vértigos. El aparato, durante el vuelo, tiene un movimiento elástico muy dulce, y con su telar, con sus montantes y sus planos, produce una supresión de equilibrio y de estabilidad, que no parece al espectador, y que más de una vez ha engañado á los pilotos demasitados confiados.

El *mareo de mar* es fenómeno casi desconocido en aviación; solo se presenta en algunas personas muy sensibles cuando se efectúa un vuelo aplanado (plané) por la impresión que provoca la «fuga» del terreno. Contracción violenta del diafragma y los consiguientes conatos de vómito se verifican á menudo cuando la máquina, impelida por una onda de viento, hace un movimiento rápido, de improviso, hacia arriba. Pero son disturbios momentáneos por la rapidez con que se llega al suelo ó vuelve el aparato á su posición normal.

Aun el más animoso, el día en que por vez primera monta en la máquina aérea, siente un vago sentimiento de temor y de ansia semejante al que se experimenta al montar un caballo desconocido y que sabe que tiene resabios. El aviador está solo, y dentro de un instante se lanzará al espacio con velocidad vertiginosa, siendo árbitro de su dirección y de su vida. El pasajero siente la emoción del vuelo, pero al mismo tiempo descansa en la confianza del piloto, y comprende toda la importancia de la maniobra.

Parte, y los consejos, los recuerdos, las teorías, se agolpan tumultuosamente en su mente; mientras la tierra corre bajo sus pies, los obstáculos se acercan y se agigantan, y hay que dirigir en las tres dimensiones del espacio, la dirección, el equilibrio longitudinal y transversal no son todavía instintivos, pero resultan del conocimiento de la incomparable docilidad de la máquina. ¡Trabajo penoso y enervante! Mientras las manos y los pies, poco acostumbrados aún, son inciertos, responden mal al mando. El sentimiento del embarazo y de la dificultad puede conducir al impresionable á resoluciones desastrosas.

Mientras tanto, la corriente de aire que azota el rostro dificulta la respiración y provoca un lagrimeo abundante, el frío hiela las manos, el aceite que sale del motor ofusca la vista y el ruido del aparato no deja oír ningún sonido...

Pero si el movimiento se prosigue con regularidad, sobre todas las perturbaciones y todas las penas, domina un sentimiento soberano: el de volar. Un carísimo colega me dice que en tal ocasión pensaba: ¿Dónde cae América? ¡Allí voy! la primera vez que voló en un aeroplano.

III

Conclusiones.—Para sacar de estas impresiones fugitivas algún resultado práctico, he aquí el criterio que me parece oportuno tener, para apreciar la idoneidad para piloto-aviador.

La edad.—A pesar de los buenos resultados obtenidos por algunos que ya no eran jóvenes, aconsejamos escoger los pilotos y aviadores entre los oficiales de veinticinco á treinta y cinco años, cuando al vigor del cuerpo asocian un concepto sereno de la vida y del peligro.

Más jóvenes, la potencia inhibitoria puede no estar completamente disciplinada y exponerse á audacias insensatas; más viejos, pueden alterarse la circulación, y respiración, y la edad madura no se presta á las fatigas y á las ansias del período de instrucción.

Como es sabido, el peso menor de la persona permite mayor cantidad de bencina y una amplitud mayor de camino. Con este criterio, no parece importuno aconsejar que los pilotos aviadores se elijan de modo que su peso mínimo sea correspondiente á la estatura y á la buena constitución, y que el máximo sea de 75 kilogramos: esto no sólo para aumentar el combustible, sino por la razón del modo de comportarse ciertos aparatos si reciben un peso exagerado. Pero será prudente abstenerse de poner en planta medios artificiales para disminuir de peso algún aspirante.

Constitución física.—La velocidad, las corrientes de aire, la tensión nerviosa y tal vez, si no la maniobra, el género de vida y la atención que requiere el aparato en movimiento, requieren que el aviador sea completamente robusto. Es superfluo indicar que deben ser segregados los epilépticos, los alcohólicos y todos los que, por enfermedad ó por herencia, no posean la integridad de su sistema nervioso.

También es necesario poseer una buena vista, buen oído, excelentes órganos respiratorios y condiciones del centro cardíaco, según ha demostrado el mayor Nieddu-Semidlei.

El *carácter* debe ser equilibrado, libre de facilidad emotiva y de indecisión, como de insensata temeridad, dócil y resuelto, pronto al mando y á la obediencia.

La *inteligencia*, para consentir la extrínseca armonía de todas estas dotes, deberá ser bien desarrollada. Ella es la base de toda

nuestra actividad; pero como es general la ciencia individual de poseerla, nadie se creará incapaz de volar por esta causa.

Por último, la *predisposición* puede, unida á las dotes físicas y morales, ser una base buena para el conocimiento y el adiestramiento. El que no sea mecánico de tierra ó de mar, debe á lo menos tener conocimiento bastante en los aparatos y manera de funcionar.

Por adiestramiento preparatorio entendemos la práctica de una ó varias de las impresiones que el aeroplano produce.

El que haya hecho ascensiones en globo libre, estará acostumbrado á la observación desde lo alto, á apreciar el terreno, á calcular la distancia, al conocimiento de los vientos y á los disturbios que produce la altitud. Lo mismo puede decirse de la ascensión á las montañas, expuestas á cambios bruscos de temperatura. El automóvil habitúa á la maniobra de una máquina, y aun cuando es muy distinta de la de un aparato volador, servirá para adquirir la disciplina y coordinación de los movimientos, y á las grandes velocidades producirá efectos análogos á los del vuelo, respecto á la respiración y á la secreción lagrimal.

Una embarcación de vela gobernada por uno solo, lejos de las orillas, habitúa á sentirse aislado y á tener fe en sí propio. Los sports apropiados para conseguir este fin pueden ser muchos; sólo hemos citado los principales y más comunes.

El examen de una estadística dolorosa, aconseja recomendar las mayores exigencias en materia de dotes morales.

Porque, por ahora, el peligro existe y es siempre inesperado, imposible de prever y casi siempre irremediable. Esto para los oficiales italianos representa la mayor seducción en la poesía del vuelo; pero no impide para limitar las causas de desgracia, escoger para la aviación militar hombres animados de la suprema virtud del valor, pero guiados por el raciocinio.

J. P.

NECROLOGÍA

Don Hermenegildo Balmori Pardo,

Subinspector Médico de segunda clase.

Nació en Niembro (Oviedo), el día 25 de Marzo de 1850. En Julio de 1873 se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía, y en Noviembre del mismo año, y previos los ejercicios de oposición, tuvo ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar, con el empleo de Médico segundo, habiendo prestado sus servicios en diferentes Regimientos, á los que acompañó en la guerra contra los carlistas.

En Abril de 1879 ascendió por antigüedad á Médico primero, y en Julio de 1895 á Médico mayor, sirviendo distintos destinos propios de dichas categorías, y, por último, en Diciembre de 1904 ascendió á Subinspector de segunda, siendo destinado al Hospital de Valladolid, en cuya plaza ha permanecido hasta el día de su fallecimiento, ocurrido el día 3 del corriente mes, á causa de una muy penosa dolencia.

Se hallaba en posesión del grado de Médico primero por mérito de guerra, y de las condecoraciones siguientes: dos cruces rojas y una blanca de primera clase del Mérito Militar, y las medallas de la Guerra Civil y de Alfonso XIII.

¡Descansen en paz nuestro estimado compañero!

VARIEDADES

Cuando ya estaba en prensa nuestro número anterior, nos enteramos de la salida para Larache de una ambulancia al mando del Médico segundo Sr. Rocandío.

Dicha unidad fué agasajada en Cádiz y despedida por el General Gobernador, habiendo ya llegado felizmente á Marruecos, donde se halla prestando servicio.

Ha salido para Liérganes el respetable Inspector del Cuerpo, Excmo Sr. D. Manuel Gómez Florio.

*
* *

La *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* dedica muy sentidas frases á la memoria del Inspector de la reserva, Sr. Sanchis Barrachina, de cuyo fallecimiento dimos cuenta en nuestra pasada edición.

*
* *

Ha sido nombrado Inspector sanitario de las fronteras, mientras duren las actuales circunstancias, el Médico mayor Sr. Roldán, cuyo nombramiento es garantía segura del celo con que será atendido dicho servicio.

*
* *

Se ha dispuesto se abone una gratificación de 600 pesetas, con cargo al fondo de material, al Médico encargado en las Academias Militares de la educación física y de la inspección higiénica.

Mucho nos complace se vea la necesidad de Médicos higienistas en los cuerpos, y se estimule sus funciones.

*
* *

Procedentes de Algeciras y Chafarinas, respectivamente, hemos tenido el gusto de saludar al Subispector Médico de primera clase D. Jerónimo Pérez Ortiz, y al Médico mayor D. Aurelio Salceda.

*
* *

El Médico mayor D. Emilio Pérez Noguera, y el Farmacéutico mayor D. José Ubeda, comisionados por el Ministerio de la Guerra para asistir á la Exposición internacional que se está celebrando en Dresde, han sido objeto en dicha ciudad sajona, de cariñosas atenciones por parte del Ministro de la Guerra de aquel reino, y del General Müller, Jefe de Sanidad Militar del Cuerpo de Ejército, quien envió al Médico mayor Dr. Strohbach, para que acompañase á dichos compañeros á visitar todas las dependencias militares.

Los Sres. Pérez Noguera y Ubeda se ocupan actualmente del estudio de dicha Exposición para llevar á término una información seria y detenida de la misma.

*
* *

Nos comunican de Valladolid, que el sepelio del ilustrado Subinspector Médico de segunda clase D. Hermenegildo Balmori, cuya necrología publicamos en el lugar correspondiente de este número, revistió gran solemnidad, habiendo asistido á dicho acto el Inspector de la Región, Sr. García Gil, y los de la Sección de reserva Sres. Izquierdo, Casaseca y Villaverde, así como todo el personal de Sanidad Militar libre de servicio, y nutridas representaciones del elemento civil y militar.

*
* *

Leemos en el *Boletín de Ciencias Médicas de Méjico* que la colonia francesa de aquel país, con motivo de la celebración del primer centenario de la Independencia de la República, ha tenido la brillante idea de ofrecer al pueblo mejicano una estatua del eminente sabio Louis Pasteur, que será colocada en el jardín inmediato al paseo de la Reforma, uno de los lugares predilectos, por su hermosura, en dicha capital.

*
* *

Se encuentra restablecido de la enfermedad que le retuvo varios días en cama en Ávila, el Subinspector Médico de primera clase D. José Cabellos, quien se halla ya de regreso en esta Corte.

Mucho lo celebramos.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Curación por la cebolla en un caso de ascitis cirrótica. (*Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques.*) El Dr. Mongour ha referido en la *Gaceta Semanal de Cien-*

cias Médicas de Burdeos, un caso curioso de curación, ó por lo menos de considerable alivio, en una ascitis de origen cirrótico. Se trataba de un caso grave, en el cual

el calomelano, teobromina, lactosa, vino de Trousseau, espartena, etc., habían sido ineficaces, y cuya situación se agravaba por instantes. Entonces aconsejó al enfermo la cura por la cebolla, que había llegado á su conocimiento en las circunstancias siguientes:

«Hace unos diez años, asistía yo á una señora de sesenta, atacada de cirrosis atrófica con ascitis, pero sin éxito. Cansada de mis cuidados inútiles, acudió á un herbolario, que le aconsejó la cura por la cebolla. El tratamiento no podía ser más simple: comer cebollas á todo pasto, crudas ó cocidas, y con preferencia las blancas; la enferma se alimentó exclusivamente de cebollas, durante quince días; una diuresis abundantísima se manifestó, y á los quince más, la ascitis no existía. La enferma vivía aún hace cuatro años.

»Llamándome la atención este hecho, aconsejé la curación por la cebolla á tres enfermos del Hospital, atacados de cirrosis atrófica con ascitis. En los tres desapareció la ascitis; de ellos, uno vivió siete años más, otro vive aún y está sano, y al tercero lo he perdido de vista. En todos ellos, la desaparición de la ascitis coincidió con una diuresis abundantísima.

Aconsejé á mi enfermo que se sometiera á este tratamiento: la ascitis era voluminosa, y hacía necesaria de una tercera punción. Tres días después de empezada la cura, apareció la poliuria, que alcanzaba y sobrepasaba de 3 litros por veinticuatro horas; al mismo tiempo disminuía la ascitis, así como el edema de los miembros inferiores. Actualmente no queda traza de la ascitis; el enfermo ha recobrado las

fuerzas, y va á emprender de nuevo sus ocupaciones; el sueño es bueno; la constipación ya no existe, y la ascitis ha sido reabsorbida por completo. Solo con dificultad se percibe, por el procedimiento de Glénard, el borde inferior del hígado cortante y endurecido.

»Yo no digo ni pienso que el enfermo esté curado de la cirrosis, pues ignoro cuál es el valor funcional de su hígado; aseguro, únicamente, que está curado de la ascitis y de sus edemas, y que ha podido volver á sus habituales ocupaciones. La desaparición de la ascitis, en este caso, como en todos los demás, ha coincidido con una abundante diuresis; de modo que yo atribuyo á las propiedades diuréticas de la cebolla la curación, provisional, pero evidente, de la ascitis. Dada la indigencia terapéutica disponible para estos casos, creo que sería ventajoso estudiar sistemáticamente esta curación por la cebolla.

»Tal cosa no está reglada; consiste, como he dicho, en comer cebollas á todo pasto, y con preferencia las blancas, sin duda porque tendrán propiedades diuréticas más pronunciadas.»—*J. P.*

* * *

Contribución al estudio de la laberintitis aguda, por Alexander.—

Una joven de quince años aqueja una otitis supurada izquierda el día 13 de Diciembre, y permanece en buen estado hasta el 25, en que tuvo un acceso de vértigo con vómitos. Al día siguiente, presenta sordera de ambos oídos en estado comatoso; es vista por el Dr. Alexander, que observa: 39,8 de tem-

peratura; á izquierda una otitis en regresión y á derecha secreción ligera; nistagmus horizontal á izquierda; reacción calórica abolida y excitación galvánica muy disminuida. Papilitis izquierda. Se practica la radical, descubriendo la dura madre en ambas fosas cerebrales y se punciona el cerebro y el cerebelo, falleciendo el 31; y corroborando la autopsia el diagnóstico formulado: laberintitis supurada bilateral y meningitis.

Expone Alexander la particularidad de encontrar intacta la cápsula ósea del laberinto, y la falta de explicación al desarrollo de una laberintitis aguda; no es menos interesante la sordera total del enfermo, coincidiendo con un órgano de Corti, parcialmente destruido, y de cuyo sintoma daba la explicación el exudado purulento, que ocupaba los espacios endo y perilinfáticos en sustitución de la linfa. — *Santaló*.

Sobre la punción en la ascitis. — El Profesor Quenu manifiesta hallarse algo en desacuerdo con la práctica habitualmente seguida.

Se aconseja generalmente en los fibros tirar una línea que vaya desde el ombligo á la espina iliaca, y verificar la punción en el punto medio de dicha línea.

Yo creo, dice el Dr. Quenu, que no se ha dado un consejo más de testable al práctico. Hay, en efecto, en este sitio vasos subcutáneos y profundos que escapan á la observación. Existe gran número de casos en los cuales el enfermo ha pagado con su vida esta técnica defectuosa. Desde luego, en la ascitis, la circulación venosa es exage-

rada, y además se sabe que la arteria y vena epigástricas parten del medio de la arcada de Falopio y remontan oblicuamente en la vaina del recto, bajo el peritoneo. Cuando se punciona con el trócar en el punto indicado, y se tiene la desgracia de herir estos vasos, el liquido retirado por punción resulta claro, por haberse hecho una hemostasia momentánea mediante la compresión del trócar; pero al retirar éste, el vaso herido sangra, no por la herida (el vaso estaba demasiado profundo), sino en el abdomen, en el peritoneo. ¿Dónde hace falta, pues, puncionar? Sobre la línea media. Es probable que no se haya adoptado este sitio de punción por miedo á la vejiga; pero este contratiempo se evita haciendo sondar al enfermo, pues es sabido que la vejiga huye. A dos ó tres traveses de dedo por encima del púbis, encontraréis tejido fibroso, poco doloroso. El trócar introducido en este lugar, tiene á más la ventaja de hallar un declive. Este sitio de elección para la punción, tiene, por tanto, una doble superioridad: hace la evacuación más completa y la hemostasia más simple. — (*Archives Médicales Belges.*)— *J. P.*

Serodiagnóstico de la parálisis infantil epidémica, por el profesor Ed. Müller. — Las observaciones clínicas habían hecho sospechar que quien había padecido parálisis infantil, quedaba inmune para un nuevo ataque, pero faltaban pruebas precisas. El Dr. Müller ha comprobado la veracidad de este hecho.

El *virus* de un mono muerto de

esta enfermedad, inyectado en el sistema nervioso central de otro mono, hace enfermar á éste. Mezclando este *virus* con un suero sanguíneo normal, la inyección sigue siendo positiva; pero si se mezcla in vitro con suero procedente de un mono ó una persona que haya padecido anteriormente esta enfermedad, el animal inyectado queda sano, lo que parece indicar que existen en el suero de los individuos que han padecido anteriormente esta enfermedad, anticuerpos capaces de neutralizar la acción del germen productor.

El autor, haciendo estudios sobre este asunto, ha comprobado los siguientes hechos, de excepcional interés clínico:

Existencia de casos abortados, con síntomas de fiebre y ligera infección gastro-intestinal y sin ninguna localización en el sistema nervioso, casos de diagnóstico difícil y capaces de propagar la enfermedad.

Comprobar la existencia de casos con síntomas de parálisis bulbar, alteraciones respiratorias, parálisis glosso-faríngea y sin fenómenos espinales, idénticos, sin embargo, en cuanto á su etiología con los casos típicos. Estas formas atípicas y frustradas se presentan en los monos de igual modo que en el hombre, y dejan tras sí una inmunidad persistente.

Las vías que parece sigue el virus, son los vasos linfáticos de los nervios periféricos y que de este modo son transportados al sistema nervioso central. La predisposición se establecería por una alteración previa del sistema vascular-linfático.

También ha comprobado Müller, en unión de Römer, el valor del

serodiagnóstico negativo, como igualmente preciso que el positivo.

Por último, ha demostrado la identidad de los casos esporádicos y de los epidémicos, estableciendo comparaciones, no sólo entre casos ocurridos en regiones próximas, sino demostrando la identidad del poder neutralizante de los anticuerpos procedentes de regiones tan distantes como el Austria, península escandinava, Francia, Alemania, etc.

En tres casos de Herpes Zoster, el serodiagnóstico ha sido positivo; sin embargo, el autor no se atreve á sacar deducciones de este hecho, á pesar de que se había hecho notar anteriormente la analogía de las alteraciones de los ganglios espinales en estas dos enfermedades. (*Deutsche Med. Woch.*, 1911, página 1.105.)—*F. G. D.*

* * *

Sobre los procesos de inmunización del ojo, y especialmente sobre la fagocitosis.—He aquí las conclusiones de un trabajo de M. Zade:

1.^a Las lágrimas no contienen sustancias bactericidas ni opsoninas.

2.^a El humor acuoso normal no contiene sustancias bactericidas ni opsoninas; pero estas sustancias aparecen después de la punción de la cámara anterior, como también á continuación de diferentes excitaciones del ojo. Sin embargo, nunca hay tantas opsoninas como en el suero. Las cristalizaciones de dionina no producen tantas opsoninas como la inyección subcutánea conjuntival de agua salada.

3.^a La simple bacteriolisis sin fagocitosis puede producir la muer-

te del pneumococo, introducido en el cuerpo vitreo de los conejos.

4.^a No se observó acción alguna bacteriotrópica en el organismo ni en los tubos de ensayo después de la inyección de dos sueros. (*Archivos de Oftalmología*, Julio 1911.)—*J. P.*

* * *

Traumatismos externos y úlceras del estómago.—El Dr. Simonin extracta, en los *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, un trabajo de Etinger, publicado en los de *Maladies de l'appareil digestive*, en el cual se asegura que á seguida de un traumatismo de la región epigástrica, puede presentar un enfermo casi inmediatamente los síntomas de una úlcera. Se trata entonces de ulceraciones traumáticas del estómago, de sufusiones hemorrágicas, de desgarraduras de la mucosa gástrica. Estos casos no constituyen, propiamente hablando, una úlcera de estómago.

Pero se puede igualmente ver sobrevenir, á continuación de un traumatismo de la región epigástrica,

á título de complicación más ó menos alejada, la enfermedad crónica que presenta los caracteres y la evolución de la úlcera redonda.

La afección sobreviene en sujetos que no presentaban anteriormente ningún trastorno dispéptico, capaz de hacer pensar en una úlcera de estómago preexistente en estado latente; y aunque los casos recogidos por el Dr. Etinger no fueron seguidos de autopsia, el diagnóstico no por eso parece dudoso.

La patogenia de la úlcera de estómago consecutiva á traumatismo, puede ser entendida de la manera siguiente: la lesión traumática situada sobre la mucosa ó la submucosa, lo más frecuentemente sobre la pequeña corvadura no lejos del píloro, cura ó puede curar como una herida banal.

Mas puede ocurrir también que la parte traumatizada sufriese la acción digestiva y corrosiva del jugo gástrico: un estado latente de hiperclorhidia es igualmente capaz de favorecer el desarrollo de la úlcera.—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Herida penetrante de pecho en un soldado. Operación: curación.—Un obrero militar empleado en el almacén de zapatería, al intentar cortar con la lezna una suela de un zapato, sufrió una desviación del instrumento cortante, el cual penetró en su pecho. Avisado el Médico Capitán Bennett (*Journ of the R. Army. Méd. Corps*, núm. 4), lo encon-

tró pálido, frío, con los signos de una hemorragia interna.

Al nivel del cuarto espacio intercostal, á unos tres centímetros del borde derecho del esternón, se ve una herida lineal que la exploración con el estilete muestra que se dirige profundamente en el pecho. Se sutura la herida y se practica una inyección hipodérmica de er-

gotina; se decide una intervención para cerrar la herida del pulmón y ligar la arteria mamaria interna.

El autor dibujó un gran labio, cuya convexidad correspondía al borde external, abriendo rápidamente el espacio intercostal, no apreciándose la corriente hemorrágica hasta que, retirado el dedo que comprimía la herida en la profundidad, una gran oleada de sangre, que emocionó hondamente á los asistentes, salió impetuosa, pero momentáneamente, deteniéndose por completo, al propio tiempo que el herido caía en el colapso. Se le administraron las clásicas inyecciones de éter y de estricnina y de suero fisiológico, y al cabo de cinco horas la respiración se hizo animada. La herida curó á los pocos días, si bien hubo necesidad de extraer, con el aspirador Potain un litro de sangre alterada de la pleura, á los quince días. Un mes después se desarrolló el enfesema subcutáneo en todo el costado enfermo hasta la mitad del abdomen.

Finalmente, al cabo de muchos meses, y después de incidentes de poca importancia, el soldado fué licenciado, pudiendo trabajar un poco: presentaba una fuerte retracción del lado derecho del pecho, y la respiración era oscura en la base y completamente normal en el vértice. (*Le Caducée*, 14 Junio de 1911).—*J. P.*

La mortalidad y el género de muerte en el Cuerpo de Sanidad Militar de tropas coloniales francesas. *La Clinique* ha publicado una nota sobre la mortalidad de los Médicos de tropas coloniales, que viene á de-

mostrar lo peligroso de las funciones de dichos colegas.

Desde el 1.º de Enero al 31 de Diciembre de 1910, trece Oficiales Médicos han sucumbido, con un efectivo inferior á quinientos (26 por 1.000). Los tres años precedentes fueron algo menos tristes: cuatro en 1907, nueve en 1908 y seis en 1909, en cuyos periodos la media anual está representada por un 16 por 1.000.

La mayor parte de las defunciones han tenido lugar en tierra, otras en el mar durante la travesía de regreso á la patria en uso de licencia por enfermos.

Se trata siempre de afecciones tropicales endémicas ó de enfermedades de nuestros climas, singularmente agravadas por las fatigas del servicio de la vida colonial. En fin, en ciertos casos, la causa de la muerte ha sido puramente accidental (combates, submersión, etc.).

Y desgraciadamente, los registros mortuorios de 1911 han comenzado á llenarse. (*Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques*, Junio 25 de 1911).—*J. P.*

La Sanidad Militar en la campaña de los franceses en Casablanca.—

El Comandante Ruiz Fornells, en una serie de trabajos publicados en *La Correspondencia Militar*, acerca de esta campaña, dice lo siguiente en, cuanto á los servicios de Sanidad Militar:

Además del servicio sanitario propio de los Cuerpos armados (prestado por un Médico por Regimiento y otro, además, por cada batallón de éstos), se organizaron ambulancias, enfermerías y hospitales de campaña.

Cada columna móvil dispuso de su ambulancia. Esta constituía el primer escalón sanitario, y estaba encargada en marcha de recoger los aspeados y reforzar los medios de que disponen los Cuerpos para el transporte de enfermos; en reposo curaba los que eran susceptibles de un pronto restablecimiento, y en el combate efectuaba la primera cura á los heridos, y los trasladaba, así como á los muertos, á las ambulancias-enfermerías de las posiciones regionales más próximas.

Estas ambulancias-enfermerías eran el segundo escalón sanitario, que tenía por misión hospitalizar los enfermos y heridos de la posición á que pertenecían, y de las columnas móviles, y la evacuación hacia el interior de aquellos que podían ser transportados y su curación exigía muchos días.

El tercer escalón sanitario lo formaban tres hospitales de campaña (dos de ellos en Casablanca y el otro en Ber Rechid). A éstos hospitales afluían los enfermos y heridos provenientes de las ambulancias-enfermerías, y desde ellos eran transportados al Hospital de Orán, los que, una vez curados, no quedaban en condiciones de prestar servicio inmediatamente.

Aparte de una epidemia grave de fiebres tifoideas, padecida en los veranos de 1907 y 1908, el estado sanitario de las tropas fué bastante satisfactorio. Debíóse esto, sin duda, á que se atendió cuidadosamente al saneamiento y desinfección de los campamentos; á que se procuró que el agua tuviese buenas condiciones, y que para ello se utilizaran filtros y potabilizadoras, ó se bebiese infu-

sión de té, para obligar á hervirla; á que se prohibió el consumo de legumbres crudas; á que se vigiló mucho la higiene individual del soldado; á que se redujo el servicio á lo estrictamente indispensable, y á que se obligó al uso de un cinturón de franela. — *J. P.*

* * *

Tratamiento de la incontinencia nocturna esencial de orina por las inyecciones de suero en el periné practicado en soldados. — El Dr. De-lamarre, Médico mayor de segunda clase, practicó en varios soldados este procedimiento, habiendo obtenido la curación en todos ellos con una ó dos inyecciones. Algunos individuos recidivaron, pero al fin curaron.

El autor marca con tintura de iodo dos puntos del periné anterior á cada lado de la prominencia bulbar y equidistantes entre el ano y el escroto, inyectando 80 gramos de suero normal en el tejido celular de cada lado, con la jeringa Roux.

El efecto es casi inmediato, pues los enfermos, el mismo día de la inyección, sienten menor deseo de orinar, despertándose por la noche para efectuar la micción, siendo este tratamiento más inocuo que las inyecciones epidurales de Cathelin.

Sólo se aplica en los casos de incontinencia esencial, siendo inútil en la sintomática (cistitis, prostatitis, cálculos).

Los individuos sometidos á estas inyecciones disimulan, más bien que simulan, el padecimiento. — (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires.*) — *J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Necesidad urgente de implantar en España el Servicio militar obligatorio y el Seguro forzoso contra la enfermedad y la invalidez, para luchar eficazmente contra la tisis del soldado y del obrero, por el Dr. Pedro Farreras (1).

Trátase de un trabajo en que el autor, nuestro ilustrado colaborador el Médico primero Sr. Farreras, esméra en demostrar la afirmación hecha de modo tan explícito en el título de esta Conferencia, para lo cual, á más de ideas propias muy aceptables y meditadas, demuestra una completísima erudición en la materia y una laboriosidad digna de ser imitada, al recoger multitud de valiosos datos dispersos en obras, memorias y artículos suscritos por distinguidos Médicos militares de nuestra nación principalmente.

Con bagaje tan escogido, los argumentos del autor toman gran fuerza, y es difícil no hallarse en completo acuerdo con sus ideas, aunque en algunos casos pequen de demasiado rotundas, á nuestro juicio; pues si es muy cierto que el sujeto bien nutrido é higienizado tiene una defensa orgánica indiscutible, el campesino seleccionado dentro del Ejército es capaz de soportar mejor las rudezas y fatigas de una campaña como *soldado*, en la pura acepción de la palabra, que aquellos procedentes de las clases acomodadas, al convertirse en soldados y seguir todas las incidencias de esta nueva vida.

Lo que interesa es reclutar gente robusta de una y otra clase social, é higienizar y regularizar su vida en el cuartel y en campaña; y si como piensa Farreras, y parece ser el criterio de nuestros gobernantes, al unificar el Ejército con individuos de todas castas y procedencias, se ha de mejorar el ambiente cuartelario en todos sentidos, el fruto no se hará esperar, y la estadística de tuberculosis, con sus derivaciones de mortalidad ó inutilidad, arrojará cifras más humanitarias.— *J. P.*

(1) Conferencia leída en el primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis. (Barcelona. Octubre 16-22, 1910.)

Comentarios al progreso médico-social. (Instituto médico-social de Cataluña.)—*Conferencia dada en el Ateneo Barcelonés, el día 14 de Mayo de 1911, por el Dr. D. Luis Comenge.*

El mejoramiento de la sociedad actual y especialmente de la educación escolar y de la tara orgánico-intelectual del niño, constituyen los principales fundamentos de este admirable trabajo, en el que su autor dignifica la profesión médica mediante un acabado análisis histórico de la expansión civilizadora y progresista de estos últimos tiempos.

El Dr. Comenge traza con mano maestra el cuadro del médico antiguo, teniendo que valerse de mil influencias extrañas y hasta sobrenaturales á la cabecera del enfermo para llevar la idea del acierto á sus allegados, y el escasísimo ó nulo concepto corporativo en que se tenía hasta hace pocos años á nuestra profesión, para fijarse en el lugar preeminentísimo que hoy ofrece en la sociedad, representando una verdadera terapéutica social, y por tanto, tan amplia como las numerosas y variadas circunstancias etiológicas que tienden á minarla.

A pesar de este progreso, el Dr. Comenge se siente pesimista al observar la falta de fraternidad y filantropía que se observa en el ambiente social, así como la mala dirección en el empleo de los recursos, proponiendo los medios que el considera prácticos (para lo cual se ha valido de importantes datos estadísticos) á fin de encauzar sin despilfarros, y con poco dinero relativamente, una corriente de caridad que él estimula con muy razonadas reflexiones.

De poner algún pero á estas conclusiones, sería para nosotros el de que los juiciosos cálculos que establece el Dr. Comenge adolecen del defecto de lo teórico de las cifras y equivalentes, y aun en el caso de llegar á implantarse, no puede ocultarse á la perspicacia del autor que la obra más ó menos deliberada de los intermediarios entre el bolsillo del filántropo y el organismo del niño, haría variar seguramente los totales, y daría lugar á la ley fatal de las substitutiones y reducciones que en el régimen administrativo apaga los entusiasmos.

No obstante, bien merece un aplauso quien tanto se afana en tan altruistas disquisiciones.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 11 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 171) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Eduardo Cisneros Sevillano y D. Justo Muñoz García, y y á los Médicos primeros D. Antonio Sánchez Reyes, don Marcelo Usera Rodríguez, D. Miguel Pizarro López, don Juan Sánchez Pallasar, D. Mario Gómez Gomez, don Eloy Fernández Vallesa, D. José Prieto Muñoz, D. Nemesio Agudo Nicolás, D. José Ruiz Jaén, D. Julio Camino Galicia, D. José García Torices, D. Eduardo Zuazua Gastelu y D. Sebastián Galligo Elola.
- 27 » » Real orden (*D. O.* núm. 174) aprobando y declarando indemnizables la comisión conferida al Médico mayor D. Juan Ristol Canellas.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 172) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase D. Marcial Barreiro Martelo, á los Médicos mayores D. José Barreiro de la Iglesia, D. Francisco Ibáñez Aliaga y D. Arturo Fernández Fontecha; y al Médico primero D. Domingo Maíz Eleicegui.
- 28 » » » Real orden (*D. O.* núm. 165) disponiendo que el Subinspector Médico de segunda clase D. José Lorente Gallego, que prestaba sus servicios en el anterior empleo en el Hospital de Zaragoza, pase destinado á la asistencia al personal de plana mayor de la Capitanía General de la quinta Región; y que el Médico mayor D. Aurelio Salceda Salceda, director del Hospital de Chafarinas, quede en situación de excedente en la primera Región.
- 29 » » » Real orden (*D. O.* núm. 166) concediendo el retiro para Madrid al Subinspector Médico de segunda clase D. Eloy Cayuela Martínez.
- » » » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina asignando el haber mensual de 487 pesetas con 50 centimos al Subinspector Médico de segunda clase retirado D. Eloy Cayuela Martínez.
- 1 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 169) concediendo licencia para conmatrimonio al Médico segundo D. Máximo Martínez Zaldivar.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 169) concediendo licencia para con-

traer matrimonio al Médico primero D. Aurelio Belsol Oria.

1 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 176) aprobando y declarando indemnizables las comisiones inferidas al Médico mayor D. Mariano Esteban Clavillar, al Médico primero D. Pedro Muñoz Ellen y al Médico segundo D. Tomás López Mata.

2 » Real orden (*D. O.* núm. 177) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Ramón Fiol Jiménez y al Médico segundo D. Francisco Martínez Nevot.

» » Real orden (*D. O.* núm. 170) nombrando Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de la provincia de Santander al Médico mayor D. Jesús Prieto Maté.

4 » Real orden (*D. O.* núm. 171) concediendo el empleo superior inmediato en propuesta ordinaria de ascensos, á los Jefes y Oficiales del Cuerpo comprendidos en la siguiente relación:

Médicos mayores: D. Miguel de la Paz Gandolfo, excedente en Ceuta, y D. Nicanor Cilla Arranz, director del Hospital de Logroño.

Médicos primeros: D. Román Rodríguez Pérez, del Regimiento de Artillería de sitio, y D. Joaquín Arechaga Casanova, del Regimiento Infantería de Cantabria.

» » Real orden circular (*D. O.* núm. 172) concediendo al Médico primero D. Laureano Cáceres Ponce le sea reintegrado el pasaje de su esposa y la mitad del suyo, desde Lérida á Madrid, que satisfizo de su peculio, por haber sido destinado á estudiar un curso de Radiografía en el Hospital de Madrid-Carabanchel; y disponiendo que, con arreglo á lo prevenido por Real orden de 14 de Mayo de 1909 (*C. L.* número 99), se haga extensivo el derecho á pasaje por cuenta del Estado á los Oficiales del Cuerpo que se hallen en el mismo caso que el recurrente.

» » Real orden (*D. O.* núm. 173) concediendo ingreso en la reserva gratuita facultativa del Cuerpo al soldado del batallón segunda reserva de Orense, núm. 108, D. Santiago Pérez Vázquez, por hallarse en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.

5 » Real orden (*D. O.* núm. 173) concediendo al Subinspector

- Farmacéutico de primera clase D. Benjamín Puras Baroja la cruz de tercera clase del Mérito Militar con distintivo blanco y pasador de Industria Militar.
- 5 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 173) disponiendo le sirvan de abono para extinguir el tiempo de obligatoria permanencia en Ceuta, los tres meses y veintitrés días que sirvió en Melilla durante la última campaña, el Médico primero D. Francisco García Barsala.
- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 174) concediendo á la familia del Médico mayor D. Ignacio Cornet Palá prórroga del plazo reglamentario para poder trasladarse por cuenta del Estado desde Barcelona á Melilla.
- 9 » Real orden (*D. O.* núm. 176) disponiendo se abone al Médico primero D. José Sánchez Roldán el importe reglamentario del pasaje de su esposa desde Granada á Madrid, que satisfizo de su peculio particular.
- 10 » Real orden (*D. O.* núm. 177) disponiendo se reintegre el importe del pasaje desde Madrid á Melilla de la viuda y tres hijos del Inspector Médico de segunda clase D. Manuel Acal Rigaut.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 177) nombrando Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de la provincia de Alava al Médico mayor D. Quintín Aracama Alava.
- 11 » Real orden (*D. O.* núm. 177) disponiendo se abone, para los efectos de obligatoria permanencia á los Jefes Oficiales y asimilados que se hallen ó vayan en lo sucesivo destinados en concepto de forzosos á las islas Baleares y Canarias y posesiones del Norte de Africa, el tiempo que hayan servido en Melilla en el empleo inmediato inferior durante la campaña de 1909, no siendo abonable dicho tiempo á los que se hallen voluntariamente en aquellos destinos, ni tampoco el que en dicho empleo inferior hayan servido en Melilla y en los demás destinos de referencia en circunstancias normales.

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