

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año II

Madrid, 15 de Mayo de 1912.

Núm. 10.

SUMARIO

La Exposición de Higiene de Dresde, por José Ubeda y Correal.—*Unas cuantas palabras acerca del tratamiento del tífus abdominal*, por Venancio Plaza Blanco.—*El tífus exantemático en Casablanca (Marruecos)*, por Federico Gil.—*Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona*.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Tratamiento de la fiebre tifoidea por la alimentación ovo-lacteada.—La simulación de la tartamudez.—El pantopón.—Dos nuevos casos de gangrena pulmonar, curados por las inyecciones intratraqueales é intrabronquicas.—Tratamiento de la tos emetizante de los tuberculosos.—Catarro intestinal y colerina en forma epidémica.—La lucha contra los portadores de bacilos disintéricos.—*Prensa militar profesional*: El servicio de Sanidad Militar en Turquía.—Estadística sanitaria del Ejército holandés (1907).—Avance á la estadística de los Ejércitos de Prusia, Sajonia y Wurtemberg desde 1 de Octubre de 1910 á 30 de Septiembre de 1911.—*Bibliografía*: Estudio clínico de las enfermedades inflamatorias quirúrgicas crónicas, por el Dr. D. José María Montoya.—La radiografía como medio de investigación de los traumatismos de los huesos que constituyen la articulación del codo, en los niños, por el Dr. Simancas.—*Sección oficial*.

LA EXPOSICIÓN DE HIGIENE DE DRESDE

Tal vez con algún retraso, pero con la ventaja de que el espacio de tiempo transcurrido desde su clausura ha permitido organizar un poco mejor la impresión recibida con su visita, voy á dar algunas noticias relacionadas con esa verdaderamente maravillosa exhibición del alcance y de la importancia de la higiene moderna, celebrada en la capital de Sajonia, durante algunos meses del pasado año de 1911.

No es posible ciertamente presentar en un artículo, de manera que pueda el lector formarse una idea cabal de esa Exposición, toda la extensión, todo el desarrollo y todo el aspecto de conjunto que en ella han afectado las diversas secciones en las que la materia expuesta se encontraba dividida. El examen ligero y sucinto de alguna de esas secciones por separado como, por ejemplo, la de Higiene colonial, la de Alimentación, la de Higiene del Ejército

y de la Marina, la de Habitación, la de Enfermedades infecciosas, constituiría materia bastante, no ya para un artículo, sino para una serie de artículos que tendrían un interés real y positivo para cuantos en estos asuntos tienen algún interés.

Pero en la imposibilidad de efectuar este trabajo, sobre todo en una publicación de la índole de esta Revista, y sin perjuicio de ocuparnos en fecha no muy lejana del examen de alguno de los puntos que pueden tener mayor interés para nuestros compañeros, vamos á tratar de dar una idea de conjunto de esa Exposición, que realmente ha constituido un verdadero acontecimiento.

Empezaremos, ante todo, por decir que el carácter de internacional que se pretendió tuviera no ha resultado en absoluto; si se prescinde de las instalaciones hechas por Inglaterra, Francia, Italia, Austria, Hungría, el Japón, China, Suíza, Rusia y el Brasil, y, en grado muy modesto, nuestro país, la Exposición ha sido pura y exclusivamente alemana; y aun la mayor parte de esas naciones, exceptuando al Japón, Hungría y Suíza, se han limitado á hacer lo que podría llamarse un acto de presencia, puesto que ni la importancia de sus instalaciones, ni la de los trabajos y el material expuestos estaban en relación con la importancia del certamen; únicamente podrían citarse particularmente los estudios de aprovisionamiento de aguas potables y defensa contra alguna enfermedad infecciosa, presentados en el pabellón de Inglaterra; los realmente notables de defensa contra el paludismo y la fiebre amarilla y de protección contra los efectos de las mordeduras de los ofidios venenosos, expuestos por el Brasil, y los de prevención contra las causas ocasionales de los accidentes del trabajo que se podrían estudiar muy en detalle en el pabellón de Austria.

En cambio, el Japón tenía una instalación de productos naturales, de instalaciones sanitarias de todas clases y, sobre todo, de material y de servicios sanitarios de guerra y marina, verdaderamente notable; de estos últimos nos ocuparemos con algún detalle en números sucesivos, pero anticiparemos que entre esos servicios figuraba el plano en relieve de un hospital transportable de campaña para mil enfermos ó heridos, del que hay siempre dispuestos dos unidades, dotado con todos los detalles imaginables, y el de un cuartel para dos baterías de artillería, destinado á Formosa y construído con el objeto principal de proteger al personal alojado contra el paludismo (evitando los ataques del insecto transmisor

del contagio), que constituían dos positivos éxitos. El material de campaña del Ejército japonés, entre el que figuraba una ambulancia y una cocina regimentaria completas; los diversos modelos de botiquines y de dotaciones de material quirúrgico de todas clases para el servicio de las formaciones sanitarias; la colección de medicamentos preparados por el Laboratorio Central de Tokio; los reglamentos, los datos estadísticos y las muestras de alimentos y de raciones utilizadas por la tropa, con todos los detalles de composición media, de preparación, de conservación y de distribución, constituían materia para un estudio que procuramos hacer, en cuanto nos fué posible, pero en la seguridad de no poder completarlo de la manera que hubiera sido deseable; tal era la extensión de la materia y tal el número de detalles dignos de mención especial.

Suiza, por su parte, presentaba una exhibición completa de sus instituciones de enseñanza y de sus establecimientos para la aplicación de sus especiales condiciones naturales para el tratamiento de buen número de enfermedades; y como punto de vista que más directamente puede interesarnos, una instalación de ambulancia de montaña y diversos modelos de material para el transporte de heridos y enfermos, sumamente curiosos y prácticos.

Pero prescindiendo de estas instalaciones especiales, insistiremos en la idea, ya apuntada, de que la Exposición de Dresde más bien que internacional, ha sido pura y simplemente una exhibición de la ciencia alemana. Aprovechando la situación de aquella ciudad y el interés con que en toda Alemania había sido aceptada la idea de la Exposición, se consiguió reunir en la interesante capital del reino de Sajonia, cuanto de notable contienen, relacionado con la Higiene, los innumerables establecimientos dedicados al estudio y á la enseñanza de los problemas de la Higiene y de las ciencias que con ellos tienen, de cerca ó de lejos, alguna relación, que existen en la confederación germánica. Así es que en un espacio limitado y en edificios sencillos, como destinados la mayor parte á desaparecer, pero bien entendidos y acondicionados al objeto, se encontraba reunido y dispuesto para ser cómodamente examinado y estudiado un inmenso material de objetos, productos, aparatos, planos, instrumentos, libros y publicaciones diversas, instalaciones sanitarias y hasta reproducciones de arte antiguo, relacionado con la Higiene en todos sus múltiples aspectos,

y todo ello con esa manera peculiar y característica de ser de los métodos de enseñanza tan aplicados en Alemania, que tienden siempre á la demostración objetiva, al examen del ser, del hecho, del fenómeno en su forma gráfica y tangible, si vale la frase, huyendo de la descripción puramente teórica y de la demostración escrita, y haciendo que la idea tome forma real y se haga palpable. La resultante era una exhibición en todas las secciones, de tal manera atrayente y sugestiva, que no cansaba la atención y que hacía agradable la permanencia, aun para los menos conocedores de la materia en secciones de por sí tan poco gratas para la generalidad como la de enfermedades infecciosas, por ejemplo, ó la de aparatos de física y química. El pabellón llamado del *Hombre*, costado por Lingner y donado por él á perpetuidad á la ciudad de Dresde para que sirva de Museo de enseñanza, era un complemento de cuanto la Fisiología y la Higiene han producido para dar á conocer el organismo humano en toda su complejidad y con todos sus detalles, sus funciones y cuantos elementos existen susceptibles de ejercer una influencia más ó menos beneficiosa ó más ó menos nociva en la integridad de esas mismas funciones.

Se ha notado, sin embargo, por cuantos han visitado esa Exposición, sin ser alemanes, una deficiencia indudable y realmente inexplicable, por lo que ha podido influir en contra del resultado que de ella debía esperarse, relacionada con el importante detalle de las facilidades para la información. Descontando un reducido número de establecimientos de importancia y alguna nación como Suíza, por ejemplo, el único idioma empleado en la Exposición, en la redacción de anuncios, catálogos y noticias especiales, ha sido el alemán, lo que ha causado una serie de dificultades, retrasos y entorpecimientos inevitables en el estudio provechoso de una exhibición de esta clase. Las oficinas centrales no se han excedido tampoco en las atenciones que en todos los certámenes análogos han solido guardarse con el contingente de extranjeros que á ellas acude, ni aun en el caso de ostentar éstos una representación oficial. Estas deficiencias, que se han notado mucho, han debido ejercer una influencia notable en la escasa resonancia que en el mundo científico y fuera de Alemania ha tenido una Exposición que por sí, y por la forma en que se ha llevado á cabo, ha sido realmente notable.

Otro de los defectos que en ella han podido observarse, y que

igualmente ha sido la causa de molestias y hasta de verdaderas desilusiones en muchos casos, por parte de los que deseaban estudiar á fondo la Exposición de Dresde, ha sido el excesivo carácter comercial que se le ha dado por un gran número de los concurrentes: no era posible solicitar el dato más sencillo en muchas instalaciones, sin sufrir un verdadero asalto de ofertas, reclamaciones de pedidos* y encargos y solicitudes de compras por parte de los interesados; labor comercial que, si explicable en muchos casos, llegaba, en casi todos, á ser excesivamente desagradable, mucho más cuando se acompañaba, como sucedía con frecuencia, de la negativa á suministrar los datos pedidos, cuando el industrial ó el expositor al que se acudía no veía bastante claro, en lontananza, el negocio deseado.

Por último y para terminar esta ya larga reseña, diremos que, bien por falta de tiempo, bien por carencia de los datos necesarios, catálogos tan interesantes como los de la Sección de estadística, los generales del Japón y Formosa, no se han publicado hasta los meses de Noviembre y Diciembre del pasado año, ya cerrada la Exposición, lo que ha representado una dificultad más para el estudio, en tiempo oportuno, de puntos de vista de tan capital interés.

De todas maneras, y aparte los lunares que imparcialmente acaban de señalarse, la Exposición internacional de Higiene, celebrada en Dresde en 1911, ha sido un verdadero acontecimiento científico, del que conservarán un recuerdo imborrable cuantos han tenido ocasión de visitarla.

JOSÉ ÚBEDA Y CORREAL

Unas cuantas palabras acerca del tratamiento del tifus abdominal

En tiempos no lejanos ha sido discutida la terapéutica de la fiebre tifoidea, suscitando polémicas ardorosas entre los clínicos más eminentes. Parece que han pasado esos tiempos de discusión y que hoy la terapéutica del tifus abdominal ha quedado reducida á aliviar algún síntoma molesto, y casi el papel del médico se ha limitado al de higienista en la asistencia de esta enfermedad.

No hay que exagerar las cosas, ni dejarnos llevar de impresiones volubles y muy inseguras, y es necesario que no se olvide cuanto de útil han aportado los tratamientos diversos, sin desdeñar, por puro sistema, todo lo que represente medicación que aspire á curar la citada dolencia. Ciertamente que en estos tiempos no es posible aceptar los métodos antiguos, que han sucumbido como sucumbe siempre el débil en la lucha con el fuerte, y ni siquiera arrastran hoy una existencia precaria, pues han desaparecido en absoluto de la lista de remedios contra la infección tífica. La medicación purgante ha merecido la reprobación unánime, y la llamada medicación racional del subnitrito se ha visto que no tiene valor alguno, ocurriendo lo mismo con la terapéutica específica del Dr. Chelmonski. Ilusorias fueron las esperanzas de los entusiastas de los antitérmicos y antipiréticos, y vemos á Guttman manifestarse ya receloso respecto á la acción de la quinina, y á pesar de las afirmaciones de Recholier no se consigue yugular el mal con la administración de este medicamento, y en el debate sobre la eficacia de la quinina, aconsejando, unos dosis grandes y otros pequeñas, sacamos en conclusión que con dosis masivas somos peligrosos para el enfermo y á dosis pequeñas completamente inútiles. Surgen nuevos antitérmicos, y desde el ácido salicílico hasta los más modernos, presentando como tipo la antipirina y el piramidón, todos resultan, no sólo inseguros y engañosos, sino verdaderamente temibles.

Fracasada la medicación antitérmica, aparece, y es acogido con gran favor, el método antiséptico, esperando de él verdaderas maravillas, mágicos efectos, sugestionados por la autoridad del ilustre Bouehard, que fué quien trajo á la terapéutica el nuevo sistema de curación de las infecciones intestinales. La lista interminable de antisépticos de nada ha servido en la curación del tífus abdominal, y hoy es un método en absoluto abandonado, en conciencia, aunque veamos á algunos prácticos apelar á estos medicamentos para ocultar las ansias de las familias, que no se conforman con que el paciente pase días y semanas sin ingerir alguna droga. La medicación tónica ha tenido entusiastas defensores, y aunque ella no sea más que un complemento de otra terapéutica, hay que confesar que raro será el tífico que en una ú otra forma se vea privado de ella. Es verdad que las preparaciones de quina se rechazan hoy por casi todos los clínicos, por perjudiciales; pero no ocurre lo mismo con el alcohol, que, no abusando de

él, es un gran medio para combatir la adinamia; y nada digamos de la cafeína, que, administrada con método prudente, salva muchas vidas, prestando excelentes servicios en los innumerables casos en que el enfermo se halla amenazado de paresia cardíaca. Es verdad que esta medicación tiene un grave inconveniente, cual es el acentuar el insomnio, pero para esto están las reservas y la prudencia del clínico.

Ante tan frágiles y escasos elementos para combatir la infección del bacilo de la dotinentería, parece que hay muchísimos clínicos dispuestos á despreciar toda terapéutica y entregarse de lleno á la expectación. Esto no puede aceptarse ni satisfacer al médico bien penetrado de su misión al lado del enfermo, y abandonarse á la expectación, como medida de prudencia, no es admisible, como no se le puede tolerar al cirujano que no opere más que en último extremo. Los partidarios de la expectación en el tratamiento de esta enfermedad la han defendido, á no dudarlo, partiendo de un concepto pronóstico falso. Hay muchos que creen que la fiebre tifoidea es una enfermedad benigna si el atacado se presenta con temperatura moderada, corazón enérgico, y un cerebro despejado. Esto es inadmisibile, pues una infección tífica que se presenta en estas favorables circunstancias, frecuentemente se hace muy grave, y hay un sinnúmero de episodios en el curso de la enfermedad de extrema é indiscutible gravedad. Si es verdad que el médico más ilustrado se halla en la imposibilidad de decir en un principio si la enfermedad será grave ó benigna, también es cierto que esto no autoriza á la expectación, y en mi concepto, tal método expectante es un grandísimo error culpable de muchos contratiempos.

Los que siguen cada día más aferrados á la expectación, ó sea la inacción terapéutica, han llegado á reprochar al más beneficio de los métodos, ó sea la refrigeración. Han combatido este tratamiento sin argumentos serios, lo han calificado algunos de inocente, y hay que decir muy alto que la falta de éxitos ha sido debida casi siempre á que no se ha empleado el método con la necesaria oportunidad, con arreglo á preceptos adecuados á la situación del enfermo, y desfigurando y falsificando la escuela de Brand, bajo cuyo reinado ha descendido la mortalidad por tifus abdominal, de un veinte á un seis por ciento, sin recordar los aterradores números de muertos con los sistemas antiguos inspirados en las doctri-

nas de Broussais y Bouilland, y de las que, en lo que respecta á dotinentería, hallamos como un eco en el ilustre Trousseau.

El tratamiento de la fiebre tifoidea por el método de Brand es todo un sistema, pero esto no quiere decir que los baños fríos se han de emplear de una manera sistemática. Esto es una equivocación, con la cual se ha dado margen á una argumentación á veces no despreciable, pero que en sus exageraciones ha incurrido en el error que quería combatir, rechazando sistemáticamente lo que consideraba malo por sistemático. Colocados en el verdadero terreno clínico, creo que los detractores de la balneación tendrán que retirar sus objeciones, y reconocer que esta terapéutica ha sido hasta ahora la de más brillantes resultados, y no puede dudarse de esto una vez demostrado que con este método antipirético, diurético y doblemente tónico, se ha disminuído la mortalidad por el tifus abdominal considerablemente, según comprueban unánimemente las estadísticas, siempre que la balneación se ha aplicado con oportunidad y ajustándose á la verdadera técnica frecuentemente olvidada. Y he de consignar aquí que con el método de Brand se combaten mejor que por los demás medios casi todas las complicaciones que se presentan en el curso de la dolencia, y muy principalmente las nerviosas, tratadas sin éxito alguno por el almizele, el cloral, bromuro y tantos otros sedantes del sistema nervioso, incluyendo el tan cacareado y moderno pantopón, totalidad de los alcaloides del opio precipitados bajo forma de clorhidratos solubles.

Peró con ser tan bueno el sistema hidroterápico, no puede la clínica darse por satisfecha con él, y precisa avanzar algo más, no sólo para reducir la mortalidad del tifus abdominal, sino para abreviar el curso de la dolencia, fatigoso y pesado hasta causar la desesperación de las familias y de los médicos. Es necesario buscar otro tratamiento fundado en los adelantos últimos de la ciencia é instituir un método curativo causal que llene hasta donde sea posible las aspiraciones de la terapéutica actual, que no debe ser paliativa ni sintomática, y se ha de dirigir á obrar directamente sobre el agente genésico del mal ó contra sus productos tóxicos. Por este cauce parece que se dirigen actualmente los impulsos de los sabios, y es de esperar que en día no lejano se lleve á la clínica el fruto de sus profundas investigaciones, sin dudas ni vacilaciones que cohiban la acción del médico á la cabecera del enfermo.

Creemos que el porvenir de la terapéutica, así como el de la higiene, hay que buscarlo en los sueros. ¿Cuál es el estado actual de la sueroterapia en el tifus abdominal? ¿Hay motivo que justifique el recelo de los clínicos para aplicar este tratamiento? Leído el resultado de la aplicación terapéutica del suero en la fiebre tifoidea; meditando sobre este tratamiento y comparándolo con los demás: reconocida la gran autoridad científica de los partidarios del suero, aunque reconociendo con ellos que la sueroterapia del tifus se encuentra aún en período de ensayo; tenemos la impresión de su gran importancia práctica para el porvenir, y es nuestra humilde opinión que se deben aprovechar los beneficios con él obtenidos, si bien hay que proceder con prudencia y limitar su empleo á aquellos casos y circunstancias que no revelan la más remota contraindicación. Como todo tratamiento nuevo, requiere cautela hasta su mayor perfeccionamiento; pero no hay que abandonarlo, cuando él es seguramente el método por excelencia y el que nos ha de conducir á la verdadera y científica terapéutica antitífica.

Hasta la fecha se han ensayado varios sueros para el tratamiento de la fiebre tifoidea. Me fijó en el de Chantemesse. Su influencia en la terapéutica es notable. El pulso se hace más lento, aumenta la tensión vascular y la cantidad de orina; la diarrea se suprime, mejora el estado general, el número de leucocitos aumenta, se acorta la duración de la enfermedad y aun puede abortar si se aplica precozmente. Además de otros sueros, se ha empleado con gran éxito el que fabrica Besredka, pudiendo deducir de todos los resultados que la sueroterapia para combatir el tifus abdominal es aún arma imperfecta, pero cuya eficacia ya se ha demostrado, no debiendo extrañarnos que estos resultados sean poco notables, por ahora, cuando se emplea tardíamente sobre todo. De desear es que se siga el camino emprendido, aclarando puntos oscuros, para lo cual es preciso que se aplique á mayor número de enfermos con la conveniente prudencia. Del examen de cuanto hemos leído sobre el particular, y analizadas las estadísticas y vistas las complicaciones que han podido atribuirse al suero, quizá injustamente, entendemos que el suero antitífico de Chantemesse puede y debe aplicarlo todo clínico discreto antes del undécimo día de enfermedad, y en dosis de uno á veinte centímetros cúbicos inyectados debajo de la piel, y no empleando el tratamiento en enfermos avanzados y en los que haya hemorragia intestinal. Por hoy

creo no es posible arriesgarse á más con la sueroterapia; pero es-timo que no hay razón alguna para rechazar este método, sino que, por el contrario, debemos aplicarlo sin recelo dentro de los límites de prudencia indicados, y puede ser que en el porvenir se modifiquen estos juicios, y la sueroterapia éntre en el campo des-pejado de la única y positiva terapéutica del tifus. No es posible, como ya hemos dicho, conformarnos con bañar y dar alimento á los enfermos, dejándolos semanas y más semanas consumiéndose por la intoxicación y la fiebre.

Es verdad que aún se mira con recelo el empleo del suero anti-tífico, pero no se ha lanzado anatema serio contra él, sino que, por el contrario, en él se cifran todas las esperanzas. Las objecio-nes que se le han hecho son análogas á las que vemos diaria-mente contra nuevos tratamientos, y aun algunos que han reci-bido la más autorizada sanción hace muchos años, siguen hoy combatidos. Los mismos escépticos de la sueroterapia antitífica confiesan que han empleado el suero tardíamente, y aun hay en-tre ellos quien, olvidando por un momento su incredulidad, ase-gura que en estas mismas condiciones ha observado alguna acción favorable notando la mejoría de determinados síntomas.

Sin tener la vana pretensión de formular un juicio sobre tra-tamiento que no hemos tenido medios ni ocasión de ensayar, nos declaramos partidarios de su empleo, por las razones ya apunta-das, y porque entendemos que este método es el verdaderamente científico y que llenará el gran vacío de la terapéutica de la fiebre tifoidea.

Y aunque sea salirnos de nuestro terreno, invadiendo el campo de la higiene profiláctica, hemos de consignar nuestra modesta opinión en este punto de vista del estudio del tifus abdominal, y nos atreveríamos á recomendar el empleo de la vacuna. ¡Quién sabe si dentro de poco correrá la fiebre tifoidea la misma suerte de la viruela! Me ha impresionado muy favorablemente lo que he leído respecto á la vacunación antitífica en el Ejército de los Es-tados Unidos, y muy recientemente he leído una nota del Dr. Vin-cent sobre el resultado de la misma en las tropas de los confines de Argelia y Marruecos, en Agosto último, durante una epidemia de tifus abdominal. Dice que, á pesar de las condiciones defavora-bles, falta de recursos, locales y mala calidad de las aguas, los re-sultados fueron excelentes.

De 2.632 hombres no vacunados contra la fiebre tifoidea, 171 padecieron dicha fiebre bien caracterizada y 134 embarazo gástrico febril. De 129 vacunados con la vacuna antitífica de Wright, sólo uno padeció una fiebre ligera. De 154 vacunados con las vacunas polivalentes, bacilar ó antolizado de Vincent, ninguno padeció fiebre tifoidea ni embarazo gástrico febril sospechoso.

Lo mismo que hemos dicho de la sueroterapia cabe afirmar respecto á la vacunoterapia, y es que en lo que se refiere á la fiebre tifoidea se anda aún tanteando casi completamente á oscuras en lo que se refiere á las dosis que debemos inyectar, porque falta punto de apoyo por parte del organismo reaccionante, y estas deficiencias se observan en los trabajos de C. Frankiel y Petruschky sobre la fiebre tifoidea. En tiempos muy recientes se ha conseguido alguna claridad por los notables estudios biológicos de Almroth Wright, y es de esperar que la terapéutica y profilaxis vaccinal éntre en buena senda, aportando inmensos beneficios á la humanidad. En la profilaxis de la fiebre tifoidea se han empleado la vacuna Wright ó vacunas polivalentes (antolizado y vacuna bacilar), esterilizadas por el éter.

Las reacciones de la vacuna parece que son insignificantes, y según dice el Dr. Vincent, que, como hemos consignado, las ha aplicado á las tropas de los confines de Argelia y Marruecos, todo se reduce á dolor local y á fiebre pasajera, siendo sus resultados muy atendibles, á juzgar por la estadística que ha presentado.

VENANCIO PLAZA BLANCO,
Médico mayor.

El tífus exantemático en Casablanca (Marruecos)

El tífus en esta población presenta un aspecto muy distinto al de esta enfermedad en Europa. Aquí es endémico, pues si bien es verdad que hay meses, como Diciembre y Enero, en los que no ha habido ningún caso, en los restantes está á la orden del día.

Las causas son fáciles de determinar (me refiero á las predis-

ponentes), pues hoy por hoy, en Casablanca, la higiene urbana y la privada en los naturales del país deja tanto que desear, que pudiéramos decir que está en mantillas.

La carencia de medios de desagüe de las inmundicias; la abundancia y mala construcción de los pozos negros, donde los hay, puesto que hay casas que no tienen más medios de desagüe que arrojar sus excreta á la calle; la situación de la población, colocada en un llano, sin pendientes ni declives de ninguna naturaleza; lo irregular de la superficie de las calles, que hace que en la mayor parte del año haya charcos que son verdaderos caldos de cultivo, donde no falta nada de lo necesario para la mejor proliferación bacilar; la falta de ventilación de las habitaciones; el desconocimiento de los peligros de la enfermedad por parte de los moros y de la mayoría de los hebreos; la carencia de una inspección médica detenida para impedir la ocultación de enfermos infecciosos; la ausencia de los elementos más indispensables para una buena desinfección; la pésima condición de las aguas potables, todas ellas provenientes de cisternas, que, aparte de la mala calidad química y microscópica de las mismas, se encuentran colocadas en las proximidades de los pozos negros, en un terreno movedizo, sujetos á infiltraciones, etc., hacen que esta enfermedad se enseñoree con gran rapidez. Allí donde estos defectos son más notorios (barrio de moros y hebreos), es donde es mayor el número de atacados.

Mas lo notable del caso es que aquí el tifus exantemático es benigno; no lo digo porque la enfermedad se desarrolle con síntomas leves, sino por su escasa mortalidad.

En Europa nos damos por muy contentos cuando las estadísticas nos dan un 15 ó 20 por 100; pues bien, aquí, la mortalidad es de un 2 ó 3 por 100, y en esto, aún no se puede decir que mueran de tifus, sino de defectos constitucionales (arterio-esclerosis, sífilis, alcoholismo, etc.), que colocan al organismo en pésimas condiciones de defensa contra cualquier agente morboso.

En un año que llevo de residencia en esta localidad he asistido á 43 enfermos: 1 soldado del destacamento, 16 españoles de la Colonia, 8 askaris del tabor núm. 4 y 18 individuos moros de las familias de los askaris; pues bien, ninguno ha muerto.

A todos los he tratado por los baños y sábanas mojadas, y como régimen dietético, leche caldo y limonadas; no he empleado en

ellos otros recursos farmacológicos que purgantes y calomelanos, y todos han curado perfectamente, sin complicaciones de ningún género.

Enfermos he tenido verdaderamente graves; en estos casos les he aumentado el número de los baños, su temperatura, su duración, según el aspecto que la enfermedad ofrecía, y veía á los enfermos mejorar, con gran satisfacción mía.

Mas, ahora bien: ¿á qué causa podemos atribuir este, al parecer, éxito terapéutico? A los baños, no puede ser, pues de igual forma los dábamos en Madrid en 1909, y, sin embargo, la mortalidad fué mayor del 20 por 100. ¿Podremos atribuirlo á las condiciones climatológicas? Que en Madrid, debido á ser un clima frío, los enfermos sufriesen complicaciones neumónicas, tampoco; pues aun cuando esto parece que tiene cierto viso de fundamento, se encuentra refutado, ya que en primavera y en verano la mortalidad siguió elevada. ¿Será debido á que el enfermo de aquí está en mejores condiciones higiénicas? Es un absurdo el pensarlo.

Pues bien, ¿á qué es debido esta escasa mortalidad? ¿Es debido á que la enfermedad esté atenuada? ¿A que evolucione con síntomas levísimos? Tampoco; prueba de ello son estos resúmenes de historias clínicas, que nos demuestran todo lo contrario:

Núm. 1.—Soldado del Regimiento del Serrallo, núm. 69.

Día 1.º—Empieza repentinamente por cefalalgia intensísima, fuertes calofríos, temperatura 40º, pulso y movimiento respiratorio acelerados con relación á la temperatura inyección conjuntival; á las doce horas del calofrío inicial, lengua y dientes propios de la enfermedad, ligero dolor abdominal, estreñimiento; por la noche, delirio; 40º,7; cara estuporosa.

Día 5.º—Exantema intenso, petequiral, extendidos por todo el cuerpo á excepción de la cabeza, palmas de las manos y plantas de los pies (fiebre, etc., igual que el primer día).

Día 10.º—Temperatura, 40º,2 mañana; 40º,8 noche; inconsciencia completa del enfermo, subsalto de tendones, carfologia, incontinencia de esfínter vésico-uretral y anal, nariz pulverulenta, respiración acelerada, irregular y superficial, pulso arrítmico blando y deprimido, tonos cardíacos debilitados, sin soplos de ninguna clase.

Día 13.^o—El enfermo recobra algo el conocimiento; sus síntomas parecen sufrir una remisión, aunque persisten.

Día 14.^o—Crisis. Terminación de la enfermedad; en doce ó catorce horas, el enfermo pasa de la muerte á la vida.

Núm. 4.—Askari del taboꝝ núm. 4.

Día 1.^o—Empieza como el anterior, pero con fenómenos de ligera bronquitis, 40^o, 1, expectoración muco-purulenta, estertores crepitantes y sibilantes en ambos lados.

Día 4.^o—Empieza el exantema, que es intenso; 41^o de fiebre, intensa disnea 40 m. r., expectoración hemoptoico-purulenta, soplo bronquial y crepitante en ambos lados, matidez en focos en ambas partes del tórax, egofonia, etc.; orina 400 gramos; no hay albúmina.

Día 9.^o—De aparato respiratorio no queda nada más que la expectoración, que es mucosa; estertores crepitantes y sibilantes, submatidez; el tifus sigue su evolución normal. Dispnea moderada.

Día 15.^o—Crisis de su proceso tifoideo.

Números 7 y 8.—Matrimonio español.

El 7, con forma atáxica, y el 8, con un estado depresivo rayano en el coma; curación de ambos por crisis.

Datos como éstos podría citar 5 ó 6 más, pero creo que ya son suficientes; que el cuadro sindrómico del tifus en esta localidad es análogo á los que en Europa se observan.

Yo no me explico la escasa mortalidad del tifus en este país.

Si la benignidad de la enfermedad afectase solamente á los indígenas, muy bien pudiéramos decir que la enfermedad al cabo del tiempo ha producido una selección en ellos, es decir, una inmunidad natural; mas esto no me parece aceptable, en primer lugar, porque también es benigna en los europeos, aparte que la enfermedad no se presenta con una sintomatología atenuada; al contrario, las historias clínicas nos lo demuestran; no podemos, pues, explicárnoslo por una disminución de la acción patógena del germen causal.

No encuentro una explicación satisfactoria; á otros que indistintamente saben más que yo, dejo encomendado este gran asunto clínico, en el que quizá la bacteriología y el análisis bioquímico de la sangre nos pudieran dar una explicación.

Mis conclusiones no son otras sino que:

- 1.º El tifus exantemático en Casablanca es igual al de Europa.
- 2.º Su mortalidad no llega al 3 por 100.
- 3.º Termina por crisis en el 95 por 100 de los casos.
- 4.º Su benignidad en cuanto á su mortalidad se refiere, no puede atribuirse á tal ó cual agente terapéutico, toda vez que en Europa, con los mismos agentes medicamentosos, la mortalidad nunca es menor del 15 por 100.
- 5.º Me llama extraordinariamente la atención que en los meses de Diciembre y Enero no haya habido ningún caso de esta enfermedad.

FEDERICO GIL,

Médico segundo.

Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona

SESIÓN DEL 3 DE MAYO DE 1911

Presidente: Médico mayor DR. D. F. SOLER Y GARDE

EFECTOS DE LAS ARMAS PORTÁTILES EN LAS GUERRAS MODERNAS

por el Subinspector Médico DR. D. C. LÓPEZ BREA

Compañeros: Voy á seguir desarrollando el tema de las heridas por arma de fuego en las guerras; mas como en la sesión anterior se trató de las armas, de sus condiciones balísticas y de los efectos de sus proyectiles, de un modo general, concretaré mi conferencia á lo observado en las últimas guerras, en cuanto:

- A estadísticas de pérdidas en las batallas;
- A proporcionalidad de muertos ó heridos;
- A las bajas de las últimas guerras, comparadas con las de campañas anteriores.
- A la importancia comparativa de las lesiones producidas entre

los tempranos días de las armas de fuego y los tiempos modernos en que tal precisión y tan enorme alcance se les ha dado, y

A cómo tales enseñanzas deben ser tenidas en cuenta para la conducta que la Sanidad Militar de los países civilizados debe seguir en los combates.

Se os alcanzará que para ello he debido acudir á fuentes diversas, porque la experiencia personal sirve de poco, y menos la mía, reducida á la guerra de Filipinas y á la campaña carlista. Espigando de acá y de allá, en segados campos ajenos, he hecho, si no un haz repleto, un manojo desgarbado de espigas, en el que hay mucho trigo utilizable.

Mis fuentes bibliográficas han sido los trabajos de Delorme, Otis, Chauvel y Nimier, Matheu, Chenu, Fischer, Sir Ballingall Longmore (*Gunshot injuries*), Makins, Laval, Treves, Stevenson, Holmes, Mac-Cormac, Weir-Mitchell, Demme, Fraser, Bowlbyand, Wallace, Parkes, Senu, Bergmann, Schafer, Marqués de Mendigorria, Giuseppe Brezzi, Romieu, J. del Castillo, Clavero, Deleito, Peláez, Aycart, y varias Revistas profesionales, entre otras la nuestra de Sanidad Militar.



Las heridas por arma de fuego que principalmente ocupan al Cirujano militar, porque comprenden el 95 por 100 de las lesiones que trata en campaña, constituyen una rama especial de la Cirugía. Ya Dupuytren y John Hunter hacen referencia á este especialismo. Ballingall (*Outlines of Military Surgery*), en 1834, define la Cirugía militar: «La aplicación juiciosa de todas las subdivisiones del arte de curar á aquellas variadas circunstancias en que los soldados están colocados en salud y enfermedad.»

A la pregunta de si es el brazo del héroe de la época, ó los de sus heroicos seguidores de diferente molde anatómico de los miembros del que maneja el arado, contesta negativamente; pero añade que el brazo del campeón de un país está sujeto á accidentes de una especie poco conocida del labrador y del obrero, y tiene que ser tratado bajo circunstancias totalmente desconocidas en la tranquilidad de la vida rural.

Delorme de Val-de-Grace escribe: «La presente situación de la Cirugía militar es obra de las edades. Desde el tiempo de Ambrosio Pareo hasta nuestros días, la tendencia de los espíritus más

levantados se ha dirigido á mantener su práctica aparte de la Cirugía general. La Cirugía militar, en sus tempranos días, había empezado por ser un temporario empleo para el práctico civil. Cualquier cosa que nosotros podamos pensar ó decir, la Cirugía militar será siempre una especialidad quirúrgica. Si deriva del origen común de la Cirugía una porción de sus doctrinas y enseñanzas, conserva también sus propias peculiaridades.

La patología depende de una variedad de lesiones de especial naturaleza, variando siempre con el armamento y con las operaciones militares. La terapéutica está sujeta á peculiares influencias, dependientes de condiciones no análogas á las de la práctica civil. Añadamos, en fin, que de todos los especialismos quirúrgicos, es el de la Cirugía militar el que conserva más sueltos los lazos con la Cirugía general, y que los peligros de su práctica en los campos de batalla le dan la expresión de la más noble y elevada de todas las formas de la asistencia humana.

Sir Thomas Longmore dice: «Es solamente por un estudio previo cuidadoso, por conocimiento científico, no sólo con las lesiones mismas, sino también con los instrumentos y fuerzas por los que son producidos y de los que dependen sus principales aspectos, y por ese conocimiento de la experiencia que ha sido adquirida por prácticos observadores sucesivos, es por lo que la naturaleza y carácter de las heridas de arma de fuego pueden ser propiamente conocidos y determinado su tratamiento apropiado.

Casi inmediatamente que una acción empieza, en los Hospitales de campo que hasta entonces estaban vacíos, todo se cambia en un momento á la condición de aglomeración de hombres aplastados y mutilados, y se presenta un trabajo mucho más imperioso que el que los Cirujanos pueden prontamente prestar.

Ocurren las lesiones en tal número en los campos de batalla y en una continuación tan rápida, casi simultánea, que para suministrar eficaz ayuda la decisión y la acción del Cirujano deben ser rápidas y del momento.

Las vidas dependen de que la asistencia se preste sin titubeo en el instante.

Para que sean de servicio real, no solamente deben encontrarse satisfechas en el momento las demandas urgentes de la asistencia quirúrgica, sino que deben ser acomodadas á las exigencias especiales de cada caso particular.

La confianza en sí propio, ganada por conocimientos; el ingenio de utilizar todos los elementos que están al alcance de su mano y la destreza manual adquirida previamente, harán solamente posible al Cirujano militar el cumplimiento de sus deberes en tales ocasiones, con beneficio para los otros y con satisfacción para sí mismo.

Creo que baste lo dicho para probar que la especialidad Cirugía militar es una de las más justificadas. Entremos, pues, en materia.

*
* *

Desde el punto de vista quirúrgico han tenido lugar grandes cambios en las condiciones que afectan á los heridos de guerra, á consecuencia de la adoptación de fusiles de pequeño calibre, lo que está admitido por cuantos han tenido ocasión de estudiar el asunto.

Los Gobiernos de todos los países civilizados han dotado á sus soldados con fusiles que disparan proyectiles de cubierta endurecida y de corto diámetro. ¿Cuáles han sido los resultados del empleo de estas armas en la guerra? ¿A cuánto asciende el tanto por ciento de pérdidas en las últimas campañas? ¿En qué proporción están los heridos y los muertos?

Estas son importantes cuestiones, porque con los datos que suministren las correctas respuestas á las mismas, se ha de fundar el informe que la Sanidad Militar de un país ha de recomendar á su Gobierno, para hacer efectivo el socorro á los heridos en el campo, y para el tratamiento quirúrgico en los Hospitales de campaña.

Considerando los probables efectos de los nuevos fusiles en la guerra, escribía Bilroth: «Estoy convencido de que en todo hecho de armas, el poder penetrante crecido, el mayor alcance de los modernos proyectiles y el uso de pólvoras sin humo, causarán, en lo porvenir, no sólo el aumento en el número de los heridos, sino también en el de las heridas graves.» La verdad de la primera parte de esta proposición, ó sea el aumento en el número de los heridos, es indudable; pero que la proporción de heridas graves aumenta, es materia acerca de la que hay gran diversidad de opiniones. D. Leopoldo Bejarano, haciendo el elogio de nuestro

Cuerpo, con motivo de las acciones de Taxdirt y Benibuifur, disiente de la opinión de Bilroth.

Algunos Cirujanos que tenían experiencia en las enseñanzas de la guerra del Sur de Africa, han sentido que las heridas de bala de arma de pequeño calibre son, en su mayor parte, lesiones triviales. Otros no lo consideran así.

Las heridas de las articulaciones y del pecho son, sin duda, menos graves y fatales ahora que cuando estaban en uso proyectiles más gruesos; pero, juzgando por las estadísticas de la guerra hispano-americana y por cuanto es conocido hoy de la guerra anglo-boer, la proporción de muertos por heridas de la cabeza, de la columna vertebral y del abdomen, no se han reducido tanto como había derecho á esperar del empleo de los modernos métodos de tratamiento, en cuanto éstos son aplicables bajo las diversas condiciones de la guerra.

La clase de lesiones producida por pequeños proyectiles han sido descritas en la sesión anterior en el hermoso trabajo del señor Soler, y explicadas por razones de hidrodinámica (más que hidrostáticas) en la discusión que se suscitó; por eso no hay por qué insistir sobre este punto, que nos llevaría muy lejos.

Los cuadros que muestran los porcentajes de heridos y muertos en las varias batallas de todo el siglo pasado, tales como los de Longmore y Fischer, tienden á probar á quien las examina que las pérdidas de combatientes por el uso de armas portátiles han variado inversamente á la perfección del arma empleada, pues la proporción de heridos en las batallas (salvo excepcionales condiciones) se ve que ha decrecido firme y regularmente desde que se inventaron los rifles y se abandonaron los cañones lisos; y además, que como tales armas han crecido en precisión y alcance, aparentemente, por eso su efecto destructivo se ha aminorado.

Tomando algunos datos del cuadro de Longmore, tenemos que en Kunnesdorf, en 1759, los prusianos perdieron 20 y 38 por 100, respectivamente, en muertos y heridos. En Maida, en 1806, los franceses perdieron el 53,3 por 100 de su Ejército. En Albuera, en 1811, los ingleses perdieron el 13 por 100 de muertos y el 40 por 100 de heridos, que hacen un 53 por 100 en total. En Alma, el total de pérdidas inglesas en muertos y heridos fué de 9,3 por 100, y durante toda la guerra de Crimea, las pérdidas inglesas en muertos y heridos montaban á 51,1 por 100 de las tropas que desem-

barcaron en la Península. En Königgratz, en 1866, la pérdida de los prusianos fué de 4,1 por 100, y en Weissemberg, en 1870, la pérdida total de los alemanes era de 1,4 por 100, mientras en Gravelotte era de 7,5 por 100 y en Sedán de 4,7 por 100; en Amiens, en 1870, los alemanes perdieron 0,3 por 100 de muertos y 1,95 por 100 de heridos, y en el Maus, en 1871, hubo 0,23 por 100 de muertos y 0,72 por 100 de heridos.

Estas cifras están tomadas al azar del cuadro de Longmore; no se han escogido para sostener una tesis particular, y comprenden períodos desde los tiempos de los cañones lisos hasta el Chassepot y el fusil de aguja prusiano. Juzgando sólo por ellas, se imagina uno que la perfección del arma no contaba por nada en producir el efecto á que se destinaba; que el «Brown Res» mató é hirió más enemigos que lo hacen los rifles modernos.

Puede ser verdad, y lo es ciertamente, que el porcentaje de muertos y heridos era más grande en la guerra de Crimea que en la de 1870 á 1871; pero escasamente puede sostenerse con severidad que las armas de cañón liso sean las de acción más eficaz. Esta aparente paradoja merece ulterior consideración para su explicación.

En primer término, la complicación de estadísticas de muertos, heridos y desaparecidos (en que se funda la conclusión desprendida) es susceptible de errores cometidos en varios sentidos. Los registros son hechos apresuradamente para atender á la ansiosa expectación de noticias, y por las enmiendas y correcciones que se hacen uno ó dos días después, y una vez cometido el error en las estadísticas publicadas, es casi imposible rectificarlo. Los hombres que han desaparecido pueden ser tomados como muertos, y viceversa. La tendencia de cada Ejército combatiente es minimizar sus pérdidas y exagerar las del enemigo. Un punto importante á dilucidar en las estadísticas es, si los porcentajes son con relación al total de fuerza del Ejército presente, ó sólo con relación á los que toman parte en el combate empeñado.

En la batalla de Alma, dos divisiones del Ejército inglés no tomaron parte en el combate, y Von-Moltke declara que 92.000 hombres del Ejército prusiano, presentes en Königgratz, nunca dispararon un tiro.

Cuando los Ejércitos son numéricamente pequeños, hay proba-

bilidades de que todas las tropas presentes entren en fuego, y la proporción de bajas es entonces elevada.

La proporción de muertos y heridos en la batalla varía ampliamente en las diferentes campañas, y depende en considerable parte de la táctica empleada por sus Comandantes generales, porque de ellos depende la distancia á que se mantienen los combatientes; de la naturaleza del terreno; en cuanto á que en él se pueda encontrar protección ó abrigo en sus accidentes, exponiendo sólo las partes del cuerpo más importantes, como la cabeza y pecho, y de si se ataca á trincheras ó posiciones en las que se está expuesto al fuego á cortas distancias. En la guerra ruso-turca, en la que existían estas últimas condiciones, la proporción de muertos á heridos entre los rusos alcanzaba á 1 por 2,1. En Blenheim, en 1704, era de 1 á 1,3, casi tantos muertos como heridos, mientras que en Borny y en Vionville, en 1870, la proporción entre los franceses era de 1 á 7. Pero sumando y promediando las estadísticas aprovechables á este punto, se demuestra que hasta aquí (según Longmore) la proporción de muertos á heridos de 1 á 4, refiriéndose á los hallados muertos en el campo, pues los que alcanzan los hospitales y mueren á los dos ó tres días no se incluyen en las cifras antes citadas. Esta proporción de 1 á 4 se mantiene sensiblemente igual en las últimas campañas hispano-americana y anglo-boer.

Por tanto, las predicciones—como la de Billoth, relativa á que eran de esperar más grandes efectos letales de los modernos proyectiles—no se han comprobado por la experiencia hasta la fecha. No puede haber duda de que la proporción de muertos á heridos será alta á distancia corta, y como Von Coler sienta: «Hasta 600 yardas el número de muertos no estará muy por debajo del de heridos, mientras que después de 1.100 yardas habrá muchos más de éstos.

(Continuará.)

VARIEDADES

Rogamos á nuestros suscriptores de Melilla, y en especial á los destinados fuera de la Plaza, se entiendan para los efectos de abono de recibos con el Médico primero destinado en aquella Inspección de Sanidad Militar, D. Joaquín Aspiroz (nuestro corresponsal administrativo, por regreso á la Península de don Emilio Blanco Lon, que lo desempeñaba), quien tiene dichos recibos en su poder, y se hará cargo de las cantidades que se le remitan en pago de los mismos.

*
* *

En el Instituto de Higiene Militar se han verificado, durante el mes de Abril de 1912, los trabajos siguientes:

Productos analizados.—*Alimentos:* leches, 10; azúcares, 4.—*Secreciones y excreciones:* heces, 2; orinas, 343; cálculos, 1; espantos, 21.—*Tejidos y sus derivados:* sangres, 6; tejidos, 2; órganos, 1; exudados, 2; pus, 2; tumores, 3.—*Parásitos:* tenias, 1.—*Suerorreacciones aglutinantes:* tifus, 2; paratífus A, 2; paratífus B, 2; fiebre de Malta, 3.—*Reacciones de fijación de complemento:* Wassermann, 18; Stern, 1.—Total productos analizados, 426 muestras.

Productos elaborados.—*Emulsiones:* Antígeno sífilítico: frascos, 1. Bacterias tíficas muertas: tubos, 24.—*Medios de cultivo:* Ágares: frascos, 2; tubos, 247. Caldos: frascos, 2; tubos, 78. Gelatinas: frascos, 2; tubos, 18. Leche preparada: tubos, 5. Patata glicerinada: tubos: 5. Soluciones: tubos, 3. Suero coagulado: tubos, 20.—*Reactivos químicos para análisis y elaboraciones:* Soluciones colorantes: frascos, 5. Tituladas: frascos, 296. Otros reactivos: frascos, 14.—*Sueros:* Hemolísico anticarnero: frascos, 4. Curativo antidiftérico: frascos, 241.—*Toxinas diagnósticas:* Malleína diluída: ampollas, 60.—*Vacunas:* Antivariólica (pulpa glicerinada): viales, 38; tubos, 82.—Total productos elaborados, 1.147 unidades.

*
* *

La Legación de España en Marruecos ha transmitido al Médico primero D. Francisco Moreno Sáenz, agregado al Consulado de

Arcila, una Real orden del Ministerio de Estado, en que se expresa la satisfacción de S. M. por los extraordinarios servicios prestados por dicho compañero en el Dispensario clínico allí establecido.

*
* *

En la sesión celebrada, en la tarde del día 6 del corriente, en la Academia Médico-Quirúrgica, el Médico primero D. Angel Morales expuso con gran lucimiento el tema «Valor de las vacunaciones antitíficas en las tropas en campaña».

*
* *

El día 9 del corriente cumpliósse el segundo aniversario de la muerte de nuestro querido compañero el Médico mayor D. José Clavero Benitoa, que tanto brillo supo dar al Cuerpo y tan valioso concurso aportó á esta publicación.

Reiteramos á su distinguida familia la expresión de nuestro sentimiento.

*
* *

Por el Ministerio de Instrucción Pública se ha dictado una Real orden disponiendo que «los alumnos oficiales y no oficiales de Universidades, Institutos, Escuelas Normales y Especiales de este Ministerio que, teniendo matrícula pendiente, no pudieron presentarse á examen en los de Septiembre ni en los extraordinarios de Diciembre, ni puedan verificarlo en los ordinarios del presente curso, por haber tenido que incorporarse al Ejército de operaciones en Africa, conservarán por plazo ilimitado el derecho á examen de la asignatura ó asignaturas inscritas, entendiéndose que este derecho caducará si no lo ejercitan en el curso siguiente, á la fecha en que, por término de la campaña ó por cambio de situación de los interesados, cesen los motivos en que la presente disposición se funda».

*
* *

Acompañando á la Escuadra inglesa, llegó hace poco tiempo al puerto de Vigo el barco-hospital *Maine*, hermoso vapor de 4.500 toneladas, arbolando en el palo mayor la bandera de la Cruz Roja,

y á popa la azul de los buques auxiliares de la Marina de guerra de dicho país.

Pendiente de unas grandes pértigas que pueden salir mucho de las bordas, va suspendido un aparato sencillo, y que, no obstante, puede hacer funciones de cama, sillón y cochecillo (Goutière Sufret), izándose á bordo los enfermos ó heridos en la posición que más conviene á su estado, conduciéndolos, mediante una polea, sin vaivenes ni violencia, al pie del lecho.

Si exigiere el estado del paciente una cura quirúrgica inmediata, puede trasladársele sin movérsele de la cama, por medio de una combinación de ascensores, á la cámara destinada al efecto, la cual posee todas las exigencias de la moderna asepsia, con luz zenital espléndida.

Las demás dependencias no tienen tampoco nada que envidiar á un hospital bien montado, formando la plantilla diez Médicos, dos Farmacéuticos y treinta enfermeros, además del personal necesario para el servicio del buque.

*
* *

El Capitán general de Melilla, que se halla revistando todas las dependencias militares de dicha Plaza, visitó en los primeros días del corriente los distintos grupos de hospitales, saliendo también impresionado, que, además de felicitar de palabra al personal de los mismos, ofició al Inspector de Sanidad Militar repitiendo sus felicitaciones por el excelente estado de los servicios y la esmerada cooperación del personal del Cuerpo.

*
* *

Hemos recibido un recordatorio del primer aniversario de la muerte del que fué dignísimo Médico mayor y Director del Hospital de Alcalá de Henares, D. José Aparici Puig, víctima abnegada de su deber profesional.

Reciba su afligida familia nuestros sentimientos de condolencia.

*
* *

El Médico mayor D. Bartolomé Navarro Cánovas ha presentado al Excmo. Sr. Jefe de la Sección de Sanidad Militar una cu-

riosa cuadrícula en zinc, para la averiguación de la profundidad de los proyectiles, que ha ensayado ya con el mayor éxito en el Gabinete radiográfico del Hospital de Carabanchel.

Felicítamos á nuestro compañero Navarro por esa nueva prueba de su laboriosidad y competencia.

*
* *

El Inspector de Sanidad Militar de Melilla ha continuado visitando las posiciones avanzadas, acompañado del Subinspector Médico de segunda Sr. Benedid, del Médico mayor Sr. Pérez Martorell, del Médico primero Sr. Aspiroz y del Farmacéutico segundo Sr. Pando.

El Sr. Cabellos encontró en muy buenas condiciones los servicios sanitarios en el Avanzamiento, Atlaten, Zeluán y Monte Arrui, dictando algunas disposiciones para dar á aquellos servicios la mayor amplitud posible.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Tratamiento de la fiebre tifoidea por la alimentación ovo-lacteada.—

El Dr. Catrice ha hecho en el Hospital de Dunkerque interesantes observaciones en enfermos de fiebre tifoidea, demostrando que la mortalidad disminuye á medida que la medicación empleada ha sido menos activa.

He aquí su método:

1.º Establecer una hoja de temperatura (gráfica) para cada enfermo, inscribiendo la temperatura cotidiana de la mañana y de la tarde.

2.º Nada de medicamentos, porque aumentan la perturbación ya

muy grande, de las funciones digestivas.

3.º Dos huevos crudos y tres litros de leche por día, azucarados á voluntad.

4.º Dos irrigaciones simples, ordinarias, cada día, mañana y tarde, para lavar y evacuar el intestino. Algún purgante en el periodo agudo y en la convalecencia.

5.º Balneación siguiendo las indicaciones. Al principio, un baño fresco cada tarde durante el periodo agudo. Excepcionalmente se suprimen; algunas veces pueden darse dos y hasta tres baños cada veinticuatro horas (entre 18 y 26 grados)

con disminución gradual de la temperatura.

Entre 50 enfermos sometidos á este régimen, sólo hubo 3 defunciones.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Abril 1912.)—*J. P.*

* * *

La simulación de la tartamudez.—

Son varios los síntomas que se han dado como característicos, tales como la corta duración del tiempo espiratorio, mucho menor que en un individuo normal; la resistencia en la pronunciación de consonantes fuertes, labiales principalmente; la disminución de la tartamudez por el empleo casi exclusivo de vocales, etcétera. El Dr. Fröschels llama la atención sobre otro nuevo que no requiere aparatos. Los sujetos sanos, mientras hablan, respiran exclusivamente por la boca; en los tartamudos existe respiración nasal claramente perceptible por el movimiento de las alas de la nariz. La comprobación de este síntoma basta para establecer el diagnóstico de tartamudez, pero su falta no tiene valor tan absoluto.—(*Viensched. Wchschr.* 1911, núm. 44, y *Deut. Militartz. Zeit.* 1912, H. 2)—*F. G. D.*

* * *

El pantopón.—El pantopón, á propósito del cual se ha publicado buen número de trabajos desde hace algún tiempo, es una nueva preparación de opio, sobre la cual las opiniones son bastante diferentes.

MM. Bardet y Gydans hacen de él un estudio muy documentado, resumiendo que no ejerce acción nauseosa sobre el tubo digestivo, como la morfina, siendo su acción

menos brutal que la de esta sal. Se le puede considerar como un *verdadero opio soluble que se le puede administrar por el método hipodérmico*, conservando sobre el opio la ventaja de tener siempre una composición igual é idéntica.

Desde el punto de vista de la posología, es necesario recordar que cinco de opio suministra una de pantopon. Por consecuencia, las dosis de este alcaloide complejo serán exactamente la quinta parte de aquella droga.

Se prescribirá, pues:

Pantopón.

Dosis débil... 2 á 10 miligramos.

Dosis media... 1 á 2 centigramos.

Opio.

Dosis débil... 1 á 5 centigramos.

Dosis media... 5 á 10 centigramos.

Pero en cuanto á la *calidad* de los efectos, puede considerarse que el extracto de opio representa la mitad de peso del opio, siendo, por tanto, *dos* veces más activo.

Y respecto de la morfina, podrá decirse que la intensidad de acción del pantopón es como 2 es á 1. Por consecuencia, se administrará á dosis doble de la de morfina.—(*Bulletin de Thérapeutique*.)—*J. P.*

* * *

Dos nuevos casos de gangrena pulmonar, curados por las inyecciones intrairaqueales é intrabronquicas, por *Guisez*.—Se trata de dos enfermos con gangrena pulmonar grave, y en los que se habían empleado sin éxito el tratamiento médico, alcanzando la curación en uno, después de una serie de doce inyecciones, y en el otro, más gra-

ve, después de dos series de diez, pero con notable mejoría desde la quinta inyección, toda vez que desapareció la fetidez y la fiebre y reapareció el apetito. Menciona *Guisez* la instrumentación empleada, bien sencilla, pues basta con una jeringa laríngea de pico largo para que rebasa la glotis, y un espejillo; y como medicamento una solución de aceite gomenolado ó guayacolado, del 5 al 10 por 100, adicionándole el yodoformo en los casos más graves. *Santaló*.

* * *

Tratamiento de la tos emetizante de los tuberculosos.—El Dr. Henri Paillard insiste, á este propósito, en lo siguiente:

1.º El reposo después de la comida; todo esfuerzo determina la sofocación, y ésta puede ser la causa ocasional de dicha tos. 2.º El reposo deberá ser observado en decúbito lateral derecho, por favorecer la evacuación del estómago hacia el píloro.

El reposo, fácil de obtener en las salas de hospital, lo es mucho menos para los enfermos de dispensarios ó consultas; hará falta explicarlo al mismo tiempo que se prescribe.

Pero la terapéutica esencial consiste en una breve *inhalación de oxígeno*, en el momento oportuno.

M. Paillard, instituyendo este tratamiento, indica á los enfermos la manera de practicarlo, que consiste en hacer dos ó tres inhalaciones del balón, el cual debe durar cuatro ó cinco días, sin que el paciente disminuya en nada su alimentación, por el temor del vómito.

El resultado es durable en la mayoría de los casos, si se continúan estas inhalaciones de oxígeno du-

rante algunas semanas; rara vez (tres veces entre treinta y dos) los vómitos reaparecen, y entonces estas inhalaciones deben combinarse con la administración de agua cloroformada según la técnica de *Mathieu*, para que la tos emetizante desaparezca completamente.

Esta terapéutica, que tiene la gran ventaja de economizar el desgaste de la mucosa gástrica, merece ser tomada en consideración.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*. Febrero de 1912.)—*J. P.*

* * *

Catarro intestinal y colerina en forma epidémica.—En uno de los cuarteles de Stuttgart observó el Médico primero alemán Dr. Bofuiger

186 casos de catarro intestinal y colerina en sólo 6 compañías, y en el espacio de cuarenta y ocho horas. Los síntomas observados en todos ellos fueron: dolor de cabeza, quebrantamiento general y diarrea; en un 25 por 100 de los casos, vómitos, elevación de temperatura de 39º á 40º, con escalofríos. La lengua estaba muy saburrosa y el vientre timpanizado y doloroso á la presión. Había en algunos casos heces sanguinolentas.

El examen bacteriológico de las heces y la sero-aglutinación, practicados en más de 50 enfermos, dieron por resultado establecer que se trataba de casos de infección por el bacilo enterititis, de Gärtner. La persistencia del germen en las heces fué de unos doce días después de la curación, siendo muy numerosos en la primera semana de convalecencia.

Tres de los cocineros habían sido atacados con anterioridad de dia-

rea, y uno de ellos conservaba el germen en sus heces y lo aglutinaba en proporción de 1 : 320. Es de suponer que los tres cocineros sufrieron una ligera infección por bacilo de Gärtner, sin manifestaciones sintomáticas ostensibles.

La carne condimentada por ellos, y partida en trozos después de cocción por sus manos contaminadas, fué casi seguramente la causa de la epidemia. — (*Deust. Militärzt. Zeit.*, 1912, H. 4.)—F. G. D.

* * *

La lucha contra los portadores de bacilos disentéricos.—Cassan extracta un trabajo del alemán Otto Mayer sobre tan interesante asunto.

La profilaxia contra los portadores sanos de B. disentéricos es particularmente difícil, á causa de las intermitencias en la presencia del bacilo en las deposiciones. La gravedad del ataque anterior no tiene ninguna influencia esencial sobre la duración de la persistencia del germen, puese le encuentra lo mismo después de casos frustrados, como de casos verdaderos. Las materias de los portadores contienen frecuentemente cantidades enormes de B. disentéricos, y deben ser consideradas como muy infecciosas.

En una epidemia observada por el autor, la teoría de los portadores de gérmenes explicó los casos aparecidos después de haber terminado dicha epidemia.

Desde el punto de vista terapéutico, el autor ha ensayado la creosota, utilizada en el curso de la guerra ruso-japonesa, y la ipeca. Niega todo valor á la creosota, y piensa que la ipeca, empleada al principio de la expulsión de los bacilos disentéricos, puede influir favorablemente en algunos casos.

La profilaxia no puede realmente descansar más que en la aplicación de medidas de policia; denuncia del portador por el examen bacteriológico; aislamiento, si fuese posible, del portador, y, por lo menos, desinfección de sus heces.

Un convaleciente de disenteria debe ser considerado como portador durante tres meses, y el examen de sus heces debe ser hecho durante ocho días, ó bien alternativamente al cabo de tres meses.

La persistencia del germen no pasa jamás de siete meses, según las observaciones del autor.

En el curso de la epidemia de Haguenau (Febrero de 1909), la adopción de medidas de policia resultó muy eficaz. — (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Marzo 1912.)—J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

El servicio de Sanidad Militar en Turquía, por el Dr. Vollbrecht.—Lo mismo que para toda la organización militar, el modelo es la del Ejército alemán. En Ejércitos, Cuerpos de Ejército y Divisiones existen Médicos Jefes, que forman parte de los cuarteles generales, y cuya misión y atribuciones son idénticas á las de los alemanes, sin más diferencias que la supresión de algún personal de empleos inferiores, como por ejemplo: el Médico 1.º ayudante del Divisionario, y el que no existen carruajes para personal subalterno y auxiliar, pues todos son montados. Su material consiste en cajas-botiquines como las de los batallones de Infantería, camillas cubiertas de franela y vendajes de cuerpo.

El higienista del Ejército dispone de microscopio, caja de reactivos y caja bacteriológica.

Todos los Oficiales y soldados tienen su paquete de cura individual, que llevan en un bolsillo de la izquierda de su prenda de cuerpo.

Cada Médico lleva un brazal con la media luna roja, una caja de instrumentos, otra de medicamentos y otra de curas, pendientes del cinturón.

Los soldados sanitarios, brazal de media luna roja, una bolsa de curación, dos cajas de instrumental en Infantería y una en Caballería, un frasco-bota y material de tienda

transportable; los camilleros, el brazal, dos bolsas con paquetes de curación, pañuelos triangulares, frasco-bota y tienda transportable. Los soldados auxiliares llevan un brazal rojo en el brazo izquierdo, equipo de soldado de Infantería, y pala, sierra ó hacha.

Un regimiento de Infantería de tres batallones tiene: 3 Médicos, 3 Farmacéuticos y 3 practicantes mayores, y, como personal subalterno, 12 sanitarios, 48 camilleros, y los músicos como auxiliares. El material es: carruaje sanitario de Regimiento, con igual contenido que el del Ejército alemán, y cuyo contenido puede ser transportado en mulos, calculándose en 80 kilogramos el peso que soporta cada animal. Cada batallón tiene 2 botiquines, 4 camillas, 4 mochilas con material, vendas de franela y vendajes de cuerpo, todo ello transportado en dos mulos.

Caballería y Artillería tienen igual material y personal que en Alemania.

Con el material y personal regimental se instalan puestos auxiliares cerca de la línea de fuego, y un puesto de curación en la reserva de Regimiento.

La compañía de Sanidad, divisible en dos medias, tiene: 1 Capitán de tren por jefe, 1 Teniente, 1 sargento mayor, 2 sargentos segun-

ños, 9 Suboficiales, 108 camilleros, 5 soldados de Sanidad, 12 auxiliares, cocinero y personal para cuidar coches y ganado, 1 Médico jefe y 4 Médicos.

Su material es: 4 carruajes de transporte, 1 de Sanidad, 1 de útiles, 1 cocina de campaña, 1 carruaje con provisiones, 32 camillas, tienda de curación, modelo alemán de 1906, lámparas de acetileno, linternas de aceite y petróleo. Cada carruaje lleva 1 ó 2 cubas de agua, y el carruaje de viveres 6. Esta compañía establece el puesto de ambulancia y puestos de carruajes que enlazan con el puesto regimental. Las brigadas de montaña tienen material análogo, pero transportado á lomo.

Un Cuerpo de Ejército tiene 6 hospitales de campaña, capaz cada uno para 200 enfermos. Un hospital tiene 2 tiendas de campaña para 25 enfermos cada una. Para las tropas de montaña los hospitales son de 100 enfermos, y el material á lomo.

Todo lo referente á formaciones y personal del servicio de evacuación está calcado del reglamento alemán. — (*Deutsche Militärärztliche Zeitschrift*, 1912, H. 4.) — F. G. D.

* * *

Estadística sanitaria del Ejército holandés (1907).—La media anual del efectivo en las tres Regiones militares en que se divide dicho Ejército fué de 22.610 hombres, de los que ingresaron en hospitales y enfermerías 736, correspondiendo 3,5 estancias por cada hombre del efectivo, y arrojando una mortalidad de 1,1 por 1.000 salidos.

En el movimiento por Armas, la Infantería tuvo 1,2 de mortalidad,

1,01 la Caballería, 0,7 la Artillería de campaña y 1,5 la Artillería de plaza.

Los demás Cuerpos y Armas, por tener efectivos muy reducidos, no ofrecen gran interés á la proporcionalidad.

De las guarniciones superiores á 1.000 hombres, tuvo Amersfoort 675 enfermos, con 2,3 de fallecidos (efectivo: 1.341 hombres); Amsterdán, 710 y 0,7 (efectivo: 1.091); Bréda, 936 y 0,5 (efectivo: 1.344); La Haya, 505 y 1,7 (efectivo: 530), y Utrecht, 833 y 2,1 (efectivo: 1.231).

Las enfermedades de la piel ofrecieron 148,6 por 1.000 del contingente; la sífilis, 5,3; la gonorrea, 11,5; la tuberculosis pulmonar, 6,1; la fiebre tifoidea, 0,92; la fiebre intermitente, 7,4; la neumonía, 5,04, y la hernia, 3,7. No hubo ningún caso de viruela.

En la estadística por meses sobresale, como es natural, en Enero, la cifra de bronquitis é influenza, con 150 y 192 casos, respectivamente.

Finalmente, hubo 18 defunciones en el primer año de servicio y 18 en el segundo, correspondiendo 19 de ellas á una edad comprendida entre los quince y veinte años; 8, de veinte á veinticinco; 1, de veinticinco á treinta, y 9, de treinta y uno y más.

Hubo un solo suicidio. — (*Supplément à la Statistique Médicale de l'Armée Néerlandaise.*) — J. P.

* * *

Avance á la estadística de los Ejércitos de Prusia, Sajonia y Wurtemberg desde 1 de Octubre de 1910 á 30 de Septiembre de 1911.—La fuerza en revista fué de 552.940 hombres; se asistieron 116.856 en

los hospitales, 184.619 en las enfermerías y 24.273 en ambas clases de establecimientos, siendo la morbilidad total de 325.748, un 589,1 por 1.000 de la fuerza presente. En los hospitales murieron 720.

La mayor morbilidad la dieron las enfermedades de la piel, 72.248 asistidos; los traumatismos, 72.188; enfermedades del aparato digesti-

vo, 46.672; del respiratorio, 36.987; del aparato locomotor, 32.857. Las enfermedades infecciosas y generales sólo ocasionaron 18.792 entrados = 34,0 por 1.000 de la fuerza en revista, y las venéreas 11.005 = 19,9 por 1.000.

La mortalidad total es de 1,9 por 1.000 de la fuerza presente, que se distribuye en la siguiente forma:

	Por enfermedad.	Por accidente.	Por suicidio.	TOTAL
En hospitales militares.	633	54	33	720
En sus casas, etc.	23	122	206	351
TOTAL.	656	176	239	1.071
	= 1,2 ‰	= 0,32 ‰	= 0,43 ‰	= 1,9 ‰

Murieron por enfermedades generales é infecciosas 296 soldados. De éstos, 91 por tuberculosis, 43 por fiebre tifoidea, 9 por meningitis cerebro-espinal. Las enfermedades del aparato respiratorio ocasionaron 146 defunciones, de ellas 111 por pulmonía y 19 por pleuresia. Por dolencias del aparato digestivo murieron 104; por enfermedades del

sistema nervioso, 30; enfermos del aparato circulatorio, 30; por enfermedades del aparato urinario, 16; por enfermedades venéreas, 4; por otras enfermedades, 29.

Los inútiles temporales fueron 13.363 = 24,2 por 1.000 de la fuerza presente; los totales, 8.951 = 16,2 por 1.000. — (*Deust. Militärzt. Zeit.* 1912, H. 6.)—*F. G. D.*

BIBLIOGRAFÍA

Estudio clínico de las enfermedades inflamatorias quirúrgicas crónicas, por el Dr. D. José María Montoya, Médico primero del Hospital Real del Buen Suceso.

Con gran sentido clínico de la realidad, avalorado por una dilatada práctica, inicia el autor su escogido trabajo, mostrándose

partidario de la Cirugía conservadora en esta clase de procesos, pasando á describir las causas y diagnóstico de las lesiones cutáneas, sinoviales tendinosas supuradas, óseas, articulares crónicas, de cadera, ganglionares, mamarias y testiculares, dedicando un notabilísimo capítulo al tratamiento de los procesos tuberculosos, y haciendo sucinta relación de cuarenta observaciones clínicas.

Señala los beneficiosos resultados obtenidos con el suero Cuguillère por su acción antitóxica ó antibacilar sobre los procesos fímicos quirúrgicos, á los que modifica sin ocasionar ninguna perturbación general, y únicamente alguna vez ligeras molestias locales.

En el tratamiento de las lesiones sifilíticas concede el Dr. Montoya la preferencia á las inyecciones de aceite gris, y en general á los mercuriales, si quieren evitarse las recidivas. En cuanto al salvarsán, reconoce su utilidad en los gomos ulcerados con complicación perióstica, y en las lesiones faríngeas y del velo del paladar.

En resumen, trátase de una sincera y valiosa revelación de lo que puede la sesuda y paciente labor clínica en beneficio de los enfermos crónicos de afecciones externas.—*J. P.*



La radiografía como medio de investigación de los traumatismos de los huesos que constituyen la articulación del codo, en los niños.—Discurso leído en la Academia de Medicina de Granada, por el Dr. Simancas, *Académico numerario.*

A continuación de un elegante exordio en que el autor aboga por que en el porvenir se unifiquen todas las aspiraciones en alentar la cultura nacional, pasa á ocuparse de la justificación del tema elegido, sentando como base la frecuencia de las fracturas de los huesos largos, en los niños comprendidos entre los tres y los diez años de edad, especialmente de los que integran la articulación del codo, y dentro de este grupo, las de la epífisis inferior del húmero, explicando su mecanismo por causa directa é indirecta.

Valiéndose de notables radiografías, describe numerosos casos prácticos de fracturas supracondíleas, de cóndilo y epicóndilo ex-

ternos é internos, la fractura diacondílea y la del capitulum, rotular partialis.

Habla también ligeramente de las fracturas que se refieren á las extremidades superiores de los huesos del antebrazo, y en particular las que afectan á la apófisis coronoides del cúbito, al olécranon y á la cabeza y cuello del radio.

Pasa después á examinar las fracturas y fisuras combinadas entre sí y con otras lesiones, examinando uno por uno los elementos clásicos del diagnóstico de esta clase de traumatismos, juzgándolos insuficientes y de escaso valor en el niño, por razones que fácilmente se alcanzan y que el autor detalla, como resultado de su gran experiencia clínica.

Concluye el Dr. Simancas su luminoso trabajo insistiendo en que el medio más expedito, antes de toda otra tentativa diagnóstica, es proceder á la investigación radiográfica, si bien exige esta práctica el adecuado conocimiento, tratándose de individuos de corta edad, tanto por no hallarse dotados los gabinetes particulares del material perfeccionado, costoso y novísimo, mediante el cual se obtienen radiografías con una exposición de fracciones de segundo, como por la confusión á que dan lugar los puntos de osificación, pudiendo interpretarse como porción fracturada el tejido cartilaginoso de unión al hueso.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 26 Abril.—Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* número 98) concediendo la pensión anual de 1.650 pesetas á la viuda del Subinspector Médico de primera clase D. José Panzano Laplana, y la de 1.250 pesetas á una huérfana, soltera, del Médico mayor, con sueldo de Subinspector Médico de segunda clase, D. Antonio Salvat Martí.
- 27 » Real orden (*D. O.* núm. 97) concediendo al Médico mayor don Miguel Manero Yanguas la cruz de segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, pensionada con el 10 por 100 del sueldo de su actual empleo hasta su ascenso al in-

- mediato, por los extraordinarios y distinguidos servicios prestados durante más de trece años en el Negociado del personal de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra.
- 28 Abril.—Real orden (*D. O.* núm. 98) concediendo al Médico primero D. Ignacio Granado Camino, mención honorífica, por su distinguido comportamiento y méritos contraídos en el combate sostenido con los moros rebeldes de Melilla, en las alturas de Ulad Ganen.
- 29 » Real orden (*D. O.* núm. 98) disponiendo que los Médicos mayores que deseen ocupar la vacante de Profesor de «Higiene Militar» en la Academia Médico-Militar, promuevan sus instancias en el término de un mes, á partir de esta fecha, acompañando copia de sus hojas de servicios y hechos y demás documentos justificativos de su idoneidad.
- 30 » Real orden (*D. O.* núm. 99) disponiendo que en el primer proyecto de presupuestos que se redacte se incluya la cantidad de 7.500 pesetas en la partida denominada «Gratificación para sirvientes paisanos», con destino al Colegio de Nuestra Señora de la Concepción.
- » » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* número 102) concediendo la pensión anual de 3.750 pesetas á la viuda del Inspector Médico de primera clase, retirado, D. Federico Illas Vidal.
- 1.º Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 101) disponiendo le sirva de abono, para extinguir el tiempo de obligatoria permanencia en Melilla, los cinco meses y tres días que en su anterior empleo sirvió durante la campaña de 1909 en dicho territorio, el Médico primero D. Miguel Roncal Rico.
- 3 » Real orden (*D. O.* núm. 101) concediendo la cruz blanca del Mérito Militar de la clase correspondiente, á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. Emilio Bernal Flores, D. Eliseo Muro Morales y D. José Salvat Martí; á los Médicos primeros D. Alberto Conradi Rodríguez, D. Benigno Soto Armesto, D. Francisco Mora Caldés y D. Felipe Rodríguez Martínez; á los Médicos segundos D. Severino Torres Acero y D. Juan Nuevo Díez; al Médico provisional D. Andrés Miralles Vila, y al Farmacéutico primero D. Rafael Candel Peiró, por su distinguido comportamiento con mo-

tivo del restablecimiento del orden público, alterado por las huelgas y manifestaciones revolucionarias ocurridas en el mes de Septiembre del año próximo pasado.

- 3 Mayo.— Real orden (*D. O.* núm. 102) concediendo el empleo de Médico mayor, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Médicos primeros D. Virgilio Hernando Quecedo, D. Bartolomé Navarro Cánovas y D. Miguel Garcia Rodrigo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 102) concediendo al Subinspector Médico de segunda clase D. Emilio Bernal Flores, autorización para usar sobre el uniforme la gran placa de honor y mérito de la Cruz Roja española.
- 4 » Real orden (*D. O.* núm. 102) concediendo á los Médicos primeros D. Agustín Van-Baumberghen Bardaji y D. Filiberto Cuadros Ruizalday, la cruz del Mérito Militar de primera clase, con distintivo rojo, y la misma cruz, pensiónada, á los Médicos primeros D. Ignacio Granado Camino y D. Eustasio Conti Alvarez, y á los Médicos segundos D. Manuel Garriga Rivero y D. Antonio Nafria Maqueda, por su distinguido comportamiento y méritos contraídos en la operación realizada para la ocupación de los Tumíats y Sammar (Mehilla), el día 22 de Marzo último.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 103) disponiendo que el Médico primero D. Juan León Taboada, y los Médicos segundos D. Ernesto Hernández Ferre y D. Miguel Guirao Gea, desempeñen, respectivamente, las plazas de Vocal del segundo Tribunal médico en la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Barcelona, dirimir discordias en la idem idem de Gerona y en la idem id. de Tarragona.
- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 104) declarando apto para el ascenso al Farmacéutico segundo D. Ricardo Crespo Cordoní.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 104) concediendo el empleo de Farmacéutico primero, en propuesta extraordinaria de ascensos, al Farmacéutico segundo D. Ricardo Crespo Cordoní.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 105) señalando prescripciones para el uso de la «cartera militar de identidad» en los vapores de la compañía «La Roda Hermanos», concesionarios de los correos de Africa.
- 8 » Real orden (*D. O.* núm. 106) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. José

González Granda Silva y al Médico segundo D. Heliodoro del Castillo Martínez.

8 Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 106) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Antonio Horcada Mateo y D. Ignacio Sanz Felipe; á los Médicos segundos D. Luis Sancho Catalán y D. Manuel Valiente Izquierdo, y al Médico provisional D. Antonio Martín Ruiz.

11 » Real orden (*D. O.* núm. 107) disponiendo que los Oficiales del del Cuerpo que á continuación se expresan, pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Médicos primeros: D. Ildefonso de la Villa Sanz, del Regimiento mixto de Artillería de Melilla, al de Montaña, de nueva creación; D. Emilio Blanco Lon, de Cazadores de Taxdirt (Caballería), á Cazadores de Alba de Tormes; don Jerónimo Forteza Martí, del Regimiento de Vizcaya, al undécimo Montado de Artillería, y en comisión, á la tercera compañía de tropas del Cuerpo; D. Vicente Vidal Frenero, del Regimiento Caballería de Maria Cristina, á la Plana Mayor de la Brigada de tropas del Cuerpo, en comisión, sin causar baja en su destino, y D. Francisco Mora Caldes, del undécimo Montado de Artillería, á Caballería de Taxdirt.

Médicos segundos: D. Clodoaldo Padilla Casas, del Regimiento de la Princesa, en comisión, á los Hospitales de Melilla; D. Pedro Torres Hervás, del Regimiento de América, al de Artillería de Montaña de Melilla; D. Luis Hernández Marcos, de Cazadores de Alfonso XII, en comisión, á los Hospitales de Melilla; D. Benjamin Turiño Campano, del Regimiento de Cuenca, al de Montaña de Melilla; D. Mariano Puig Quero, del Regimiento del Principe, á los Hospitales de Melilla, en comisión; D. Ramón Pellicer Taboada, del Regimiento de Gravelinas, al grupo montado de Artillería de Melilla, y D. Saturnino Giner Ripoll, del Regimiento de Sevilla, en comisión, á los Hospitales de Melilla.

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