

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año II

Madrid, 1 de Julio de 1912.

Núm. 13.

SUMARIO

Una observación de rinitis fibrinosa, por el Dr. A. Ramírez Santaló.—*Localización de los cuerpos extraños en el organismo humano* (conclusión), por Bartolomé Navarro Cánovas.—*Una visita a los leprosos: La Leprosaría de Fontilles*, por Julián Minguiñón.—*El Colegio de Huérfanos*.—*Necrología*: D. Manuel Vegazo y Mancilla.—*Variaciones*.—*Prensa médico-farmacéutica*: El tratamiento de la tuberculosis pulmonar por las tuberculinas.—*Profilaxis de la malaria*.—El tratamiento de la pulmonía.—Sobre un caso de actinomicosis.—La busca de los gérmenes en la sangre en las infecciones febriles.—De la epilepsia consecutiva á la fiebre tifoidea.—El contagio del reumatismo.—*Prensa militar profesional*: Heridas por cuerpos extraños en las penitenciarías militares.—Las causas de las enfermedades en el soldado francés.—Los Congresos especiales para los servicios sanitarios de Ejército y Marina.—*Bibliografía*: El método Röntgen, por D. B. Navarro Cánovas.—Organización del Cuerpo de Estado Mayor, 1810-1910, por el Coronel D. Pio Suárez Inclán.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Julio de 1912.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

UNA OBSERVACIÓN DE RINITIS FIBRINOSA

Presta interés á estos renglones el escaso número de enfermos que con la dolencia mencionada se nos presentan y la imposibilidad de hacer un diagnóstico clínico, cuya necesidad y urgencia por todos es reconocida, ya que el error, en este caso, puede acarrear graves consecuencias al enfermo y á los que le rodean.

Estoy convencido que si observamos rara vez la rinitis fibrinosa, no es ciertamente por su escasa frecuencia, y sí por su tendencia á la curación, que permite creer al médico general en la eficacia del tratamiento que preconiza, y prescindir del concurso del especialista, pasando por ello desapercibida.

Nuestro distinguido compañero D. F. G. solicita que le reconozca, por una afección de la nariz y faringe que aqueja desde hace cuarenta y ocho horas, y que comenzó con escalofríos, á los que siguieron malestar, cefalalgia y ligera reacción febril; por parte de la nariz existen frecuentes estornudos y obstrucción de la fosa nasal izquierda, por la que salía abundante secreción sanguinolenta.

ta y trozos de membranas blancas, consistentes, y algunos de bastante tamaño, llevándole dichas alteraciones á creer en una rinitis diftérica. Padece, además, disfagia.

Al practicar el examen local, vemos se encuentran escoriados los bordes de la fosa nasal izquierda, por la que sale secreción con los caracteres apuntados; con el concurso del espéculum observamos que el cornete inferior y el meato medio, en su mayor parte, están recubiertos por una membrana de color blanco y muy adherente; y cuando después de frotos enérgicos se logra desprender algún trozo, aparece la mucosa sanguinolenta. En la fosa nasal derecha y faringe existe una intensa inflamación.

Le expuse á tan estimado compañero mi creencia, contraria á la naturaleza diftérica de la dolencia, á reserva de lo que arrojará la investigación bacteriológica que iba á realizar, y que consistió en frotis y siembras, revelándome ambos procederes que se trataba de una afección estreptocócica. Le instituí como tratamiento irrigaciones calientes de agua boricada y una pomada antiséptica, y al duodécimo día se encontraba curado.

Es importante insistir en lo invencible de las dificultades que se nos presentan para hacer un diagnóstico clínico, extrañándonos por ello el que gran número de Médicos no crean necesaria la investigación bacteriológica, y que Garel, en su tratado acerca del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la nariz, la recomiende sólo en los casos dudosos, creyendo que, la mayoría de veces, la intensidad de los síntomas, falta de propagación y ausencia de fenómenos generales, bastan para su conocimiento. Se comprende que los autores antiguos, faltos del concurso valiosísimo del Laboratorio, dedicaran la mayor atención al conocimiento de los caracteres físicos de las lesiones, únicos que podían conducirles al diagnóstico de la dolencia; pero que se pretenda afirmar hoy un juicio diagnóstico, fundándose en aquéllos, es conducta que no acertamos á explicar.

Podría citar numerosos hechos clínicos, en los que la omisión del examen bacteriológico ha conducido á errores graves, y toda vez que el problema es el mismo, se trate de las fosas nasales ó de la faringe, voy á referir, con la mayor concisión, los dos siguientes: Hace pocos meses fuí llamado para celebrar consulta con un ilustrado compañero, que asistía á un niño de unos tres años de edad, afecto de amigdalitis, que había diagnosticado de diftérica.

Después de aducir buen número de razones en apoyo de su diagnóstico, me hizo presente su extrañeza por no haber obtenido resultados satisfactorios con las dos inyecciones de suero antidiftérico, que había empleado, y su propósito de hacer una tercera de mayor cantidad, para acabar con aquella embarazosa situación. A mis preguntas de si había practicado examen bacteriológico, contestó negativamente, significándome sus dudas respecto á la necesidad de realizarlo, insistiendo yo en que se practicara, y suspendiendo toda nueva inyección hasta conocer su resultado. En la misma tarde practiqué frotis y siembras, y á la mañana siguiente quedó demostrada la naturaleza no diftérica de la enfermedad.

No menos interesante es otra observación, que se refiere á un sujeto de unos veinte y ocho años de edad, F. L., sargento del Ejército, que me consulta por un infarto ganglionar considerable de la región parotídea izquierda, manifestándome que hacía tres semanas tiene anginas, y que para combatirlas le han practicado tres inyecciones, de 20 c. c. cada una, de suero antidiftérico, sin lograr mejoría alguna; al examinarle la faringe, observo la amígdala izquierda aumentada de volumen y cubierta por una delgada membrana, muy adherente, que el examen bacteriológico demostró su naturaleza estreptocócica, logrando en breve la curación con gargarismos antisépticos, toques con cloruro de cine en dicha glándula y fomentos calientes sobre la piel.

¿Cuál es la naturaleza de la rinitis fibrinosa? No hay unanimidad de pareceres acerca de tan importante particular, creyendo unos, con *Cartaz* y *J. Gibb*, que es casi siempre diftérica, y fundándose para sustentar este juicio en la existencia frecuente del bacilo de *Klebs-Löffler*, y en ser contagiosa. Respecto el primer punto, dice *Löffler* que dicha circunstancia no autoriza á confundir ambas afecciones, y *Bar*, en un importante artículo que publicó, relatando tres observaciones de esta clase de rinitis, afirma que el hecho de existir el bacilo de *Löffler* no permite afirmar sea de naturaleza diftérica, toda vez que se encuentra á veces en las mucosas sanas, sin ser patológico. Mencionaremos el trabajo de *Ch. M. Robertson*, en el que expone el resultado de sus investigaciones en varios enfermos de esa clase de rinitis, sin observar el bacilo diftérico, y sí estreptococos y estafilococos, y el de la influenza, alguna vez.

A nuestro entender, la determinación de la naturaleza de la rinitis fibrinosa no ofrece dudas, y al igual que sucede en la mu-

cosa faringo-laríngea, no debe confundirse con la difteria, á pesar de sus semejanzas clínicas, toda vez que ésta tiene unidad de origen, es una infección específica, carácter que no ofrece la rinitis que estudiamos, que es producida por diversos gérmenes. Esas diferencias patogénicas reclaman diferente tratamiento para cada una, y de este importante particular vamos á decir dos palabras para terminar.

Del tratamiento de la rinitis diftérica no tenemos para qué ocuparnos, ya que ni es ese nuestro objeto, ni cabe decir otra cosa que repetir lo que de todos es sabido: que el suero antidiftérico es su específico. Pero si tal afirmación no es discutible, lo es la eficacia que algunos Médicos pretenden que tenga para combatir las afecciones membranosas no diftéricas de las mucosas, rechazando por ello el proceder de *Mongour*, *Cruchet Mouriquand*, que lo emplean sistemáticamente en todos esos procesos. Aún es más inadmisibles la afirmación de *Charrin* respecto al suero expuesto, al que asigna propiedades antitóxicas generales, y no especiales, y que está en contradicción con cuanto hasta hoy se sabe, pues aun aceptando aquellas propiedades, no pasa esa opinión de la categoría de una hipótesis sin fundamento, bien distinto de lo que á diario observamos respecto á sus virtudes específicas, demostradas en el laboratorio y en la clínica.

Por todo lo que acabamos de decir, y omitiendo hacer mención de los accidentes anafilácticos que siguen á veces á las inyecciones de suero, y que empleado en la forma poco científica que lo fué en los enfermos mencionados es realmente peligroso, por ello, decimos, no aconsejamos el uso del suero antidiftérico en el tratamiento de la rinitis fibrinosa, que combatiremos con irrigaciones nasales alcalinas, pulverizaciones bactericidas, prefiriendo las de nitrato de plata, ó de protargol, al 2 ó al 5 por 100, respectivamente, y el uso de pomadas antisépticas, de aristol, iodol, etc.

DR. A. RAMÍREZ SANTALÓ,

Médico mayor.

Localización de los cuerpos extraños en el organismo humano

Guadrícula para su determinación y técnica del método.

(CONCLUSIÓN)

Para llegar á un resultado preciso, es necesario seguir una técnica cuidadosa. Como se trata de obtener una cantidad lo más exacta posible, hay que adoptar las mayores precauciones para que sean exactos los términos del problema.

En vez de hacer uso de una placa para determinar la profundidad del proyectil, pueden emplearse dos. Esto tiene la ventaja de que se obtienen dos radiografías buenas en lugar de una mala, como en el caso ya expresado. El procedimiento de las dos placas para averiguar la altura del proyectil, ofrece el inconveniente de que es punto menos que imposible substituir la placa primeramente impresionada por la segunda, sin que varíe la posición de la región que se explora, lo cual sería causa de un error importante en el éxito operatorio. Este inconveniente lo hemos salvado mediante la construcción del aparato cuyo dibujo se adjunta (fig. 4.^a); consta de un pie que sostiene un vástago vertical dividido en centímetros y milímetros, el cual termina en su extremo superior en una tabla de 24×30 centímetros. Mediante un sistema de cremallera, se eleva más ó menos la tabla con el vástago. Colocado el trípode bajo la cama radiográfica, y la placa sobre éste, se impresiona la misma, una vez puesto el tubo á la altura conveniente y según la técnica que vamos á explicar. Impresionada la placa, sin que el enfermo se mueva lo más mínimo, se baja la tabla por el juego de cremallera, se retira la placa y se coloca otra en idéntica posición, para lo cual basta con que un ángulo de la placa coincida con otro de la tabla. Se sube ésta hasta la misma altura de la posición anterior, la cual conocemos por la graduación que ostenta el vástago del trípode, y se impresiona. Como se ve, no ha habido necesidad de que el paciente se mueva para impresionar las dos placas en idéntica posición. Impresionadas y reveladas ambas placas, se mide la distancia de las dos sombras del proyectil á un mismo bor-

de de aquéllas, y la diferencia dará en la cuadrícula la profundidad en milímetros del proyectil, en la misma forma que cuando se impresiona dos veces una sola placa.

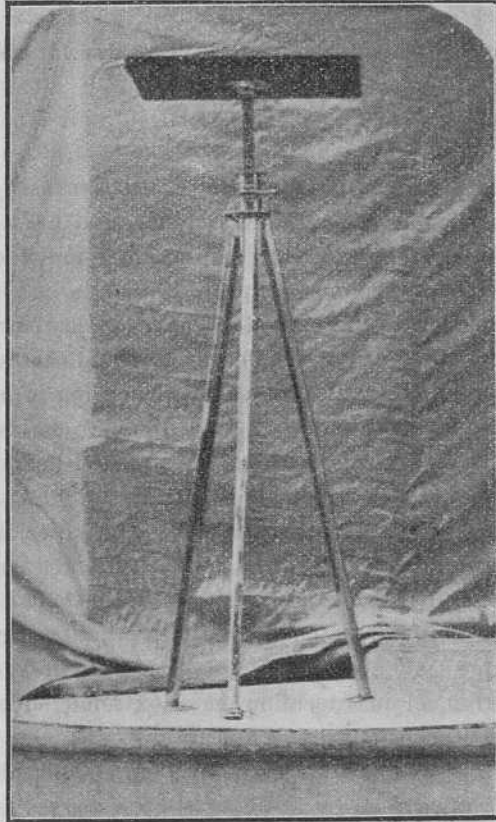


Figura 4.^a

La altura del tubo sobre la placa la tomamos desde el botón metálico en que termina el diámetro principal de aquél, en cuyo diámetro ó eje principal se encuentra el punto de fusión donde se engendran los rayos Röntgen principales que hemos de utilizar, hasta la placa, en dirección perpendicular.

La técnica que hay que seguir es la siguiente:

Previo un examen radioscópico para determinar la región donde se encuentra el cuerpo extraño, se coloca el tubo Röntgen en posición perfectamente horizontal y á 50 centímetros de altura

sobre la placa. Esta altura se mide desde el botón metálico en que termina el diámetro principal del tubo, ó sea desde el extremo del cátodo. Impresionada la placa, se desplaza el tubo paralelamente á ésta 20 centímetros, sin que se muevan lo más mínimo ni el paciente ni el pie soporte, y se vuelve á impresionar la placa en idénticas condiciones que antes. Sometida ésta á las operaciones fotográficas oportunas, se mide desde dos puntos homólogos la distancia que separa las dos manchas que del cuerpo extraño aparecen en la placa, con la escala de profundidades (la superior) de la cuadrícula, á partir de O , y leemos la cantidad que representa la altura ó profundidad del proyectil sobre el plano de la región aplicada á la placa.

Después se marca con tinta un punto en la región que se explora, y en él se fija con aglutinante un cuerpo metálico (un pequeño proyectil). Colócase otra placa en el lugar de la primera, y, sin haber variado la altura ni la posición horizontal del tubo, se hacen pasar los rayos perpendiculares por este proyectil, lo cual se determina mediante una plomada cuyo extremo superior, por donde está suspendida, coincida con el centro de la hemiesfera del tubo que está frente al anticátodo, y el vértice de la plomada con el cuerpo metálico que hemos colocado, y se impresiona dicha placa. En ésta aparecerán dos manchas, la del cuerpo metálico y la del que se trata de averiguar.

Si R es la mancha del cuerpo metálico (fig. 5.^a) y P la del proyectil, éste, por razón de oblicuidad, aparece en la placa más lejos del cuerpo metálico R , representante de la normal, de lo que está en realidad.

Para corregir este error de oblicuidad se mide con la escala de proyección lateral (la inferior) de la cuadrícula, á contar de O , la distancia Rt , y siguiendo la oblicua (del sistema de oblicuas que no cortan la perpendicular que está á la izquierda) más próxima de dicha escala, hasta encontrar la horizontal, cuya profundidad hemos hallado primeramente, tendremos en el punto de cruce la distancia real RS á que se encuentra el proyectil P , cuya situación se trata de averiguar, del cuerpo metálico R , punto de referencia.

Esto mismo se repite con la distancia Rl , que queda reducida á Rn . Con ambas medidas formamos un rectángulo cuyo vértice a señala la situación real del proyectil con relación al cuerpo me-

tálico R . Á partir de este punto se reconstruye sobre la piel el rectángulo $R S a n$.

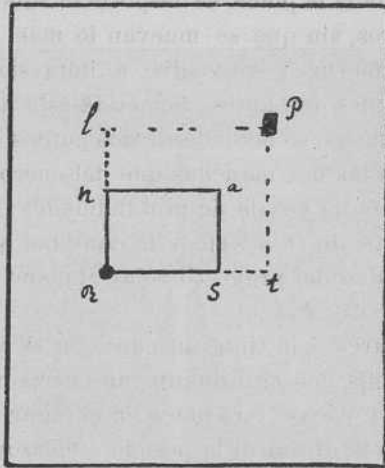


Figura 1.^a

Para señalar en el tubo el punto desde el cual se suspende la plomada, trazamos con una cinta métrica una línea que siga el meridiano longitudinal de la hemiesfera del tubo que está frente al anticátodo, desde la línea media del cuello catódico á la misma del anticátodo (ó del ánodo auxiliar, según el modelo del tubo que se emplee), y se repite esta operación sobre el meridiano transversal medio, para lo cual nos ha servido como punto de referencia el tubito del dispositivo de regeneración del tubo Röntgen. El punto de cruzamiento de ambas líneas meridianas corresponde al paso de los rayos Röntgen normales que hemos de utilizar.

Con lo expuesto basta para resolver el problema de la localización en la mayoría de los casos en que las regiones no sean de muy grande espesor y ofrezcan al mismo tiempo partes óseas que sirven de orientación para la intervención quirúrgica.

Pero cuando estas circunstancias no se reúnan y el problema se presente más dificultoso, recomendamos el uso de dos placas en vez de una para determinar la profundidad del proyectil. Porque con una sola placa puede no impresionarse segunda vez ésta, por extinguirse la sensibilidad de la misma en la primera exposición.

Para evitar que el paciente se mueva lo más mínimo al retirar una placa y colocar otra en idéntica y exacta posición, se hace

uso del tripode adjunto (fig. 4.^a), en la misma forma antes explicadas.

Impresionadas las dos placas, se mide la distancia de las sombras del proyectil á un mismo borde de aquéllas, y la diferencia nos dará en la cuadrícula la profundidad en milímetros del proyectil, en la misma forma que cuando se impresiona dos veces una sola placa.

Se puede llevar á cabo el procedimiento, de manera que el cirujano pueda operar sobre el enfermo sin necesidad de consultar los radiogramas.

Si se trata, por ejemplo, de un proyectil alojado en el muslo, y obtenemos el radiograma para determinar la profundidad en proyección ántero-posterior, pueden ocurrir dos casos: Primero, que el proyectil se encuentre próximo al plano anterior, y entonces, si el cirujano ha de intervenir por dicho plano, tendremos que restar del espesor total del muslo la profundidad del proyectil al plano posterior, y la diferencia hallada nos dará la distancia del proyectil al plano anterior. Como en éste hemos señalado sobre la piel el punto de referencia de la perpendicular, sobre la misma podremos trazar el rectángulo correspondiente, con los datos de la proyección lateral de la cuadrícula para conocer la situación del proyectil. El caso segundo es cuando el proyectil se encuentre cerca del plano posterior. Entonces hay que señalar en éste el punto correspondiente á la perpendicular, trazada con la plomada sobre el plano anterior. Para ello se hace uso del pequeño soporte representado en la fig. 2.^a El extremo de la rama horizontal superior, que es paralela á la inferior, y debe estar en el mismo plano, se aplica sobre el punto de la piel que hemos marcado con tinta, hallándose el trípode descansando sobre un plano, y en estas condiciones, el extremo de la rama inferior nos señalará el punto correspondiente de la perpendicular en el plano posterior, que marcaremos con tinta. Sobre este punto se construye el rectángulo, como en el plano anterior hicimos antes, pudiendo entonces intervenir el cirujano sin consultar la radiografía.

Este método, con su técnica, lo hemos aplicado en cuatro soldados que contenían proyectiles en la pierna y el muslo, y en todos ellos el resultado obtenido ha sido preciso, seguro.

Para terminar, diremos que hemos comprobado experimentalmente, mediante el aparato representado por la fig. 2.^a, la exac-

titud de la determinación del centro de la hemiesfera anticatódica por donde pasa el rayo normal. Como los dos brazos horizontales son de igual longitud y perpendiculares al vástago que los sostiene, cuando sean paralelos en un mismo plano, la normal que pase por la esfera superior, procedente de un tubo colocado horizontalmente, pasará por la inferior, y si en estas condiciones impresionamos una placa, se proyectará la esfera superior sobre la inferior, y obtendremos una sola mancha. Y así es, en efecto.

En resumen: la altura y el desplazamiento que hemos señalado al tubo da por resultado una separación considerable de sombras que permite medirse con gran facilidad y precisión.

La cuadrícula es de fácil manejo, muy sencilla aplicación y gran exactitud.

Con la cuadrícula no es necesario un tubo especial, como el estereoscópico, muy caro, pues sirve cualquier tubo.

Por medio del trípode pueden impresionarse dos ó más placas, sin que el paciente cambie lo más mínimo de posición.

Con el pequeño soporte se señala el punto de la normal, opuesto al de la entrada de los rayos, lo cual nos sirve para marcar el punto por donde el cirujano ha de intervenir.

Con este método se puede practicar la extracción de un proyectil sin que el cirujano tenga que examinar la placa.

La operación más delicada de la técnica es el señalamiento del centro de la hemiesfera anticatódica, porque un error de la misma es transmitido al resultado final de la localización. De esperar es que los fabricantes de tubos Röntgen construyan éstos con dicho centro marcado, ahorrando con ello el radiógrafo tiempo y un posible error, aunque de escasa importancia (muy pocos milímetros), para resolver el tan interesante problema que nos ha ocupado.

BARTOLOMÉ NAVARRO CÁNOVAS,

Médico mayor, Profesor de Radiografía en el Hospital
militar de Madrid.

UNA VISITA Á LOS LEPROSOS

La Leprosaría de Fontilles

No llamaré desencanto, decepción, sorpresa... No sabría encajar en una palabra, suficientemente expresiva, la emoción especial que experimenté al divisar la Colonia-Sanatorio de leprosos... El marco, idealmente sombrío, de la cruel enfermedad, no era aquel en que aparecía ante nuestros ojos, no... Para el gran dolor irremediable, para el terrible infortunio, sin más redención que la muerte, hay sus paisajes y sus cielos en el fondo de la Naturaleza y de las almas; paisajes desolados como esos dolores y esos infortunios: cielos eternamente ceñudos y sombríos; mares dantescos, de olas lívidas, que no tuvieron jamás playas donde tenderse, sino peñascos en que estrellarse...

El paisaje en que se destaca la Leprosaría de Fontilles no tiene ninguna de esas notas sombrías; es un paisaje risueño, tranquilo, encantador.

Hállase la Colonia-Sanatorio en el término de Laguar, en el distrito de Pego, provincia de Alicante, como á doscientos metros sobre el nivel del mar, á media ladera de un monte poblado de pinos en sus alturas; el lugar de emplazamiento no puede ser más adecuado para un Sanatorio de esta índole. Por la parte Norte está defendido de los vientos por la plana del Castellet; al Sur, el Tersal de Murla; y en la parte de Levante se extienden los llanos de Denia, fertilísimos y alegres, limitados allá en la lejanía por la ancha y azulada faja del Mediterráneo, cuyas brisas frescas y salobres recogen los perfumes de la campiña y olean piadosas las úlceras horribles, los tubérculos repugnantes, maculadas las facciones de los enfermos...

¡Pobres leprosos! Separados de la sociedad, que no quiere ver su podredumbre y que teme el contagio de ella, saben que ni para rebelarse tienen derecho, porque adonde fueran les aislaría el asco de todos, y bien están allí, consolados por la triste contemplación de una desgracia común, sin nada que echarse en cara los unos á los otros..., parias de la vida, condenados al dolor nauseabundo de

una enfermedad sin cura, mientras danza alegre la alegría de los cielos y de la tierra á su alrededor... ¡Pobres leprosos! Si no existiera la piedad de lo irremediable, ¡qué desventurados serían!... ¡Pero esa piedad, que borra en el alma de los tísicos la verdadera noción de su gravedad, hace que cuanto más se aproximan á la muerte, más crean en la posibilidad de la vida, también existe para los leprosos, como algo específico de su enfermedad! Están resignados, apacibles, casi alegres, con resignación, con alegría que hace daño...

Aquellas caras leoninas, hinchadas, purulentas, sin cejas, sin pestañas, llenas de tubérculos, se contraen alguna vez con una expresión de alegría, y ríen, ríen espantosamente.

Uno de los leprosos á quien fuí á visitar en Fontilles, acudió al concurso de mi visita... Inflamada la cara con tubérculos cobrizos; roída la nariz por una úlcera, lo vi venir hacia mí, silbando, desenvuelto... Saludó respetuosamente, contestó á mi interrogatorio clínico, y al preguntarle si se encontraba bien allí...

—Perfectamente —me dijo.— Ahora mismo estábamos distraídos otros compañeros y yo tocando la guitarra y cantando...

—¿Cantando? —repuse yo, al notar la voz cascada, la voz leprosa...

—Sí, señor, cantando como se puede. Hay que pasar la vida lo mejor posible.

¿Verdad que es muy amargo, muy triste, muy doloroso todo esto...? Yo fuí allí como Médico, y hubiera querido dejarme el corazón en mi gabinete de trabajo y no hubiera sufrido lo que sufrí.

Han pasado días. Nuevos dolores, nuevos sufrimientos han cruzado junto á mí, y otros me hará olvidar *aquellos*. El ruego de los compañeros de la Comisión mixta de Reclutamiento de Alicante, por la cual fuí nombrado para reconocer leprosos, no fué otro sino que les diera algunas notas técnicas respecto á la terrible enfermedad y condiciones de la Colonia -Sanatorio de leprosos de Fontilles.

Yo, un poco sentimental, iba olvidándome de mi verdadera misión. A ella vuelvo, consignando algunas generalidades pertinentes á esta enfermedad.

La lepra es una infección crónica, producida por un bacillus especial, denominado bacilo Hansen, y, por algunos autores, bacilo Hansen Niesser.

El bacilo de la lepra se parece mucho al de la tuberculosis; es un bastoncillo, aunque más corto y delgado que el bacilo de Koch.

Antes de descubrirse el bacilo como agente patogénico, se consideraron causas determinantes de la lepra las que hoy se consideran no más que elementos coadyuvantes: la suciedad, la alimentación defectuosa (pescado salado, carne de cerdo), la falta de higiene, en una palabra. Al presente se compendia el conocimiento de las causas de la lepra en el estudio del bacilo Hansen y Niesser, y de las condiciones de su transmisibilidad de uno á otro individuo. Desde la Conferencia Internacional sobre la lepra, en el año 1897, se ha reconocido universalmente la naturaleza bacilaria de la enfermedad. Además, Arnigs ha logrado tener la inoculación en el hombre, en un caso.

La lepra es contagiosa; hace falta, como en toda siembra, condiciones de terreno; que es necesario organismo puesto en disposición para recibirla.

No hay lugar á duda á la transmisibilidad por herencia. El que esto escribe ha tenido ocasión de visitar, en las islas Canarias, familias de leprosos, con antecedentes en cuarta generación.

Tres son las formas principales de la lepra:

- 1.^a La forma *tuberculosa*, ó *tuberosa*, ó *leonina*, en que las neoplasias leprosas invaden con preferencia la piel y las mucosas.
- 2.^a La forma anestésica ó *trfoneurótica*, en que las neoplasias leprosas invaden particularmente los nervios.
- 3.^a La forma mixta, en las que se combinan las dos precedentes.

Para algunos autores existe una cuarta variedad: la lepra maculosa ó *lazarina*; pero más es un aspecto general que forma particular de lepra.

El período de invasión se caracteriza por accesos febriles muy irregulares, sensación de laxitud y abatimiento, hasta la somnolencia, cefalalgia, neuralgias y trastornos menstruales, y, por último, erupciones mocuglosas ó vesiculares llenas de humor acuoso. Período que puede durar meses y años, hasta consolidarse en una de las formas apuntadas.

Haremos la descripción de la primera forma *tuberculosa*, por ser la más general y típica de la lepra. Al principio se manifiesta por manchas de color, ya rojo-pálido viscoso, ya violáceo, ya moreno, cuyo centro suele estar coloreado en su periferia. Estas man-

chas suelen desaparecer sin dejar rastro; pero á medida que se prolonga la dolencia son más pertinaces.

Sucedee la fase eruptiva, *tubérculo leproso*.

Los tubérculos leprosos, que aparecen, bien sobre la piel sana ó sobre las manchas anteriormente descritas, son unas nudosidades rojizas, algunas veces morenuzcas, otras algo cobrizas, muy variables en sus dimensiones, desde el grueso de una cabeza de alfiler hasta el de una avellana. Ocupan los tubérculos cutáneos de predilección: 1.º La cara (frente, parte externa, región superciliar, nariz, labios, mentón, mejillas, lóbulo de la oreja). 2.º Manos y antebrazos. 3.º Los miembros inferiores. No deja de llamar la atención que el cuero cabelludo sea rara vez atacado, mientras las demás regiones del cuerpo se quedan sin pelo.

Generalizados los tubérculos leprosos, estos enfermos tienen un aspecto característico, conocido con el nombre de *faz leonina*. Las regiones superciliares prominentes, abolladas y la caída de las cejas exageran la cavidad orbitaria; la nariz se engruesa, se ensancha, se aplana; los labios se hacen voluminosos, prominentes; las orejas afectan dimensiones extraordinarias, debidas á las nudosidades de su borde externo, y más á la infiltración en masa del lóbulo, el cual permanece siempre libre aun en la más enorme hipertrofia, á la inversa de la oreja lúpica, que frecuentemente queda empastada en la superficie de la región subauricular.

Los tubérculos suelen invadir también las mucosas (ojo, nariz, boca, faringe, bronquios); pero las determinaciones laríngeas que dan lugar á la voz cascada, voz leprosa, deben tenerse por manifestaciones precoces de la lepra.

El curso de esta enfermedad suele durar muchos años; en poquísimos casos tiene una evolución rápida, pero siempre termina con la muerte, que sobreviene en el marasmo ó acaece por afección intercurrente, suele ser la tuberculosis.

Los estudios de Hansen, Niesser, Kobuér, Lloir, Arning, Cornil y Babés, Hoggau, etc., dejan sentado:

1.º Que la lepra es transmisible, aunque en realidad sea muy contagiosa.

2.º Que es deficiente el conocimiento de las condiciones de transmisibilidad.

3.º Que con rigurosas medidas profilácticas ó preventivas, como primordial aislamiento de los leprosos, puede extinguirse, como

de hecho ha sucedido en Astrabau y villa derecha del Volga y otras regiones.

4.º Que estas medidas deben extremarse con los leprosos que padezcan las formas leontíneas, ulcerosas y pútridas.

5.º Que no se ha encontrado un remedio eficaz, y mucho menos, específico de esta enfermedad.

De los 38 leprosos recibidos en el Sanatorio de Fontilles, varios han sido sometidos al tratamiento del arsenobenzol (salvarsán ó 606), habiéndose modificado en algunos las manifestaciones ulcerosas, pero sin que podamos formar juicio definitivo, por el poco tiempo transcurrido, para tener una estadística de la cual deducir conclusiones.

El Sanatorio y Colonia de Fontilles reporta un beneficio incalculable, pues aísla á los pobres leprosos, les pone en condiciones higiénicas apropiadas para su mejor tratamiento, y por el sistema de caridad que la rige, levanta la moral de estos enfermos, que merecen toda nuestra consideración.

JULIÁN MINGUILLÓN,

Médico primero.

EL COLEGIO DE HUÉRFANOS

Calificación obtenida por los alumnos del Colegio de Nuestra Señora de la Concepción para huérfanos de Estado Mayor y Sanidad Militar, en los exámenes ordinarios del curso de 1911 al 1912 en el Instituto del Cardenal Cisneros.

NOMBRES	ASIGNATURAS	CALIFICACIÓN
Hermenegildo Balmori Díaz.	Física	Sobresaliente.
	Dibujo, segundo curso . . .	Sobresaliente.
	Psicología y Lógica	Sobresaliente.
	Historia Literaria	Aprobado.
	Fisiología é Higiene	Aprobado.
Carlos Balmori Díaz	Latín, segundo curso	Sobresaliente.
	Gimnasia, segundo curso . .	Sobresaliente.
	Geometría	Notable.
	Francés, primer curso	Aprobado.
	Historia de España	Aprobado.

NOMBRES	ASIGNATURAS	CALIFICACIÓN
Guillermo García Yáñez....	Religión, primer curso...	Sobresaliente.
	Gramática Castellana...	Notable.
	Aritmética y Geometría.	Aprobado.
	Geografía.....	Aprobado.
	Caligrafía.....	Aprobado.
José Esteban Ciriquian.....	Historia de España.....	Sobresaliente.
	Historia Universal.....	Notable.
Telesforo Cueva Gutiérrez..	Historia Universal.....	Sobresaliente.
Gabriel Torres Peralta.....	Historia Universal.....	Notable.
Eduardo Sánchez Borjas....	Ingreso.....	Aprobado.

RESUMEN

Sobresalientes.....	8	} 20
Notables.....	4	
Aprobados....	8	
Suspensos.....	»	
No presentados.....	»	

NOTA. Faltan por examinar los alumnos que se preparan para ingreso en las Academias militares.

NECROLOGÍA

Don Manuel Vegazo y Mancilla,

Médico primero.

Nació en Uhique (Cádiz), en Diciembre de 1881. En Junio de 1903 se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Facultad de Madrid, y en Septiembre de 1905, previos los correspondientes ejercicios de oposición, fué nombrado alumno de la Academia Médico-Militar.

En Febrero de 1906 fué ascendido á Médico segundo, prestando sus servicios en varios Cuerpos de guarnición en la Península, hasta Julio de 1909, que ascendió á Médico primero, y fué desti-

nado al Batallón Cazadores de Segorbe, con el que marchó el mismo mes á Melilla, tomando parte en varios hechos de armas, regresando á la Península, con las fuerzas de su Batallón, en 6 de Agosto de 1910.

Actualmente se encontraba en Melilla con el referido Batallón, que, con motivo de la presente campaña, había marchado nuevamente á aquel territorio.

Se hallaba en posesión de la medalla de Melilla y de dos cruces rojas del Mérito Militar, una de ellas pensionada.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

VARIEDADES

En Alcazarquivir tuvo lugar, en la primera quincena del pasado Junio, la inauguración del magnífico Dispensario establecido por el Gobierno de nuestra Nación, bajo la dirección del distinguido médico primero del Cuerpo D. Ramiro Torreira.

Al importante acto, que tiende á aumentar nuestra esfera de influencia, mediante la labor más positiva y apreciada por los naturales, asistieron los Cónsules, las autoridades indígenas y los Jefes y Oficiales de las fuerzas militares españolas.

*
* *

Según nos comunican de Santa Cruz de Tenerife, la recaudación á favor de los heridos de Melilla ha alcanzado la respetable suma de 8.000 pesetas, habiendo tomado parte muy lucida en la gestión y festejos celebrados con ese motivo el personal del Cuerpo de Sanidad Militar, que secundó muy bien las iniciativas de su celoso Jefe el Subinspector de primera clase D. José Fernández Alvarez.

Además del concurso de los Sres. Portas y González Granda á que nos referíamos en nuestro número anterior, fué muy elogiada la labor del Médico primero D. Alberto del Moral, y de los Farmacéuticos militares Sres. Millán y Navarro.

*
* *

En nuestra pasada edición omitimos inadvertidamente el nombre del Médico primero D. Santos Rubiano, entre los individuos del Cuerpo encargados de distintas ponencias oficiales en el próximo Congreso de San Sebastián.

El referido compañero desarrollará el tema «El cuartel y la tuberculosis».

* *

Con motivo de haber solicitado el pase á la reserva el excelentísimo Sr. D. José Chicoy, que tan grato recuerdo deja en el Cuerpo, han ascendido al empleo inmediato el prestigioso é ilustrado Inspector Excmo. Sr. D. Manuel Gómez Florio, y el respetable Subinspector Médico de primera clase D. Cayetano Rodríguez Rfos.

A los Establecimientos de Instrucción é Industrias ha sido destinado el Excmo. Sr. D. Jaime Sánchez de Lapresa, Inspector de la quinta Región, que tantas y tan justas simpatías ha sabido conquistar en los cargos que ha desempeñado.

Nuestra enhorabuena á los tres últimos, lamentando el alejamiento de la escala activa del Inspector Sr. Chicoy.

* *

El 26 del pasado cumpliósse el segundo aniversario de la sentida muerte del distinguido Médico mayor D. Angel de Larra y Cerezo, inolvidable Director de esta publicación.

* *

La Voz de Galicia, el popular diario coruñés, dedica en uno de sus últimos números la primera plana á una extensa información acerca del Hospital militar de aquella Plaza, publicando varios interesantes grabados del edificio y sus dependencias.

El redactor que visitó detenidamente el Establecimiento hace grandes alabanzas del perfecto estado en que halló los servicios y locales, dedicando merecidas frases de elogio á los Jefes y Oficiales del Cuerpo que han sabido colocar aquel Hospital en condiciones que le hacen orgullo del Ejército.

* *

Procedente de Melilla y Badajoz, hemos tenido el gusto de saludar al Médico primero D. Emilio Blanco Lon, activo corresponsal que fué de la REVISTA en la primera población citada.

*
* *

El *Diario Oficial* publicará, de un momento á otro, la convocatoria para cubrir cuarenta plazas de Médicos-alumnos de la Academia Médico-Militar:

*
* *

Hemos recibido un atento B. L. M. del Dr. Queraltó, Presidente de la Sección catalana del Instituto Internacional para la difusión de las experiencias sociales, en que nos da cuenta de la constitución de este nuevo organismo científico, remitiéndonos las bases que, por su mucha extensión, nos vemos privados de poder publicar.

Deseamos á la nueva Sociedad muchos triunfos y luenga vida.

*
* *

El Dr. D. Sebastián Recasens, Catedrático de la Facultad de Medicina, ha tenido la atención de remitirnos un ejemplar de las lecciones de Ginecología explicadas durante el último curso.

Damos las gracias al reputado especialista.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar por las tuberculinas. —

Si el hombre sano no reacciona más que á dosis de 10 miligramos de tuberculina, no sucede lo mismo en el tuberculoso, cuyo organismo se comporta como si estuviese *sensibilizado*.

Se distingue la reacción que pre-

senta el tuberculoso, en reacción peligrosa y reacción útil.

La primera, de la que es preciso preservarse á toda costa, puede ser el botafuego que haga evolucionar bruscamente una tuberculosis en evolución, y se caracteriza por tres órdenes de fenómenos: fenómenos locales (hinchazón, rubicundez, ca-

lor, que aparecen en el sitio de la picadura algunas horas después de la inyección; fenómenos generales (fiebre que comienza cuatro ó cinco horas después de la inoculación y persiste uno á tres días); reacciones de foco (congestión de las tuberculosis externas en la pleuresia, bronco-neumonía, meningitis tuberculosa, hemoptisis en la tuberculosis pulmonar).

La reacción útil se limita á un eritema local muy limitado, á una ligera elevación de temperatura (3 á 5 décimas) y á una modificación de los signos pulmonares. Lo más frecuentemente es ésta la única reacción que se observa.—(*Journal des Praticiens.*)—*J. P.*

* * *

Profilaxis de la malaria.—En los *Arch. fr. Schiffs en Tropic-Hyg.*, tomo 15, cuaderno 23, discute Treutlein lo relativo á la profilaxis de la malaria por medio de quinina, y protección mecánica contra picaduras de los mosquitos, aceptando que dicha droga no evita los ataques. Para probarlo, aduce argumentos propios y de otros autores. Así, Zupitza, tomando regularmente quinina en el Africa alemana, sufrió tres ataques consecutivos de la fiebre. Entonces dejó de usar el medicamento y recurrió á la protección por medios exclusivamente mecánicos, usando botas altas, cuello cerrado y un velo que cubría la cabeza, además de guantes para las manos. Con este sistema, que también probó Treutlein, estuvieron expuestos á la infección durante dos años, sin sufrir un solo ataque de malaria.

Hace notar además la experien-

cia de un batallón del Ejército Boliviano, que fué enviado en 1909 al distrito de Amazonas, y sujeto á profilaxis sólo por la quinina, resultando que en muy pocas semanas, más de la mitad de los soldados padecían ya paludismo y estaban incapacitados para el servicio.

Cree también el referido autor que dosis grandes de quinina son nocivas para los corpúsculos blancos de la sangre en personas sanas, fundándose para esto en algunos experimentos hechos con objeto de estudiar la cuestión. Tomando frotis de sangre en individuos sanos, antes y después de las comidas, tiñéndolos por el Giemsa, y haciendo lo mismo á las veinticuatro horas de administrarles una dosis de quinina, comprobó que esta última sangre tenía los núcleos de los leucocitos polinucleares desiguales, rotos y desigualmente teñidos, formando un marcado contraste con los recogidos antes de suministrar el medicamento. En las personas que sufren de malaria y son tratadas por la quinina, no sufren los polinucleares, habiendo más predilección colorante por los parásitos que por los corpúsculos blancos.—*A. Morales.*

* * *

El tratamiento de la pulmonía, por el Dr. Ferber.—Conviene el autor en que nada nuevo puede decirse sobre el tratamiento de esta enfermedad; pero, dice, conviene de vez en cuando pasar revista á los medios de que disponemos, para rectificar ó ratificar nuestros juicios. Afirma que no debe perderse de vista que la pulmonía, como las fiebres eruptivas, anginas catarrales y otras enfermedades, tiene un ci-

clo fijo, y que han fracasado hasta la fecha todos los medios abortivos. Durante este ciclo se presentan las complicaciones en las que reside el peligro mayor, pero que en el medio militar, con hombres de veinte á veinticuatro años, son raras.

Recomienda el uso de la morfina contra el dolor de costado, afirmando ser infundado el temor de su acción depresiva sobre el corazón. Respecto al alcohol, afirma que es indudable la acción beneficiosa del vino en uso moderado en todos los casos, pero que conviene reaccionar contra los que preconizan altas dosis de alcohol en todos los enfermos. Para los casos muy graves debe utilizarse el vino añejo, aun en altas dosis, como estimulante de la debilidad cardíaca y vascular; el cuadro sintomatológico general y los medios de exploración de la presión vascular, serán los guías del médico para precisar estos casos.

Lo mismo puede decirse sobre el empleo de la digital: sus preparados, y especialmente el digalino, dan excelentes resultados como tónicos cardíacos; pero su uso debe quedar reservado para los pulmoniacos cardíacos, y no emplearse sistemáticamente.

No son raras alteraciones en la circulación pulmonar con disnea y cianosis, debidas á debilidad de las aurículas; para estos casos están indicados el alcanfor, el benzol, café cargado, vinos espumosos.

Termina diciendo que el médico debe tener presente que hay casos, no raros, en los que el curso es más corto, espontáneamente, no por intervención nuestra, y que en los Hospitales militares, donde los enfermos son resistentes y las complicaciones raras, nuestro deber es

estorbar lo menos posible el curso normal de la enfermedad, sin dejar de tener presente que no hay dos enfermos exactamente iguales, y que, por lo tanto, es un error sistematizar ninguna clase de tratamiento.—(*Deust. Milit. arzt. Zeit.* 1912, H. 10.)—*F. G. D.*

* * *

Sobre un caso de actinomicosis.—

M. Ruchand describe la siguiente observación:

Un individuo entra en el hospital con una tumefacción de la región cervico-facial derecha, habiéndole empezado quince días antes por un pequeño ganglio subagudo-maxilar, móvil y sensible á la presión. Cuatro días antes de su ingreso, la tumefacción aumentó considerablemente. El examen hizo constar la existencia de un tumor del tamaño de una mandarina regular, acabalgado sobre el borde inferior del maxilar, adherente al hueso y á la piel, y de un color rojo vinoso. Trismo intenso, dolor violento é insomnio.

El diagnóstico clínico de actinomicosis se hace en firme y se verifica una incisión vertical profunda detrás del masetero: los dolores desaparecen pronto, y el enfermo puede dormir. Se practica en el tumor una inyección de cloroformo iodado, y la herida se rellena de gasa impregnada en la misma solución, dándosele al interior 6 gramos de ioduro potásico. Curación en tres semanas.

El examen directo al microscopio y el cultivo sobre patata, practicados con el producto del raspado del tumor, confirmaron el diagnóstico de actinomicosis.

El enfermo, que había sufrido el año anterior varias extracciones dentarias, practicadas por un Veterinario con una llave de Garengeot, de asepsia dudosa, tenía la costumbre de morder trozos de hierba ó de paja, y seis meses antes de su ingreso en filas había cuidado bueyes atacados de la actinomicosis de los bóvidos.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Mayo 1912.)—*J. P.*

* * *

La busca de los gérmenes en la sangre en las infecciones febriles, por el Dr. Broese.—Sabido es que con la denominación de fiebres tifoideas benignas, fiebres gástricas, infección intestinal y hoy día de paratífus, se engloban un conjunto de estados infecciosos, cuya causa, las más de las veces, nos es perfectamente desconocida, siquiera nosotros le apliquemos el título que más nos venga en gana. La busca del germen en heces y orinas y el suero-diagnóstico permiten en algunas ocasiones establecer un diagnóstico exacto; pero en otras muchas nos dejan, por sus resultados negativos, en igual incertidumbre. El hecho bien establecido de que en casi todos estos casos se trate de infección general, cuyos gérmenes viven en la sangre, ha llevado al Dr. Broese á la práctica de los hemo-cultivos de un modo sistemático en todas estas infecciones. En dos casos en los que el diagnóstico clínico era de paratífus, encontró gérmenes de la supuración *strep-tococo* en uno y *estafilococo* en otro, y esto le induce á creer que quizá en muchos más sean bacterias piógenas corrientes las responsables de

estos cuadros clínicos tan poco precisos. Hace notar el autor cómo en ambos casos los síntomas gastro-intestinales eran muy marcados, lo que permite suponer que la eliminación de los gérmenes y toxinas por esta mucosa da lugar á síntomas análogos, cualquiera que sea el germen que se elimine, lo que también ocurre con muchos venenos vegetales. Termina el autor recomendando esta práctica en todos los casos de fiebre alta de sintomatología poco precisa. (*Deust. Militärzt. Zeit.* 1912. H. 9.)—*F. G. D.*

* * *

De la epilepsia consecutiva á la fiebre tifoidea.—Entre las causas que pueden producir la epilepsia, dice Marie, las infecciones tienen con mucho el principal papel, si bien no puede, en rigor, eliminarse enteramente el que representan las intoxicaciones. La epilepsia, no siendo más que un síndrome, ligado ordinariamente á alteraciones discretas y frecuentemente latentes, debe ser considerado como una enfermedad transmisible directa ó indirectamente. La causa de la epilepsia es siempre exterior al enfermo y posterior á su concepción.

Chalier y Juilhé, á propósito de una observación personal, y después de exponer trabajos similares referentes á esta cuestión, concluyen de la siguiente manera:

La fiebre tifoidea, al igual que otras enfermedades infecciosas, es capaz de crear la epilepsia, provocando de parte de las meninges y del cerebro alteraciones discretas habitualmente y frecuentemente latentes.

La epidemia no depende directa-

mente de la infección misma, sino de lesiones que engendra en el encefalo y sus cubiertas, y así se explica que pueda aparecer tardíamente con relación á la infección.

Es, sin duda, creando cicatrices nerviosas indelebiles como resulta la fiebre tifoidea uno de los factores etiológicos de la epilepsia. — (*La Presse Médical*, Septiembre 1911.) *J. P.*

* * *

El contagio del reumatismo.—Se ha preguntado, hace algún tiempo, y especialmente un autor inglés, Mantle, si se podía considerar el reumatismo articular agudo como contagioso, al menos en ciertas circunstancias.

El Dr. Mounier ha dedicado su Memoria del Doctorado á este asunto, y aporta cierto número de documentos que nos resolverían por la afirmativa (1).

El reumatismo se conduce, en efecto, como una enfermedad infecciosa, por sus manifestaciones, aunque todavía no se haya demostrado su origen microbiano, y también se comporta como una enfermedad epidémica (en 1911, en Lille, fué tres veces más frecuente que en los años precedentes).

De la noción epidémica á la no-

(1) Tesis de Lille, 1912.

ción de contagio, no hay gran distancia. El autor cita varias observaciones personales, en las cuales se ve á diversos miembros de una misma familia atacados sucesivamente en condiciones tales, que la transmisión por contagio puede verdaderamente sospecharse.

Desde luego, Thoresen afirma haber visto hacerse la transmisión en un caso, por el intermedio de terceras personas.

Feltkamp y Friedlander afirman igualmente haber observado casos de contagio en el hospital.

Este último autor hasta añade que el contagio era tan manifiesto, que se habia creado en el hospital de Leipzig un servicio de aislamiento para los reumáticos.

Son de señalar también las estadísticas de Edlefsen, que ha observado que en Kiel el reumatismo daba lugar, como el tífus y la neumonía, á epidemias de casas (*Hauskrankheit*).

Fiessenger, en fin, ha visto en Oyonnax el reumatismo articular agudo reaparecer después de varios años en una decena de habitaciones.

Todos estos hechos, si no permiten afirmar el contagio de la enfermedad, son al menos muy favorables á esta hipótesis. — (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 Mayo 1912.)—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Heridas por cuerpos extraños en las penitenciarias militares, por el Dr. E. Mangelsdorf.—El servicio

médico en las penitenciarias militares y tropas disciplinarias tiene cierto sello especial que nace del

modo de ser de los individuos que integran estas colectividades. Una de sus características es la frecuencia de simulaciones, y algunas veces se observan enfermedades, traumatismos de preferencia, provocados sin otro fin que el de pasar una temporada en la enfermería.

El autor de este trabajo tuvo ocasión de observar en la penitenciaría militar de Cöln 15 casos de heridas por agujas de coser, en un espacio de tiempo de diez y ocho meses, en individuos que excepcionalmente tenían que coser.

Un detenido estudio de las circunstancias que concurrían en los traumatizados le da las siguientes conclusiones:

1.^a Eran exclusivas de individuos que habían de tardar largo tiempo en quedar libres y que habían tenido muy mala conducta en sus Regimientos.

2.^a En dos tercios de los casos, los individuos, después de terminar el tiempo de prisión, habían de volver a los Cuerpos para terminar el tiempo de servicio.

3.^a En cuatro quintos de los casos tenían bastante práctica en la costura, y en dos tercios, muy grande.

4.^a Que en cuatro quintos de los casos, el jornal de su trabajo era casi cero, y, por lo tanto, no disfrutaban de mejoras de alimentación.

5.^a Que en 15 de los casos, la mala conducta dentro de la prisión les había hecho acreedores á penas extraordinarias.

Tres de estos individuos fueron eliminados del servicio por presentar trastornos mentales.—(*Deust. Milit. artz. Zeit*, 1912. H. 9.)—*F. G. D.*

Las causas de las enfermedades en el soldado francés.—He aquí las conclusiones que establece M. Labit, Médico principal de primera clase:

1.^a La aplicación de la ley de 21 de Marzo de 1905 ha dado por resultado agravar el estado sanitario del Ejército:

a) Porque es un hecho de observación que toda reducción de la duración del servicio militar produce este resultado;

b) Porque la ley precitada ha aumentado sensiblemente el número de jóvenes soldados presentes bajo las banderas que pasa de la mitad del efectivo, en vez de constituir el tercio, y disminuye la edad de los antiguos, disminuyendo su entrenamiento y, por tanto, su resistencia;

c) Porque ha introducido en las filas del Ejército un elemento esencialmente vulnerable: los jóvenes del servicio auxiliar activo.

2.^a Que contrariamente á la opinión corriente que combate á la cabeza de los Médicos militares M. Delorme, el Ejército no es un foco donde las enfermedades contagiosas se difunden en la población civil.

Es precisamente lo contrario lo que es cierto, pues:

a) Si la epidemia militar es algunas veces la primera en presentarse, es mucho más frecuente la extensión al cuartel de la endemio-epidemia urbana;

b) La propagación desde el cuartel al medio urbano es más perjudicial que la propagación inversa, porque se aísla y se desinfecta cuidadosamente el cuartel, tan pronto aparecen los primeros casos militares. Mientras los casos de transmi-

sión del medio urbano al cuartel son muy numerosos, los casos contrarios son excepcionales;

c) Los cambios morbosos entre los dos grupos se operan con la ayuda de militares de todas categorías; pero, sin embargo, con una predilección significativa por aquellos que viven en relación más directa con la población. Los contagios en los cantones son del mismo orden;

d) Los jóvenes soldados entre los cuales algunos son siempre atacados, á su llegada, de enfermedades contagiosas diversas, contraídas en su país de origen, son para los cuerpos armados los proveedores más seguros de estas dolencias, cuya perennidad contribuyen á asegurar;

e) Las licencias y permisos juegan en esta etiología un papel no menos decisivo, y gracias á los contactos inevitables entre ellos en las horas que siguen á su regreso, merced á la incubación y á los casos frustrados y desconocidos, concurren activamente al mismo resultado más seguramente que la problemática reviviscencia de gérmenes cuya demostración irrefutable consagrará el fracaso de las medidas de desinfección.—(*Archives de Mé-*

decine et de Pharmacie Militaires, Marzo, 1912.)—J. P.

*
*

Los Congresos especiales para los servicios sanitarios de Ejército y Marina, por el Dr. Myrdacz.—En el 16 Congreso Internacional de Medicina en Budapest, propuso el Delegado español del Ministerio de la Guerra, Dr. Larra y Cerezo, que, independientemente de los Congresos científicos, los Médicos militares se reunieran periódicamente para estudiar material y cuestiones sanitarias. Se nombró una Comisión para estudiar esta propuesta de la que fué ponente el Dr. Myrdacz, el cual defendió calurosamente la idea rebatiendo las objeciones que pudieran hacersele. Pero no habiendo dado su conformidad todos los países, el ponente cree preferible no pronunciarse en pró ni en contra de ella y entregar la cuestión al estudio del Comité Internacional de Estadística sanitaria, á fin de que nuevos estudios y observaciones sirvan de base á una resolución ulterior definitiva.—(*Militärarzt*, 1912, núm. 2, y *Deust. Milit. arzt. Zeit.*, 1912, núm. 10.)—F. G. D.

BIBLIOGRAFÍA

El método Röntgen, por D. B. Navarro Cánovas, Médico mayor de Sanidad Militar.

Este eminente radiólogo militar ha dado nuevas pruebas de su laboriosidad y de su talento. No hace falta descubrir la personalidad del autor del libro que nos ocupa, pues en nuestro Cuerpo es

bien conocida. Hombre de gran cultura, y con un cariño exagerado por la radiografía, se ha consagrado á ésta en cuerpo y alma; además, el dominio completo del alemán le ha permitido estudiar con toda pureza los trabajos originales que sin cesar realizan los compatriotas del inmortal Röntgen, que son ciertamente los más completos y los más profundos y serios que se producen.

Bastaría lo dicho para comprender la gran facilidad que, auxiliado por el trabajo de nuestro estimado compañero, encontrará en su iniciación el médico novel, pero también el que se considere conocedor de la especialidad y ducho en la técnica radiológica, encontrará cosas muy útiles que le aclararán conceptos oscuros ó le marcarán caminos nuevos que terminan en facilidades evidentes.

En toda la obra de Navarro Cánovas se goza de un lenguaje fácil y sobrio que, hermanado con la claridad y la concisión que le acompañan, da por resultado el verdadero acierto literario equivalente á decir sólo lo indispensable, exponiéndolo con toda claridad y con las menos palabras posibles.

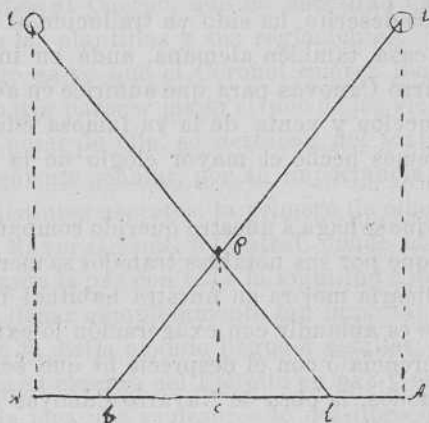
La primera, de las tres partes que lo componen, trata de los fundamentos físicos de los aparatos Röntgen, y, procediendo en orden sucesivo desde lo sencillo á lo complicado, estudia todo cuanto un radiólogo necesita saber para darse buena cuenta de cómo y por qué funciona su instalación. Aquí los capítulos que más nos gustan son los que tratan los difíciles asuntos de la inducción y de los tubos Röntgen. Nuestra predilección por estos capítulos se deriva de su originalidad y de que, respecto á lo demás, se pueda aprender algo en los libros corrientes; pero de esos dos puntos, nadie, que nosotros sepamos, dice tantas cosas y tan claras como las que se leen en el libro de Navarro Cánovas.

La segunda parte comprende la técnica radiológica en general, y en particular la radiografía estereoscópica, la ortodiagrafía y la ortofotografía, terminando con un interesantísimo procedimiento del autor, para localización de cuerpos extraños.

En este punto preciso es donde ha logrado su más señalado triunfo nuestro estimado compañero. Bien conocida es la importancia que tiene para el cirujano, sobre todo militar, saber exactamente la situación de un proyectil, una esquirla, un cuerpo extraño, etc., etc. Navarro Cánovas ha estudiado profundamente esta cuestión, y ha resuelto un gran problema, pues gracias á la cuadrícula por él inventada, cualquier radiólogo, sin necesidad de

hacer cálculo alguno, puede aplicar á su caso el principio geométrico de localización ideado por Perthes.

Para que los profanos en la especialidad radiológica puedan juzgar la bondad del procedimiento y el mérito de la cuadrícula de Navarro Cánovas, haremos la ligera explicación que sigue: Cuando se proyectan rayos Röntgen sobre la placa fotográfica desde una misma altura, pero desde dos puntos distintos, dichos rayos, al atravesar una región orgánica que contenga un cuerpo extraño, opaco á los mismos, dibujarán en la referida placa dos sombras con la silueta de aquél. Fácilmente se comprende, con sólo ojear el adjunto esquema, que la separación que exista entre esas dos sombras dependerá de la altura á que se halle el cuerpo extraño.



Obteniendo un cliché en las condiciones prefijadas por el autor, basta medir con su cuadrícula la distancia $b. b.$ para que en el acto sepamos el valor en milímetros de la perpendicular $P. c.$, ó, lo que es igual, la profundidad exacta á que se halla el cuerpo extraño.

Sabido este dato, se procede á efectuar lo aconsejado por Furstenan para lograr referencias precisas á los planos sagital y horizontal, y haciendo ahora también uso de la ya nombrada cuadrícula, localizamos la situación del cuerpo extraño con relación á las tres dimensiones de la parte enferma en que se aloja. En nuestro gabinete röntgenológico particular hemos comprobado experimentalmente el procedimiento, y los resultados obtenidos acusan la mayor exactitud y sencillez.

Más de cien procedimientos de localización se habían ideado hasta ahora, y ese mismo número, por ser tan crecido, es de sobra elocuente para servirnos de apoyo en el decir que ninguno era bueno.

El libro de Navarro Cánovas termina con una parte tercera y un apéndice. Aquélla, trata del diagnóstico radiológico en medicina interna y externa; trae luego el diagnóstico radiológico por el Dr. G. Holzknecht, el método fotográfico y un capítulo dedicado á las lesiones que producen los rayos Röntgen. El apéndice es un interesante tratado de la radiografía en campaña.

Viene prologada esta obra por el notabilísimo ingeniero radiólogo constructor D. Federico Dessaner, de fama mundial, y con esto y con decir que el procedimiento de localización que tan someramente hemos descrito, ha sido ya traducido al alemán, y que una importante casa, también alemana, anda en inteligencia con el maestro Navarro Cánovas para que autorice en aquel y en otros países la construcción y venta de la ya famosa cuadrícula por él inventada, habremos hecho el mayor elogio de la bondad de su obra.

Desearíamos que se haga á nuestro querido compañero de Cuerpo toda la justicia que por sus notables trabajos se merece, tanto más cuanto ello implicaría mejora en nuestra habitual manera de ser, pues lo corriente es aplaudir con exageración lo extranjero y matar con la indiferencia ó con el desprecio lo que se produce en el país. De todos modos, la obra de Navarro Cánovas cumple primorosamente las necesidades que, en bibliografía radiológica, sentía la raza latina; ello merece un aplauso, y nosotros se lo enviamos muy sincero, pues no por ser de casa, hemos de faltar á los más elementales deberes de la corrección y de la justicia.—*M. Inigo.*

*
* *

Organización del Cuerpo de Estado Mayor, 1810-1910, por el Coronel D. Pío Suárez Inclán. Madrid, 1912.

Esta obra, que su distinguido autor, ya conocido en la literatura militar por otros trabajos estimables, ha tenido la atención de enviarnos, es una relación detallada de las vicisitudes por que ha pasado el Cuerpo de Estado Mayor desde su primera aparición en el Ejército español, cuando la Regencia del Reino lo constituyó, á

propuesta del General D. José Blake, hasta la fecha en que se cumplieron cien años.

Más que un trabajo de historia, es una cronología en que se van registrando las diferentes fases por que ha ido pasando dicho Cuerpo, favorables las más, pero también contrarias en muchas ocasiones á su desarrollo y aun á su existencia, que ha sido, por lo menos, laboriosa y siempre amenazada, y que sigue siéndolo aún por una parte de la opinión militar, que estima debe desaparecer como Cuerpo y plantearse como servicio prestado ocasionalmente por Oficiales de todas armas que tengan ciertas aptitudes reconocidas para desempeñarlo.

El autor ha vencido la natural aridez del asunto con fortuna, haciendo un libro de lectura agradable por su excelente estilo, aun para los extraños al Cuerpo, que no necesitan entrar en detalles minuciosos de las plantillas y sus reglamentos.

Desde luego se ve que el Coronel Suárez Inclán ha huído de todo lo que podría parecer juicio crítico de las vicisitudes que enumera; pero, á pesar de ello, se destacan del texto tres ideas que creemos conveniente señalar, por su importancia, aunque la tengan en muy distintos aspectos: la primera de ellas es la necesidad de un Estado Mayor General ó Central, donde no sólo se prepare la guerra durante la paz con toda la amplitud é independencia que requiere para llenar cumplidamente tan importante cometido, sino que sea el que la dirija cuando llegue á estallar; en una palabra, que constituya el cerebro del Ejército en paz y en guerra.

La segunda idea que se desprende del libro que examinamos, es que el autor, y seguramente no es sólo él en su Cuerpo, lamenta la ruptura de la escala cerrada, hecha en 1893, admitida por apatía y arraigada después; y la última, el temor de que los Oficiales salidos de la Escuela de Guerra y no entrados en el Cuerpo, puedan ser la base para convertir éste en servicio. Ambos puntos son muy delicados para tratados de pasada, pero bueno es que nuestro Cuerpo se fije en ellos, por las consecuencias que los mismos ú otros hechos ó medidas análogas podrían traer.

La parte material del libro honra á los talleres del Depósito de la Guerra, en donde ha sido editado.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 28, Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 136) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Juan Sánchez Pallasar, D. Nemesio Agudo de Nicolás, D. Manuel Sánchez Barriga Burgos, D. José Prieto Muñoz, D. Fidel Pagés Miravé y D. Vicente Vidal Frenero, y á los Médicos segundos D. Felipe Pérez Feito y D. Ramón Zorrilla Polanco.
- 13 Junio.—Real orden (*D. O.* núm. 133) concediendo al Médico segundo de la Reserva facultativa del Cuerpo, D. Antonio Lamarque Sánchez, la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, por haber prestado durante dos años servicio como Médico provisional.
- 19 » Real decreto (*D. O.* núm. 137) disponiendo pase á situación de reserva, á solicitud propia, el Inspector Médico de primera clase D. José Chicoy Ferrer.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 137) promoviendo al empleo de Inspector Médico de primera clase al de segunda D. Manuel Gómez Florio.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 137) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la cuarta Región al Inspector Médico de primera clase D. Manuel Gómez Florio
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 137) nombrando Vocal de la Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar al Inspector Médico de segunda clase don Jaime Sánchez de Lapresa.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 237) promoviendo al empleo de Inspector Médico de segunda clase al Subinspector Médico de primera D. Cayetano Rodríguez Ríos.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 137) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la quinta Región al Inspector Médico de segunda clase D. Cayetano Rodríguez Ríos.

21 Junio.—Real orden (*D. O.* núm. 139) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda D. Félix Estrada Catoyra, al Médico mayor don Francisco Ibáñez Aliaga y á los Médicos primeros D. Adolfo Chamorro Lobo, D. Gaspar Araujo Lecces y D. Domingo Maiz Eleicegui.

22 » Real orden (*D. O.* núm. 141) concediendo al Médico mayor don José Valderrama Martínez la cruz de segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, pensionada con el diez por ciento del sueldo de su actual empleo hasta su ascenso al inmediato, por la Memoria de que es autor, titulada *Cuestiones sanitarias*.

25 » Real orden (*D. O.* núm. 142) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico segundo D. Vicente Ganzo Blanco.

» » Real orden (*D. O.* núm. 142) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Leopoldo Martínez Olmedo.

26 » Real orden (*D. O.* núm. 143) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Médicos mayores: D. José Castellvi y Vilá, de asistencia á Generales de cuartel y reserva y Jefes y Oficiales excedentes y de reemplazo en Barcelona, y en comisión en el Hospital de la Coruña, cesa en la expresada comisión, incorporándose á su destino de plantilla, y D. Alfredo Conejo y Sola, de la Fábrica de Pólvora y Explosivos de Granada, y en comisión en el Hospital de la Coruña, cesa en la expresada comisión, incorporándose á su destino de plantilla.

Médicos primeros: D. Carlos Vilaplana y González, de las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Pamplona, y en comisión en las tropas afectas al servicio de aerostación y alumbrado en campaña y en los talleres del material de Ingenieros, á las citadas tropas de aerostación, en plantilla, continuando además en comisión en los referidos talleres; D. Francisco de la Peña y Azaola, del Hospital militar de Bilbao y en comisión en el de la Coruña, cesa en la expresada comisión, incorporándose á su destino de plantilla; don Aurelio Ripoll Herrera, de la tercera compañía de la Briga-

da de tropas del Cuerpo, y en comisión en los Hospitales de Melilla, al Batallón Cazadores de Segorbe, núm. 12, en comisión, cesando en la que actualmente desempeña y sin causar baja en su destino de plantilla, y D. Luis Fernández Valderrama y Fernández, del Parque de Sanidad Militar y en comisión en las tropas afectas al servicio de aerostación y alumbrado en campaña, cesa en la expresada comisión, incorporándose á su destino de plantilla.

Médicos segundos: D. Enrique Monereo Francés, de la ambulancia de montaña núm. 1, y en comisión en la de Brigada expedicionaria en Melilla, á la ambulancia montada de la primera Región y en comisión á los Hospitales de Melilla, cesando en la que actualmente desempeña; D. Federico Ramos de Molins, de la primera sección de la cuarta compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo y en comisión en la de Reclutamiento de Murcia, cesa en dicha comisión, incorporándose á su destino de plantilla; D. Ricardo Murillo Ubeda, del Fuerte de Coll de Ladrones, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Gerona, núm. 22; D. Joaquín Trias Pujol, de la ambulancia montada de la primera Región y en comisión en los Hospitales de Melilla, á la ambulancia de montaña núm. 1 y en comisión á la de la Brigada expedicionaria en Melilla, cesando en la que desempeña en dichos Hospitales; D. Antonio Ortiz Marugán, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Gerona, número 22, al Fuerte de Coll de Ladrones, y D. Eusebio Jimeno Sáinz, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Almansa, núm. 18, y en comisión en el segundo del de Luchana, núm. 28, cesa en la referida comisión, incorporándose á su destino de plantilla.

Médicos provisionales: D. Vicente Soriano y Zapater, del primer batallón del Regimiento Infantería de Luchana, número 28, al segundo batallón del mismo Regimiento, y don José Dhamón y Vega, del Hospital de Bilbao, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Garellano, núm. 43.
