

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año I

Madrid, 1.º de Septiembre de 1911.

Núm. 17.

SUMARIO

El gabinete Röntgen, por B. Navarro Cánovas.—*Sociedad Científica de Sanidad Militar de Barcelona*.—*Contribución al estudio fisiopatológico de la muñeca* (continuación), por Rafael Ramírez.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Evolución de la sífilis entre los indígenas de Argelia.—Dos casos de supuración del oído interno: Operación; curación.—Presencia y propiedades de los bacilos diftéricos en los convalecientes de difteria.—Diagnóstico anatómo-patológico de la oftalmía simpática.—El origen sífilítico de las dilataciones bronquiales.—Angina de Vincent, curada por aplicaciones locales de salvarsán.—*Prensa militar profesional*: Vigilancia de las aguas de bebida en el Ejército francés.—El tratamiento de las heridas de los soldados por los cuerpos grasos.—Automóviles ligeros y de carga en el servicio de Sanidad.—*Bibliografía*: Misión social de la Medicina y del médico: Discurso leído en la sesión del 4 de Mayo de 1911, en el Instituto Médico-Social de Cataluña, por el Dr. Rodríguez Méndez.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Septiembre de 1911.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

EL GABINETE RÖNTGEN

El local dedicado á los trabajos radiográficos ha de reunir determinadas condiciones, iudispensables unas, convenientes otras y todas conocidas del personal encargado de este servicio. Estará provisto de aparatos fundamentales, y de otros auxiliares que deberán reunir ciertos requisitos. De todo esto nos vamos á ocupar seguidamente.

El local será fácilmente accesible para enfermos conducidos en camilla, es decir, impedidos, traumatizados, que son los que forman el contingente principal de estos trabajos. Las ventanas, así como las puertas, cerrarán herméticamente, para que procuren la mayor oscuridad posible en el recinto. Las paredes y el techo estarán pintados de color oscuro y mate, ó tapizados del mismo color. Su capacidad, ni amplia en demasía ni muy reducida, lo suficiente para poder manipular los aparatos sin estorbo.

Precisa esté perfectamente independiente del cuarto oscuro donde se han de verificar las operaciones fotográficas, á distancia, nunca contiguo á éste, ni por muros ni por el techo, á fin de evitar el peligro de que se velen las placas, y el deterioro de las pantallas fluoroscópicas y cartulina de reforzamiento que en el último se conservan, por la acción á distancia de los rayos X. En caso de duda, las placas se colocarán en un cajón recubierto de planchas de plomo. La temperatura media de la habitación debe oscilar entre los 16 y los 20° centígrados, para el mejor funcionamiento de los aparatos y comodidad de los enfermos.

La humedad es enemiga del material radiográfico, porque favorece la oxidación de los metales y hace conductibles cuerpos que son aisladores de la electricidad; hecho este último, que da por resultado una copiosa derivación á tierra del fluido eléctrico, y, por consiguiente, una disminución considerable en el rendimiento útil de los aparatos.

Esto, por lo que se refiere al local. Respecto á los aparatos que componen una instalación radiográfica, conviene distinguir los que son fundamentales, indispensables, de los auxiliares y del utensilio que complementan á aquélla. No diré nada de los primeros, porque sería entrar de lleno en lo fundamental de la radiografía, y no es éste mi propósito. Sólo me ocuparé, sin embargo, de dos detalles que considero importante señalar, y voy á explicar.

En casi todas, si no todas, las instalaciones, los conductores que unen los polos de la bobina con los del tubo Röntgen, pasan directamente de unos á otros. Esto ofrece el inconveniente de que el tubo no se puede mover sino en un área muy limitada, lo que permite la longitud de los conductores, y si éstos son muy largos, hay que sostenerlos más ó menos horizontalmente, lo cual no es fácil de lograr en la práctica, pues como la corriente eléctrica que por ellos circula es de alta tensión, saltan chispas á los cuerpos que se hallan á cierta distancia, resultando siempre dificultosos los trabajos. Es mucho más cómodo, breve y expedito unir los polos de la bobina con dos alambres de acero que se extienden paralelamente sujetos por sus extremos á la pared, á cincuenta centímetros de distancia entre sí y á unos tres metros de altura del suelo. Por estos alambres se desliza un sistema metálico de poleas, del cual penden los hilos conductores que enganchan en el tubo Röntgen, con un peso que descansa en la mitad del conductor y lo sos-

tiene doble verticalmente. Esta disposición, que vi en Alemania, permite coger el extremo, que cuelga siempre verticalmente del conductor, y llevarlo al tubo en cualquier punto de la habitación, por distante que sea, sin peligro á que salte del conductor ninguna descarga. El otro detalle se refiere á que si la instalación dispone de interruptor electrolítico, éste debe hallarse al alcance de la mano del radiógrafo, próximo al cuadro de distribución, para que el operador pueda variar el número de interrupciones (si la construcción del interruptor así lo permite), pues no hay que olvidar que si la radioscopia exige luz uniforme, en la radiografía es más conveniente luz interrumpida para que las descargas en el tubo sean más intensas.

Entre los aparatos auxiliares figura el pie soporte que sostiene el tubo. El pie debe ser de base ancha, vástago grueso y gran peso, condiciones todas que prestan gran estabilidad y garantizan la inmovilidad del tubo, pues no hay que olvidar que tanto importa la quietud más absoluta del cuerpo como la del tubo para que la imagen radiográfica carezca de toda penumbra. Para su más fácil manejo, debe estar provisto el pie de ruedecillas, sobre las cuales se apoya en el suelo.

Para exámenes radioscópicos es necesaria una pantalla de 30 por 40 centímetros, que se conservará, siempre que no sea necesario su uso, en el cuarto oscuro, á cubierto de la luz viva y de la humedad. Lo mismo se puede decir de la cartulina de reforzamiento que se utiliza en las instantáneas.

Para obtener imágenes de cálculos se hace indispensable un compresor, aparato que, por limitar un campo reducido de la cavidad abdominal, al mismo tiempo que aplasta sus vísceras, reduciendo el espesor de ésta, proporciona más detalle á la imagen.

En las demás regiones del cuerpo se hace hoy uso casi siempre del diafragma iris, el cual suprime un círculo periférico de rayos secundarios que difuminan la imagen, resultando mayor claridad en el cliché.

La mesa para esta clase de trabajos no carece de interés. Hasta la fecha, los distintos modelos habidos ofrecían múltiples inconvenientes. O eran asaz complicados y pesados, ó por demás sencillos. Realmente, se ha perfeccionado muy poca cosa. Pero hoy existe un modelo de una perfección verdaderamente insuperable, y es el Klinoscopio, que así lo titula su inventor el Ingeniero Frie-

drich Dessaur, de Francfort. Con esta mesa puede practicarse el examen radioscópio del sujeto, de pie, sentado ó acostado. El tubo se pasea en una ú otra posición por todas las regiones del cuerpo con facilidad suma. El suelo, por ser de lona, no molesta al paciente; los dos diafragmas que preceden al tubo protegen al operador contra los rayos; se puede practicar la ortodiografía; se cambia de la posición horizontal á la vertical, ó viceversa, y se traslada de un sitio á otro de la habitación sin esfuerzo alguno, y su conjunto reúne excelentes condiciones estéticas. No tiene otro inconveniente que ser caro.

Además de los aparatos enunciados, conviene tener otro para medir el poder penetrante de los rayos Röntgen, el radiocromómetro, sacos de arena para inmovilizar las regiones del cuerpo, otros dos saquitos atados por una venda de un metro para inmovilizar la cabeza en las radiografías de ésta, una caja con cristal deslustrado para examinar las placas impresionadas por transparencia, una cadena para derivar la corriente de la mesa radiográfica, una cinta métrica, una plomada, y, como medios protectores contra los rayos, lentes y guantes *ad hoc*. En vez de traje, que es muy pesado, un tabique de madera, recubierto de una lápida de plomo, de dimensiones algo mayores á las de un hombre, y con una ventanilla en un lado á la altura de la cabeza.

Yo no uso otros chasis que para placas de 30 por 40, sustituyéndoles por papel negro «Schleussner», con el cual envuelvo aquellas. Alguna vez, cuando se trata de radiografía del hombro ó de la cadera, en que hay peligro se rompa la placa al descansar el cuerpo del enfermo, utilizo una tabla bien labrada, de 24 por 30 y de medio centímetro de gruesa, sobre la cual se aplica la placa, que no ha de ser mayor de 24 por 30. De este modo evito al paciente las molestias que suelen ocasionar los ángulos y el grueso relieve que tienen los chasis. Sin embargo, el chasis no se puede omitir en las instantáneas, por la cartulina de reforzamiento que se acompaña á la placa. En este caso hay que tener presente que es indispensable de todo punto que la cara sensible de la cartulina esté aplicada exactamente á la cara sensible de gelatino-bromuro de la placa, con el fin de que la primera ejerza sobre la segunda el reforzamiento necesario. Para lograr esto es preciso un chasis especial, dentro del cual se verifica la compresión de la cartulina contra la placa por un resorte metálico. En el gabinete

del Hospital militar de Madrid existe uno, primero en su clase que ha construído la casa «Weifa Verke», de Francfort.

No dejaré de mencionar el tubo válvula que, á manera de filtro, sólo deja pasar al tubo Röntgen una corriente inducida (la de apertura) de las dos que en sentido inverso se desarrollan en la bobina. Realiza dos beneficios: la supresión de rayos Röntgen secundarios, perjudiciales por múltiples conceptos, y la mayor conservación de la vida de los tubos Röntgen. En una instalación de radiografía instantánea entiendo deben montarse dos: uno blando para la instantánea solamente, y el otro para las de tiempo.

Para terminar, diré (pues este trabajo se hace ya largo y pesado) que todas estas condiciones, requisitos y aparatos se hallan rennidos en el gabinete del Hospital militar de Madrid, el cual me ha servido de guía para escribir este desaliñado trabajo.

B. NAVARRO CÁNOVAS,

Médico primero.

Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.

SESIÓN DE 9 DE MARZO DE 1911

Presidente: Subinspector farmacéutico DR. F. CALLEJA MARCOARTÚ

LA SEPTICEMIA MELITENSIS EN EL EJÉRCITO

POR EL

Médico provisional, DR. FRANCISCO ESTAPÉ PAÑELLAS

Señores: La fiebre mediterránea es una entidad morbosa que no ha merecido todavía la sanción unánime y definitiva de la conciencia médica. Ello es una lamentable consecuencia, no tanto de una ruda oposición de doctrinas, de una discusión de hechos é ideas, como de una perezosa resistencia hacia el convencimiento, que se traduce por un escepticismo, por aquel escepticismo que esteriliza toda labor científica. Y esto es dolorosísimo, porque, más que esta incredulidad, más que esta inercia, más que esto que po-

dría llamarse conspiración del silencio, es, sin duda alguna, preferible la lucha, el choque, por violento y encarnizado que sea, que de ello ha de surgir fatal y más rápidamente el chispazo de la verdad.

Yo podría citaros una porción de tratados de Medicina competísimos y modernísimos en que, por este sistema del silencio, se omite esta enfermedad; yo podría hablaros del gesto de reputados clínicos sonriendo ante su diagnóstico y disertando sobre misteriosas tox infecciones de tipo recidivante; yo no creo oportuno, en fin, poner de manifiesto las corrientes confusiones sobre la misma, de las que sólo se da cuenta, naturalmente, una culpable ignorancia. Y, sin embargo, la enfermedad es frecuente entre nosotros, y sobre esta realidad tangible, incontrovertible, que ha de herir forzosamente á cada paso nuestras susceptibilidades, si no estamos resignados á una indiferencia anticientífica; sobre esta realidad, repito; contamos ya con su identificación completamente realizada, su especificidad demostrada, su cuadro clínico trazado y en expectación solamente de su sanción terapéutica, como tantos procesos morbosos de su carácter.

Ante este estado de cosas, importa, consiguientemente, si se me permite la frase, hacer propaganda. Es necesario luchar hasta conseguir su completa integración en la gran familia patológica. Es indispensable, para ello, aprovechar todas las ocasiones para combatir sus escasos contradictores y, sobre todo, para derretir con el entusiasmo del convencimiento el glacial escepticismo de los más. Con ello rendiremos un acto de justicia á la verdad y un beneficio inmenso al juicio médico, ante las sensibles perplejidades del diagnóstico de una enfermedad, que si no es temible por sus resultados, es de las más frecuentes en zozobras, durante su dilatado y tortuoso proceso, que comprometen en muchas ocasiones la autoridad del práctico.

El vacío que, por lo que se refiere á la septicemia melitensis, se observa en la práctica médica general, se advierte asimismo en la médica militar. Y, sin embargo, á pesar de los datos anotados por nuestros cuadros estadísticos sanitarios, en que dicha enfermedad no tiene representación alguna, abrigo la sospecha vivísima de que nuestros soldados pagan un tributo, quizá importante, á la referida afección.

Yo deseaba presentar una serie de casos clínicos avalorados

por una observación minuciosa, ilustrados por el laboratorio en el aspecto bacteriológico, y comprobados de un modo concluyente por cuantos métodos de investigación diagnóstica disponemos actualmente. La falta de tiempo nos reduce á una ambición más modesta.

Este pequeño trabajo no tiene otro carácter que una excitación á la indagación de la septicemia melitensis en el Ejército ante las múltiples razones que abonan el que dicha indagación ha de resultar positiva, sobre todo en nuestra Región.

Y el diagnóstico de la septicemia melitensis en el Ejército puede ser altamente interesante, no ya sólo en el aspecto puramente especulativo de definir una especie morbosa más en el grupo patológico. El interés se acrecienta á todas luces si se consideran las consecuencias prácticas que de aquel diagnóstico se desprenden, dado el carácter singular de esta afección. Yo, como corolario de esta humilde labor, me propongo señalar estas consecuencias en beneficio del Ejército, del Estado y del individuo.

* * *

No entra en mis propósitos hacer una descripción prolija de la septicemia melitensis. Afortunadamente, cuenta ya con una extensa y luminosa bibliografía, y yo no, no sabría más que daros de prestado lo que cualquiera puede tomar en las propias y autorizadas fuentes de su estudio. Cerca de nosotros tenemos la notable monografía de las fiebres ondulatorias, de nuestro malogrado Góngora, que se encuentra en la versión española del tratado de Medicina de Ebstein y Schwalbe, y más cerca aún el Médico primero de Sanidad Militar, nuestro ilustre compañero el Dr. Santos Rubiano (cuya ausencia deploro en estos momentos), ha traducido un merítísimo estudio de reciente elaboración y fecundo en enseñanzas, del Dr. C. Eyre, Jefe de la Comisión nombrada por el Gobierno británico para estudiar la fiebre de Malta en la isla de este nombre, en su propia cuna.

Yo estimo, no obstante, necesario recabar de vuestra benevolencia el permiso de exponeros un boceto de esta individualidad patológica, tan simple como pueda, para hacer vuestra fatiga más ligera.

El estudio de la fiebre Maltesa es una página brillante de la

historia de la Medicina militar inglesa. Ved, de paso, cómo, por solidaridad institucional, hasta por ese aspecto resulta el tema interesante para nosotros. Todo cuanto de fundamental encierra el contenido científico acerca del proceso morboso en cuestión, pertenece al esfuerzo de nuestros colegas militares del Imperio británico.

Hugges, Bruce y Wright son tres nombres que se hallarán perennemente escritos en la filiación de la septicemia melitensis. Hugges fijando definitivamente su fisonomía clínica, Bruce descubriendo el pequeñísimo microorganismo, agente causal de la enfermedad, y Wright creando, con la serorreacción de aglutinación, un nuevo método distintivo de su diagnóstico. Hace cuatro ó cinco años, la Comisión especial nombrada en Inglaterra para el estudio de la fiebre de Malta, y á su cabeza el ya citado Eyre, entre otros fructíferos trabajos, ha señalado, de una manera definitiva, las vías de infección de la enfermedad, de lo cual derivan, como veremos, importantísimas cuestiones de profilaxis. Falta sólo el Médico militar que nos descubra su tratamiento específico. Cuando el caso llegue, será preciso reconocer que los ingleses, en este punto concreto, habrán dado una nota agradable y meritísima de su innegable imperialismo en el Mediterráneo.

La sinonimia de la septicemia melitensis es vastísima.

Voy á citar los nombres principales: *Fiebre gástrica, fiebre biliosa, remitente, fiebre sudoral, tisis mediterránea, fiebre mediterránea, fiebre de Malta, de Nápoles, de Barcelona, de Cartagena*, etc. Hago una mención especial del nombre de septicemia melitensis, que le asigna Eyre, fundándose en la naturaleza y especialidad del proceso, que considero afortunadísimo. Es una definición abreviada.

La topografía se extiende por la zona subtropical de nuestro continente. Es, según Góngora, una endemia de los países templados, habiéndose atribuido al Mediterráneo el papel de principal incubadora de la enfermedad, lo cual no empece para que se hayan registrado epidemias de la misma en la zona tropical y fuera del mar latino, como en la India.

Por lo que se refiere á su etiología, debemos á Bruce el descubrimiento de su agente específico, de 1886 á 1887. El micrococcus melitensis es un pequeño coco, que mide solamente unas 0,4 de micra de diámetro, que, algunas veces, afecta una forma alargada, dando lugar á que algunos la llamen microbacte-

ria. No entro en más detalles acerca de la morfología y fisiología del parásito, cuyo estudio es tan completo como pueda serlo el de la mayor parte de las bacterias conocidas, afirmando solamente, con el testimonio de los bacteriólogos que lo han estudiado, que el parásito en cuestión cumple á satisfacción los requisitos exigidos por Koch para dar carta de naturaleza y especificidad á los agentes infectantes.

En cuanto á las condiciones climatológicas é individuales que favorecen la producción de la enfermedad, se advierte, por lo que se refiere á las primeras, un máximo durante los meses de mayor calor del año, y, por lo que respecta á las segundas, en una estadística de Eyre, en Malta, que comprende cerca de 800 casos, corresponde la mayor proporción, cerca de un 60 por 100 del total de casos ocurridos, á la edad de once á treinta años de los individuos, lo que tiene, sin duda alguna, un valor especialísimo, por lo que afecta á nuestro particular punto de vista. Se ha señalado también el hecho de que la enfermedad ataca con mayor frecuencia á las clases acomodadas, y esto, que á primera vista, y por lo que se refiere á nuestros soldados, podría tener un carácter negativo, quizá no lo sea tanto si se tiene en cuenta otros hechos de sucinta investigación, y que apuntaré oportunamente.

El tubo digestivo es reputado de antiguo como la vía de infección corriente de la septicemia melitensis. Los trabajos de la Comisión oficial inglesa, practicados en Malta de 1904 á 1906, han tenido el éxito de completar y resolver casi definitivamente este importantísimo problema, fundando en sólidas bases la profilaxis de la enfermedad. Estos trabajos han demostrado palmariamente: 1.º, que la septicemia melitensis existe originariamente en la cabra; y 2.º, que de este animal, y por intermedio de la leche, se transmite á la especie humana. Se admiten algunos otros medios de contagio; pero, ni de mucho, alcanzan la importancia del citado.

Es notable el hecho de que las cabras afectas de septicemia melitensis no sufran trastornos generales, revelando solamente la existencia de la infección el hallazgo de la aglutinación específica en el suero sanguíneo y la presencia del micrococo en la leche. Es así como el contagio se realiza impunemente. Múltiples y minuciosas observaciones, experimentos y contraexperimentos, demuestran estas conclusiones hasta la evidencia. La alimentación de monos con leche infectada dió un 93 por 100 de casos positivos.

Examinadas 2.000 cabras, décima parte de la población total caprina de Malta, un 40 por 100 acusó la serorreacción aglutinante y un 10 por 100 contenía en la leche el micrococcus melitensis. En el curso de estos trabajos, un hecho fortuito, fruto de la casualidad, vino á patentizar de una manera terminante la transmisión al hombre de la enfermedad por la leche de las cabras afectas. Es tan curioso, y sobre todo, tan concluyente, que no resisto á la tentación de hacer una relación del mismo. En 19 de Agosto de 1905 partió de Malta para Amberes el vapor *Nicholson*, con 23 tripulantes y un cargamento de 60 cabras reputadas sanas, algunas premiadas por sus excelentes condiciones. La tripulación hizo uso de la leche durante la travesía, y, llegado el barco á Amberes, deja once marineros, de los cuales no se tuvo noticia alguna. De los doce restantes, ocho enfermaron de septicemia melitensis, y se averiguó que, de los otros cuatro, salvados de la contaminación, dos no consumían leche alguna, y los otros dos la tomaban hervida. Reembarcado este cargamento para Nueva York en otro vapor, y sujetos los animales á observación, después de su llegada á este punto, fué preciso sacrificar 25 de ellos por presentar la reacción de aglutinación y micrococcus en la leche.

El contraexperimento fué también, en parte, fortuito. Una huelga general de cabreros y abastecedores de leche, en Malta, por negarse á someter á control los animales y sus productos, motivando el empleo, durante un período de tiempo, de leche condensada, disminuyó considerablemente la cifra de los casos de infección.

Personalmente, y en mi corto ejercicio profesional en Barcelona, he intervenido en ocho casos bien claros de septicemia melitensis, uno de los cuales me afectó muy de cerca, por tratarse de una persona de mi familia. En todos ellos pudo constatarse, con una exactitud maravillosa, aquel hábito tan extendido entre nosotros de tomar leche de cabra sin hervir. Claro que faltaba la prueba de la enfermedad de los animales, pero el hecho no dejaba de ser significativo. El ya citado Dr. Santos Rubiano me refirió otros casos, y, con una frase feliz, me decía que la leche de cabras infectadas constituía un cultivo puro de micrococcus melitensis.

De intento me he detenido un poco más en este punto de las vías de infección, cuya importancia, desde el punto de vista profiláctico, no se os escapará indudablemente. Todos estos trabajos tienen una sanción inapelable: la necesidad de recomendar la es-

terilización, ó, cuando menos, la ebullición de la leche de cabra antes del consumo.

El capítulo de la anatomía patológica es poco interesante. Aparte del escaso material aportado por la exigua mortalidad de la septicemia melitensis, el examen de los órganos, en los pocos casos en que se ha verificado, no acusa grandes estragos ni lesiones específicas dignas de atención.

Mucho más importante es el de la sintomatología. El tipo clínico clásico de la septicemia melitensis se caracteriza, principalmente, por la fiebre, con su aspecto singularísimo, las sudoraciones profusas y los dolores. Si en tantas enfermedades hallamos el obligado trípode, yo me atrevo á afirmar que, en la que nos ocupa, aquellas manifestaciones constituyen su trípode sintomático esencial.

La fiebre debuta, evoluciona y declina durante un primer período, que dura de dos á cuatro semanas, adoptando el tipo continuo ó el remitente de una manera análoga á la que ocurre en una infección endo-digestiva banal ó una fiebre tifoidea de pequeña intensidad. Si á esto se añade una sintomatología de tubo digestivo, que casi siempre acompaña á la fiebre, lengua saburral, sequedad de boca, disodia, ingurgitación hepática y esplénica, ligero meteorismo y constipación pertinaz de ordinario, se comprenderá las dificultades de la determinación diagnóstica en este primer período y su posible confusión con cualquiera de las afecciones citadas.

Hasta aquí, por consiguiente, nada de específico hay en la fiebre. Pero después de tres, cinco ú ocho días de apirexia absoluta, muchas veces sin cambio alguno de la alimentación y del tratamiento, algunas coincidiendo con estas modificaciones de la alimentación, se reproduce el período febril en las mismas condiciones, quizás para alcanzar ahora una duración más grande. Se habla, naturalmente, de una recaída; pero llama sobremanera la atención que la aparición y desarrollo de esta nueva pirexia tiene lugar, no sólo con la debilitación, sino con la ausencia de un síndrome endo-digestivo y aun con la falta absoluta de signos en otros órganos.

Estos lapsos febriles, clínicamente tan injustificados, y entre los que se intercalan los consabidos períodos de apirexia de mayor á menor duración, pueden repetirse muchas veces, lo que ha conseguido para la total evolución del proceso, en ocasiones, la dura-

ción de un año. El promedio aceptado es de tres á cuatro meses.

El examen, pues, de una gráfica completa de la fiebre Maltesa ofrece, prescindiendo de las pequeñas oscilaciones diarias, una línea ondulante, tan característica, que ha sido una base para su nomenclatura.

Los sudores son copiosísimos, profusos, dejando extenuado al enfermo como los de la fiebre hética. El hecho de presentarse á todas horas permite distinguirlos de éstas.

Los dolores son asimismo característicos. Afectan la forma de ostealgias, epifisalgias, que llama Góngora, por radicar en las epifisis de los huesos largos, de los pequeños huesos largos preferentemente (metacarpianos, metatarsianos, etc.), respetando de ordinario las articulaciones. Adoptan también con igual frecuencia, y en muchas ocasiones á la vez, la forma de neuralgias, como consecuencia de procesos inflamatorios en el sistema nervioso periférico, precoces en algunos casos, y en muchos, durante y después del curso de la enfermedad (polineuritis post-infecciosas).

Ya hemos hablado de la participación del aparato digestivo, que en los principios representa, en la mayor parte de los casos, todo el cuadro clínico del proceso. Apuntados quedan, ahora mismo, los trastornos del aparato locomotor y de los nervios periféricos. No tienen relieve alguno las perturbaciones del sistema nervioso central, aparato circulatorio y génito-urinario; en cambio, merecen alguna consideración las del aparato respiratorio.

En el curso de bastantes casos de septicemia melitensis sobreviene tos pertinaz con expectoración mucosa, y en algunos enfermos, alarmantes hemoptisis. Al mismo tiempo, la exploración de los pulmones pone de manifiesto los signos de congestiones y aun de condensaciones del tejido pulmonar que, por la localización, la desnutrición del paciente, los sudores y la fiebre, suscitan en el espíritu más templado la preocupación de un proceso fímico. Personalmente he asistido á algunos ejemplos de esta índole, y un ilustrado compañero nuestro, con destino en la Plaza, me refirió una forma de éstas en una persona de su familia. Es así como se ha hablado de una *tisis mediterránea*; tisis que se cura por encanto, milagrosamente, dejando sólo como el ingrato recuerdo de una pesadilla. Me interesa dejar este hecho bien señalado, por lo que pueda afectar á nuestro objeto.

A medida que transcurre toda esta escena sintomática, y por

poco que se prolongue, los organismos enfermos son víctimas de una decadencia progresiva. Las acciones tóxicas probables, el sobregasto febril mal compensado por la alimentación insuficiente, tanto por lo que se refiere á las exigencias del tratamiento dietético, como lo que se refiere á la hipofunción notoria de los órganos digestivos, conducen á estos pobres organismos á un estado de liquidación de materia y de energía. En el epílogo de la enfermedad, la demacración, la anemia, una casi paresia, tanto por los dolores que inmovilizan los miembros, como por la escasa energía de las contracciones musculares; en una palabra, en los linderos del estado marasmódico de los procesos consuntivos, estos enfermos producen la impresión de una cosa irreparable. Sin embargo, nada más lejos de la realidad. Vencida la enfermedad, conseguida la inmunidad, como pasa casi siempre, los enfermos se regeneran rápidamente, y, en el término de pocos meses, recobran su peso y recuperan sus fuerzas, al extremo de producir el efecto de haber asistido á una verdadera resurrección. Otro hecho que conviene dejar bien apuntado, por lo que respecta á nuestra especial finalidad.

El diagnóstico, dificultoso, sino imposible directamente en los comienzos de la enfermedad, se aclara en el curso de la misma. En un principio conviene hacer el diagnóstico diferencial con la fiebre tifoidea y con las infecciones endo-digestivas; después, con la infección malárica atípica y la tuberculosis.

Es necesario la investigación del micrococcus melitensis, que se halla preferentemente en la sangre del bazo, del cual se extrae por punción, pocas veces en la orina, y excepcionalmente en las deyecciones. A mayor abundamiento, Wright descubrió, en el suero de la sangre de los animales afectos de septicemias melitensis, la presencia de anticuerpos aglutinantes de los cultivos del parásito, análogamente á lo que ocurre con la serorreacción de Widal, para los cultivos del bacilo de Eberth. La reacción se verifica desde la segunda semana de la enfermedad, y persiste dos ó tres años después de la misma, detalle que no debe olvidarse para evitar posibles confusiones durante este tiempo, en presencia de otras enfermedades sobrevenidas.

El pronóstico es benigno en cuanto al resultado final. Por lo que se refiere á la duración, según Eyre, el poder de la reacción aglutinante, desde un principio, nos ilustraría sobre la misma; á

una aglutinación mayor correspondería un curso más breve. No está bien deslindado todavía, si un primer ataque confiere inmunidad para toda la vida.

En cuanto al tratamiento, es puramente sintomático, y aun en este concepto bastante precario. Solamente el cambio de localidad, en el sentir de casi todos los autores, influye favorablemente en la curación.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO FISIO-PATOLÓGICO DE LA MUÑECA

(CONTINUACIÓN)

Por el análisis, las ideas que se han presentado á nuestra inteligencia como instrucciones, se convierten en verdades propiamente sabidas y en conocimiento verdaderamente científico; por el método sintético llegamos á lo que nos es desconocido, sacando de los principios todas las consecuencias que son susceptibles de presentar, y adquirimos, por tanto, ideas verdaderas, si bien se razona, falsas si los elementos del raciocinio, ó el vicio del mismo nos conducen á consecuencias erróneas; por eso estas ideas así obtenidas, en buena lógica se denominan discursivas, y pueden ser racionalmente buenas ó sofisticas. Laconte observa en los niños con un pequeño traumatismo una solución baja en la continuidad del radio; no titubea en asignar sitio á la fractura del adulto; es para el centímetro y medio ó dos centímetros por encima de la apófisis estiloides del radio, no hay más que pequeña deformación sin penetración, ni muy aparente deformidad; recuerda por anatomía que en esta superficie se inserta el facsículo radio-carpiano del ligamento anterior de la articulación de la muñeca, y por síntesis establece: 1.º Que en las caídas con extensión, este ligamento, al distenderse, arranca sus inserciones y produce la fractura.—2.º Que ésta se produce uno ó dos centímetros por encima de la estiloides.—3.º Que esta fractura casi no tiene síntomas clínicos. Naturalmente, no tiene en cuenta el modo de soldarse por osificación de esta epífisis, su mayor vulnerabilidad en la infancia, y, por consecuencia, siendo menos resistente, necesita menos fuerza para que se

presente la disyunción; como en realidad la parte no está osificada, no se ofrecen los signos racionales de la fractura, es decir, los hechos observados son ciertos; las consecuencias de Laconte, verdaderas; el razonamiento de generalización, inaceptable; ya que en los niños no es la «fractura» la que se ofrece con un pequeño traumatismo, sino un «desprendimiento traumático de la epifisis»; ya que ésta no se ha soldado á la diáfisis, y en el adulto, después de la soldadura, no será por la zona ó línea de osificación por donde el hueso se rompa, pues sucede en estas regiones lo que en los callos de fracturas antiguas: que al recibir una violencia se fractura, ó más arriba ó más abajo, y muy rara vez, y como excepción, en el punto de la fractura anterior, parece como si la naturaleza, avergonzada de haber cedido una vez, aportase en la reparación materiales que invulnerabilicen la región que primitivamente sufrió los efectos de su falta de resistencia. Véase *Enciclopedia Le Deutú y Testut, Anatomía Topográfica*. Citado este hecho como demostrativo de la falacia de los medios inductivos, en cuantos para apreciar las verdades hijas por síntesis á partir de la verdad madre, sólo me resta el apoyar con algunas consideraciones el plan mixto que pienso seguir en la exposición del tema, y éstas las encuentro en la naturaleza del mismo. Para conocer el fisiologismo y patologismo de la muñeca, es necesario tener idea aproximada de lo que hemos de estudiar viviendo y padeciendo, y un somero estudio anatómico precederá á las ideas ó conceptos intuitivos que sobre la materia del tema existen hoy en la ciencia; tanto á unos como á otros, les es aplicable el método analítico para adquirir el testimonio de su verdad, y de toda la verdad que encierran, porque, no siendo la mayor parte axiomas, piden atención y estudio reflexivo, después de establecidos y discutidos estos principios fundamentales, y, al ser ellos lógicas consecuencias de un principio superior su verdad, procuraré confirmarla por el procedimiento sintético, siendo de desear que pueda llegar á organizar algunos y á sus consecuencias, en sistema de principios que metodicen cuanto se escribe sobre estos asuntos, en cuanto tienen de doctrinales. Así, pues, entiendo ser este procedimiento mixto el más aplicable al desarrollo de un tema tan abstracto como el de fisiopatologismo de la muñeca y á cubierto su exposición de la crítica sana de los amigos.

Si á un ingeniero mecánico se le diese á resolver el problema de la construcción de un órgano tan movable y á la par tan resis-

tente como es la muñeca, preescindiendo de comunicarle su constitución anatómica, simplemente y con arreglo á los principios más elementales que la estética y la dinámica han formulado en leyes, procuraría: 1.º Multiplicar los sistemas invariables de los mecánicos ú órganos pasivos del movimiento de los fisiólogos.—2.º Los agruparía después en sistemas variables de los mecánicos ó centros de movimiento de los fisiólogos.—3.º Los ordenaría en ojivas, por ser esta disposición la que más garantiza la resistencia. Pues bien; multiplicidad de sistemas invariables, agrupación en sistemas variables y disposición en sistemas de curvas, encontramos al abrir una muñeca y examinar el plan de arquitectura que preside su constitución anatómica; y es que las leyes de estática y dinámica son igualmente aplicables á los cuerpos orgánicos que á los inorgánicos, á la articulación que se dobla que á la charnela que gira; y si alguno de los movimientos orgánicos, como sucede con los de la muñeca, no nos son conocidos con esa realidad absolutamente matemática que desecha lo que representa opinión para reducir la verdad á una fórmula, yo entiendo que obedece más á falta de estudio que á deficiencia de medios para llegar al conocimiento matemático de los dichos movimientos, y la convicción que supone lo que se puede ver, tocar, y más si este testimonio de los sentidos recibe sanción por el juez exigente de la razón.

¿Cuáles son los sistemas invariables de la muñeca? Los ocho huesos de la muñeca, ordenados en dos series, representan estos sistemas; y digo los ocho, pues es imposible seguir creyendo que el pisciforme sea un sesamoideo. La embriología y la anatomía comparada demuestran ser una pieza esquelética, como Gegenbaur ha demostrado ser el homólogo muy reducido del radio de la aleta de pescado primitiva. Ordénanse en dos series curvas, los de la primera fila en curva á la vez antero-posterior y transversal, para constituir el *primer cóndilo carpiano*; y digo el primero, porque inferiormente encontraremos otro cóndilo en la articulación *medio carpiana*; pero, si bien nos fijamos, en el cóndilo primero ó primer sistema variable, observaremos que en sentido transversal consta de dos vertientes, una hacia el escafoides, otra hacia el piramidal y pisciforme; el vértice, el punto de reunión de estas dos vertientes, no corresponde, en realidad, á la parte más elevada de la cara superior del escafoides, en la posición anatómica de la muñeca, sino á la línea diartrodial, que une este hueso con el semilunar en

tres casos, de cuatro que he observado con este objeto, y aun á la cara superior del semilunar. Inmediatamente por dentro de dicha línea, este punto tiene correspondencia en la cara inferior del radio, al centro del espacio cuadrilátero, destinado á articularse con el semilunar. Para determinar este punto, en las cuatro muñecas que he examinado he procedido del siguiente modo: después de desprender todas las partes blandas peri-articulares, he desarticulado la segunda fila de la primera, que ha quedado unida al antebrazo en la posición anatómica; he fijado esta posición por dos férulas, anterior y posteriormente, colocadas á partir de la parte más externa é inferior del hueso piramidal; he trazado sobre el escafoides la cuerda del cóndilo carpiano; en el centro de esta cuerda he trazado una perpendicular y dibujado sobre el esqueleto su trayecto; siguiendo un ángulo recto, he trazado sobre la cara inferior una línea antero-posterior, y en el centro de esta línea he aplicado un perforador ó barrena muy fina que atravesase el espesor de los huesos á este nivel, de abajo arriba; la punta del perforador sobre el cóndilo carpiano asomaba en el punto que he dejado marcado, y, siguiendo, perforaba la cara inferior del radio en el punto que dejo marcado; si después, y sobre la línea que marcaba sobre la cara anterior del esqueleto, practicaba un corte de sierra, me resultaba que caía sobre el trayecto de la barrena, asegurándome de no haber seguido en su introducción una dirección más ó menos oblicua. La figura adjunta lo demuestra en esquema: siendo este el punto más culminante del cóndilo carpiano, es también el punto que iniciará el movimiento; y si continuamos por una recta vertical á la cuerda que trazamos, la veremos caer en el centro de esta cuerda y en un punto equidistante de los extremos de la misma; si la prolongamos sobre el radio, habremos trazado, habremos rectificado el ángulo de flexión de la muñeca á nivel de la articulación radio-carpiana, ángulo que tendrá un lado, que será la vertical ya dicha, otro la prolongación sobre el radio de dicha vertical y un vértice que corresponderá al punto de unión que hemos determinado; el seno de este ángulo, medido en grados de la circunferencia que es posible trazar desde su vértice y á la mayor longitud de su lado inferior, es en el cadáver, desprovisto de las partes blandas peri-articulares, de 140 á 142 grados; por consecuencia, la flexión á este nivel, vuelvo á repetir, en una muñeca desprovista de partes blandas peri-articulares, es de 140 á 142 grados; tan pronto como

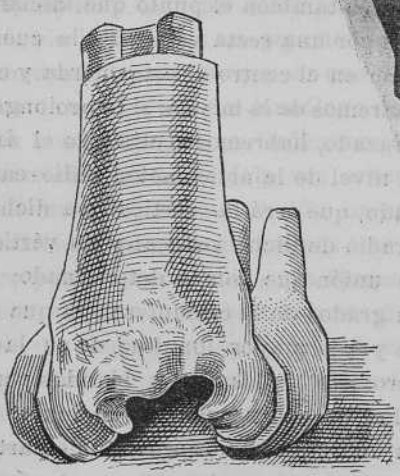
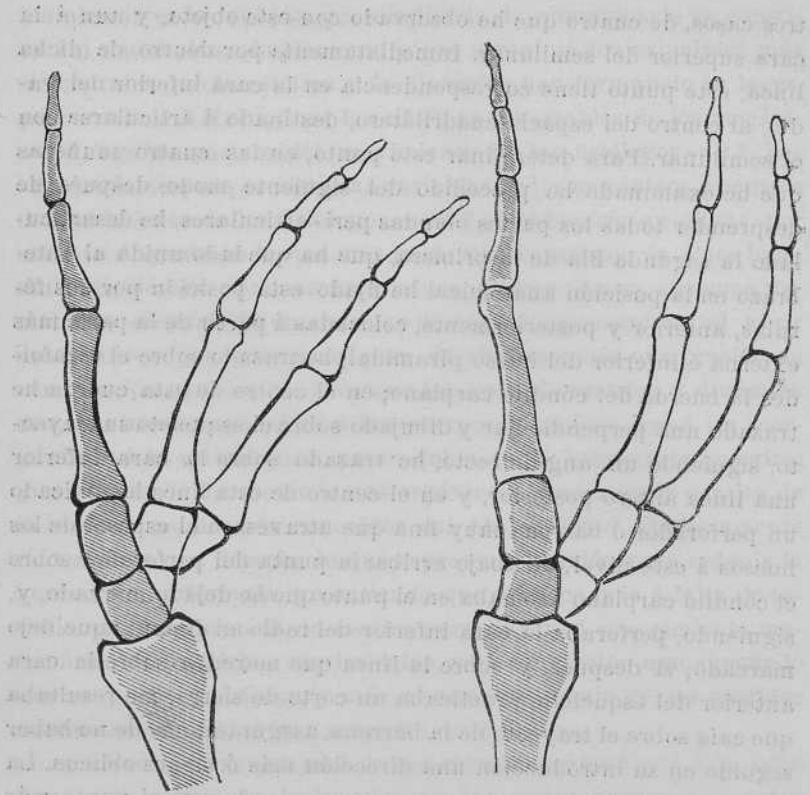


Fig. 140. — The bones of the hand and wrist, showing the articulation of the radius and ulna with the carpal bones.

la flexión pase de este ángulo, que podemos considerar fisiológico, tendremos lesión ósea, porque, agotada la curva de movimiento, el carpo, por su primera fila, entrará en conflicto con el radio, y, una de dos, ó cede el ligamento posterior de la articulación de la muñeca, en cuyo caso se producirá una luxación posterior del carpo, ó, si no cede, habrá fracturas parcelarias del carpo y reborde inferior articular del radio, constituyéndose una contusión por flexión exagerada; y esto puede demostrarse con una muñeca, haciendo actuar fuerzas sobre los huesos del antebrazo, ya que, repito, hemos quitado todas las partes blandas y desarticulado la segunda fila del carpo. Si con un semicírculo graduado en estas condiciones medimos los senos de los ángulos de flexión, observaremos: ó luxación de la primera fila hacia atrás, ó fracturas múltiples. Nosotros lo hemos comprobado en cinco muñecas, en las condiciones que dejo apuntadas.

Pero la luxación en estas condiciones es la regla tres veces en cinco; en cambio, la fractura es más excepcional, una vez en cinco, puesto que en el quinto caso había luxación y fractura; y aunque, con arreglo á lo anterior, se produce primero la luxación, si tenemos en cuenta que la resistencia de los ligamentos posteriores de la muñeca es poca, dejamos este caso sin discusión, ya que la fuerza que se aplicó fué de tal intensidad, que su acción produjo una verdadera desorganización en la articulación radio-carpiana; pero el movimiento de flexión en el cadáver desprovisto de partes blandas, se encuentra limitado en el vivo por la presencia de las mismas; mas varía también en el cadáver provisto de ellas, y cambia la fórmula del límite numérico 140 á 142° en la flexión, y cambia asimismo lo que podemos llamar fórmula ófnica; es decir, hace más frecuentes las fracturas que las luxaciones. ¿Por qué? Pues por la presencia de los ligamentos y músculos, ó mejor, tendones de músculos, que pasan por delante y por detrás de la articulación. De este punto me ocuparé en seguida; pero antes analizaré el movimiento de flexión en la articulación medio-carpiana.

RAFAEL RAMÍREZ,
Oficial Médico-alumno.

(Continuará.)

VARIEDADES

Con motivo de su reciente ascenso á Inspector, está recibiendo muchas felicitaciones el distinguido Jefe del Cuerpo D. José Cabellos, habiendo sido destinado á Melilla.

Persona de muy claro criterio, y bien conocedora de los servicios sanitarios, su gestión será muy fecunda en aquella plaza.

*
* *

El Médico segundo Sr. Bonet, destinado en el tercer batallón del Regimiento de Melilla, ha obtenido dos premios en el concurso de la sociedad «Tiro nacional de Cádiz»: el segundo, del Ministro de la Guerra, y el quinto, del campeonato de Cádiz.

*
* *

Procedentes de Granada, Melilla y Las Palmas, respectivamente, hemos tenido el gusto de saludar al Subinspector Médico de segunda D. Pedro Cardín, y á los Médicos primeros Sres. Ramos Herrera y Rodríguez Martínez Toledano.

*
* *

En la vacante producida en el Ministerio de la Guerra por el ascenso del Sr. Cabellos, ha sido destinado el ilustrado Subinspector Médico de primera clase D. Jerónimo Pérez Ortiz, que desempeñaba el cargo de Director del Hospital de Algeciras.

*
* *

Se han dado las órdenes oportunas para la instalación de una Farmacia militar en Valladolid.

*
* *

Leemos en *La Odontología*, que el Ministro de la Guerra inglés ha ordenado que pasen á la reserva los reclutas aptos para el servicio, pero que ofrezcan mala dentadura.

*
* *

Terminada la impresión del *Resumen de la estadística sanitaria del Ejército español*, correspondiente al año 1909, por la Sección de Sanidad Militar se está procediendo á su distribución.

*
* *

Ha salido para Larache, formando parte de la Plana mayor de la batería de Artillería del 2.º Regimiento de Montaña, el Médico primero D. Virgilio Hernando Quecedo.

*
* *

En el día de hoy darán comienzo las oposiciones para cubrir 43 plazas de Médicos-alumnos de la Academia del Cuerpo.

Hay presentadas más de cien solicitudes.

Las de Sanidad de la Armada tendrán lugar el día 1.º de Noviembre.

*
* *

Hemos recibido las bases del tercer «Congreso Internacional para la protección de la infancia de la primera edad» (gotas de leche), que tendrá lugar en el Palacio del Reichstag de Berlín, del 11 al 15 de Septiembre de 1911, bajo el patronato de S. M. la Emperatriz y Reina.

Damos las gracias por su remisión al ilustre Dr. D. Andrés Martínez Vargas (Cortes, 604, Barcelona), á quien podrán dirigirse cuantos deseen informes de dicho Congreso.

*
* *

Como verán nuestros lectores en la **Sección Oficial**, se ha firmado ya la disposición aprobando, con carácter provisional, el Reglamento por el cual se ha de regir el Colegio de Huérfanos de Estado Mayor y Sanidad Militar, que, con arreglo á dicha Real orden, se denominará de Nuestra Señora de la Concepción.

En los primeros días de este mes se verificará una reunión, bajo la presidencia del General Azcárraga, para tratar de la elección de local, y es cosa segura que para el próximo Octubre tendrá lugar la inauguración de tan simpático establecimiento.

Se dará inmediata entrada á la mayoría de los huérfanos cuyas madres ó tutores han solicitado hasta la fecha este bene-

ficio, no haciéndolo con todos, por la escasez de recursos de que dispone la Sociedad en sus comienzos.



El día 23 del pasado tuvo lugar en Arcila (Marruecos) la solemne inauguración del Dispensario español que acaba de establecer el Médico primero, agregado á aquel Consulado, Sr. Moreno Sáenz.

Se dieron vivas á España y al Rey, por la distinguida concurrencia que asistió al acto, entre la que se contaba el jalifa del Rausuli, el Cónsul de Francia y los moros y hebreos notables de la ciudad, quienes felicitaron cordialmente á nuestro compañero por lo bien montada que hallaron la instalación.



Un distinguido Jefe del Cuerpo, que ha tenido la curiosidad de reunir los datos referentes á los aumentos acaecidos en las plantillas de Jefes de las distintas Armas y Cuerpos del Ejército, durante el último quinquenio, nos envía para su publicación el siguiente cuadro demostrativo:

EMPLEOS	ANUARIOS	Artillería.....	Caballería.....	Estado Mayor....	Ingenieros.....	Infantería.....	Administración...	Farmacía.....	Veterinaria.....	Oficinas.....	Cuerpo Jurídico..	Medicina.....
Coroneles.....	1905	54	67	25	37	227	32	4	1	5	19	22
	1911	73	67	28	45	225	41	5	2	5	20	23
		+ 19	0	+ 3	+ 8	- 2	+9	+1	+1	0	+1	+1
T. Coroneles..	1905	115	77	61	64	424	90	6	3	6	18	57
	1911	152	92	83	74	479	96	12	6	8	19	63
		+ 37	+ 15	+ 22	+ 10	+ 55	+6	+6	+3	+2	+1	+6
Comandantes.	1905	210	204	74	108	1.095	158	17	8	20	19	157
	1911	254	232	87	121	1.066	163	24	12	26	22	153
		+ 44	+ 28	+ 13	+ 13	- 29	+5	+7	+4	+6	+3	-4
<i>Aumentos.....</i>		100	43	38	31	24	20	14	8	8	5	3

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Evolución de la sífilis entre los indígenas de Argelia. (*Le Caducée*, Junio 1911.)—Mr. Gros acaba de publicar en el *Boletín Médico*, de Argel, una Memoria sobre este asunto, que ha podido estudiar detenidamente como médico de la colonización, y que es interesante para nosotros, por la analogía entre aquel territorio y el de Marruecos.

La sífilis de los kabilas no le parece que difiere en ningún aspecto de la de los europeos. Al menos, las diferencias observadas no dependen ni del clima, ni de la raza, ni del virus, de los hábitos dietéticos; consisten únicamente en que los indígenas no se cuidan. El europeo más grosero que tiene un chancro, se inquieta por ello, por muy negligente que sea. Para que el kabila se decida á mostrarlas al médico, es preciso que las placas sean muy molestas, porque no puede calificarse de tratamiento la absorción de pequeñas cantidades de yoduro ó de mercurio que suelen tomar.

Por este motivo, la sífilis entre los indígenas tiene todos los caracteres de las graves: gigantismo del chancro, ulceración, fagedenismo frecuente, gigantismo y ulceración de las lesiones secundarias, aparición de lesiones óseas y articulares, fiebre viva, anemia muy pronunciada y un estado general que, ayudado por el olor, es muy fácil, aun á distancia, diagnosticar la sífilis. Esta es el factor capital de la mor-natalidad, tan elevada entre los kabilas.

La sífilis es el origen de muchas paroplejías espasmódicas. Sin em-

bargo, hay un hecho incontestable é incontestado: la rareza de la ataxia locomotriz y de la parálisis general.

Para explicar esta rareza se ha echado mano de la civilización, que hace de los europeos, cerebrales, y de los indígenas, medulares; los primeros reciben el ataque en el cerebro, y los segundos en la médula. Mr. Gros propone una nueva hipótesis: se pregunta si las lesiones ulcerosas terciarias, y en particular los gomias, no vienen á hacer el papel de exutorios de derivación en algún modo, aunque el goma no sea un absceso. Este exutorio impediría á las toxinas ejercer su acción sobre los centros nerviosos, y esto produciría la rareza de la ataxia locomotriz y de la parálisis en general.—*J. P.*

* * *

Dos casos de supuración del oído interno—Operación.—Curación. Por Mac Coy.—Dos nuevos éxitos de la cirugía del laberinto vamos á referir. El primer enfermo, de veinticinco años, padecía de otorrea izquierda desde la infancia, siendo acometido de cefalalgia, vértigos y vómitos. Al examinar el oído, se ve la falta de tímpano y la abundancia de pus y granulaciones. Weber derecho; voz á tres metros; conducción ósea, disminuida; á la rotación se reconoce el aparato derecho normal; el izquierdo no funciona. Reacción calórica positiva á derecha, negativa á izquierda. La compresión del aire en el oído enfermo produce nistagmus derecho, apirexia. Radi-

cal que pone de manifiesto una fistula en el canal semicircular horizontal. Trepanación del vestíbulo y parte del caracol. Curación.

La segunda observación se refiere á un niño de seis años, con otorreya bilateral hace cinco. Hace cinco días, dolores en el oído izquierdo é imposibilidad de permanecer de pie. Examen. En el oído derecho se ve una perforación timpánica y pus en la caja. El izquierdo ofrece el timpano destruido, pus fétido, voz cuchicheada á 0,20. Weber incierto, conducción ósea disminuida y nistagmus espontáneo á derecha. Reacción rotatoria á izquierda, nistagmus de treinta segundo: á derecha no se produce, demostrando la destrucción del aparato vestibular izquierdo.

La operación confirma el diagnóstico.—*Santaló.*

* * *

Presencia y propiedades de los bacilos diftéricos en los convalecientes de difteria, por E. Sanerbeck, 1908. (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Julio 1911.) Es un hecho bien conocido que los bacilos diftéricos persisten en la boca largo tiempo después de la curación clínica del enfermo. Se ha creído que la boca podía incubar un bacilo que mataba al cobayo y no era peligroso para el hombre. Se puede establecer un paralelismo perfecto entre las virulencias experimentales y clínicas. (Escherich.) Es necesario tener presente que hay en el cobayo resistencias individuales variables. Conviene también establecer una diferencia entre el diftérico enfermo y el convaleciente, como portadores. Este último posee

bacilos, pero en corta cantidad, y esto es muy importante. Se explica así la duración tan variable que atribuyen los autores á la convalecencia de la difteria. En realidad, la posibilidad de contagio por convalecientes portadores de bacilos es muy dudosa. (Tobiosen Prip.) Es prácticamente muy difícil aislar hombres bien repuestos durante meses, siendo lo verdaderamente realizable y práctico aislar los diftéricos durante los quince días posteriores á la curación clínica de la difteria.—*J. P.*

* * *

Diagnóstico anatómo-patológico de la oftalmía simpática.—El doctor L. Dor, de Lyon en el análisis que verifica del *Graef's Archiv f. Ophthalmologie*, dice, acerca de este asunto tan interesante al Médico militar, por las dudas á que da origen este padecimiento en las Comisiones mixtas, Regimientos y Hospitales, que Weigelín, al igual que Fuchy, creen en la especificidad del proceso anatómo-patológico.

En todos los casos de irido-ciclitis traumática, no acompañados de oftalmía simpática, el proceso histológico era bien diferente, encontrándose las lesiones específicas en el ojo simpatizado.

Cree que el proceso específico simpático tiene algunas vagas relaciones con el proceso tuberculoso, mientras que la irido-ciclitis traumática presenta los caracteres de una inflamación leve.

La etiología de la oftalmía simpática permanece rodeada de obscuridad; pero es punto de importancia el haber encontrado caracteres histológicos bastante precisos para

permitir un diagnóstico del cual los clínicos pueden sacar provecho después de una enucleación.—*J. P.*

* * *

El origen sifilítico de las dilataciones bronquiales.—El Dr. Abecassis, en una tesis muy documentada, demuestra la coexistencia de estas afecciones.

Las observaciones demuestran con toda evidencia la presencia constante en el parénquima pulmonar de una lesión que M. Tripier considera como característica de la sífilis pulmonar, y que consiste en neoformaciones alveolares de epitelio cúbico. Esta alteración se nota en todos los exámenes histológicos, cuando se la busca.

Un segundo punto á señalar consiste en la *noción del contagio anterior*, la cual es de poco valor, pues las lesiones sifilíticas de los períodos primario y secundario escapan frecuentemente á la observación de los enfermos. Es sabido, á propósito de las relaciones entre las tabes y la sífilis, que la negación y la ignorancia de los accidentes anteriores no pueden hacerla eliminar.

Mayor valor tiene indudablemente el hecho de haber dado resultado positivo la reacción de Wassermann,

y no deja de tenerlo la presencia en otros órganos de lesiones debidas á la sífilis, como la aortitis, el aneurisma aortico, ciertas lesiones hepáticas y tabéticas, afecciones todas que son consideradas como parasifilíticas. (*Journal de Médecine pratique*, Junio 25.)—*J. P.*

* * *

Angina de Vincent, curada por aplicaciones locales de salvarsán.—El profesor Achard señala á la Sociedad Médica de los Hospitales de París, el caso de una enferma afectada de una amigdalitis derecha de forma Vincent. Todo los tratamientos ordinariamente empleados fracasaban. Por último, se hace uso de las aplicaciones locales de salvarsán en polvo. En algunos días la curación se obtuvo, aunque la llaga produjo pérdida irreparable de substancia, porque la ulceración la había ya determinado antes del empleo del arsenobenzol. En este caso, la reacción de Wassermann fué negativa, pero el espirilo de Vincent fué reconocido.

Este caso parece demostrar que el 606 ejerce igualmente una acción manifiesta sobre el germen de esta variedad de angina. (*Archives Médicales Belges*, Junio 1911.)—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Vigilancia de las aguas de bebida en el Ejército francés.—Merced á la creación del Consejo Superior de vigilancia de las aguas destinadas

á la alimentación del Ejército, y á la institución de las oficinas de Higiene, dice el Dr. Schneider, se ha adelantado mucho en la resolución

de problema tan complejo, habiéndose apreciado los resultados, especialmente en la reducción de la morbilidad por fiebre tifoidea.

El Consejo tiene la misión de examinar los proyectos de conducción de agua á los cuarteles y otros establecimientos militares, interviniendo en los contratos entre los municipios y la administración de la Guerra.

Las oficinas de higiene militar suministran todas las enseñanzas que pueden servir para apreciar el valor de las aguas de bebida.

El resumen anual de sus observaciones pasa al Consejo Superior, y constituye una representación regional de elementos preciosos de juicio: descubrimientos ó averiguaciones topográficas y geológicas sobre el origen de los manantiales; rebusca de causas de contagio desde la emergencia de las aguas hasta su distribución terminal; delimitación del perimetro de protección de las recogidas ó afluentes de utilización, etc., etc.

Los laboratorios militares de cuerpo de Ejército ejecutan los análisis bacteriológicos ó químicos de las aguas mensualmente en circunstancias ordinarias, y esto con respecto á cada guarnición. Gracias á esta organización, no se deja nada á lo imprevisible, produciéndose excelentes resultados.

La intervención del Consejo Superior ha determinado que bastantes poblaciones hayan modificado los modos de apoderamiento ó aducción de sus aguas potables, instalado aparatos depuradores, suprimido ciertas aguas sospechosas ó adulteradas y hecho cerrar pozos contaminados.

El beneficio no se ha limitado,

á la colectividad militar, sino que ha sido ampliamente compartido con la población civil. (*Journal D'Hygiène*, 25 Julio 1911.)—J. P.

El tratamiento de las heridas de los soldados por los cuerpos grasos.

— El Dr. Clerc, Médico mayor de segunda clase, fundándose en la extrema complejidad de los servicios médico-militares, en las deficiencias de cuidados y limpieza personal que ofrecen los soldados que frecuentan los botiquines, en lo imperfecto del auxilio de los practicantes de regimiento, y en los inconvenientes del empleo del sublimado, permanganato, ácido fénico y de la cura húmeda, recomienda en un largo artículo el empleo del *asfaleno*, producto nuevo á base de cuerpos grasos y de productos aromaticos, presentado por el Dr. Jacquemet en 1903 á la Sociedad de Medicina de l'Isere, en cuya comunicación demostraba que era una substancia inofensiva, antiséptica, hemostática, analgésica, desodorante y keratoplástica.

El Dr. Clerc enumera varios casos tratados por este medio con excelente éxito en absesos (inyecciones de pomada liquefiada) y de pequeñas heridas, habiendo también conseguido una rápida y completa cicatrización en una herida de cierta entidad situada en la región tenar izquierda.

El asfaleno, dice M. Clerc, tiene una poderosa acción cicatrizante; el cuerpo graso que contiene evita la destrucción de los tejidos neoformados, y, por consecuencia, anula el dolor. Puede aplicarse sin cuida-

dos de asepsia y sin lavado previo, condición precisa en campaña, en maniobras y en las enfermerías. Está contenido en tubos á presión y con llave que hace muy fácil su empleo y transporte. (*Le Caducée*, 1.º Julio 1911.)—*J. P.*

* *

Automóviles ligeros y de carga en el servicio de Sanidad.—En el número correspondiente á Junio de la «Información Militar del Extranjero», publicada por el Estado Mayor Central de nuestro Ejército, se publica el siguiente extracto del *Militär Wochenblatt*:

«Si grande es el trabajo que pesa sobre el personal de Sanidad durante el combate, propiamente dicho, todavía es mucho mayor desde el momento que cesa el fuego, y es necesario proceder á la evacuación del campo de batalla.

En la batalla de Mukden, por ejemplo, combatieron 320.000 japoneses contra 337.000 rusos; éstos tuvieron 18.000 muertos y 49.000 heridos. A consecuencia de la proximidad del ferrocarril, y gracias al material de arrastre existente, se pudieron transportar á retaguardia, en las ocho primeras horas, 48.000 heridos; de este número se deduce fácilmente qué dificultades tuvo que vencer el personal de Sanidad.

Pero no siempre se está, como en este caso, á la inmediación de una línea férrea, y aunque esto ocurra, puede haber sido destruida por el enemigo, por lo cual el transporte de heridos tendrá que efectuarse en carruajes, por regla general. Los arrastrados por caballos tienen velocidad muy pequeña, tan sólo de

3 á 4 kilómetros por hora, y podrían recorrer en un día, á lo sumo, 20 kilómetros; por lo cual, en los últimos años, se han hecho muchos ensayos para efectuar el transporte de heridos por medio de automóviles.

En el transporte de heridos pueden utilizarse automóviles ligeros y de carga, siendo mucho más ventajosos estos últimos, pues no puede aprovecharse la mayor velocidad de los primeros, y en cambio los segundos, aunque sólo desarrollen velocidades de 15 á 20 kilómetros, pueden transportar mayor número de heridos. Es evidente la ventaja que estos vehículos tienen sobre aquellos que son arrastrados por caballos; si el campo de batalla, por ejemplo, se encuentra á 20 kilómetros del ferrocarril de evacuación, se necesitarán 116 carruajes para el transporte de 14.000 heridos, y si se tiene en cuenta que éstos sólo podrán marchar á 3 kilómetros por hora, por malos caminos, se necesitarán 7 para evacuar los heridos. Si se dispone de 24 camiones automóviles, que admitan de 3.000 á 4.000 kilogramos de carga y tengan una fuerza de 40 caballos, se podrá efectuar con ellos la misma evacuación de heridos en unas ocho horas.

En general, se puede decir que un cierto número de camiones automóviles podrán transportar en el mismo tiempo una carga quintuple que el mismo número de carruajes arrastrados por fuerza animal, y, por tanto, que el empleo de aquellos, no sólo tiene la ventaja de llevar más rápidamente los heridos al punto en que pueda prestárseles asistencia, sino que además producen una gran economía en personal dedicado á la conducción de dichos heridos.—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Misión social de la Medicina y del médico.—*Discurso leído en la Sesión del 4 de Mayo de 1911, en el Instituto Médico-Social de Cataluña*, por el Dr. Rodríguez Méndez.

Hermosa, como todas las suyas, es la disertación presente del sabio catedrático de Higiene de la Universidad de Barcelona.

En ella resplandece esa visión clarísima que tanto ha animado, en aulas y salones de conferencias, el verbo de *pico de oro*, como de antiguo llamábamos sus alumnos al veterano maestro.

Rodríguez Méndez, que siempre fué viejo, si se atiende á la madurez de su criterio y al caudal de experiencia que prestamente aportara su profunda investigación científica, puntualiza de una manera inimitable los derroteros de la Medicina á través de los tiempos, de las conmociones sociales, de las entidades corporativas y de las novísimas fases de solidaridad humana.

Y si admirable se muestra en valorar el concepto de la Medicina en su aspecto social, denota todavía mayor clarividencia en la apreciación personal de lo que debe ser el médico ante la sociedad y para consigo mismo.

El autor opina (y esta es la verdadera expresión de su propio sentir para los que conocemos sus virtudes) que el médico debe atender ante todo á su corazón; ser antes bueno que sabio, y hacer una juiciosa preparación moral, para combatir las pasiones, el afán de lucro y las preocupaciones vulgares, con la fe del creyente y con el ardor que proporciona la cultura, la caridad y el entusiasmo por la profesión, que, según él, nunca debe dejar de constituirse en sacerdocio.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

7 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 178) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Esteban Gutiérrez del Olmo; al Médico primero D. Francisco Escapa Bravo, y al segundo D. Antonio Vallejo Nájera.

- 11 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 178) disponiendo le sirva de abono para extinguir el tiempo de obligatoria permanencia en Melilla, los seis meses y veintiocho días que sirvió en comisión en dicha plaza, y en su anterior empleo, durante la última campaña, el Médico primero D. Norberto Olóza-ga Belaunde.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 178) dando de baja en el Cuerpo al Médico provisional D. Francisco Estapé Pañellas, y disponiendo continúe figurando en la Reserva gratuita facultativa del mismo hasta cumplir su compromiso con el Ejército.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 178) dando de baja en el Cuerpo al Médico provisional D. Prudencio Encinas Dios, y disponiendo continúe figurando en la Reserva gratuita facultativa del mismo hasta cumplir su compromiso con el Ejército.
- 16 » Real decreto (*D. O.* núm. 181) disponiendo cese en el cargo de Inspector de Sanidad Militar de Melilla, y pase á situación de reserva, á solicitud propia, el Inspector Médico de segunda clase D. Enrique Sánchez Manzano.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 181) promoviendo al empleo de Inspector Médico de segunda clase al Subinspector Médico de primera D. José Cabellos Funes.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 181) nombrando Inspector de Sanidad Militar de Melilla al Inspector Médico de segunda clase D. José Cabellos Funes.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 181) concediendo la gratificación de profesorado, de 1.500 pesetas anuales, al Subinspector Médico de primera clase D. Jaime Sánchez de la Presa, Director de la Academia Médico-Militar.
- 17 » Real orden (*D. O.* núm. 182) disponiendo se incluya en el petitorio-formulario de Hospitales militares, y se suministre á los Sres. Jefes y Oficiales en las Farmacias militares, el dioxidiamidobenzol (Salvarsán ó 606).
- » » Real orden (*D. O.* núm. 182) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Vizcaya al Médico primero D. Francisco Peña Azaola.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 182) nombrando Vocal de la Comisión

mixta de Reclutamiento de Baleares al Médico primero don Juan Romo de Oca.

18 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 182) destinando al Ministerio de la Guerra, en vacante de plantilla, al Subinspector Médico de primera clase D. Jerónimo Pérez Ortiz, que desempeña actualmente el cargo de Director del Hospital de Algeciras.

» » Real orden (*D. O.* núm. 182) autorizando al Inspector Médico de segunda clase, en situación de reserva, D. Enrique Sánchez Manzano, para que fije su residencia en Barcelona.

19 » Real orden (*D. O.* núm. 184) concediendo el abono de la gratificación anual de 720 y 600 pesetas, respectivamente, correspondiente á los diez años de efectividad en sus empleos, al Médico mayor D. José Masfarré Jugo, y al primero don Eulogio del Valle Serrano.

22 » Real orden (*D. O.* núm. 185) concediendo autorización para que puedan trasladarse á esta Corte, con objeto de tomar parte en el próximo concurso de oposiciones á ingreso en en la Academia Médico-Militar, á varios Médicos provisionales del Cuerpo que lo solicitaron.

» » Real orden (*D. O.* núm. 186) concediendo al Médico mayor D. Sixto Martín Miguel la cruz de segunda clase del Mérito Militar con distintivo blanco, por su Memoria titulada «Nuevo tratamiento de la sífilis por el dioxidiamidoarsenobenzol (606)».

» » Real orden (*D. O.* núm. 186) concediendo la licencia absoluta al Médico primero D. Vicente Ferrer Ciurana.

» » Real orden (*D. O.* núm. 186) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Servando Camúñez del Puerto.

» » Real orden (*D. O.* núm. 186) desestimando instancia promovida por el Médico provisional D. Luis Boada Saliete, en que se solicitaba su baja y el pase á la Reserva gratuita, por ser su situación actual la de soldado, toda vez que le hubiera correspondido, por razón del número que obtuvo en el sorteo, cubrir cupo por el segundo distrito de Barcelona.

» » Real orden (*D. O.* núm. 186) desestimando instancia promovida por la viuda del Farmacéutico mayor D. Joaquin Esteban Clavillar, en que solicitaba para sus cinco hijos los be-

neficias de ingreso y permanencia en las Academias Militares, toda vez que el fallecimiento del causante ocurrió después de los dos años de terminada la campaña de Cuba.

23 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 187) nombrando Vocales suplentes del Tribunal para las próximas oposiciones de ingreso en la Academia Médico-Militar á los Médicos mayores D. José Potous Martínez y D. Antonio Fernández Victorio.

Real orden (*D. O.* núm. 187) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Zaragoza al Médico mayor D. Melchor Camón Navarra.

24 » Real orden (*D. O.* núm. 187) disponiendo que el Colegio de Huérfanos de Estado Mayor y Sanidad Militar se denomine de Nuestra Señora de la Concepción, y aprobando el Reglamento por el que ha de regirse con carácter provisional.

Real orden (*D. O.* núm. 188) disponiendo que los servicios prestados por los Jefes y Oficiales del Cuerpo de la Legación y Consulados que la Nación tiene establecidos en Marruecos y en los que se establezcan en los sucesivo, así como en cualquier otro destino ó comisión servido en algún punto de aquel Imperio, se consideren de igual modo que los desempeñados en las posesiones españolas del Norte de Africa, y que en tal concepto los referidos Jefes y Oficiales, una vez cumplido el plazo de dos años en alguna de dichas comisiones, queden exceptuados por este motivo de servir forzosamente en su empleo y en el inmediato superior, en cualquiera de los destinos de Baleares, Canarias Melilla y Ceuta.

25 » Real Orden (*D. O.* núm. 188) disponiendo que los Jefes y Oficiales del Cuerpo, comprendidos en la siguiente relación, pasen á servir los destinos ó la situación que en la misma se expresan.

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Mateo Andreu y Domenech, Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la séptima Región, al Hospital militar de Valladolid; D. Rafael López y Jiménez, del Hospital militar de Gerona, á Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la séptima Región; D. Nicanor Cilla y Arranz, ascendido, del Hospital militar de Logroño, al mismo Establecimiento, como Director; y D. Miguel de la Paz y Gandolfo,

ascendido, de excedente en Ceuta, á Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la sexta Región.

Médicos mayores: D. Francisco Muñoz y Bueno, del Hospital civico-militar de Figueras, al Hospital militar de Gerona, como Director; D. Carlos Domingo y Jover, de excedente en la tercera Region, al Hospital civico-militar de Figueras; D. Román Rodríguez y Pérez, ascendido, del Regimiento Artillería de sitio, al Hospital de Chafarinas, como Director; y Joaquín Aréchaga y Casanova, ascendido del Regimiento Infantería de Cantabria, 39, á situación de excedente en la octava Región.

Médicos primeros: D. Francisco López y Elizagaray, del 13.º Regimiento montado de Artillería, al Regimiento de Artillería de sitio; D. Manuel González y Jaraba, del Regimiento Infantería de Bailén, 24, al 13.º Regimiento montado de Artillería; D. Baltasar Tomé y Ortiz, de las Comandancias de tropas de Artillería é Ingenieros de Barcelona, al Regimiento Cazadores de Talavera, 15.º de Caballería; D. José Pastor y Pérez, del Regimiento Cazadores de Talavera, 15.º de Caballería, á las Comandancias de tropas de Artillería é Ingenieros de Barcelona.

Médico segundo: D. Eduardo Mateo y Hernández, del Regimiento Infantería de Galicia, 19, al segundo batallón del de Gerona, 22.

Médicos provisionales: D. Antonio Lamarque y Sánchez, del Regimiento Infantería de Gerona, 22, al segundo batallón del de Galicia, 19; D. Eulogio Astray Carballo, del Regimiento Infantería de Tetuán, 45, al segundo batallón del de Navarra, 25; D. Luis Sieiro de la Riva, del Regimiento Infantería de Navarra, 25, al segundo batallón del de Tetuán, 45; D. José Hernánz y Nicolás, del Hospital de Granada, al segundo batallón del regimiento Infantería de Asia, 55; D. Antonio Ortiz y Marugán, del hospital de Madrid-Carabanchel, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Albuera, 26; D. Alberto Salgado y Salgado, de la Clínica de urgencia de esta corte, al primer batallón del Regimiento Infantería de Cantabria, 39; y don Carlos Sastre y Alba, del Hospital de Valencia, al primer batallón del Regimiento Infantería de Bailén, 24.