

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año II

Madrid, 15 de Julio de 1912.

Núm. 14.

## SUMARIO

*El Salvarsán en las afecciones oculares*, por **A. Morales**.—*Sanidad Militar: Farmacias volantes*, por **Rafael Roldán**.—*Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona*.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Por qué ciertos enteríticos se hacen tuberculosos.—El neo-salvarsán.—Tratamiento de la pericarditis purulenta.—Fractura de los sesamoideos del dedo gordo del pie.—Virulencia y contagiosidad del sudor de los tuberculosos.—*Prensa militar profesional*: Estadística sanitaria del Ejército austro-húngaro (1910).—Sobre el estado sanitario del Ejército francés.—Los músicos y el servicio de Sanidad en campaña.—La simulación.—*Bibliografía*: El suero Cugullere en la curación de los tuberculosos, por **Manuel Roncales Monso**.—*Sección oficial*.

## EL SALVARSÁN EN LAS AFECCIONES OCULARES <sup>(1)</sup>

Señores: Considero un deber moral ineludible decir algo del tratamiento con el Salvarsán en Oftalmología, no sólo por el gran éxito que dicha preparación ha logrado, sino porque desde hace poco leo en la prensa profesional apreciaciones que no están conformes en muchos casos con lo que acerca de este asunto conozco.

Y justo es que, ya que tuve la fortuna de ser en España uno de los primeros en poder estudiar la medicación en su misma fuente, aplicada por aquellos que la introdujeron en Patología humana, oído directamente sus consejos en cuanto á forma de administración, dosis, indicaciones y contraindicaciones de la misma, que he procurado seguir lo más fielmente posible, aceptando, claro está, las modificaciones racionales que una buena práctica ha ido señalando como beneficiosas: entiendo debo decir lo que siento sobre

(1) Trabajo leído el 12 Abril 1912 en la Sociedad Oftalmológica Americana.

esto, ya que no siempre son los fracasos lógicamente imputables á la referida substancia.

Ante todo, hago la siguiente afirmación: de unos 800 casos que durante mi estancia en las clínicas de Müller (Viena), Lesser, Wechselmann y Pinkus (Berlín), Schreiter (Magdeburgo), Winterstein (Wiesbaden), Salomón y Queirat (París), observé personalmente, ó tuve de ellos referencias ciertas, más unos doscientos personales que poseo, no conozco complicación ocular alguna que hubiera sido sospechosa para cargarla en la cuenta al 606.

Los referidos clínicos afirmaban entonces (Agosto, Septiembre y Octubre de 1910), con rara unanimidad de pareceres, que nada de intoxicación ocular se presentaba, y al mismo tiempo hacían notar con satisfacción la enorme diferencia entre este preparado y el atoxil, por ejemplo, que, conocido en años anteriores, empezó á dar horribles fracasos de esta índole en cuanto se hicieron aplicaciones del mismo en la práctica.

Y es muy de notar que habiéndose celebrado por esta fecha el Congreso de Koenigsberg, donde se dió cuenta oficial (digámoslo así), por primera vez, con estadísticas que abarcaban sobre 13.000 enfermos tratados por el nuevo procedimiento, hubo noticia de algunas complicaciones ocurridas, entre ellas mortales, pero ninguna de acción especial sobre el aparato ocular, cuyo extremo fué reconocido por todos, alegrándose no se hubieran confirmado los temores que *à priori* se habían indicado, por tratarse de un preparado arsenical y estar en la mente de todos el recuerdo de lo sucedido con el atoxil.

Se aplicaba hasta entonces el medicamento siguiendo rigurosamente el método indicado por Ehrlich, se atendían respetuosamente sus consejos en lo que á contraindicaciones se refiere, y así, nada hasta entonces se había observado desagradable en Oftalmología, según hemos dicho.

Pero transcurrido ya ese período de prueba en que todas las cosas se hacían con minuciosidad (es decir, como se debe y la ciencia aconseja), perdido el miedo que al principio se concibió, y lanzado el producto á la venta, ha sido empleado desde entonces sin tasa.

Y no es tal facilidad de poderlo aplicar ventaja alguna; porque precisamente desde entonces data la era de accidentes desgraciados, que antes fueron, ó nulos, ó tan raros, que bien pudieron ex-

plicarse satisfactoriamente por otros mecanismos que el de intoxicación arsenical, debida al preparado que nos ocupa. Con razón dice Wechselmann, en su comunicación al Congreso de Higiene celebrado en Dresden en Junio último (Demonstrationen zur Salvarsantherapie): ¿Cómo vamos á admitir que sean acción del arsénico las muertes repentinas é instantáneas, descritas al usar el arsenobenzol? Y, por otra parte, si este preparado en las manos de Buschke da en seis enfermos igual número de fracasos, y mientras que en el mismo hospital nada ocurre con él, ¿es preciso suponer que en unas manos es un remedio y en otras un veneno? Allí mismo refiere que durante una semana fueron devueltas á Ehrlich, por una farmacia de Berlín, muestras del producto, al que se achacaba producir gran hipertermia siempre que se inyectaba. Pues bien; las mismas en manos de Wechselmann no dieron reacción por encima de 36,9, haciendo las soluciones y aplicación asépticamente y con arreglo á la técnica por ellos establecida.

Nada más lejos de mi ánimo que censurar á nadie ni tratar de coartar la libertad profesional; pero yo estoy convencido, en lo que á esto se refiere, de dos cosas esenciales: 1.<sup>a</sup>, que en la práctica se hacen aplicaciones de Salvarsán sin existir verdadera indicación de este medicamento; 2.<sup>a</sup>, que en muchos casos se aplica en individuos que, por sus condiciones orgánicas, ofrecen contraindicación evidente.

El resultado de esto explica, en mi entender, muchos fracasos, y da cuenta de complicaciones que no debieron presentarse.

Paso por alto, sin dejar, no obstante, de indicarlo, la negligencia que supone prescindir de todo lo que sea practicar análisis y reconocimientos previos, tanto del enfermo en la Clínica como de sus humores en el Laboratorio, porque yo tengo noticia cierta de algún fracaso que, al seguir esta vía, se hubiera evitado al ver su dictamen, y la contraindicación que con tales enseñanzas hubieran deducido antes de intervenir ciegamente.

Señores, que el diamidoarsenobenzol cura las lesiones específicas oculares, lo tengo por evidente. Desde el primer caso práctico que en la Clínica de Salomón (Hospital Cochin) tuve ocasión de observar, en donde un joven con manifestaciones secundarias papulosas de piel y mucosas tenía iritis intensa del ojo izquierdo, no tratado aún, y que á las cuarenta y ocho horas de inyectado por vía endovenosa, su afección ocular se había modificado hasta el

punto de que apenas era visible, y desapareció en pocos días sin dejar rastro; para mí, repito, no hubo duda de que las manifestaciones sifilíticas *comprobadas* del aparato ocular eran justiciables de la nueva medicación, como las demás.

Y llamo la atención acerca del extremo que estén comprobadas, por cuanto hay algunas en las cuales, no existiendo tal condición, se ha procedido á la aplicación del 606, y, claro está, sin resultado alguno, ó malo, por agravarse las lesiones existentes.

¿Es justo, en este caso, achacar al Salvarsán acción nociva como medicación específica, cuando no existía indicación para ella, y, por tanto, está fuera de lo indicado por la ciencia?

Evidentemente, no; pues tanto valdría querer desacreditar, por este procedimiento, cualquiera otra que, poseyendo hermosas y comprobadas virtudes curativas, se desechase, porque mal aplicada da lugar á complicaciones.

Las instrucciones de Ehrlich eran tan severas al principio, que estando él mismo convencido de la inocuidad relativa del medicamento y su acción segura cuando hubiera indicación, hacía examinar previamente todos los enfermos de su aparato visual, y desechara el que manifestase menor lesión.

Pensaba, y así se lo hemos oído manifestar, en el descrédito que se iniciaría desde el momento que alguien, por vía de ensayo, hiciese aplicaciones á lesiones oculares de carácter no bien definido, y que, por analogía con el atoxil, se presentasen en alguno trastornos análogos á los ya conocidos con dicho remedio.

Lo antes observado me sirvió de guía en la práctica, y así, cuando las primeras inyecciones que hice en Carabanchel (Hospital militar), tuve siempre muy buen cuidado de ir excluyendo aquellos que se presentaban con lesiones oculares que no fueran claramente específicas. Para averiguarlo, procedía á servirme del ultramicroscopio cuando las manifestaciones externas y recientes me permitían buscar el treponema en vivo, de la reacción Wassermann, tan útil en las formas antiguas y dudosas, además de todos los datos que la exploración clínica pudiera proporcionarme para asegurar la naturaleza del padecimiento.

Así logramos, en unos cincuenta enfermos allí tratados durante el curso de instrucción á mi cargo, brillante éxito, sin la menor huella de complicación alguna.

De ellos, y por tratarse de afecciones oculares, creo instructivo

editar algunos. R. N., soldado de la Escuela de Equitación, contrae el chancro en Septiembre de 1910, y se presenta á tratamiento en nuestra Clínica, procedente de otra, en Noviembre. Durante estos tres meses se ha desarrollado un chancro fagedémico enorme del prepucio, costras rúpicas, algunas ya ulceradas del pene y todo el resto del cuerpo, incluso el cuero cabelludo; iritis, con dos condilomas, del ojo izquierdo, que le produce dolores agudos, y cefalalgia intensa, fiebre alta, insomnio pertinaz y desnutrición acentuada, con estado general de sífilis grave, Wassermann positivo y treponemas vistos en las placas. Hasta entonces no había sido tratado, y se le inyectó, en forma intramuscular, 0,40 gramos de arsenobenzol. Antes de las veinticuatro horas los dolores habían cesado, y durmió perfectamente; á las cuarenta y ocho, la iritis, de tal modo mejorada, que ya apenas le molestaba, y por completo desaparecida á los ocho días.

Un artillero, también con inflamación intensa específica del iris, que aún presentaba el chancro y placas mucosas recientes, recibió la inyección (0,40) por vía endovenosa, y los efectos, aun más rápidos, fueron curativos de su lesión, sin otra terapéutica que la indicada.

Un tabético con neuritis óptica, de origen específico, mejoró notablemente de visión, ganando en agudeza visual, cuyo beneficio conservó, sin retroceso, los tres meses que estuvo bajo nuestra observación.

Posteriormente, hemos visto un enturbiamiento vítreo, también sífilítico comprobado, que reducía la agudeza visual en más de un tercio, recobrar hasta casi la normal á la primera inyección intravenosa (0,40 gramos) en cuarenta y ocho horas, con gran contentamiento del enfermo. Éste, que es un oficial muy inteligente, contrajo la infección hace diez y seis años, y nos manifiesta que durante ese tiempo ha estado sujeto á tratamiento mercurial y yodurado alterno, sin que con ello lograra hacer desaparecer el trastorno visual desde que se le presentó. A mi consulta vino para curarse gomas del pene y escroto ulcerados, y cuál no sería su sorpresa cuando, al recibir la inyección del 606, se encontró con la mejoría de visión, que conserva hoy después de cuatro meses que sufrió la primera.

Nosotros, obedientes siempre á las prescripciones de Ehrlich, no empleamos la medicación en atrofas ni degeneraciones avanza-

das de las membranas y nervio óptico con el exclusivo objeto de querer curarlas mediante esta substancia, porque entendemos que en la inmensa mayoría de casos ya no son justificables de tal proceder, y nos exponemos, en cambio, á perjudicar al enfermo con maniobras imprudentes; pero no por eso desistimos de aplicarla en los mismos si se presentan otras manifestaciones específicas que puedan beneficiarse del arsenobenzol.

En resumen, acepto como cosa probada el uso del Salvarsán en la sífilis ocular aguda, y no creo contraindicación de dicho remedio los procesos degenerativos que el ojo sufra, siempre que la localización del treponema en otros aparatos de la economía haga posible su utilización. Dejo aparte las oftalmías no específicas, para las cuales no ha sido instituída la medicación que nos ocupa.

Hemos dicho antes que desde hace algún tiempo se nota la tendencia de cargar en cuenta al Salvarsán todas las complicaciones que en el tratamiento por el mismo se presentan. Reissert, por ejemplo, ha publicado en el *Munch. Med. Woch.* del año último una estadística de 18 casos que ha podido hasta ahora reunir del aparato ocular. Leídas con cuidado las observaciones, que no detallamos por no dar á este trabajo demasiada extensión, se adquiere el convencimiento de que no existe prueba absoluta para asegurar que sea el medicamento el causante de ellas.

En estos días aparece en los *Archivos* un trabajo del Dr. Argañazar referente á lo mismo; abarca seis casos, de los cuales tres (segundo, tercero y sexto) no tienen diagnóstico cierto; el quinto, nada dice acerca de éste, y sólo en los dos restantes se expone con datos la especificidad del proceso. En tiempo variable, después de la inyección se han presentado alteraciones oculares (neuro-retinitis, atrofia, etc.), pero en modo alguno hay dato que demuestre ser estas lesiones intoxicación arsenical y no sifilítica. Deducimos la simultaneidad de tales accidentes, pero no la relación de causa á efecto.

Además, ¿no es de sobra conocido el hecho frecuente de presentarse manifestaciones oculares en todos los períodos, de los cuales son nuestros dos casos ejemplos típicos del primario, supuesto que existía en ellos el chanero sin cicatrizar y aparecieron á muy poco de contraer la infeccción?

Es preciso justificar con algo más que la coincidencia, la afir-

mación de ser el Salvarsán agente productor exclusivo de las complicaciones oculares indicadas.

Esto no quiere decir en modo alguno que neguemos la posibilidad de ser el medicamento tóxico en algunas ocasiones (con todos pasa lo mismo), ni con esto pretendemos que se haga caso omiso de tal circunstancia al aplicarlo; pero entiendo que, teniendo cuidado de hacer diagnóstico exacto, estudiando bien al individuo y sabiendo excluir á tiempo los que presentan contraindicaciones de las señaladas como tales, se puede con seguridad, en la mayoría de los casos, no temer nada, y aprovechar, en cambio, los inmensos beneficios que este hermoso descubrimiento terapéutico ha de producir á los enfermos. No hay que olvidar tampoco la importancia que tiene hacer bien la preparación que se va á usar, y seguir las más escrupulosas reglas de asepsia, porque sólo así es como se llega á la convicción que manifiesta Wechselmann, quien en el trabajo antes referido asegura que de 4.500 inyecciones hechas hasta Junio de 1911, de ellas 2.500 subcutáneas y 2.000 intravenosas, no lleva observado ni un solo caso de intoxicación. Es más: considera este preparado mucho menos tóxico que los corrientes de mercurio usados en clínica, y dice que en el mismo espacio de tiempo ha visto con estos últimos tres casos de muerte, usando en dos la pomada, y en el tercero inyecciones de aceite gris. La autoridad de este clínico, su gran práctica del Salvarsán, que maneja desde los comienzos, y el considerable número de enfermos por él tratados, dan, en mi concepto, valor real á tales conclusiones, muy distintas de las que hacen del preparado un medicamento poco menos que inaplicable. Termino con esto la presente nota, hecha con el objeto de oír la respetable opinión de la Asamblea en el asunto, ya que, para mí, la medicación por el arsenobenzol puede prestarnos en Oftalmología grandes servicios, y está exenta en general de los peligros que hasta ahora han hecho desechar, con razón, el uso de otros medicamentos similares.

A. MORALES,

Médico primero.

---

## SANIDAD MILITAR

### Farmacias volantes.

Si siempre que se trata de organizar algún servicio, sirvieran de norma, para poderlas subsanar, las deficiencias encontradas anteriormente en su funcionamiento, bien en maniobras ó mejor en campaña, resultaría que de esta manera la organización de la mayoría de los servicios en el Ejército tendría por base una cimentada experimentación que contribuiría á un feliz éxito en el resultado perseguido.

Digna de todo elogio fué la idea del Excmo. Sr. General Aznar, Ministro de la Guerra en Noviembre de 1910, al ordenar al Estado Mayor Central la publicación de un trabajo ó Memoria, en la cual se hiciere constar todo lo hecho y organizado por las diferentes Armas y Cuerpos del Ejército durante la campaña del Riff de 1909.

Aquella feliz idea tuvo eficaz realización, y al efecto, dicho centro redactó y publicó una Memoria titulada *Enseñanzas de la campaña del Riff de 1909*, en la que se pone de manifiesto lo hecho durante aquel período de tiempo por el Ejército, enumerando así servicios que se realizaron con precisión matemática, como las deficiencias encontradas en los mismos, indicando también otros que, no habiendo existido hasta el día en nuestro Ejército, el Estado Mayor los estima de absoluta necesidad para llenar todas las exigencias de una campaña, contribuyendo cada Cuerpo con arreglo á la misión que le está confiada á la feliz realización de la empresa.

En la parte referente á los servicios sanitarios se ocupa esta Memoria, aunque no muy extensamente, del servicio farmacéutico en la campaña citada; y en párrafos lacónicos, pero expresivos, hace ver la importancia que tiene una buena organización en estos servicios tan delicados y de tanta responsabilidad.

Enumera los trabajos llevados á cabo por el personal farmacéutico de Melilla en aquella época, encomiando su actividad y celo, puesto que solamente con un Farmacéutico primero, otro segundo, un cabo y dos soldados, atendieron debidamente el trabajo excesivo de los primeros tiempos de la campaña.

A continuación pasa á ocuparse de un organismo que considerara debiera implantarse en nuestro Ejército, y á cuyo efecto, en dicho libro, y en la página 315, dice lo siguiente:

«FARMACIAS VOLANTES

Convendría organizar estas farmacias como parte integrante de las ambulancias, de montaña y montadas, formando dos grupos ó secciones correspondientes á estos conceptos.

1.º *Sección de Montaña.*—Se compone de ocho cajas estuches, adaptables á los bastes ordinarios, seis de ellas conteniendo medicamentos y dos utensilio, que representan un peso aproximado de 100 kilogramos cada par, ó sea la carga ordinaria de una acémila.

De esta forma, acompañando á las ambulancias, podrían surtir á los botiquines de las fuerzas que lo soliciten, descargándose aquéllas de una parte del trabajo general que les está encomendado, toda vez que, como unidad ó sección suelta, con material y ganado propio, puede funcionar con mayor holgura, para avanzar ó quedarse detenida en los puntos donde su presencia sea necesaria.

2.º *Sección montada ó furgón de farmacia.*—Sería el complemento de la tienda-hospital, en el que todo estaría dispuesto para marchar y funcionar en el acto mismo que fuera necesario, sin restar tiempo á la ambulancia en las operaciones de embalaje, colocación de estantería, etc.

De igual modo que las cajas de farmacia volante, pueden responder estos furgones á la necesidad de reponer los botiquines de las ambulancias, batallones, escuadrones ó baterías, y otras unidades sueltas que, en ocasiones, se ven faltas de elementos de curación, haciéndose preciso, á veces, organizar un convoy especial para proveerlos.

Esta modificación podría llevarse á la práctica sin ser gravosa al Estado, con sólo poner en servicio los antiguos furgones repuestos con los medicamentos de los modernos catálogos.

Confirmación práctica de lo expuesto es que uno de dichos furgones constituyó la Farmacia del Hospital de Nador, hasta que, declarada esta posición como capitalidad de territorio, se trasladó en forma fija á un barracón *ad hoc.*»

Poco tenemos que añadir á lo ya apuntado, pues, el estar perfeccionados los anteriores párrafos en el Estado Mayor Central, es

garantía más que suficiente para poder afirmar que la creación de esas secciones es una necesidad imperiosa en nuestra organización sanitaria.

Los que se preocupan del bienestar del Ejército, seguramente pondrán su empeño en que tales secciones se organicen, puesto que en el ánimo de todos está que ello constituiría un indudable perfeccionamiento en nuestro actual sistema de material sanitario.

RAFAEL ROLDÁN,  
Farmacéutico segundo.

---

## Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona

---

### EFFECTOS DE LAS ARMAS PORTÁTILES EN LAS GUERRAS MODERNAS

---

(CONTINUACIÓN)

Por lo expuesto se ve que los viejos métodos de realizar estos servicios no son aplicables á las presentes condiciones de la guerra, y deben ser abandonados. Es claro que no será siempre posible hacer lo que los ingleses en Natal.

Lo inasequible del ideal debe dejarse y substituirse por lo mejor posible, bajo las circunstancias que se presenten.

No se puede esperar en la guerra de lo porvenir, como antiguamente, que todos los heridos sean conducidos á las ambulancias y sean atendidas sus necesidades en el día de la batalla: esto será prácticamente imposible. Serán atendidos cuantos sea posible humanamente, y no puede esperarse más del servicio médico; contar con otras cosas es contar con lo inhacedero. El resto de los heridos se resignarán con su suerte; y á medida que éstos sean numerosos, así se acrecerán los horrores y sufrimientos de la guerra.

Aunque se aumentaran las Compañías sanitarias en tal número que hombres y caballos fueran suficientemente capaces de realizar la obra necesaria, el antiguo ideal sería aún imposible de alcanzar. Será imposible á las Compañías de conductores trabajando

á la inmediata retaguardia de la línea de combate, como se pretende lo hagan en las reglas vigentes, porque si ellos lo realizan en presencia de proyectiles de armas cuyo poder efectivo tiene tanto alcance como en las armas modernas, aumentarán solamente el número de heridos y muertos, y los camilleros mismos exigirán entonces ser conducidos adonde puedan también recibir tratamiento quirúrgico.

El difunto Archibald Forbes (*Studies of war and Peace*), que probablemente ha estado presente en más batallas que ningún hombre viviente, escribió á este objeto que «en las guerras franco-alemana y ruso-turca había ya reconocido y escrito en su correspondencia de guerra que las pérdidas entre los conductores y cirujanos eran tan grandes, que el servicio (trabajo de retaguardia del combate) ya se aproximaba á lo impracticable, y añadía, con una adivinación que está hoy justificada, que en la guerra del porvenir el servicio como hoy se hace será impracticable, toda vez que con los progresos en las *aplicaciones ciertas de matar hombres* que se han de poner en acción, la primera batalla barrería principalmente la organización de conductores llevados bajo el fuego».

Bilroth y Bardeleben eran de opinión, según sus experiencias en la guerra franco-alemana, de que no será posible por más tiempo retirar los heridos durante la batalla, porque los conductores estarían más expuestos que los hombres de línea de combate; que á lo más que podría aspirarse es á que en el porvenir los heridos fueran asistidos dentro de las veinticuatro horas, y que el sistema actual debe ser abandonado.

Reconociendo que esta perspectiva es descorazonante, en verdad, Mr. Forbres considera que posee en sí algo que mitiga su triste aspecto. «Cree que la forzada permanencia en el campo hasta que la batalla está terminada, y verdaderamente por horas después, no producirá consecuencias tan calamitosas para los heridos como puede ser que teman los que están muy tranquilos en su casa; añade que puedan yacer sin serio detrimento, y aun con ventajas momentáneas, donde caen aun por un plazo de veinticuatro horas si el tiempo no es malo.

En esto, sin embargo, pocos cirujanos convendrán con él, porque, salvo los casos de heridas abdominales, cuando las condiciones de campaña ú otras hacen imposible el tratamiento operatorio para todos los otros casos, cuanto más pronto puedan los heridos

ser asistidos administrándoles alimentos líquidos calientes y con el tratamiento quirúrgico de sus heridas, más fácil será la perspectiva de sobrevivir. Pero si la sola organización capaz de llevar esta asistencia ha de ser barrida por el fuego del enemigo, cuando se intente hacerlo demasiado temprano, entonces la *dilación* para prevenir el desastre *debe ser admitida como una infortunada necesidad*.

Ya sea temprana ó diferida la obra de los conductores, será la misma, con la ventaja, en el último caso, de que se puedan escoger los puestos de socorro y curación tan cerca como sea posible de los heridos, y así disminuídos los trabajos de los camilleros, y que si fuera posible un buen suministro de agua, los dos puntos se pueden combinar, como se hizo con frecuencia en la guerra boer.

Todos sabéis, por nuestro reglamento de campaña, inspirado en lo que se hace en los Ejércitos modernos, cómo se constituyen los puestos de socorro y curación, así como las ambulancias y la intervención y procederes que en cada uno de ellos ha de realizarse. Huelga, pues, que me ocupe de ello.

Ahora voy á poner de manifiesto de un modo muy sumario las heridas de distintas partes del organismo, articulaciones, fracturas de las diáfisis, tórax y abdomen (pues de las del cráneo ya se trató en la sesión anterior), comentando las estadísticas en cuanto éstas modifican en los tiempos actuales, y con los modernos medios de destrucción y de reparación, el pronóstico que antes merecían.

#### **Las heridas de bala en las articulaciones.**

En todas las campañas anteriores á la anglo-boer y á la hispano-americana, los heridos de bala que causaban mayor ansiedad á los cirujanos, eran los de las grandes articulaciones, por lo extremadamente elevado de la proporción de defunciones, pues era entendido por los Cirujanos militares que éstas exigían inmediata amputación (salvo la de la cadera, en la que la herida y la amputación eran casi fatales), hasta que en la guerra ruso-turca, Reyher y Von Bergmann obtuvieron buenos resultados en heridas de rodillas.

En nuestros días, con la proposición de que las heridas en las articulaciones, si permanecen asépticas, resultarían ser injurias, triviales, comparadas con los de las diáfisis (proposición que fué

sugerida por Von Coler en los tempranos días de los fusiles de corto calibre, y que se ha comprobado en las guerras anglo-boer é hispano-americana), se tienen estas heridas, en el concepto de Mr. Makins, según su propia experiencia, por un poco más temibles que las heridas no complicadas de las partes blandas. Igual doctrina sustentan los Doctores Bowdby y Wallace; con la antisepsia, el reposo y el masaje se curan y conservan en bastante grado su función.

La comparativa frecuencia de las fracturas de los huesos largos por proyectiles la estimó Otis en la guerra americana: en 31 por 100 en los huesos de las piernas, en 28 por 100 en las del húmero, en 28 por 100 en las del fémur y en 17 por 100 en los huesos del antebrazo (que dan una media de un 23 por 100, con relación al número total de heridos).

Sin embargo, en la guerra hispano-americana, durante cuatro años, sólo hubo 84 casos de fractura del húmero en su diáfisis, ó sea un 1,4 por 100 de todos los heridos registrados, lo que se debe, tanto en Cuba como en el Sur de África (á pesar de la rapidez del tiro y del mayor alcance y precisión de las armas), á que las acciones tuvieron lugar á más grandes distancias y á los cambios en la manera de pelear, empleando el modo de formación abierto y utilizando la protección de cualquier accidente del terreno, y el hacer fuego acostados de tiempo en tiempo.

Estas heridas con lesiones óseas ya tienen un canon trazado, según el hueso fracturado y el grado de sus lesiones, respecto de cuando procede la amputación primaria ó secundaria, y, fuera de ellos, el tratamiento conservador se impone, con el que logran muchos más éxitos curativos que en el período pre-antiséptico, aunque con acortamiento y limitación de funciones de los miembros; esto es, aplicable á las extremidades superiores especialmente.

Las fracturas del fémur que por proyectiles representan el 2,5 por 100 de todos los heridos y el 25 por 100 de los huesos largos, son de una gravedad semejante á la de la cadera. Durante la guerra americana, la proporción de defunciones que dieron fué de un 49,7 á un 46,1 y á un 42,8 por 100, según se tratara del tercio superior, medio ó inferior del fémur. Las amputaciones primarias se realizaron en un 44,4 por 100 de los casos.

En los modernos tiempos su pronóstico es mucho menos severo.

En 132 casos ocurridos en la guerra hispano-americana, dieron:

En el tercio superior; defunciones en proporción de.....	16,6 por 100.
En el id. medio id. id. id. id.....	17,9 id.
En el id. inferior id. id. id. id.....	7,6 id.

Y las amputaciones de muslo:

En 16 por 100 de 54 casos en el tercio superior, murieron .	44,4 por 100.
En 30 id. de 39 id. id. medio, id. .	50,0 id.
En 25 id. de 39 id. id. inferior, id. .	30,0 id.

En los precedentes cuadros, los resultados más favorables obtenidos en la guerra hispano-americana en ellas, son tratados, ya conservativamente, ya por la amputación.

También son buenos los de la guerra anglo-boer, de los que se anotan 43 casos de fracturas de fémur por proyectiles:

En el tercio superior, fallecieron.....	9,0 por 100.
En el id. medio, id. ....	16,6 id.
En el id. inferior, id. ....	0,0 id.

Amputaciones en el muslo en la guerra anglo-boer:

En el tercio superior, fallecieron.....	50,0 por 100.
En el id. medio, id. ....	74,0 id.
En el id. inferior, id. ....	0,0 id.

Las de los huesos de la pierna representan el tercio de todas las fracturas de los huesos largos y el 3 por 100 de todos los heridos. La gran mayoría son susceptibles de un tratamiento conservador.

En la guerra hispano americana, 146 casos dieron una proporción de fallecidos de.....	4,1 por 100.
15 amputados dieron una proporción de fallecidos de.....	13,3 id.
En la guerra anglo-boer, 13 casos dieron una proporción de.	0,0 id.
Dos amputados dieron una proporción de fallecidos de....	66,6 id.

La resección ha probado desastrosamente, por lo general, en los huesos largos.

En la guerra ruso-japonesa, dice el Dr. Gill, en *The Lancet* de Mayo de 1906, que se practicaron por los Médicos, en 6.346 heridos por armas de fuego, 322 amputaciones primitivas ó inmediatas, y aconseja que después de hecha la primera cura, y tras una inyección de morfina para su reposo, se transporte el herido al hospital de campaña, si es próximo, para, después de disipado el shock, poder practicarle la operación más indicada.

### Heridas de pecho.

En la obra de *Cirugía clínica*, de Bergman Brun y Metiuliez, se dice:

«Que los experimentos practicados con proyectiles de pequeño calibre acusan que las heridas que se producen en los pulmones son muchos más benignas que las de los proyectiles que antes se empleaban.

Los experimentos del Dr. Burne, así como los de la sección Médica del Ministerio de la Guerra prusiano (Coler y Schjerning), dieron los mismos resultados: producir conductos pequeños y de paredes lisas aun á distancias, á quemarropa; aumentando la distancia, se observa tan sólo una disminución insignificante en la distensión del parénquima; el peligro mayor es la hemorragia. Von Coler y Schjerning, en 14 casos que salvaron, en contraron hemoptisis ocho veces. El peligro, además, depende de que se presente la infección; pero esto ocurre raras veces, cómo lo ha hecho notar Huetter y König, porque el aire introducido experimenta una especie de filtración, los gérmenes permanecen adheridos en los ángulos de las ramificaciones del árbol bronquial. Hay la excepción de la preexistencia de un foco inflamatorio en los pulmones; si no existe esto, el curso clínico suele ser muy benigno; lo mismo observé yo en la campaña de Filipinas, de la que hay aquí un Jefe en esta guarnición, que fué atravesado por el tórax por un proyectil, con fractura de costillas, y que en breve obtuvo su curación, y lo mismo se observó en Cuba, según el completo trabajo del Sr. Peláez.

Las heridas penetrantes, que suelen presentar una por cada 12 heridos, ó sea un 9 por 100, dieron esta mortalidad en distintas campañas:

En Crimea el Ejército francés perdió de ellos el. ....	91,6 por 100.
En idem el id. inglés perdió el. ....	79,2 id.
En la de Italia (1859 á 1860) se perdió el. ....	61,0 id.
En la guerra americana, el. ....	62,5 id.
En Sedán (guerra franco-prusiana). ....	55,8 id.
Señalado por Otis en Nueva Zelandia y franco-prusiana, el. ....	65,2 id.
En la guerra hispano-americana. ....	27,5 id.
En la guerra anglo-boer. ....	10,2 id.

(Según la monografía de Stevenson.)

Burus y Coler, con Schjerning, dicen que el pronóstico de las heridas de pulmón por arma de fuego será mucho más favorable en una guerra venidera, porque los proyectiles se detendrán menos; atravesando el tronco y los conductos excavados serán asépticos.

Las heridas penetrantes de abdomen siempre se han considerado como las más fatales; la letalidad ha sido la siguiente:

En la guerra de Crimea murieron.....	92	por 100.
En la idem americana.....	90	id.
En la guerra anglo-boer (hay que aclarar las estadísticas) de.....	30 á 40	id.
En la hispano-americana.....	72	id.

El criterio intervencionista, ya que la laparotomía se hace cada día con menos riesgo, llevado por los grandes cirujanos civiles al Sur de Africa, cimentado en su práctica en la vida y hospitales civiles respecto de las heridas penetrantes de vientre, hubo de ser modificado; allí aprendieron que existe la especificidad cirugía militar, siquiera la llamen cirugía de guerra, porque el medio ambiente del herido en campaña y los medios de que dispone son muy distintos de las ciudades.

Pasemos ahora á ocuparnos de las guerras últimas en Asia.

#### SOBRE LA GUERRA RUSO JAPONESA (1)

##### *Lado japonés.*

(Según una comunicación oficial del Director general de servicio sanitario del Ejército japonés, Teniente general Médico, Mr. Koike, dirigida el 7 de Abril de 1906 á la Asociación Médica de Tokio.)

«En los veinticinco meses que duró la guerra se libraron 20 batallas, que produjeron 220.912 bajas por armas, cifra que se descompone en muertos 47.387 (21 por 100), siendo el total de heridos 173.425 (79 por 100).

Murieron Médicos militares 19, y fueron heridos Médicos militares 104.

Enfermos nipones.....	334.073
De los cuales padecieron males infecciosos.....	27.185

(1) De un artículo del Dr. Clavero, publicado en la REVISTA DE SANIDAD MILITAR, en Febrero de 1907.

Enfermaron de prisioneros rusos.....	77.803
Así se obtiene la enorme cifra de bajas.....	632.688

*Personal encargado de asistir á estos pacientes.*

Médicos militares (la mitad desde el principio y la otra mitad después).....	4.518
Farmacéuticos militares (de ellos 153 en activo).....	640
Personal sanitario auxiliar: sanitarios.....	33 597
Médicos de la Cruz Roja japonesa.....	374
Farmacéuticos de idem.....	175
Personal auxiliar de idem.....	5.000
Médicos civiles.....	239
Total de Médicos.....	5.331
(Tocan á 123 pacientes.)	
Personal facultativo de todas clases.....	44.465
(Tocan á 14 pacientes.)	

No sólo no haber escasez de material de curación y quirúrgico, sino que hubo lujo de Médicos en cantidad y calidad, suministrado por el ramo de Guerra y sociedades particulares.

*Evacuación de heridos y enfermos á retaguardia.*—Como Ejército victorioso que dispone de las vías férreas que el enemigo les dejó intactas, y que tenía vecina la base de operaciones y la Metrópoli, la evacuación por camillas, y vehículos chinos y trenes, y la repatriación por vapores pudo ser fácil y ordenada; una vez en la costa japonesa, hospitales previamente instalados los acogieron.

*Resultados del tratamiento.*—La proporción de curaciones obtenidas en los enfermos y heridos asistidos en todos los hospitales, incluso en el campo de operaciones, fué la de 63,25 por 100, y las operaciones llegaron á 7,40 por 100; en el teatro de la guerra fueron 71,58 por 100, y los muertos 6,83.

Como los rusos oponían una resistencia obstinada y cada batalla duraba varios días, los japoneses tuvieron que transportar sus heridos de noche, y á veces bajo el fuego enemigo; además, la *escasez de hombres para el transporte* dió lugar á que los heridos leves condujeran á los graves estando los primeros imposibilitados de curarse.

Se extremaron todas las órdenes de medidas higiénicas en alimentación, bebidas, limpieza, desinfección de transportes y en

combatir las larvas de las moscas, que en número extraordinario rodeaban al soldado, quemando el estiércol.

	Guerra chino-japonesa.	Guerra boer.	Guerra ruso-japonesa.
Proporción de heridos respecto de enfermos. . . . .	1 por 6,93	1 por 4,37	1 por 1,15
Proporción de muertos por heridos respecto de enfermos. . . . .	1 por 12,09	1 por 1,97	1 por 0,37
	Bajas en el campo de batalla.	Bajas en sitios.	Bajas en batalla y sitio.
Guerra chino-japonesa. . . . .	1,35 por 100	1,69 por 100	1,37 por 100
Campaña boer. . . . .	2,66 id.	»	2,66 id.
Guerra ruso-japonesa . . . . .	13,66 id.	17,79 id.	14,58 id.
Guerra europea de 1741. . . . .	12,97 id.	17,51 id.	13,99 id.

*Proporción entre enfermos asistidos y muertos*

	Guerra chino-japonesa.	Guerra boer.	Guerra ruso-japonesa.
Tanto por 100 de enfermos. . . . .	59,20 por 100	31,88 por 100	34,04 por 100
Muertos por enfermedad. . . . .	9,29 id.	4,83 id.	2,29 id.

El Dr. Koike atribuye el resultado obtenido en relación con el tiempo de paz (1903) á los Médicos militares y de la Armada (J. Clavero).

Y eso que el Dr. Matignon, en sus enseñanzas médicas de la guerra ruso-japonesa, á los japoneses la guerra les sorprendió organizando el servicio y cuando no habían tenido tiempo de atender á las deficiencias que observaran en sus anteriores campañas de China, y así se vieron obligados á rectificaciones durante la guerra, por defecto de cálculo; pero gracias al espionaje de su Estado Mayor en la Manchuria y á lo avisado de su Administración, estuvieron dotados con lujo.

*Lado ruso.*

En una conferencia dada en Berlín, en Febrero de 1908, por el Médico mayor Schaefer (que estuvo en el Ejército ruso durante la segunda mitad de guerra), ante la Sociedad Militar, dice:

«Que el transporte en camillas no debe empezar sobre terreno descubierto al principio del combate, sino más tarde, bajo pena de perder no solamente el personal de camilleros, difícil de reemplazar, sino los heridos mismos. El levantamiento de heridos sobre el campo de batalla no comienza más que cuando el fuego ha cesado sobre un punto, y muchas veces solamente de noche; esto es lo que el General Kourapatkine mandó á los camilleros rusos que levantaban demasiado pronto los heridos. Un tiempo bastante largo transcurre antes de que los heridos puedan ser socorridos por el personal sanitario; mas, sintiendo el herido la necesidad de curarse por sí mismo, lo hace con el paquete de cura individual, que no ha producido jamás ningún accidente y ha evitado que el soldado aplique á su herida pañuelos sucios ú otras telas infectadas.

Los rusos, en la guerra contra los japoneses, contaban con 22 hombres de personal sanitario por cada Regimiento; tenían además, en cada compañía, un Médico auxiliar, y, sin embargo, salvo en campos atrincherados, dónde estaban al abrigo de las armas del enemigo, durante combates de muchos días de duración, se puede asegurar que el personal sanitario no pudo prestar sobre la línea de fuego más que muy escaso servicio. Los rusos poseían no solamente dos veces más camillas y camilleros que los que poseen los alemanes, sino un coche por batallón para transporte de enfermos, si bien en la Manchuria lo reemplazaron por cuatro coches de ruedas. Además, la Cruz Roja contaba también con tan gran número de coches para el transporte de heridos, que, á su lado, el número de los que posee Alemania es insignificante. Alemania posee, en cambio, una enorme red de caminos de hierro, pero esto le sirve sólo para la guerra en su propio país.

El puesto de curación debe instalarse antes que termine el combate, á menos que éste dure sólo algunas horas; pero, como que las modernas batallas tienden á durar varios días, debe estar cerca del camino principal de los convoyes. A pesar del hacinaamiento de carros, los rusos lo ponen de 6 á 9 kilómetros de línea de fuego, porque más cerca de ella se encontraría en las mismas con-

diciones del puesto de socorro reglamentario. Para acortar las distancias del transporte de heridos y enfermos, se harán avanzar los hospitales de campaña tanto como lo permitan las circunstancias, si es posible en el mismo pueblo ó lugar donde se encuentre un puesto principal de curación. Se corre el riesgo de que, en caso de retirada, caigan en manos del enemigo; pero es preferible abandonar estos hospitales bajo la protección del convenio de Ginebra, que empeñarse en una retirada precipitada, cuando son muchos los heridos graves é insuficientes los medios de defensa. Los rusos, al comienzo de la guerra, desconfiando de sus adversarios, evacuaban rápidamente los hospitales, llevándose todos sus heridos, aun los más graves, á distancias considerables; establecieron el centro de sus hospitales en Mukden, que poseía 6.000 camas, y más tarde en Karbin, á 500 kilómetros de Mukden, tardando los heridos en vagones de mercancías cinco y siete días en recorrer la distancia entre dichas ciudades. Cuando el Ejército es victorioso, como el del Japón, todo va á pedir de boca, pero lo triste es cuando es vencido. Lo mejor que se puede hacer por los heridos es ser victorioso. El mayor Schaefer declara, de acuerdo con la tesis sustentada al principio de mis apuntes, «que la importancia de las bajas no es proporcional al perfeccionamiento de las armas de guerra, como ya se observó en las guerras americana, hispano-americana y anglo-boer, porque si bien es cierto que en Liaoyang, Schaho, Mukden y particularmente en Sandepou (como lo dice en su Memoria de 1908 el Marqués de Mendigorria, nuestro agregado al Ejército ruso), algunos Regimientos, como el de tiradores de Siberia, sufrieron pérdidas de 67 por 100 de su efectivo, y en Schaho se llegó, en los varios días de combate, á 46.000 bajas, estas pérdidas no traspasaron las del Ejército alemán en las sangrientas batallas de la guerra de 1870 á 1871, pues se sabe de ésta que el Regimiento del Barón de Esparr perdió en Theonoille-Mars-Latour hasta el 85 por 100 de su gente.

La eficacia de las nuevas armas se manifiesta en la manera como las pérdidas se suceden en el tiempo. Durante días enteros, las tropas quedaban en sus trincheras sin haber ningún herido; pero cuando, de grado ó por fuerza, salían de sus abrigos, en aquellos instantes el número de heridos se elevaba á una cifra tal, como antes jamás pudo verse en tan corto espacio de tiempo. En un movimiento de avance de los japoneses, perdieron doscientos hom-

bres, lo que para nosotros tiene una importancia grande, porque inunda nuestros puestos de curación.

Durante la guerra Boer, como antes queda dicho, donde por primera vez se hizo uso de balas con camisa, sorprendió el hecho de que muchas veces las heridas no tenían la gravedad esperada, y que curaban con la más grande rapidez. En la guerra ruso-japonesa hanse observado los mismos hechos, y ciertos Médicos rusos creían que la bala japonesa de pequeño calibre (6,5 mm.) merecía el título, de que tanto se ha abusado, de *bala humanitaria*; es la del nuevo fusil Mëi-dji, de más fuerza de penetración que el modelo Mourata, que el Japón usó en la guerra con China. La primera interesa, por su velocidad, los vasos, cuya elasticidad no los pone á cubierto, como con la del último, y la hemorragia es lo que pone fuera de combate. Cita el conferenciante el caso de un herido ruso, en el cual una bala, después de haber penetrado en el pecho por encima de la clavícula izquierda, había roto el corazón, atravesando el pulmón izquierdo, la cavidad abdominal y la pelvis, hasta salir por la parte superior del muslo izquierdo; el herido no estaba en situación en verdad brillante, pero el caso es que vivió y curó de la herida.

De 36.000 hombres que formaban tres Cuerpos de Ejército, y hacían cuatro meses de servicio después de la batalla de Moukden, la mitad próximamente (el 45 por 100) habían sido heridos anteriormente; la proporción de heridos se elevaba á 57 por 100 en una división de tiradores, y al 66 por 100 en una división de cosacos; algunos hombres habían sido heridos en tres y cuatro batallas, y muchos habían tenido los pulmones, otros órganos internos ó una gran articulación, atravesados por un proyectil.

No se puede decir, sin embargo, que no se observan heridas muy graves. En los cadáveres de la batalla de Schaco se vieron estragos horribles; se tenía, sin embargo, ideas exageradas *à priori* sobre la gravedad media de las heridas por los modernos proyectiles. El caso en que la bala encuentre una resistencia que le permita desarrollar toda su energía, no es tan frecuente como se había creído, puesto que siendo menor en calibre, le es más fácil evitar las regiones más vitales del cuerpo, y el pronóstico se hace más favorable.

Por otra parte, á los progresos realizados en la técnica de las armas, se deben comparar los llevados á cabo al mismo tiempo en

las ciencias médicas, y particularmente en Cirugía. El tratamiento de las heridas, basado sobre los mismos principios, se ha hecho más simple y más seguro. La infección, que otras veces era la regla, es hoy la excepción. Se puede, sin inconveniente muchas veces, esperar mucho antes de practicar las amputaciones, y éstas no se llevan á cabo más que en los casos de absoluta necesidad.

Las grandes estadísticas rusas no señalan, en efecto, más que una sola amputación por cada doscientos heridos, contando, entre ellas, las amputaciones de los dedos. De ordinario, no es preciso operar en los puestos de socorro más que en casos excepcionales.

El Ejército alemán tiene dos clases de puestos de curación para tratar los heridos en el campo de batalla: el puesto de curación regimentario, que los Cuerpos de tropa instalan con su propio material, y el puesto principal de curación, que instalan las tropas particulares de las Compañías Sanitarias. En 1870, los alemanes establecieron los puestos de curación mucho más cerca de la línea de fuego que los rusos lo han hecho en la Manchuria. Estos, en razón del alcance mayor de los proyectiles modernos, establecieron sus puntos de socorro lo menos á uno ó dos kilómetros del enemigo, á fin de protegerlos contra el fuego de la fusilería.

Ideas semejantes á las apuntadas en todo este trabajo, con el que os estoy fatigando, se hallan expuestas en la obra del Teniente coronel Médico, Dr. Luigi Bernardo, en colaboración con el Médico mayor Giuseppe Brezzi, titulada *Lo Sgombero degli ammalati e feriti in guerra*, obra premiada en Roma el 1901 ó el 1902.

Son también muy interesantes los trabajos que, con el título «Principios generales de organización del servicio médico en los Cuerpos», ha publicado en la REVISTA DE SANIDAD MILITAR el señor González Deleito, y los artículos del Sr. Cabezas, del Sr. Parreño y los de C. I. de Alarcón, de los que tomo varias notas.

(Continuad.)

---

## VARIEDADES

En la propuesta de ascensos de este mes ha obtenido el empleo de Subinspector de primera clase el ilustre Doctor Excmo. Sr. D. José Alabern, Médico de la Real Cámara, tan apreciado en el Cuerpo y fuera de él por sus méritos, caballerosidad y modestia.

A las muchas felicitaciones que con este motivo recibe el señor Alabern, se complace en enviarle la suya, muy sincera, la REVISTA DE SANIDAD MILITAR.

\*  
\* \*

Ha regresado de Zaragoza, haciéndose cargo de su nuevo destino en la Inspección de los Establecimientos de Instrucción é Industria, el Excmo. Sr. Inspector Médico de segunda clase D. Jaime Sánchez de Lapresa.

Sea bienvenido.

\*  
\* \*

En el Ejército brasileño se ha dado entrada al Cuerpo de Dentistas militares, cuya plantilla consta de 2 Capitanes, 6 primeros Tenientes y 24 segundos Tenientes.

\*  
\* \*

El Médico mayor D. Alberto Ramírez Santaló, estudioso especialista en Oto-rino-laringología, presentará al próximo Congreso, que se celebrará en Bilbao á fines del mes de Agosto, las conclusiones siguientes:

- 1.<sup>a</sup> Tratamiento conservador de la mastoiditis primitiva aguda supurada.
- 2.<sup>a</sup> Actinomicosis faringo-parotídea.
- 3.<sup>a</sup> Absceso latero-faríngeo de origen articular.
- 4.<sup>a</sup> Resultados de la intervención limitada en dos epitelomas de laringe y pabellón del oído; y
- 5.<sup>a</sup> Enseñanzas derivadas del examen de 3.865 huesos temporales.

\*  
\* \*

Hemos tenido el gusto de recibir los cuadernos 2.º y 3.º (tomo XXXII) de los *Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid* y la *Memoria anual del primer Consultorio de niños de pecho, de esta Corte*, leída el 26 de Mayo último por su Director, don Rafael Ulecia.

Agradecemos mucho la remisión de dichos trabajos.

\*  
\* \*

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

**Productos analizados.**—*Alimentos*: leches, 11.—*Secreciones y excreciones*: heces, 1; orinas, 381; cálculos, 2; líquido céfaloraquídeo, 2; esputos, 27.—*Tejidos y sus derivados*: sangres, 4; tejidos, 1; órganos, 1; exudados, 2; pus, 3; tumores, 3.—*Parásitos*: tenias, 2.—*Reacciones de fijación de complemento*: Wassermann, 10. Total análisis practicados, 450.

**Productos elaborados.**—*Emulsiones*. Antígeno sífilítico: frascos, 5.—*Medios de cultivo*. Agaros: tubos, 163. Caldos: frascos, 16, y tubos, 42. Gelatinas: tubos, 18. Patata glicerínada: tubos, 29. Suero coagulado: tubos, 33. Glicerinas: tubos, 6.—*Reactivos químicos para análisis y elaboraciones*. Soluciones colorantes: frascos, 4. Tituladas: frascos, 298. Reactivos especiales, 1.—*Semillas, cultivos vivos*. Colibacilos: tubos, 1.—*Sueros*. Aglutinantes diagnósticos anticólico de Vendrell: frascos, 1; antidisentérico Shiga-Kruse: frascos, 1; antienteritidis: frascos, 1; antitífico Eberth: frascos, 2; antiparatífico A.: frascos, 2. B.: frascos, 2. Sueros hemolísicos anticarnero: frascos, 6. Sueros curativos antidiftérico: frascos, 220.—*Toxinas diagnósticas*. Malleína diluída: ampollas, 50. Vacunas: antivariólica (pulpa glicerínada): viales, 172; tubos, 54.—Total productos elaborados, 1.127 unidades.

\*  
\* \*

Después de lucidos exámenes en varias asignaturas de la Facultad de Derecho, ha salido para Puerto de Cabras (Fuerteventura) el Médico primero D. Víctor Herrero.

\*  
\* \*

Ha sido nombrada de Real orden una Comisión encargada de regir la oficina de contraste para los sueros y vacunas que hayan de usarse.

La componen:

Presidente, D. Francisco Murillo Palacios, Subdirector del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, y Vocales, D. Francisco Castro Pascual, Catedrático de Microbiología, Técnica bacteriológica y preparación de sueros medicinales en la Facultad de Farmacia de Madrid, y D. Angel Morales Fernández, Médico del Cuerpo de Sanidad Militar y bacteriólogo del Instituto de Higiene militar.

\* \* \*

Se encuentra accidentalmente en esta Corte el Médico mayor Sr. Fernández Salvador, Ayudante de órdenes del Excmo. Sr. Inspector de la 3.<sup>a</sup> Región.

Sea bienvenido.

\* \* \*

En el Hospital militar de Valladolid se ha inaugurado un hermoso comedor, en el cual los enfermos hallarán toda clase de comodidades, habiendo tomado el personal destinado en dicho establecimiento el mayor interés para la pronta realización de esta y otras mejoras.

\* \* \*

Los ejercicios de oposición para cubrir cuarenta plazas de Médicos-alumnos de la Academia del Cuerpo darán comienzo el día 31 del próximo Agosto, á las diez de la mañana, admitiéndose las solicitudes hasta el 26 de dicho mes.

\* \* \*

El día 8 del actual celebró la sesión correspondiente al segundo trimestre la Junta directiva de la Asociación Filantrópica del Cuerpo, acordando que la Junta general reglamentaria no se celebrara, por no existir asunto alguno que someter á su deliberación, y aprobando el Balance trimestral, cuyo resumen es como sigue:

Importa el <i>Debe</i> .....	Ptas. 24.477,85
Idem el <i>Haber</i> .....	4.997,05
Existencia en 30 de Junio.....	<u>19.480,80</u>

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

**Por qué ciertos enteríticos se hacen tuberculosos.**—Los Sres. Loeper y Esmonet, en una reciente comunicación á la Academia de Medicina, hacen notar que al lado de enteritis agudas, que son susceptibles, creando una puerta de entrada al bacilo de Koch, de favorecer el desarrollo de la tuberculosis por vía intestinal, las enteritis crónicas se complican frecuentemente de tuberculosis, porque la desmineralización del organismo se hace en su mayor grado por la mucosa intestinal, resultando el terreno del enterítico eminentemente favorable al desarrollo del bacilo.

Con mayor razón, el enterítico crónico resultará tuberculoso si se le somete á esos regimenes pobres, donde la ración alimenticia es inferior no solamente á las pérdidas albuminosas, minerales y grasas del organismo, sino todavía al entretenimiento del equilibrio nutritivo normal.

Los autores comunican cierto número de observaciones, de donde resulta que para evitar el injerto tuberculoso en los órganos de los enteríticos, hace falta á toda costa introducir en su organismo una cantidad de materias grasas y albuminosas más considerable que la que se administra normalmente, debiéndose desatender el calmar los dolores producidos por las fermentaciones intestinales; en una palabra, el silencio del intestino, al precio de una desnutrición muy favorable al desarrollo de la tuberculo-

sis.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 Junio 1912.)  
J. P.

\* \* \*

**El neo-salvarsán.**—En Octubre del año 1911 lanzó Ehrlich á la experimentación en los hospitales un nuevo producto titulado neo-salvarsán, y con el cual pretende simplificar la técnica de la inyección, disminuir las reacciones orgánicas (fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, etc.) y conservar las virtudes curativas. Obtiene el nuevo remedio por la condensación del salvarsán con formaldehído-sulfoxilato sódico. Conteniendo el salvarsán dos grupos amidos, se obtienen dos productos, según que se sustituyan uno ó los dos por los formaldehído-sulfoxilato. El neo-salvarsán es el producto de la sustitución de uno solo de ellos.

Acerca de él han publicado estudios casi simultáneamente Schreiber en el *Munch. Med. Woch.*, número 17, y Stühnsen en el *Deust. Med. Woch.*, núm. 21. He aquí las conclusiones de este último, análogas á las de aquél:

1.<sup>a</sup> El nuevo preparado es fácilmente soluble en el agua, por lo que la maniobra de la disolución se simplifica.

2.<sup>a</sup> La eliminación en el preparado de la sosa evita algunos inconvenientes y daños.

3.<sup>a</sup> El neo-salvarsán es mejor tolerado en dosis equivalentes que el viejo salvarsán; alteraciones intes-

tinales y colapso faltan casi siempre.

4.<sup>a</sup> Conteniendo un 66 por 100 de salvarsán, permite este remedio elevar la dosis en un doble del antiguo salvarsán (esto ocasiona algunas veces exantemas arsenicales, no peligrosos).

5.<sup>a</sup> La actividad del remedio es igual por lo menos en el hombre y mayor en los animales de experimentación.

6.<sup>a</sup> La inyección intramuscular da escasa reacción local, y la reabsorción es rápida y completa

El Médico militar Bernheim, que ha utilizado este método en 29 enfermos, publica en el *Deust. Med. Woch.*, núm. 22, sus conclusiones, casi análogas. Utiliza el método de Schreiber, que consiste en hacer cuatro inyecciones de 0,4 á 0,6 gramos de medicamento, con dos, tres ó cuatro días de intervalo. De este modo, la dosis total es de 1,6 á 2,4 gramos de medicamento en el hombre. En la mujer y en los sujetos débiles, la dosis será menor. De un total de 21 casos, hubo 10 reacciones febriles, 4 hasta 40°, en la primera inyección, 4 reacciones en la segunda, 6 en la tercera y 3 en la cuarta. Hubo dolor de cabeza en una tercera parte de los inyectados, trastornos gastro-intestinales en la cuarta parte y en cuatro casos apareció un exantema arsenical.

Los resultados terapéuticos son análogos á los del salvarsán. Bernheim recomienda espaciar las inyecciones algo más que lo que Schreiber recomienda.—*F. G. D.*

\* \* \*

**Tratamiento de la pericarditis purulenta.**—Dos métodos se emplean

para dar salida al pus en esta enfermedad: la punción y la incisión.

La punción es una mala operación:

1.º Puede no dar salida al líquido, por acumularse éste detrás del corazón.

2.º Se corre el riesgo de herir un órgano vecino (pleura, órgano abdominal, corazón).

3.º Peligro de infectar el trayecto seguido por el trócar.

4.º Insuficiencia de la operación.

La *incisión* del pericardio es la operación de elección:

1.º Se hace á cielo descubierto, separando metódicamente el borde pleural, al que no se puede herir.

2.º Permite siempre una evacuación completa de la colección líquida, y el drenaje conduce á la curación.

3.º La pericardotomía es una operación simple, de una benignidad absoluta. Puede hacerse bajo la anestesia local. La experiencia ha demostrado que el mejor procedimiento de pericardotomía es el de Delorme y Mignon, en el cual se secan dos cartilagos costales.

4.º Finalmente, los resultados terapéuticos están claramente á favor de la incisión, puesto que ésta da un 47 por 100 de curaciones.—(*Paris Médical-Archives Médicales belges.*)—*J. P.*

\* \*

**Fractura de los sesamoideos del dedo gordo del pie,** por el Dr. Wolf. Casi desconocidas antes del descubrimiento y empleo de los rayos X, se han multiplicado los casos desde que se han sometido al examen radiográfico enfermos que ha-

bían sufrido traumatismos de las extremidades inferiores. El Doctor Wolf, con un abundante material recogido en el Hospital militar de Leipzig, da un estudio de conjunto sobre esta clase de fractura. Etiológicamente se originan por la flexión dorsal brusca y completa del dedo gordo, es decir, por el mecanismo de fractura indirecta, mecanismo análogo al de algunas fracturas de la rótula; pues si bien la fuerza de los músculos en los que el sesamoideo se intercala es mucho menor que la del cuadriceps femoral, también es mucho menor la resistencia que la de la rótula, al lado de las fracturas, y con mayor frecuencia se ven las separaciones óseas.

De 900 exámenes de pies, practicados en el Hospital, por periostitis, fracturas, etc., se encontraron 54 casos, en los que uno de los sesamoideos del dedo gordo del pie ó ambos á la vez estaban separados en varios trozos. En 51 de los casos, el atacado era el medio (tibial); las demás veces el lateral. Cincuenta y un soldados eran de Infantería, dos de ametralladoras y uno de Cuerpo montado. Los fragmentos en que estaban divididos eran de dos á cuatro, siendo estos últimos la inmensa mayoría. Casi la totalidad de las veces, los fragmentos eran ovoideos, no tratándose, por lo tanto, de fracturas por traumatismo, sino de disposición congénita, que pueden confundirse con aquéllas, sobre todo si existe algún traumatismo de la región. El examen radiográfico muestra la falta de la línea de fractura, el contorno regular y curvo de los

fragmentos; algunas veces, la existencia de idéntica disposición en los dos pies. Las fracturas verdaderas son extremadamente raras, y no deben confundirse con estas anomalías.—(*Deust. Militärzt. Zeit.*, 1912. H. 5.)—*F. G. D.*

\*  
\*

#### **Virulencia y contagiosidad del sudor de los tuberculosos,** por A. Poncet.

—Las experiencias de inoculación del sudor de los tísicos, recogido con todas las precauciones necesarias, permiten asegurar que existe en este producto de secreción un elemento de propagación de la dolencia, de ordinario desconocido.

El bacilo de Koch ha sido hallado en el sudor de los tuberculosos y en el de los enfermos de lesiones quirúrgicas específicas, reumatismo tuberculoso, peritonitis tuberculosa.

Esta circunstancia es de tener en cuenta para la profilaxis del mal.

El agente de contagio puede infectar de dos maneras: ya directamente, impregnando las ropas, las sábanas y vestidos, ó bien desecándose, para ulteriormente constituir polvos bacilíferos.

De lo que resulta que no es sólo el tuberculoso de lesiones abiertas el que amenaza, sino también el tuberculoso en apariencia inofensivo, el tuberculoso quirúrgico, simplemente atacado de tumor blanco, de reumatismo tuberculoso, el pleurítico y el peritonítico específico.—(*Bulletin de la Academie de Médecine.*)—*J. P.*

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

**Estadística sanitaria del Ejército austro-húngaro (1910).**—De los diez y seis Cuerpos de Ejército de este país, sobresale la cifra de morbosidad del primero (Krakau), cuya media proporcional de enfermos ingresados en el hospital es de 484,9 por 1.000 del contingente, y 1.014,6 la cifra total de enfermos (cuartel y hospital). La mayor mortalidad corresponde al 12.º Cuerpo (Nagyszeben), que ofrece un 2,82.

Entre las distintas Armas, arrojan la mayor morbosidad las tropas de Cazadores (901,5 por 1.000), y la cifra más alta de mortalidad la Administración Militar (2,99 por 1.000).

El mes de Octubre se destaca por el número de ingresados en el hospital, que se eleva á un 44,3 por 1.000 del contingente, correspondiendo la mayor mortalidad hospitalaria al mes de Marzo (0,21 por 1.000 del contingente).

Entre las principales guarniciones, Mostar (Ragusa) presenta la mayor proporción de enfermos en conjunto (1.446,7 por 1.000), habiendo ingresado el mayor número en el hospital de Ragusa, y sobresaliendo la mortalidad en Gyulafehérvár (Nagyszeben).

Dominaron las enfermedades de la piel (179,1 por 1.000), la sífilis (16,7), la tuberculosis pulmonar (1,4), el tifus abdominal (1,3), y no hubo casos de viruela ni de tifus exantemático; de cuyas dolencias ocupan la preferencia, sucesivamente: la Artillería, para las primeras (224,5); los Ingenieros, para la segunda (20,6); las tropas de Sanidad, para la tercera (3,0), y

la Infantería, para la cuarta (1,5).

La cifra de mortalidad total fue de 2,84 por 1.000, correspondiendo el mayor número á los comprendidos entre los veinte y los veintiséis años de edad.—(*Extracto del Suplemento á la estadística sanitaria del Ejército austro-húngaro.*)—J. P.



### **Sobre el estado sanitario del Ejército francés,** por el Dr. Sewiening.

Es un interesante estudio, lleno de cifras y observaciones comparando el estado sanitario de ambos Ejércitos. Casi su totalidad está dedicado á la tuberculosis y enfermedades afines. Desde el año 1890 á 1909, el número de tuberculosos en el Ejército francés ha oscilado entre 7,7 por 1.000 como máximo en 1908, y 5,2 por 1.000 como mínimo en 1890, siendo de 6,8 por 1.000 en 1909. Durante la misma época en Alemania, la cifra de tuberculosos de todas clases osciló entre 3,3 por 1.000 en 1890-91, y 1,7 por 1.000 en 1908-09, siendo 1,9 por 1.000 en 1909-10. Se ve que mientras en Alemania se han reducido las cifras de un modo notable, en Francia han aumentado en el mismo período. Circunscribiéndonos á la tuberculosis pulmonar, Francia hospitalizó en 1909 el 4,7 por 1.000, y Alemania 1,4 por 1.000 en 1909-10; pero en el Ejército francés se eliminan tuberculosos sin hospitalización previa, lo que no ocurre en el alemán, por lo que las cifras anteriores son inferiores á las pérdidas efectivas por muertos é inútiles, que fueron 7,2 por 1.000

en 1909, cifra muy superior á la del Ejército alemán y á la de todos los Ejércitos, incluso el nuestro.

Estableciendo la comparación, no sólo en esta enfermedad, sino en sus afines (bronquitis crónica, debilidad corporal, etc.), resulta que el Ejército francés ha perdido en 1909 un 17 por 1.000 de su efectivo entre tuberculosis pulmonar, inminencia tuberculosa, bronquitis crónica, pleuresía y debilidad general, y esta cifra fué 23,2 por 1.000 en 1908 y

20,8 por 100 en 1907. Por las mismas causas, excepto la de inminencia tuberculosa, que no existe en la estadística alemana, perdió este Ejército 6,3 por 1.000 de su efectivo en 1907-08; 5,8 por 1.000 en 1908-09, y 5,5 por 1.000 en 1909-10.

Analizando las causas de esta diferencia, encuentra Schwiening que durante el primer año de servicio es donde se encuentra mayor disparidad de cifras. Véase el siguiente cuadro que lo demuestra:

*Pérdidas por tuberculosis.*

AÑOS	Ejército francés.			Ejército alemán (1).		
	Primer año de servicio.	Más de un año de servicio.	Sub-oficiales.	Primer año de servicio.	Segundo año de servicio.	Más de dos años de servicio.
1905. ....	12,8 ‰	5,3 ‰	1,9 ‰	2,4 ‰	1,3 ‰	1,9 ‰
1906. ....	13,7	5,9	1,9	2,3	1,3	1,7
1907. ....	17,7	6,6	2,1	2,2	1,3	1,9
1908. ....	18,0	7,4	2,1	2,2	1,3	1,8
1909. ....	13,6	6,0	1,9	2,2	1,5	2,0

(1) Los años en este Ejército son 1905-06 á 1909-10.

Además, Francia perdió, entre muertos é inútiles, durante el primer año de servicio en 1909: 5,2 por 1.000 por inminencia tuberculosa, 9,3 por 1.000 por debilidad corporal, 2,9 por 1.000 por bronquitis crónica y 2,1 por 1.000 por pleuresía, ó sea, por estos cinco conceptos solamente, 33,1 por 1.000 de los soldados en primer año de servicio, y esto significa únicamente que no se hace una buena selección de reclutas, por querer, teniendo una población estacionaria é inferior en más de 20 millones á la de Alemania, poseer un Ejército igual que ésta. No es de extrañar por elló que Troussait, en su libro sobre el servicio de

Sanidad Militar en Francia, calcule en un 20 por 100 del efectivo las pérdidas del Ejército por enfermedad, durante el periodo de concentración y movimientos preliminares de la campaña.

En las enfermedades infecciosas, la diferencia es también muy notable. En el Ejército francés se hospitaliza por tifoidea 3,36 por 1.000 en 1909, y en Alemania 0,38 por 1.000 en 1909-10. Las cifras de sarampión son diez y ocho veces más altas en Francia. Todo esto demuestra que no sólo el reclutamiento, sino todo el conjunto de condiciones higiénicas, son muy defectuosas en la vecina República, que registra cifras

superiores á las nuestras en su morbosidad por tifoidea, 3,24 por 1.000 en 1909, y en general mayores que las de casi todos los Ejércitos europeos.—(*Deust. Med. Woch.* 1912, número 25.)—*F. G. D.*

\* \* \*

**Los músicos y el servicio de Sanidad en campaña.**—Un Músico mayor, M. Rouchaud, ha publicado en el *Eco de Paris* de 17 de Mayo último un artículo sobre los «músicos militares», que merece ser leído por todos los que se preocupan de la suerte de los heridos. No se sabría, en efecto, tratar mejor la cuestión de los camilleros en el campo de batalla, sin descuidar el interés superior del Ejército.

El autor dice, y estamos de perfecto acuerdo con él, que para los Médicos de Cuerpo, los músicos son los mejores camilleros. Sin embargo, el reglamento en vigor no hace de los músicos sino camilleros «auxiliares», que no deben ser utilizados más que en los casos excepcionales, mientras que en cada compañía cuatro hombres, ó sea 48 por Regimiento, son sacados de filas para hacer de camilleros titulares.

Para toda persona de buen sentido, es evidente que haciéndolo á la inversa, es decir, utilizando los treinta y cuatro músicos de un Regimiento, se devuelven al Cuerpo cuarenta y ocho combatientes, al mismo tiempo que la conducción de heridos se operará con hombres competentes.

Conclusión: no disminuir los efectivos de los combatientes, y asegurar el servicio de Sanidad en campaña en buenas condiciones.

Para no verlo, sería necesario es-

tar atacado de la ametropía que los antiguos definían de este modo: *oculos habent et non videbunt.*—(*Le Caducée*, 1.º Junio 1912.)—*J. P.*

\* \* \*

**La simulación**, por el Dr. Dannehl.

La simulación es cada vez menos frecuente en el Ejército alemán. Desde 1873 á 1893 se registraban anualmente unos 20 juicios contra simuladores; desde 1894 á 1908 sólo se han registrado 43 casos. No se procede criminalmente contra los simuladores más que fundándose en un dictamen médico, al que preceda una observación en el hospital. Esta medida ha contribuido á disminuir el número de procesos por simulación. Generalmente, los simuladores son individuos que tienen prejuicios contra el Estado, como los poloneses y los alsacianos, ó son neurópatas. En éstos pueden observarse verdaderas epidemias regionales. Nunca se recomendará bastante al médico huir de ideas preconcebidas y proceder á un detenido examen del individuo antes de someterlo á las llamadas pruebas de la simulación; estas no se llevarán á cabo más que por el médico (nunca por enfermeros), y serán de tal indole que no acarreen daño al pretendido simulador. Las simulaciones más frecuentes son las que se refieren á la incapacidad funcional de algún sentido ó á debilidad de grupos musculares.

En las pruebas de confirmación se tendrá siempre muy presente que los histéricos pueden aparecer como simuladores conscientes sin serlo: la distinción se hace principalmente porque el simulador, desde el co-

mienzo, hace notar que no puede ser soldado por aquella causa, mientras que el histérico no busca con su simulación un provecho inmediato. Aparte de esto, el médico buscará y hallará otros estigmas y manifestaciones de su dolencia.

*Las pruebas se dividen en cuatro grupos.*—1.º, pruebas de conducción; al error. Se busca en ellas que el pretendido simulador manifieste sensaciones distintas de las que daría, caso de ser cierto, su defecto; p. ej., en los que simulan pérdida de la visión en un ojo, la prueba de la visión cruzada; en los pretendidos sordos, la prueba del cepillado del traje. 2.º, distracción brusca de la voluntad; p. ej., intercalar en la lectura que un miope realiza sin dificultad por el tamaño de la letra, frases escritas en otro tamaño; vender los ojos á un pretendido ciego y observar, comparando su modo de comportarse frente á los obstáculos, antes y después, así como observar si hay tendencia á quitar-

se ó burlar la venda. 3.º, método de la perplejidad, en el cual se incluyen las pruebas que, por su complejidad y simultaneidad, sólo en sujetos que realmente padezcan un defecto sensorial dan resultados netos, mientras que no los dan en los simuladores, que, desorientados y confusos, p. ej., ante una serie de sensaciones visuales alternadas, en un pretendido tuerto, no saben cuándo *deben* verlas y cuándo no. 4.º, pruebas de la disparidad entre las sensaciones subjetivas y objetivas que el enfermo acusa; por ejemplo, ante un temblor intencionado de un miembro, ordenar un temblor voluntario del miembro simétrico, y comparar su energía, ritmo y velocidad. Estas últimas pruebas, por sí solas, no deben bastar para el diagnóstico.

Las pruebas de indicios, sólo como ayudantes deben utilizarse, y serán siempre bien contrastadas.—(*Deust. Milit. arzt. Zeit.* 1912. H. 10.)—*F. G. D.*

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

**El suero Cuguillere en la curación de los tuberculosos.**—Memoria del Doctorado en Medicina y Cirugía, presentada por Manuel Roncales Moneo.

Las cuestiones concretas de terapéutica biológica en la tuberculosis, dado lo relativo de sus triunfos, aparecen constantemente renovadas, requiriendo una amplia labor de observación para poder establecer, con datos estadísticos suficientes, los fundamentos de adopción de determinados procedimientos.

Persiguiendo con verdadero entusiasmo el Sr. Roncales los resultados beneficiosos del tratamiento de la tuberculosis por el suero Cuguillere, ha conseguido completar en muy buena parte la bibliografía reinante en la materia, mostrándose partidario decidido de su empleo.

Sírvele de base para el desarrollo de su Memoria la comunicación presentada por el Dr. Cuguillere á la «Comisión Real para la tuberculosis», de Londres, en Marzo de 1910, en que el profesor de Tolosa da cuenta de sus pacientes y notables investigaciones bioquímicas, para justificar en primer término el nombre de suero vegetal, y después su acción sobre el terreno tuberculoso, la influencia antiséptica de dicho agente y su técnica.

El Sr. Roncales recopila á continuación los trabajos españoles referentes al asunto, mencionando especialmente los debidos á los Dres. Royo Villanova, de Zaragoza, y Arteaga, de Barcelona.

Detiéndose en el estudio experimental del suero, en los bovinos y cobayos; describe los hechos clínicos realizados hasta hoy, así como sus observaciones personales, dando idea muy acabada de su técnica y posología, y concluye manifestando, entre otras meditaciones consideraciones, que el suero Cuguillere, sin constituir la panacea imposible del tuberculoso, debe emplearse sistemáticamente en todos los casos de tuberculosis, ya que cura muchas veces, alivia otras y no daña nunca.—*J. P.*

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

27 Junio.—Real orden (*D. O.* núm. 146) disponiendo se declare de utilidad la obra titulada *Guía práctica de análisis para el reconocimiento de sustancias alimenticias que consume el soldado en hospitales y cuarteles*, de la que es autor el Farmacéutico primero D. Emilio Salazar Hidalgo, y que se recomiende su adquisición á las Juntas facultativas de los Hospitales militares para sus bibliotecas.

28 Junio.—Real orden (*D. O.* núm. 146) destinando á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de primera clase D. Manuel Gómez Florio, Inspector de Sanidad Militar de la cuarta Región, al Médico mayor D. Eduardo Coll Sellarés, y el de igual empleo, D. Francisco Bada Mediavilla, á situación de excedente en la primera Región.

2 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 147) convocando á oposiciones para cubrir cuarenta plazas de Médicos alumnos de la Academia del Cuerpo, cuyos ejercicios darán comienzo á las diez de la mañana del día 31 de Agosto, en el local que ocupa la misma, calle de Altamirano, núm. 33.

» » Real orden (*D. O.* núm. 148) disponiendo se abone al Médico mayor D. Gabino Gil Sáinz la pensión de una cruz de María Cristina, correspondiente al mes de Febrero de 1911.

» » Real orden (*D. O.* núm. 148) disponiendo cause baja el Farmacéutico provisional D. Juan Torres Bragulat, y que continúe figurando en la Reserva gratuita facultativa del Cuerpo.

» » Real orden (*D. O.* núm. 148) concediendo ingreso en la Reserva facultativa del Cuerpo al recluta excedente de cupo de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, D. Miguel Oliveras Pastell, por hallarse en posesión del título de Licenciado en Farmacia.

3 » Real orden (*D. O.* núm. 148) concediendo á la familia del Médico mayor D. Ignacio Gato Montero, prórroga del plazo reglamentario para que pueda trasladarse, por cuenta del Estado, desde Madrid á Sevilla.

4 » Real orden (*D. O.* núm. 149) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Jefes y Oficiales del Cuerpo que á continuación se expresan:

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. José Alabern Raspail y D. José Paredes Rodríguez; Médicos mayores D. Juan Valdivia Sisay y D. José Sánchez Sánchez, y Médicos primeros D. Ricardo Rojo Dominguez, D. Eliseo Rodríguez Sayans y D. Cosme Aznárez Jiménez.

5 » Real orden (*D. O.* núm. 150) destinando al Ministerio de la Guerra, en vacante de plantilla, al Subinspector Médico de segunda clase D. José Sánchez Sánchez, quien deberá continuar de Profesor de la Academia Médico-Militar hasta la

terminación del presente curso, en 31 de Agosto próximo.

- 6 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 152) concediendo al Médico mayor D. Francisco Fernández Victorio la cruz de segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, por la Memoria de que es autor, titulada «Higiene de la visión y profilaxia de las enfermedades de la vista en su especial aplicación al Ejército».
- 9 » Real orden (*D. O.* núm. 153) autorizando al Inspector Médico de primera clase, en situación de reserva, D. José Chicoy Ferrer, para fijar su residencia en Zaragoza.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 154) concediendo al Subinspector Médico de segunda clase D. José Salvat Martí «mención honorífica», por los importantes y extraordinarios servicios que prestó en su anterior empleo como Jefe de la Clínica de comprobación del Hospital militar de Valencia.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 154) desestimando instancia promovida por el Médico segundo de la Reserva gratuita del Cuerpo, D. Aurelio Díaz Camino, en súplica de que se concediese á un hijo suyo, alumno de la Academia de Artillería, los beneficios del Real decreto de 7 de Octubre de 1895 (*C. L.* núm. 331).
- 10 » Real orden (*D. O.* núm. 154) disponiendo que los Jefes y Oficiales del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan:

*Subinspectores Médicos de primera clase:* D. José Alabern y Raspall, ascendido, de réemplazo en esta Corte, continúa en la misma situación, y D. José Paredes Rodríguez, ascendido, de este Ministerio al Hospital de Zaragoza como Director.

*Subinspectores Médicos de segunda clase:* D. Juan Valdivia y Sisay, ascendido, de la Academia de Intendencia al Hospital de Vitoria, y D. José Pastor y Ojero, del Hospital de Vitoria, y en comisión en el Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción, á situación de excedente en la primera Región, continuando en la comisión que desempeña, y percibiendo la diferencia de su sueldo hasta el de activo por el capítulo correspondiente del presupuesto de este Ministerio.

*Médicos mayores:* D. Ricardo Rojo Dominguez, ascendi-

do, del tercer Regimiento mixto de Artillería de montaña al Hospital de la Coruña; D. Eliseo Rodríguez Sayans, ascendido, de reemplazo por enfermo en la octava Región, continúa en la misma situación, y D. Rafael Merino Lorenzo, del Hospital de la Coruña á la Academia de Intendencia.

*Médicos primeros:* D. Gaspar Araujo Luces, Secretario de la Jefatura de Sanidad Militar de la octava Región, al tercer Regimiento de Artillería de montaña; D. Juan Barcia Eleicegui, del Batallón Cazadores de Estella, núm. 14, á la Jefatura de Sanidad Militar de la octava Región, como Secretario; D. Aquilino Martínez Vieta, del tercer Regimiento montado de Artillería, y en Comisión en el Colegio de Huérfanos de Santiago, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros del Ferrol, cesando en dicha comisión, y don Adrián Gavin y Bueno, del 10.º Regimiento montado de Artillería, á la quinta compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar.

*Médico segundo:* D. Martín Barreiro Alvarez, de las Comandancias de Artillería é Ingenieros del Ferrol, al segundo batallón del Regimiento de Infantería de Cuenca, núm. 27.  
10 Julio. — Real orden (*D. O.* núm. 154) destinando á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase, D. Jaime Sánchez de Lapresa, Vocal de la Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar, al Médico mayor D. Francisco Bada y Mediavilla, y disponiendo que el de igual empleo, D. Enrique Solano Alemany, que cesa á las órdenes de dicho Inspector, continúe en la situación de excedente en la quinta Región y preste sus servicios en comisión en el Hospital de Zaragoza.

» » Real orden (*D. O.* núm. 154) nombrando Médico provisional, con destino á eventualidades del servicio en la sexta Región, al soldado del Regimiento de Infantería de Guadalajara y Licenciado en Medicina y Cirugía D. Francisco González Beltrán, quien figurará como Médico en la Reserva facultativa del Cuerpo.

---