

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año II

Madrid, 15 de Diciembre de 1912.

Núm. 24.

## SUMARIO

*Los nuevos estudios acerca del régimen en los diabéticos*, por F. González Deleito.—*Notas clínicas de la campaña de Melilla: Herida por arma de fuego*, por Rafael Ramírez Rivas.—*El futuro Hospital militar de Valladolid*, por M. Andreu.—*La inmunidad en la tuberculosis* (continuación), por el Dr. Martín Salazar.—*Necrología: D. Emilio Portilla y López.*—*Varietades.*—*Prensa médico-farmacéutica: Trastornos de la supinación á continuación de las fracturas del antebrazo: Tratamiento preventivo y curativo.*—Singular origen de una parálisis facial.—Necesidad de la siesta después de las comidas.—Evolución de la peste en las marmotas durante su sueño invernal.—*Prensa militar profesional: Datos para diagnosticar la epilepsia en los militares.*—La mutualidad en el Cuerpo de Sanidad Militar de Francia.—*Bibliografía: Manual de Instrucción práctica para las tropas de Sanidad Militar*, por D. Eduardo Sánchez-Vega y Malo.—*Sección oficial.*

## Los nuevos estudios acerca del régimen en los diabéticos

En el tratamiento de los diabéticos, la dietética es siempre lo más importante. No quiere esto decir que debemos relegar al olvido los restantes medios higiénicos y farmacológicos que pueden ayudar al tratamiento; pero todos ellos ocupan un lugar muy secundario al lado de la alimentación.

Hasta hace pocos años, la técnica de éste era simplicísima, y se reducía á una privación absoluta de los alimentos hidrocarbonados, azúcares, féculas, etc., y una alimentación compuesta exclusivamente de sustancias azoadas y grasas. Suprimiendo el ingreso de azúcar en el organismo, se combatía la hiperglicemia y la glicosuria.

Mas pronto vieron muchos clínicos que esto no era tan hacedero como parecía á primera vista. Cierto que en los casos ligeros, una severa dieta, aun no llegando á la privación absoluta de alimentos hidrocarbonados, se acompañaba de una disminución y aun desaparición del azúcar de la orina; pero en los casos graves, aun con la dieta más absoluta el azúcar, persistía, porque el

organismo lo fabricaba á expensas de la destrucción de albúminas y aun de las grasas.

Además, pronto se vino á comprobar que la alimentación sin hidratos de carbono traía consigo la aparición, en los casos graves de diabetes, de la acidosis, la acetonuria y el peligro del coma diabético. Estudios de diversos autores vinieron á concluir en que el uso del bicarbonato sódico en grandes dosis, ó de las aguas minerales bicarbonatadas, era un eficaz remedio contra la producción de la acidosis, evitaba la aparición del coma, y aun era capaz de combatir éste una vez presentado; mas el remedio no era rigurosamente exacto: aun con el uso del bicarbonato sódico, había que tener siempre presente el peligro de la intoxicación acetónica, el fantasma del coma no desaparecía por completo, y los autores siguieron pensando en buscar el medio de suministrar al organismo cierta cantidad de hidratos de carbono que fueran fácilmente tolerados, y permitieran disminuir la ingestión de grandes cantidades de albúmina, remedio más seguro contra la acidosis que el bicarbonato sódico.

Una noción clara y precisa de las causas de la diabetes hubiera ayudado á solucionar el problema; pero en este punto nos movemos en un mar de hipótesis poco y mal fundadas. Sabemos el papel que la secreción interna del páncreas tiene en la destrucción del azúcar; no ignoramos que el hígado tiene en todos los metabolismos de los hidrocarbonados un papel primordial, pero ignoramos su íntima esencia. Hoy día se ha visto que las cápsulas suprarrenales, por sus secreciones de hormonas, influyen también en la destrucción del azúcar, y quizá gran parte de lo que al gran simpático y plexo solar se achacaba en la patogenia de la diabetes, está bajo la dependencia de los suprarrenales.

Las alteraciones gastro-intestinales comienzan á tener un papel preponderante en las causas de esta enfermedad, toda vez que repercuten en el funcionamiento del hígado y del páncreas, y muy recientemente, Funck ha insistido sobre esto, que ya era noción antigua, pues la diabetes de los gastrópatas y de los grandes comedores era conocida.

Pero nada de esto ó muy poco es aprovechable para base de un tratamiento racional, y son los tanteos empíricos y aun la casualidad quienes han influido en las nuevas ideas acerca del tratamiento dietético de los glicosúricos.

Algunos estudios clínicos demostraron que los cambios nitrogenados eran expresión más fiel de la gravedad y del riesgo del coma, que no la acidez urinaria. Enfermos con acidosis que eliminaban ácido B. oxibutírico en gran proporción, se mantenían en bastante buen estado, ínterin el equilibrio azoado era normal, y se vió que este equilibrio se mantenía mejor: 1.º, cuando se reducía con la dieta de hidrocarbonados la cantidad de orina; un diabético que orina 1  $\frac{1}{2}$  litros, mantiene mejor sus cambios que uno que orina 3 litros; 2.º, reduciendo la cantidad de albuminoideos que se ingiere; los grandes comedores están siempre más en peligro de romper su equilibrio azoado que aquellos que ingieren menor cantidad de albuminoideos. De ahí la necesidad de combatir por todos los medios el hambre y la sed anormales que estos enfermos sienten.

El deseo de reducir la cantidad de albúminas llevó á Rollo y á Donkin á recomendar la cura de la diabetes por la leche, y se obtuvieron bastantes buenos resultados, y Kütz publicó casos de curación de la enfermedad por la dieta láctea, y además se demostró que en esta cura el azúcar de leche era bien tolerado y aprovechado por el organismo. Bouchardat recomendó la administración de azúcar de caña, que, á su juicio, era bien tolerada, y la sacarosa, la galactosa, la levulosa tuvieron sus partidarios. Mossé propuso utilizar la patata. Grandes cantidades de este alimento, 1 á 1  $\frac{1}{2}$  kilogramos diariamente, daban por resultado disminución de la glucosa en la orina, mejor estado general, aumento de peso y disminuía mucho la sed.

Ni la leche ni las patatas han pasado á la categoría de tratamiento de elección; pero quedan como alimentos utilizables en gran escala, y que en circunstancias especiales, y en ciertos individuos, son un excelente método de tratamiento.

En 1902, von Noorden recomienda la cura de avena como método de elección en el tratamiento de los diabéticos. Una feliz casualidad le había hecho conocerlo.

Teniendo en su clínica enfermos de diabetes con graves trastornos gastro-intestinales, les dispuso sopa de avena, y al analizar la orina de aquellos días, se sorprendió al ver que, lejos de haber aumentado la cantidad de azúcar, había disminuído considerablemente.

Desde esta fecha, v. Noorden ha recomendado calurosamente su método, que no ha dejado de sufrir severas críticas, y que si

bien sin el exclusivismo del autor, ha persistido hoy día, y ha revolucionado nuestras ideas y nuestros métodos terapéuticos.

La técnica recomendada ha sufrido también algunas variaciones con el tiempo. Recomendaba en sus primeros trabajos v. Noorden, después de unos días de régimen severo sin hidrocarbonados, dar, durante dos á cuatro días, la siguiente alimentación: Se cuece harina de avena, finamente tamizada, con agua y sal, y se añade durante la cocción, manteca. También, durante la cocción ó después, se añade una albúmina vegetal, bien el Roborat ó la albúmina de arroz, que se adquieren fácilmente en las droguerías. Platos de esta sopa se presentarían al enfermo cada dos ó tres horas, y con ellas se daría vino ó cognac y una taza de café. Las cantidades que se dan diariamente son: 250 gramos de avena, 300 de manteca y 100 de albúmina vegetal.

Después de los estudios de Falte, modificó v. Noorden el tratamiento: 1.º, varios días de alimentación en la antigua forma; 2.º, dos días de alimentación por verduras, con adición de 4 ó á lo más 6 huevos; 3.º, tres días de cura de avena sin huevos, ni siquiera albúmina vegetal, con 250 gramos de harina de avena y 300 de manteca; 4.º, repetición de los días de verduras con huevos, ó vuelta á la antigua dieta, pero con escasa cantidad de carne, una sola vez en el día.

Como se ve, la diferencia estriba en que se reduce la ración de albúminas, y se hace preceder y seguir la cura de unos días de régimen pobre en albuminoideos y aun en calorías.

Este régimen debe seguirse en todos los casos graves (más de 30 gramos por litro) en los de acidosis, y siempre que un diabético ha de ser sometido á una operación quirúrgica, por ligera que ésta sea. Se considera como superflua en aquellos casos en que el régimen antiguo basta para hacer desaparecer el azúcar en la orina, á no ser que esta desaparición vaya acompañada de acidosis, en cuyo caso, la cura de avena es recomendada.

Muchos autores han utilizado esta cura con buenos resultados, haciendo notar sólo la resistencia que algunos enfermos oponen, por razón de repugnancia á la alimentación.

Pero la explicación del hecho ha originado ciertas discusiones, beneficiosas, porque han servido de punto de partida á nuevos estudios experimentales, que han permitido fundamentar algunas ideas que deben presidir á la implantación del régimen en los dia-

béticos, y que se resumen diciendo que no sólo á la *calidad*, sino á la *cantidad* de alimentos que se ingerían.

V. Noorden pensó que la avena contenía una substancia específica desconocida, que contribuía á la curación de los enfermos y hacía fueran mejor utilizados los hidratos de carbono; pero en contra de esta opinión se alzaron numerosos autores.

Blum, principalmente, demostró que el mismo resultado se obtenía con la harina de trigo, con la sémola y con las pastas de macarrones, y recientemente, en la *Semaine Médicale* (1911, número 27), ha condensado sus estudios y experiencias.

Otto y Petersen, en Dinamarca, han llegado á idénticas conclusiones, y su trabajo aparecido en el *Deut. Med. Woch.* (núm. 27) es muy demostrativo, y de igual opinión son varios autores alemanes, entre ellos el profesor Strauss, que en sus lecciones clínicas sobre dietética (véase la de la diabetes en *Deut. Med. Woch.* (1912, num. 10) dice no haber reconocido diferencia alguna entre la cura de avena, la de trigo y la de macarrones.

Según casi todos los autores, el beneficio y aprovechamiento de los hidratos de carbono es debido á que en los días de dieta de legumbres y huevos, el organismo se desembaraza del azúcar que tenía en exceso, y aprovecha mejor los feculentos que le dan en el día, de avena ó trigo ó macarrón.

Ya había hecho notar Lanfer á la Academia de Ciencias y á la Sociedad de Biología de París (2 y 21 de Julio de 1906), que la utilización de los hidratos de carbono era función de la cantidad de alimentos que se ingerían. Si á un diabético que toma 100 gramos diarios de hidrocarbonados y aprovecha 40, se le rebaja la dosis de alimento ingerido á 80 gramos, utilizará 50 ó 60, y sólo eliminará 20 ó 30; pero si se eleva la cantidad á 120, utilizará tan sólo 30 gramos. De aquí la conveniencia de restringir la cantidad de estos alimentos. Pero lo mismo ocurre con los albuminoideos: aumentando la cantidad de éstos, se utilizan menos hidrocarbonados, sin duda porque el organismo fabrica azúcar á sus expensas.

Kolisch, de Viena, vino á establecer conclusiones análogas, y en un extenso trabajo, muy documentado, aparecido en el *Zeit f. phys-diat Therapie* en 1908, demostró que el exceso de albúminas en la sangre disminuía el poder glicolítico de los tejidos, y se ocasionaba, por lo tanto, mayor hiperglicemia y glicosuria.

Vemos, pues, que es el día de dieta, ó de alimentación insuficiente, el que ejerce esa beneficiosa acción en el método de v. Noorden, y queda, como una conclusión sólidamente establecida, la de que el diabético debe seguir el consejo dado hace mucho tiempo por Bouchardat, y del que se ha hecho tan poco aprecio hasta ahora, *manger lo moins possible*; en el diabético hay que prohibir las grandes comidas.

Hay algo más. Estudios de Strauss y de Klemperer han evidenciado que si un diabético ingiere al día una cantidad dada de alimentos azucarados, la utilizará tanto mejor cuanto más fraccione su ingestión. Dadas de una vez, son más perjudiciales que repartidas en varias tomas. Esto, que quizá sea también cierto para los albuminoideos, permite sacar otra conclusión práctica: la de que el diabético debe preferir tomar su ración cotidiana en varias veces, y ha de desechar el sistema de hacer una sola gran comida y una pequeña.

Respecto á la pretendida acción específica de la avena, algo ha quedado de ello; se ha comprobado que no todos los alimentos hidrocarbonados se toleran igualmente por los diabéticos. El azúcar, las frutas y el pan son los peor tolerados, siguiendo después las judías, garbanzos, guisantes y el arroz, y se toleran mucho mejor los macarrones, la sémola, la patata y las harinas de avena y trigo.

Se ha recomendado culurosamente la Junlina, principalmente por Strauss (loc. cit.), por Mendel, y sobre todo por los autores norteamericanos, y como su inconveniente reside en el precio elevado, se utilizan verduras ricas en inulina, principalmente las alcachofas y la escorzonera.

Estos son los principales cambios que en estos últimos años han experimentado nuestras ideas acerca del régimen de los diabéticos, que sigue siendo, antes como ahora, la base primordial del tratamiento.

El resto de prescripciones higiénicas ó farmacológicas siguen siendo las antiguas; tan sólo parece confirmarse la beneficiosa influencia de un clima de altura, y se ha puesto de manifiesto lo perjudicial que para estos enfermos es un clima frío, sobre todo cuando además es húmedo.

F. GONZÁLEZ DELEITC,

Médico primero.



## HERIDA POR ARMA DE FUEGO

*Orificio de entrada en la parte media del triángulo supra-clavicular.*

*Hemorragia.—Parálisis primitiva de los nervios del hombro y brazo.—Extracción del proyectil Freire-Brull.—Curación.*

El sujeto clínico es Leandro Suárez Domínguez, natural de Segovia, y soldado del Regimiento de Infantería de Ceriñola, número 42, herido el 14 de Mayo, y ofrecía una herida por arma de fuego, cuyo orificio de entrada estaba situado en el centro geométrico del triángulo supra-clavicular izquierdo; la dirección del proyectil, hacia atrás y arriba, conducía á la región prevertebral, y la violenta hemorragia que presentó al ser herido, plantearon al Médico segundo Sr. Trías Pujol, el problema de intervenir con la ligadura de la subclavia entre ó por dentro de los escalenos; el resultado precario de estas intervenciones le hicieron desistir, con muy buen criterio, máxime cuando consiguió atajar la sangre con una magnífica cura oclusiva, ayudado de una ingeniosísima hemostasia inmediata. Apreció la parálisis péndula del miembro torácico izquierdo; notó alteraciones sensitivas que no pudo precisarnos cuando le consultábamos, suponía lesión de frénico por la menor excursión respiratoria en la base izquierda del tórax, y diagnosticó parálisis traumáticas de los plexos cervical y braquial. Sólo el distinguido compañero pudo ver tanto en tan poco tiempo, y en una cura de urgencia; su diagnóstico no ha necesitado retoque ni modificación alguna en la evolución ulterior del proceso de nuestro herido; su terapéutica ha proporcionado una vida condenada á extinguirse antes de llegar á Avanzamiento.

El Médico mayor Sr. Barreiro observó, al ingreso del herido en su Clínica primera del Hospital Docker, el día 16 de Mayo, á los dos días de haberlo sido, un estado general lamentable y desesperado; se le cambió el apósito sin incidente, quedando el enfermo á cargo del Médico segundo Sr. Bonet Luna. La respiración se fué modificando; la deglución, al comienzo entorpecida, se nor

malizó; se levantó el pulso; mejorando, en suma, el estado general. Persistía flexión é inclinación de la cabeza hacia el lado sano, parestesia en el lado enfermo del cuello, anestesia deltoidea, que se continúa, en el brazo hasta el codo. La herida cicatrizó, desapareció la zona parestésica y se constituyó una cicatriz á modo de botón de timbre eléctrico en el orificio de entrada, y sobre el que bastaba colocar ligeramente el pulpejo del dedo para provocar un dolor agudísimo con irradiaciones en la primitiva zona parestésica, y *que, por su situación, correspondía al punto de Erb.*

Estas modificaciones de la sensibilidad dieron margen á un error clínico; había un punto doloroso y se percibía un cuerpo duro; se dió por hecho el descenso del proyectil, que, después de una consulta, creíamos reconocer inmediatamente por debajo de la piel. La motricidad era asimismo precaria; estaba paralítico y péndulo, con una ligera flexión á nivel del codo, en la posición de reposo sobre un plano horizontal, aunque la gravedad aparentaba extensión en la bipedestación; existía, pues, parálisis total del *triceps braquial*, y paresia del biceps braquial: la mano paralizada, el carpo sin flexión, extensión, pronación ni supinación. En los músculos del hombro existían síntomas preciosos por *inspección*; se notaba hombro en charretera y una atrofia marcada en los músculos de la pared anterior de la axila izquierda; la fosa subclavicular de este lado era digna de un tuberculoso héctico; el brazo, en rotación externa, nos indicaba la motricidad precaria del redondo mayor y subescapular; el hombro del lado enfermo descendía más que el sano, y este descenso era debido á que el ángulo supero-externo de la escápula descendía más, no á incurvación de la columna vertebral. Por último, nuestro enfermo no elevaba su brazo hasta la horizontal, ni podía dirigir al lado sano la mano enferma sin ejecutar con la mano sana un movimiento de tres tiempos: Primer tiempo. Flexionaba el antebrazo enfermo sobre el brazo, sirviéndose de la mano sana. Segundo tiempo. Con el antebrazo sano mantenía el enfermo contra el pecho, mientras la mano sana cogía el codo enfermo. Tercer tiempo. Tiraba con la mano del codo y lo conducía á la línea media del cuerpo.

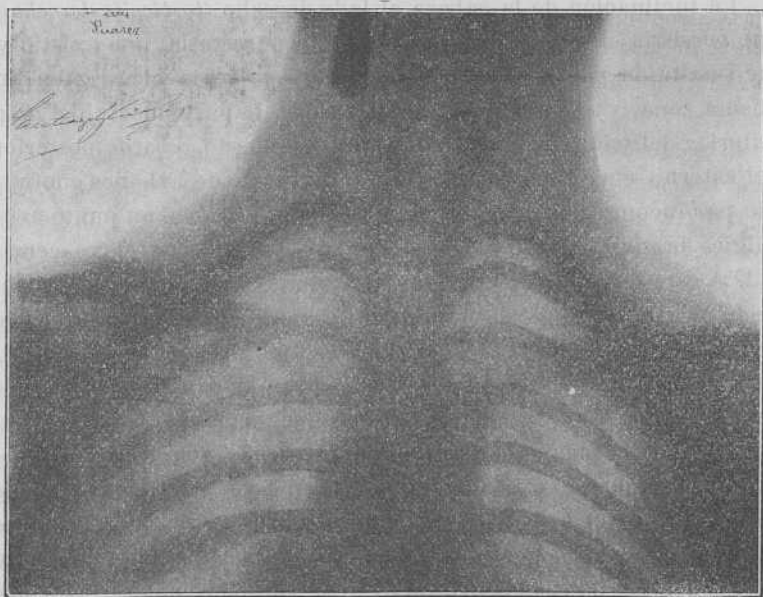
La inclinación de la cabeza al lado sano, el hundimiento del ojo izquierdo en constante guiño, daba en la estación vertical á nuestro herido un aspecto arlequinesco, y nos procuraba á nosotros bastantes dudas, al apreciar lo que existía, no apreciar lo que



debiera existir, y referirlo todo á lo observado por el Jefe de la Clínica primera.

Había lesiones de plexo cervical y de plexo braquial, y entre éstas, la de los tipos Erb-Duchenne y Klumpke. Pero nuestro caso, ¿tenía los tres tipos braquiales, ó su tipo pertenecía al de otro autor ignoto? Teníamos otro problema, para nosotros de mayor importancia. ¿Era el proyectil el que sostenía con su presencia los trastornos, en cuyo caso la indicación sería *ir por él*, ó, por el contrario, dichos trastornos no dependían de su presencia, toda vez que estaba tan superficial que *todos lo tocábamos*, en cuyo caso lo mejor *era dejarlo*?

La radiografía, puesta á contribución por el médico mayor señor Iglesias, nos marcaba *una situación*; pero nuestro dedo *sentía rodar el proyectil* bajo su pulpejo, y no era sólo nuestro el error, participaban de él cuantos compañeros se les consultó el caso.



Dudar, es la verdad en Clínica; y no dudar nunca, faltar á esa verdad; el médico militar puede dudar porque es *médico*, y no faltar á esa verdad porque también es *militar*; al menos esta es nuestra apreciación, que pocos dejarán de suscribir.

El hecho de normalizarse la respiración del herido, demostraba que la dispnea era de origen anémico, y no por lesión del nervio frénico; tampoco estaba paralizado el lado derecho del diafragma, puesto que la lengüeta pulmonar descendía al surco costo-diafragmático izquierdo durante la inspiración, como lo demostraba la auscultación. Además, la parálisis unilateral, *sobre todo izquierda*, del frénico, no acarrea trastorno respiratorio, porque la mitad sana suple á la parésica; mas se manifiesta por asimetría del vientre y trastornos de defecación, que no había en nuestro enfermo.

No así las dificultades á la deglución por la continua elevación hioidea, debido á la paresia de los infra-hioideos izquierdos, sobre todo del esterno-cleido hioideo izquierdo; éste, aunque pasajero, fué desde luego el primer síntoma del padecer del plexo cervical; bien es verdad que el del lado derecho hacía cuanto le era posible por restablecer la función; pero de hecho el síntoma existía, aunque desapareció pronto y espontáneamente.

La inclinación de la cabeza al lado derecho (*torticolis derecho*), que persistía el día que fué operado, y la parestesia, que existió y fué sustituida por irradiaciones neurálgicas de la cicatriz en su misma zona, y cuyo máximo doloroso en la parte media del lado anterior del triángulo supraclavicular izquierdo, «borde posterior del esterno-cleido mastoideo izquierdo», punto de Erb, nos confundía por incongruentes, y nos preguntábamos: ¿Cómo un punto neurálgico braquial puede ser epifenómeno de lesión de plexo-cervical? A esta pregunta nos respondíamos unas veces: Es que á nivel de la cicatriz se han establecido anastómosis entre los dos plexos. Y otras: Es que debajo de la cicatriz está el proyectil; al comprimir la primera, actuamos sobre el segundo y provocamos dolor. Nos inclinábamos á lo segundo cuando casi seguramente era lo primero. Pero había más irregularidad. ¿Cómo al desaparecer la anestesia, no desapareció el tortícolis, siendo uno y otra dependiente de lesión de plexo cervical? Solamente la ley de neuropatología, que hace más precoz la vuelta de la sensibilidad que la del movimiento en los nervios mixtos, podría invocarse. De todos modos, esto nos recordaba el caso de Baudens, y nos imponía la extracción del proyectil, concluyendo con él en que «estos accidentes pueden desvanecerse si se extrae oportunamente dicho cuerpo».

Por parte del plexo braquial existía la misma incongruencia: había hombro en charretera por *atrofia del deltoideo*, pero volvió la

sensibilidad cuando el brazo no podía elevarse á la horizontal. ¿Es posible, siendo nutrición, sensibilidad y movimiento dependientes del circunflejo? Es éste el caso Gibson, en que un fragmento de hueso, «clavícula», perfora un nervio, y el miembro se paraliza y se atrofia. Seguramente que no, porque había rotación externa del brazo, producida por el redondo menor y el infra-espinoso, inervado el primero por el circunflejo. Pero hay más: dada la situación del orificio de entrada, no puede herirse el nervio, sino el tronco en que van juntos él y el radial, y ya he dicho que el *triceps* estaba paralizado, y, como sabemos, recibe su inervación del radial; pero, si nos fijamos, dicho orificio de entrada corresponde en el plano medio sagital del cuello, «cabeza en extensión», al trayecto de una línea que une la séptima vértebra cervical á los primeros anillos de la tráquea, y, por consecuencia, el proyectil, en su dirección hacia arriba, atrás y adentro, nunca pudo encontrar el tronco común del radial y circunflejo; pudo, sí, lesionar las raíces 7.<sup>a</sup>, 6.<sup>a</sup> y 5.<sup>a</sup> anteriores, pero no provocar lesiones contusas en el cubital, y, por el contrario, el biceps braquial, inervado por el nervio músculo-cutáneo, sólo estaba parésico, aunque el nervio tome sus fibras de la 5.<sup>a</sup> raíz.

Decíamos que existía atrofia marcada de los músculos de la pared anterior de la axila, siendo así que el pectoral mayor está inervado por el nervio de su nombre, que nace más arriba del mismo tronco, que al dicotomizarse da el nervio músculo-cutáneo, y la raíz mediana externa y el redondo mayor y subescapular, que deberían estar intactos, se encuentran paralizados, pues ya he dicho que había rotación externa, siendo así que debieron ser lesionados por el proyectil, y aunque el *subescapular* hubiese perdido su inervación superior, siempre le quedaba íntegra la inferior, y no era así. Se comprende que el caso de Delens con callo exuberante de la clavícula provocase análogos accidentes; pero no hay que olvidar que en nuestro herido la lesión se encontraba en el centro geométrico del triángulo supra-clavicular, y las lesiones se continuaban hacia arriba.

Apuntaba que el hombro del lado enfermo estaba más bajo que el sano, y que éste obedecía al descenso del ángulo supero-externo de la escápula, que nos explicábamos perfectamente por parálisis del *serrato mayor*, inervado por el torácico inferior, que toma sus fibras de la 5.<sup>a</sup> y 6.<sup>a</sup> raíz cervical.

El modo como el paciente dirigía la mano enferma al hombro sano, nos decía claramente cuál era el estado de la inervación en los territorios del cubital, radial y mediano, por y á pesar del origen inferior de las raíces de este último nervio.

Me queda ocuparme de dos síntomas: 1.º, del que he llamado guiño del ojo izquierdo; 2.º, de los trastornos de la sensibilidad del brazo hasta su límite inferior. El primero asemejaba el de la parálisis facial, y á nuestro entender, dependía de la contractura del orbicular izquierdo. El lector interpretará este síntoma á su gusto, debiendo hacer constar que no lo relaciono con el síndrome de Horner, por faltar la miosis, existir el reflejo pupilar y la acomodación, no haber ptosis ni enoftalmía. En cuanto á la anestesia del brazo de límite inferior circular á nivel de un centímetro por cima del codo, parece sentir algo en la zona del accesorio; no es de extrañar si recordamos que á ese nivel suelen enviar los nervios intercostales algunos filetes sensitivos; la circular anestésica nos afirma en el origen radicular de las lesiones; pero como las alteraciones motrices no concuerdan con los experimentos de Fröhlich en los monos seccionando las raíces anteriores, 6.ª, 7.ª y 8.ª cervicales y la 1.ª dorsal, y las obtenidas por el mismo al cortar la 5.ª, 6.ª y 7.ª cervicales y 1.ª y 2.ª dorsales, dejando intacta la 8.ª cervical. Apuntaré lo inconsecuente de la inervación sensible del antebrazo y mano que se encontraba normal. Richel afirma que se presentan estas anestias de límite geométrico después de la aplicación del tubo de Esmarck. ¿Se trataría en nuestro caso de circunstancias análogas imputables al vendaje que le salvó la vida, ó era un caso de histerismo? Estamos convencidos de lo contrario. La naturaleza de la herida, el calibre del proyectil, su situación, nos relevan de buscar explicaciones raras; *la herida nos explica todo.*

Las heridas del plexo braquial distan mucho de ser infrecuentes; nuestra pequeña estadística da un 15 por 100 de heridas de cuello y un 3 por 15 con lesiones nerviosas. Bach y Socin, en 73 casos observados durante la guerra franco-prusiana, 22 concernían al plexo braquial. En la nuestra fueron más raras las heridas de cuello, que llegaron al Hospital Döcker después de los combates de Septiembre de 1911; pero, en cambio, yo, durante los combates de 1912, «Zoco del Tenain», tuve ocasión de ver morir, de 39 heridos, dos que las ofrecían y tres que pudieron ser evacuados por la ambulancia de montaña que manda el Médico primero señor

Pavón; uno de ellos, soldado de Alcántara, llegó blandiendo el sable, siendo preciso grandes esfuerzos para desposeerlo de dicha arma: á tal punto llegaba la contractura de los músculos del antebrazo y mano, que nos dió idea del caso de Weit-Mitchell. En general, en los heridos de cuello con lesiones nerviosas, han predominado las contracturas y dolores á las anestias y parálisis. El sargento Epresati, hoy oficial, con herida por arma de fuego subclavicular y lesión de mediano, nos ofrecía la parálisis de dicho nervio y temblor epileptiforme del brazo, que nos recordaba el cazador de Son-Tay, asistido por Poulot en 1883; pero nunca habíamos tenido ocasión de ver la parálisis y la anestesia desde el momento de ser herido más que en el libro de Duchenne, pág. 648: *De l'électrization localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique*, en que una lesión de *radial* produce parálisis en los músculos en que este nervio se distribuye, en los que están bajo la dependencia inervadora del cubital y el mediano. Sólo esto nos explicaría los hechos consignados ó admitiendo el 2.º grupo de la clasificación de Ganyot, ya que nuestro enfermo no correspondía á las clásicas parálisis braquiales de Erb, Duchenne y Klumpeke, descritas por todos los autores de Patología.

Pero de este fondo paralítico-anestésico se destacaban dos síntomas irritativos: 1.º El tortícolis por contractura. 2.º El dolor irradiado: uno y otro nos invitaban á hacer algo, máxime cuando, desde los trabajos de Descot (véase Tesis París, 1822), ha sido modificado el axioma de Galeno: «La Naturaleza es impotente á regenerar los nervios»; y fiados en Larrey, Weit-Mitchell, Morchouse y Kein, decidimos extraer el proyectil, que nos desafiaba con su presencia debajo de la piel, y proceder luego bien á la sutura, bien á la elongación, según el estado en que se encontrase el plexo braquial, ya que nuestro enfermo no quería ser en modo alguno propuesto por inútil.

Previa anestesia y asepsia de la región, y sospechando no estuviese el proyectil tan superficial como nos lo prometía el tacto, comenzamos por trazar sobre la piel, con la tintura de yodo, líneas que nos orientasen después en nuestra excursión por el cuello. Una línea superior que, partiendo del ángulo izquierdo de la mandíbula inferior en la actitud operatoria, terminaba en la tercera vértebra cervical, pasa rasando la base del proyectil (véase prueba radiográfica adjunta); del centro de esa línea comenzaría la línea

de incisión. Una paralela á la primera, un través de dedo por bajo de la cicatriz del orificio de entrada, limitaría nuestras maniobras hacia abajo: en esta última señalamos otro punto en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores; uniendo el punto señalado en la parte media de la línea superior con el señalado en la paralela inferior, se nos ofrecía la figura que se emplea en Geometría en la demostración del «Teorema de los segmentos de paralelas cortados por secante y la igualdad de sus ángulos». En nuestro caso, la secante nos daba dos referencias importantes: el escaleno anterior y el nervio frénico; el ángulo alterno-interno-anterior-inferior, el músculo omoplato-hioideo y la arteria escapular superior, y en el ángulo alterno-interno-posterior-superior, el vértice del triángulo supra-clavicular (actitud operatoria).

Hicimos nuestra incisión; á nivel de la herida no encontramos proyectil alguno, y sí un tejido escleroso, que al rodar sobre el plano subyacente nos proporcionaba la falsa sensación del proyectil; buscamos el nervio frénico, y estaba intacto; sobre la cara anterior del escaleno posterior se nos presentaron los cordones del plexo-braquial; como la incisión no era muy amplia, recurrimos á nuestras líneas, y con el dedo disecábamos el escaleno posterior, que nos conducía á sus inserciones superiores, sin tropezar con nada que pareciera proyectil. Ya desconfiábamos encontrar éste, cuando se presentó en la sala de operaciones el Médico mayor señor Iglesias, quien nos apercibió de la nueva orientación que convenía dar á la exploración, ya que la actitud *radiográfica* era distinta á la *operatoria*, y entonces, pasando sobre el escaleno y dirigiéndonos hacia arriba, creímos percibir en el centro y parte más superior de la región prevertebral, una sensación de cuerpo que titilaba y se movía; dirigiendo nuestro dedo hacia adelante, se reprodujo más distinta esta sensación: con el dedo introducido en la profundidad de la herida, auxiliado por la mano izquierda, que exploraba por fuera el fondo de la región carotídea izquierda, pudimos convencernos que evidentemente se trataba del proyectil; el índice de la mano derecha disecaba hacia el mismo, mientras la mano izquierda lo fijaba, hasta que, desprendidas las adherencias que lo embriaban, pudimos, sirviéndonos el dedo de conductor, deslizar por su dorso una pinza de Kocher, que lo prendió y extrajo: exploramos la celda que lo contenía, y no percibiendo nada anormal, cerramos nuestra herida; un apósito con pequeño des-



agüe completó nuestra cura, teniendo la satisfacción de ver desaparecida la anestesia del brazo al despejarse el enfermo del anestésico, á las diez y seis horas de haber sido operado; la cantidad de sangre perdida, escasamente sería de 15 gramos: no se encontró la escapular superior, lo que nos hizo suponer que la hemorragia que ofreció al ser herido debió ser de esta arteria.

Ocho días más tarde comenzaron, tras algunos calambres, á despertarse los movimientos en el miembro, y eran posibles los de la mano; el masaje y la electricidad completaron el tratamiento. El enfermo, completamente curado, disfruta licencia actualmente en su país natal.

Conservamos una duda: «El efecto terapéutico fué de la extracción del proyectil ó de la conmoción nerviosa del acto operatorio en sus maniobras de elongación ante la integridad anatómica del plexo braquial»; y por ende, si en nuestro caso es aplicable el *Similia similibus* de la antigua Terapéutica.

RAFAEL RAMÍREZ RIVAS,

Médico segundo.

---

## EL FUTURO HOSPITAL MILITAR DE VALLADOLID

### IV

Circunstancias especiales nos obligaron á suspender una labor que comenzamos con el mejor de los deseos y el mayor de los entusiasmos.

Fué en 1.º de Noviembre, 1.º de Diciembre de 1910 y 1.º de Enero de 1911, cuando en esta Revista, en sus números 21, 23 y 1, publicáronse nuestros artículos, dedicados á desenvolver tan importante tema.

Por algo se dice que «vale más tarde que nunca», y como para España, en eso de construir hospitales y cuarteles, nunca resulta tardé ni inoportuno, volvemos hoy á la brecha, animados como entonces del mejor deseo de contribuir á una obra altamente meritoria y nacional.

Los veintidós meses transcurridos en el silencio, mas no perdidos, para la observación, nos permitirán rectificar ciertas ideas para desentrañar un problema que estimamos de suma importancia para los intereses del Ejército, y para el Estado, de un ahorro positivo.

En dichos artículos exponíamos las condiciones del actual nosocomio, malo en sí, por tratarse de un ex convento viejo, pero emplazado en uno de los mejores sitios de la ciudad, con una zona de aislamiento realmente hermosa y las del proyectado en los terrenos adquiridos á dicho fin, en los amplios y polvorientos campos de la Rubia.

En el último de nuestros artículos (1.º Enero 1911) quedamos en ocuparnos de otro proyecto de emplazamiento genuinamente nuestro, al S. O. de la población, en la vastísima rampa de San Isidro, fijándonos de preferencia en la soberbia finca de Canterac, en donde se levanta majestuoso el castillo de los Condes de la Oliva.

De todos cuantos terrenos rodean esta capital castellana, ninguno, en nuestro concepto, reúne mejores condiciones para la construcción de un nosocomio. Pocos como él contarían con mejor emplazamiento ni mejor orientación, libre de toda clase de infecciones y sin constituir á su vez el menor peligro para la ciudad.

Le encontramos tan sólo el inconveniente citado en el de la Rubia, de estar algo alejado del centro de la ciudad y resultar una parte de sus terrenos casi al mismo nivel que los depósitos del Canal del Duero, encargados de abastecer á aquélla para el riego de sus extensos parques y jardines; podría utilizarse el agua del canal mencionado, pero para surtir á las distintas dependencias del futuro nosocomio se haría preciso la construcción de un depósito alto, y cuyo motor para la elevación del agua podría ser movido por la misma agua del próximo canal, mediante la construcción de la turbina correspondiente. Con la inmensa ventaja de dedicarle durante el día á la elevación del agua y á producir por la noche energía eléctrica para el alumbrado del Establecimiento, si se quería para la de todos los edificios militares, con notoria economía para el Estado.

Quizás se objete que la Sociedad del Canal no se prestaría á facilitar el agua para tal destino; pero creemos sería fácil un arreglo mediante la intervención del Ayuntamiento, notoriamente falto de agua para su alcantarillado, resultando relativamente fácil conducir la productora de la fuerza motriz á uno de los grandes co-

lectores para los efectos de la limpieza y de la higiene pública.

A pesar de los inconvenientes antes apuntados, conceptuamos la adquisición de la finca de Canterac altamente beneficiosa, pues es de presumir que sus propietarios no habían de mostrarse muy exigentes, y menos sabiendo su ulterior destino.

Desde luego es un palacio admirablemente situado, irguiéndose sobre un pronunciado talud convertido en hermosísimo jardín, que, partiendo de la base del castillo, termina en la verja de entrada que da acceso á la vía que limita por el NO. dicha finca; podrían instalarse las habitaciones del Director y demás empleados indispensables al buen servicio del establecimiento; oficinas, salas de juntas, almacenes y farmacia, si bien reconocemos que para ello habría necesidad de hacer obras de importancia.

En su vastísima área, y escalonados para facilitar el desagüe de sumideros y retretes, eterna pesadilla de nuestros nosocomios y cuarteles, podrían levantarse cuantos pabellones fueran necesarios, y aun después, si se quisiera, aislado por frondoso bosque de pinos, podría emplazarse otro edificio para convalecientes, un hospital para tuberculosos, y hasta un excelente manicomio militar, que, dada la situación de Valladolid, podría constituir un magnífico centro, donde enviar á todos los alienados militares de la Península y posesiones ultramarinas.

En aquella altura dominando la ciudad, asequible á todos los vientos, el aire de sus pabellones podría renovarse constantemente, constituyendo, más que un hospital, una verdadera casa de salud, y por cuyos parques y jardines, con gran ahorro de la estancia medicinal, encontrarían nuestros soldados el medio de recuperar su salud y fortalecer sus organismos.

Y de construirse allí el futuro Hospital, no había de ser difícil conseguir que la Compañía de Tranvías, interesada en extender su radio de acción, construyera un ramal con dirección á aquellos barrios, que con el tal emplazamiento habían de adquirir gran importancia.

Y su distancia á los demás edificios militares no había de ser mucha. Próximamente á 1.500 metros de la Capitanía general, Academia de Caballería y cuarteles de Infantería y Artillería é Ingenieros, y á 1.000 metros de la estación del Norte, y algo menos del cuartel de Caballería.

Descritos ya los tres emplazamientos, podríamos afirmar que la

opinión general médico-militar está con nosotros, eligiendo de preferencia el sitio en que se encuentra el actual Hospital, siempre que sea posible ampliar su área.

En segundo término, conceptuaríamos acertado su emplazamiento en la finca de Canterac ó altos de San Isidro.

Y creemos que, bajo ningún concepto debe levantarse en el sitio que para dicho objeto se adquirió en los polvorientos campos de la Rubia.

En el próximo artículo nos ocuparemos de la manera cómo podría implantarse el nosocomio en cuestión en los terrenos en que se encuentra el actual, y medios de ampliar su área á fin de que resultara un Hospital militar modelo, con todos los servicios inherentes á 200 plazas que, como máximum, pueden fijarse para las necesidades de la Guarnición de esta capital, con terrenos suficientes para dotarlo, como en la actualidad lo está, de los indispensables parques y jardines, en donde el soldado convaleciente encuentra ambiente con que fortalecer su cuerpo y alegrar su espíritu.

M. ANDREU,

Subinspector Médico de segunda clase.

---

## LA INMUNIDAD EN LA TUBERCULOSIS

(CONTINUACIÓN)

La misma intolerancia espontánea ofrecida para ciertos medicamentos, como el yodo, por ejemplo, es explicable, según Wolff-Eisner y Bruck, por mecanismos de anafilaxia; y teniendo en cuenta que tales medicamentos por sí solos no pueden obrar como antígenos, suponen dichos autores que se combinan con los albuminoides, formando, en el caso del yodo, un yodo-proteido, que, introducido sin modificación alguna por el intestino, obra produciendo fenómenos anafilácticos. La eclampsia (Gotzoni y Wiesinger), la fiebre de heno (Wolff-Eisner), los trastornos produ-

cidos por los equinococos, y otros muchos hechos del orden patológico son fenómenos anafilácticos, y todos ellos determinados por la introducción directa en la sangre de principios albuminoideos extraños al organismo.

Establecida la relación entre la digestión y la anafilaxia, veamos ahora la analogía que existe entre este último fenómeno y la inmunidad. A primera vista, nada más paradójico que estas dos cosas: en la inmunización natural ó artificial el organismo crea anticuerpos capaces de convertir el mismo antígeno productor de la enfermedad en una substancia inerte; en la anafilaxia, por el contrario, la introducción en una segunda vez por vía paraintestinal de una pequeña cantidad de substancia proteica extraña, microbiana ó no, puede dar lugar á síntomas gravísimos y hasta á la muerte del individuo. ¿Cómo compaginar estos hechos tan contradictorios? El fenómeno, sin embargo, es, en el fondo, el mismo; la diferencia consiste en que mientras en la infección, sobre todo en las infecciones crónicas, como la tuberculosis, la introducción del antígeno, por lisis sucesivas de los microbios, es muy lenta y gradual, hasta el punto de establecerse una antianafilaxia espontánea, en la anafilaxia artificial, después de recibir la reinyección por vía paraintestinal de las substancias proteicas, se provoca una rápida desintegración de esa substancia, con producción de cuérpos amino-ácidos venenosos, que, obrando principalmente sobre el sistema nervioso, ocasionan los síntomas anafilácticos.

Friedberger ha demostrado que hay cuatro clases de anafilaxia: primera, la que se produce por introducción paraintestinal de una substancia proteica extraña que ocasiona la formación de un fermento específico, el cual, ayudado por el complemento, da lugar en una segunda inyección á la desintegración rápida y brutal de la substancia introducida (anafilaxia activa); segunda, la que se des-

prende de la hipersensibilidad comunicada á otro animal por la inyección de sangre de un animal hecho antes anafiláctico (anafilaxia pasiva); tercera, la anafilaxia espontánea que se produce por la inyección primera de un suero cualquiera (suero-anafilaxia primitiva), y, últimamente, la que se puede obtener por el producto resultante de la acción recíproca en un tubo de ensayo de los tres componentes que entran en la reacción, y que son: el anticuerpo que se engendra por la primera inyección, la substancia proteica que sirve de antígeno y el complemento. Con estos tres elementos se produce *in vitro* el mismo proceso químico de fermentación que seguramente se da en el interior del organismo en los casos de anafilaxia, puesto que con ese producto químico que contiene los elementos desintegrados por la digestión de la substancia proteica inyectada, se produce experimentalmente en un animal cualquiera el síndrome anafiláctico. ¿De qué naturaleza es este cuerpo, esta anafilotoxina, que resulta de la desintegración brusca de la molécula albuminoidea, y que da lugar á los accidentes anafilácticos? Este es un punto todavía no resuelto, que sería muy importante averiguar. Henri de Naele, en un estudio sobre el papel de los amino-ácidos en la intoxicación proteínica, se inclina á creer que son las propeptonas las que dan lugar á estos accidentes, y entiende que en la anafilaxia se trata sencillamente de una intoxicación propeptónica.

Hay quien sostiene todavía, siguiendo la antigua teoría de Marfan, que los fenómenos anafilácticos son producidos por las precipitinas que se forman en el interior de los vasos, cuando se encuentran frente á frente el anticuerpo específico y la albúmina que se usa como antígeno. Sin negar que las precipitinas puedan intervenir en los síntomas anafilácticos, el total síndrome clínico no puede ser explicado por ellas. Friedberger ha demostrado que,



al preparar *in vitro* el agente anafiláctico de la manera antes dicha, se produce un precipitado que puede ser separado por centrifugación del líquido; é inyectado éste último solo á un animal sensibilizado, ocasiona todos los síntomas anafilácticos.

Veamos ahora qué aplicación puede tener esta doctrina de la anafilaxia al estudio de la inmunidad en la tuberculosis.

Desde luego podemos decir que, por tratarse de una enfermedad la mayor parte de las veces localizada y de marcha crónica, ha de colocar á los enfermos, más que si fuese aguda y general, en condiciones excepcionales de hipersensibilidad. Esta hipersensibilidad, si bien favorece las reacciones diagnósticas de la cutirreacción, oftalmorreacción, etc., son un grave inconveniente para el tratamiento específico de la enfermedad. Ya hace tiempo que se hizo la observación general de que, inyectando cortas dosis de antígeno, sin llegar á las mínimas que usa Besredka para conseguir la antianafilaxia, se podía llegar á sensibilizar un animal mejor que con grandes dosis. Como los anticuerpos tuberculosos permanecen asidos á las lesiones sin gran tendencia á trascender á los plasmas y á la sangre, se comprende que las reacciones anafilácticas se den singularmente en los focos tuberculosos, ocasionando procesos inflamatorios más ó menos intensos. De aquí nace la dificultad del manejo de los productos microbianos como medios terapéuticos, y las limitaciones prácticas que el uso de las tuberculinas impone á los clínicos que cuidan de no causar daño á sus enfermos. Lo que tiene lugar en los focos tuberculosos cuando se inyecta con fin terapéutico un antígeno cualquiera, es una digestión de éste por los fermentos proteolíticos que existen en dichos focos; y esa digestión proteínica da lugar á productos de desintegración molecular, posiblemente amino-

ácidos, algunos de los cuales son profundamente irritantes para los tejidos tuberculosos.

A las dificultades apuntadas anteriormente para alcanzar la inmunidad artificial en la tuberculosis, hay que agregar, pues, esta otra muy formal de los accidentes anafilácticos.

Es Friedberger seguramente el hombre que más amplios horizontes ha entrevisto á los fenómenos de anafilaxia. Según él, en lugar de tratarse de un hecho excepcional, reducido á explicar los síntomas de hipersensibilidad observados en el uso de los sueros y vacunas, es, por el contrario, un fenómeno general de las infecciones, que habrá que tener siempre en cuenta para explicar en gran parte el síndrome clínico de las enfermedades infecciosas. Es decir, que la sintomatología de estos padecimientos es debida no sólo á la acción directa del veneno microbiano que obra primitivamente sobre los elementos celulares de los tejidos, sino á la imbricación y superposición cronológica de los efectos de las anafilotoxinas que se forman en todo el decurso del proceso patológico; y en este sentido, advierte, como comprobación de su tesis, la analogía que se observa entre ciertas infecciones, que, producidas por gérmenes diferentes, tienen, sin embargo, una apariencia clínica casi idéntica. Así podemos notar que el síndrome clínico de la pulmonía, por ejemplo, puede ser determinado por una serie de microbios muy diferentes, y que entre la infección producida por el pneumococo de Fränkel y la determinada por el bacilo de Friedländer, no hay diferencia clínica ninguna. Entre el cólera ocasionado por el vibrión de Koch y el bacilo del cólera nostras, no hay quien pueda establecer ninguna distinción sin un examen bacteriológico causal. Es decir, que con tal que ciertos gérmenes se localicen en iguales órganos y sigan vías parecidas en su ulterior desenvolvimiento, los fenómenos

de hipersensibilidad que al proceso se asocian dan á las infecciones un aire de semejanza que no podría explicarse sin la intervenci3n de las reacciones anafilácticas en la génesis de los cuadros sindr3micos de las enfermedades infecciosas.

## V

Para medir las esperanzas de lo que el arte puede alcanzar en la vacunaci3n antituberculosa, hay que tener en cuenta siempre lo que hace 3 consigue por sí la Naturaleza en la inmunizaci3n espontánea contra este padecimiento. No es de extrañar que hayamos encontrado la vacunaci3n contra la viruela, porque esta enfermedad, después de pasada una vez, deja á los individuos en una inmunidad perfecta; pero no pasa lo mismo con la tuberculosis, que es de difícil curaci3n, y que una vez curada, no deja tras sí más que una pequeña resistencia á volver á enfermar. Pero en cuanto sea cierta la cura natural, y efectivo el grado pequeño 3 grande de inmunidad alcanzada espontáneamente, estemos seguros que puede aspirar el arte con perfecto derecho á obtener el mismo éxito en el porvenir. Ya hemos hablado al principio de las causas que explican las dificultades que encuentra el organismo para la inmunizaci3n natural, que son las mismas con que se tropieza para obtener la inmunidad artificial. Estas causas tienen relaci3n, en primer término, con la naturaleza ácido-resistente del germen de Koch, por la dificultad con que éste desarrolla antígenos inmunizantes en el interior de los tejidos, y por la resistencia que á la vez opone con su envoltura cérea exterior á ser atacado por los fermentos proteolíticos engendrados por reacci3n viva en el interior del organismo. De tal manera es grande la resistencia que opone este germen á ser destruído por los anticuerpos específicos, que hasta

en las experiencias de inmunización artificial mejor pensadas y dirigidas, como fueron las de Behring con su vacuna aplicada á los bóvidos, se observó en las autopsias que, aun habiendo dado los animales en vida muestras patentes de cierto grado de inmunidad, los gérmenes se encontraban vivos y resistentes, depositados en muchos órganos glandulares, singularmente en los ganglios linfáticos. Es decir, que lo que más ha podido alcanzar el arte con todos los procedimientos de vacunación hasta ahora empleados, ha sido determinar en el organismo cierto grado de resistencia relativa á dejarse lesionar por gérmenes que pueden vivir alojados en ellos como huéspedes inofensivos; pero dispuestos siempre á la menor disminución de resistencia orgánica del animal vacunado, á convertirse en enemigos activos productores de graves lesiones tuberculosas. Esto mismo es lo que parece alcanzarse por la Naturaleza en la cura espontánea de los enfermos; explicándose así la escasa resistencia en que quedan para ser invadidos una segunda vez por el mal. Según las experiencias de Römer y Joseph, Courmont y Leneur, Calmette y Guerin, etc., es una cosa suficientemente demostrada que las reinfecciones de los animales ya enfermos no tienen gran tendencia á producir nuevas lesiones tuberculosas. Esto es seguramente lo mismo que alcanzan los individuos que padecen tuberculosis locales crónicas; los cuales, por virtud de esa resistencia relativa, se hallan, hasta cierto punto, á salvo de tuberculosis agudas á consecuencia de nuevos contagios.

Römer y otros han probado experimentalmente con la reacción diagnóstica de la tuberculina, que la mayor parte de los niños que viven en un medio social fácil para el contagio, se infectan de tuberculosis, y que al llegar á la edad de la pubertad, el 70 por 100 á lo menos son tuberculosos. En muchos de estos niños, después de sufrir las primeras

lesiones locales, sobre todo si llegan á curarse de ellas, se produce una resistencia á las reinfecciones sucesivas de microbios, que les pone á salvo de la tuberculosis pulmonar, á menos que, por accidente exterior ó por reinfección interna, que es el fenómeno más frecuente, penetre en el torrente circulatorio una gran masa de gérmenes patógenos. Hasta aquí lo más que se ha conseguido con el arte en las experiencias de inmunización artificial en los animales. Y cuenta que para conseguir algo más de lo obtenido, se han empleado por los investigadores toda suerte de antígenos imaginables: bacilos humanos muertos ó vivos, virulentos ó avirulentos, bacilos bovinos, ídem de animales de sangre fría, bacilos desengrasados ó desprovistos de su cubierta, formas saprofíticas del germen, tuberculinas y productos bacterianos de todas clases, sin que hasta ahora se haya podido obtener ni un solo medio positivamente preventivo, ni un recurso terapéutico que cure la tuberculosis de un modo indiscutible.

Al ver esta desilusión, no es extraño que ciertos conspicuos autores, de espíritu independiente, hayan tomado nuevas orientaciones con esperanzas de mejor suerte. Entre los investigadores que han tomado nuevo rumbo está, en primer término, nuestro compatriota Ferrán, el Dr. Much y el profesor ruso Kumbavi, que no hace mucho tiempo ha expuesto ideas semejantes á las de Ferrán.

DR. MARTÍN SALAZAR

(Continuará.)

---

## NECROLOGÍA

---

### Don Emilio Portilla y López,

*Médico mayor.*

Nació en Daimiel (Ciudad Real), el día 19 de Agosto de 1863. En Junio de 1884 se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad Central, y en Septiembre de 1888, previa oposición, ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar con el empleo de Médico segundo, desempeñando varios destinos hasta Julio de 1893, que pasó á prestar sus servicios en Filipinas; ascendió á Médico primero en Junio de 1895, y tomó parte en varios hechos de armas durante la campaña, permaneciendo en aquellas Islas hasta Mayo de 1899, que embarcó para la Península. En Febrero de 1903 fué promovido al empleo de Médico mayor y destinado en el mismo mes al Hospital de Melilla, en cuya Plaza falleció el día 5 del corriente mes.

Se hallaba en posesión de una cruz del Mérito Militar, con distintivo blanco; seis de la misma Orden, con distintivo rojo, dos de ellas pensionadas; cruz de María Cristina y medallas de las campañas de Luzón, Filipinas y Melilla.

¡Descansen en paz nuestro estimado compañero!

---

---

## VARIEDADES

---

Nuestro querido Director, D. Manuel Martín Salazar, acaba de ser agraciado con la encomienda de la Orden de Alberto de Sajonia.

Tanto por esta distinción, como por su reciente ascenso á Subinspector Médico de segunda clase, ha sido muy felicitado; y dado su cariño al Cuerpo de Sanidad Militar, al corresponder á las prue-



bas de afecto que, tanto en el orden civil como en el militar, ha recibido de sus amigos, ha hecho constantes manifestaciones, tan modestas como sentidas, en honor del Cuerpo, al que, según su expresión, debe cuanto es y ha sido.

La Redacción de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR se asocia á dichas muestras de consideración y afecto, sintiendo que los lazos que la unen al Sr. Salazar le impidan ser tan expresiva como merecen los reconocidos prestigios científicos y personales de su Director.

\*  
\* \*

La Junta de táctica que preside S. A. el Infante D. Carlos ha designado una ponencia para el estudio de nuestro material sanitario, á cuyo efecto trasladóse dicha ponencia, compuesta de un Comandante, un Capitán y el Médico primero Sr. Bartolomé Relimpio, al Cuartel que ocupa la Brigada de tropas de Sanidad Militar, donde fueron muy atendidos.

\*  
\* \*

La clase médica acaba de perder estos días, en la Corte, á dos de sus más poderosos sostenes: los Dres. Ulecia y Alonso Sañudo.

La bien cimentada fama del primero, cuyos principales campos de experiencia fueron la Dirección de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* y el primer Consultorio de Niños de pecho, y las extraordinarias cualidades como clínico y pedagogo que adornaban al segundo, han hecho que el duelo sea tan general y sentido como extensos, profundos y eficaces fueron los conocimientos y beneficios difundidos por esos dos ilustres veteranos de la ciencia patria.

Descansen en paz tan laboriosos y sabios compañeros, y únase nuestro dolor al que experimentan tantos corazones agradecidos.

\*  
\* \*

El día 30 de Noviembre último se reunió en esta Corte la Junta general extraordinaria de la Asociación Filantrópica del Cuerpo, convocada para tratar de la petición formulada por varios socios, relativa á que la cuota mensual sea única por empleos, y después de detenida discusión, se acordó por mayoría de votos, á propuesta

de la Junta directiva, que desde 1.º de Enero de 1913 se contribuya con las cuotas mensuales siguientes:

*Personal activo en todas las situaciones.*

Inspectores de primera clase, pesetas . . . . .	12,50
Idem de segunda . . . . .	8,50
Subinspectores de primera . . . . .	6,50
Idem de segunda . . . . .	5,50
Médicos y Farmacéuticos mayores . . . . .	4,50
Médicos, Farmacéuticos y Ayudantes primeros . . . . .	3,25
Idem, íd. íd. segundos . . . . .	2,25
Terceros Ayudantes . . . . .	2,00

*Señores Inspectores en Reserva, y Jefes y Oficiales retirados ó licenciados absolutos.*

Inspectores de primera clase, pesetas . . . . .	9,00
Idem de segunda . . . . .	7,50
Subinspectores de primera . . . . .	5,50
Idem de segunda . . . . .	4,50
Médicos y Farmacéuticos mayores . . . . .	4,00
Médicos, Farmacéuticos y Ayudantes primeros . . . . .	2,75
Idem, íd. íd. segundos . . . . .	2,00
Terceros Ayudantes . . . . .	1,75

\*  
\* \*

El Médico mayor de la Armada, D. Miguel de la Peña Gálvez, ha tenido la atención de enviar al Excmo. Sr. Jefe de la Sección de Sanidad Militar el notable trabajo que, con el título de *Apuntes para la historia de los Cuerpos de Sanidad Militar y de la Armada*, dió á conocer con motivo del Centenario de las Cortes de Cádiz.

En dicho trabajo, que hemos tenido ocasión de leer, merced á la bondad del Inspector Sr. Lacalle, se relatan los hechos más culminantes y las vicisitudes por que han pasado ambos Cuerpos, deteniéndose, con gran acopio de datos, en los que motivaron la concesión de la Cruz de San Fernando á los Jefes y Oficiales de los mismos que ostentan tan preciada recompensa.

\*  
\* \*

El día 8 del corriente se celebró con gran solemnidad la fiesta de la Patrona del Colegio de Huérfanos de Estado Mayor y Sanidad Militar, con una misa rezada, en la que comulgaron los alumnos y algunas personas de sus familias; desayuno extraordinario y una suculenta comida, en la que se brindó por la prosperidad de la Asociación y en honor de los socios que, con tanto entusiasmo como éxito, sostienen ese establecimiento tan simpático y útil.

\*  
\* \*

Nos comunican de Melilla, que con motivo de haberse hallado entre los cadáveres exhumados en la segunda caseta, el del sanitario de la Ambulancia de Montaña, núm. 3, Francisco Mejías Moya, se verificó el día 7 del corriente un delicado homenaje, que consistió en colocar una corona y una lápida costeada por los individuos del Cuerpo de Sanidad Militar residentes en aquella Plaza, en recuerdo del bravo sanitario muerto en cumplimiento de su deber en la campaña de 1909.

El día 8 por la mañana, festividad de la Purísima Concepción, se dijo una misa en el Cuartel de la compañía mixta de Sanidad Militar, y el 9 otra de Requiem en la Iglesia Parroquial.

\*  
\* \*

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

**Productos analizados.**—*Alimentos:* panes, 3; leches, 3.—*Bebidas:* aguas potables, 1.—*Secreciones y excreciones:* jugos gástricos, 2; heces, 2; orinas, 311; cálculos, 1; esputos, 28.—*Tejidos y sus derivados:* sangres, 4; tejidos, 2; órganos, 4; exudados, 2; pus, 2; membranas, 2; tumores, 6; líquido patológico, 1.—*Parásitos:* tenias, 1.—*Reacciones de fijación de complemento:* Wassermann, 12.—**Total productos analizados, 387.**

**Productos elaborados.**—*Emulsiones.* Antígeno sifilítico: frascos, 2.—*Medios de cultivo.* Agares: frascos, 1, y tubos, 93; caldos: frascos, 30, y tubos, 340; gelatinas: tubos, 22; patata glicerínada: tubos, 5; soluciones: tubos, 1; suero coagulado: tubos, 3.—*Reactivos químicos para análisis y elaboraciones.* Soluciones colorantes: frasco, 2; tituladas: frascos, 40; otros reactivos: frascos, 28.—

*Sueros.* Hemolísicos, anticarnero: frascos, 4; curativos, antidiftérico: frascos, 459.—*Toxinas diagnósticas.* Malleína diluída: ampollas, 110.—*Vacunas.* Antivariólica, pulpa glicerínada: viales, 237, y tubos, 359.—Total productos elaborados, 1.736 unidades.

\*  
\*\*

Al cerrar nuestra edición nos enteramos, con sentimiento, del fallecimiento, ocurrido en Barcelona, del Inspector Médico de primera clase, de la Sección de Reserva, Excmo. Sr. D. Alfredo Pérez Dalmau.

En el próximo número publicaremos la necrología.

---

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

---

**Trastornos de la supinación á continuación de las fracturas del antebrazo. Tratamiento preventivo y curativo.**—M. Jeanne manifiesta que después de las fracturas de los dos huesos del antebrazo, la supinación queda muy limitada, mientras que la pronación se conserva. El brazo aparece torcido, de tal manera, que la cara anterior del antebrazo corresponde al borde externo de la muñeca y á la cara dorsal del pulgar.

Según el autor, esto se debe no á un efecto de la disminución del espacio interóseo, como se dice comúnmente, sino á la rotación de los fragmentos inferiores, y sobre todo del radial, que queda en pronación, mientras que los superiores se hallan en supinación (Lonedas, Destot).

Así consolidado, el radio coloca la cara externa de su mitad inferior en la prolongación de la cara anterior de su mitad superior.

Hace falta, pues, reducir é inmovilizar en *supinación completa*. Si la reducción no se consigue, se podrá recurrir á una intervención cruenta, que consistirá en hacer una *osteotomía* del radio y del cúbito, con ó sin sutura, y la detorsión del miembro.—(*Revue de Thérapeutique.*)—J. P.

\*  
\*\*

**Singular origen de una parálisis facial**, es el título con que el *Doctor R. Oulié* publica una observación de vaciamiento petromastoido en una chica de doce años de edad, en la que observó aquella lesión, *instantáneamente*, al cuarto día del acto operatorio, y al retirar las tiras de gasa, atribuyendo á las adherencias de éstas con el nervio su desgarradura. Hemos de señalar una importante omisión en esta historia clínica: la de no mencionar el

resultado del examen del facial al terminar la operación, y ello nos permite dudar que hayan pasado las cosas como las refiere Oulié, y nos autoriza para atribuir la lesión del nervio al acto operatorio, patología que se impone por su extraordinaria frecuencia en este y en casi todos los casos.—(*Archives Internationales de Laryngologie, etc.* Septiembre-Octubre 1912.)—*Santaló.*

\* \*

**Necesidad de la siesta después de las comidas.**—Hasta ahora prevalecía la opinión de que el sueño después de las comidas era perjudicial; pero actualmente M. Hallopeau asegura que esta necesidad se impone á los hombres que se dedican á trabajos intelectuales.

Según la *Revue de Psychothérapie*, que analiza este trabajo, la siesta, muy recomendable después de la comida del medio día, es todavía más ventajosa después de la cena. Es una buena práctica ceder á la necesidad invencible del sueño que nos invade después de comer, y M. Hallopeau recomienda aprovechar este sueño hasta la una de la mañana, y asegura que de este modo se pueden proporcionar tres horas de buen trabajo intelectual, encontrándose entonces en las condiciones de calma y de silencio deseables.

De este modo, puede prescindirse de los excitantes como el café y el té; el cerebro entra en reposo tres veces por día, y su reposo funcional lleva aparejado el reposo circulatorio; las arterias del encéfalo desempeñan mejor sus funciones de nutrición y están menos expuestas á

la degeneración con sus temibles consecuencias. Todo se reduce á adoptar una nueva costumbre.—(*Journal d'Hygiène.* Octubre 1912.)  
*J. P.*

\* \*

**Evolución de la peste en las marmotas durante su sueño invernal.**—MM. Ed. Dujardin-Beaumetz y E. Mosny han redactado una nota, presentada por E. Roux á la Academia de Ciencias, de Paris, en que convienen que la enfermedad de los cazadores de marmotas no es otra que la peste transmitida por dichos animales. (Transbaicalia y Mongolia.)

La conservación del virus en estas comarcas no puede ser debida más que á la pulga y á la misma marmota durante los inviernos muy rigurosos.

R. Dubois (*Annales de la Société linnéusie de Lyon*, 24 Juin 1901) había demostrado ya la resistencia á la infección tuberculosa de las marmotas en estado de hibernación. R. Blanchard y Blatin (*Archives de Parasitologie*, t. XI, 1906-1907, p. 374) habían observado que estos animales, muy sensibles á los tripanosomas, gozaban, al contrario, de una inmunidad absoluta durante el sueño invernal. Las experiencias inéditas de Wurtz relativas á la peste fueron ejecutadas en condiciones defectuosas.

Las experiencias de los autores han sido llevadas sobre tres de estos animales: dos marmotas inoculadas de virus pestoso durante el sueño son muertas, una á los sesenta y un días y otra al cabo de ciento quince días. La tercera, reservada para comprobar la sensibilidad de este roedor *en estado de vigilia*,

después de haber pasado el invierno en las mismas condiciones que las precedentes, ha sido inoculada y muerta dos días y medio después de la inoculación.

Este resultado demuestra la larga evolución del virus pestoso en

la marmota *durante el sueño invernal*, y aporta una explicación á la supervivencia de la enfermedad en las precitadas comarcas.— (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Octubre 1912.)—*J. P.*

---

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

---

**Datos para diagnosticar la epilepsia en los militares**, por el Dr. Heilig.—El diagnóstico de la epilepsia es difícil para el Médico militar, á causa de que es poco probable para él ver los ataques típicos, no existiendo síntomas decisivos para afirmar la existencia de la enfermedad fuera de estos ataques, y aun presenciándoles, en algunas ocasiones quedamos perplejos sin poder precisar de un modo exacto si aquellas convulsiones que hemos presenciado son ó no de naturaleza epiléptica, sobre todo si éstas se presentan en individuos insolados ó alcoholizados.

Heilig, basándose en estudios de Lombroso, Redlich y Steiner, y en colaboración con este último, ha examinado las relaciones entre la epilepsia y el uso habitual de la mano izquierda. Tan sólo en zurdos ó en individuos que si eran diestros pertenecían á familias en las que abundaban los zurdos, se presenta la epilepsia; el autor y sus antecesores en estos estudios no han podido encontrarla nunca en individuos en los que ni ellos ni sus familias estuvieran exentos de esta tacha.

Además, hay otro síntoma indivi-

dual ó familiar de gran valor, cual es la tartamudez no dependiente de lesiones materiales. Á juicio de Steiner y de Heilig, cuando se ven convulsiones en soldados que no presentan en ellos ó en sus familias en forma habitual estas alteraciones, puede desecharse el diagnóstico de epilepsia, y, por el contrario, la coexistencia de estos trastornos habla mucho en favor de la naturaleza epiléptica del ataque.—(*Deut. Mil. artz. Zeit.*, 1912, H. 17).—*F. G. D.*

\* \* \*

**La mutualidad en el Cuerpo de Sanidad Militar de Francia**.—El Médico mayor M. Maupin ha hecho un llamamiento á sus compañeros de la escala activa para que se suscriban como socios de la «Fraternal del Caducée», forma muy feliz de asociación que ofrece las siguientes ventajas, expresadas por dicho Médico mayor:

Fundada por circular ministerial de 10 de Marzo de 1909, la «Sociedad nacional de socorros mutuos, aprobada entre Oficiales de los Ejércitos de tierra y de mar», se recluta entre todos los Oficiales en activo servicio, que continúan for-



mando parte de la misma al pasar á la situación de retirados. La cotización mensual es de 3 francos para los socios casados ó viudos con niños de menos de diez y ocho años, y de 2 francos para los solteros ó viudos sin hijos. El derecho de entrada se fija en 5 francos. Todas las recaudaciones se hacen por los cajeros de los Cuerpos armados, sin ninguna molestia para los socios.

Los beneficios asegurados son los siguientes:

1.º Abono al nacimiento de los niños: 150 francos á cada nacimiento, y en caso de nacimientos múltiples, estas primas son dadas para cada niño.

2.º Socorros inmediatos eventuales: pueden variar de 50 á 200 francos, abonos y tasas, dejados á la apreciación del Consejo de administración.

3.º Gastos funerarios: abono inmediato de una suma de 500 francos á los herederos ó partes interesadas, viuda, huérfanos ó ascendientes, sin justificación del gasto, ó bien reembolso de gastos hechos y justificados, hasta 500 francos, á

otras personas que fuesen las encargadas del entierro.

4.º Socorros á las viudas, huérfanos ó ascendientes (padre y madre) del miembro participante fallecido: un socorro de 360 francos (renovable cada año) se concede á la viuda (que no haya contraído nuevas nupcias) de todo miembro participante, fallecido sin dejar á esta viuda ningún derecho á pensión del Estado. Este socorro se mejora con 50 francos por cada hijo menor de diez y ocho años.

Los niños (huérfanos de padre y madre) tienen derecho á estos abonos (360 francos más 50 por niño) hasta que el menor haya llegado á los diez y ocho años.

En fin, si el miembro participante fallecido no ha dejado viuda ni huérfanos (teniendo ó no derecho á socorro), que es el caso de los solteros ó viudos sin hijos, un socorro de 360 francos (renovable igualmente cada año) puede ser discernido á su padre ó á su madre, si él fué su único sostén, teniendo el padre más de cincuenta y cinco años ó fuese impedido.—(*Le Caducée*).—J. P.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

**Manual de Instrucción práctica para las tropas de Sanidad Militar**, por D. Eduardo Sánchez-Vega y Malo, Médico primero de Sanidad Militar.—Obra de más de 300 páginas en 8.º, con grabados en el texto.—Precio, 3,50 pesetas.

Muy necesitado se hallaba el Médico militar, y sobre todo el destinado á unidades sanitarias y de combate, de una guía práctica que refrescase y completara sus conocimientos en el manejo del material y en el funcionamiento de las formaciones sanitarias.

Nuestro compañero Sánchez-Vega, con el fin de atender á dicha necesidad, ha logrado reunir en su valioso Manual cuantas nociones generales de instrucción de las tropas son indispensables para el aprovechamiento y movilización de nuestras unidades tácticas, reuniendo al propio tiempo elementos descriptivos y prolija nomenclatura de cuantos objetos, utensilios, aparatos, medios de conducción y de alojamiento, etc., se utilizan en el Ejército de nuestra Nación y que más ó menos directamente afectan al servicio sanitario. Emplea el autor un metódico orden de exposición, auxiliado por claras y gráficas explicaciones, que suponen utilísimas enseñanzas en el ambiente sanitario militar, y su obra aparece dividida en tres partes, subdivididas en varios títulos y numerosos capítulos é intercalada con muy oportunos grabados.

Tiene también el trabajo del Sr. Sánchez-Vega el mérito grande de promediar y estudiar las cuestiones que afectan á la vida sanitaria de las formaciones, sin emplear superfluas digresiones, ni invadir en lo más mínimo el terreno militar propiamente dicho, fuera de las nociones generales y fundamentales en esta clase de estudios.

Enseñase, además, en el Manual de que nos ocupamos, paso á paso, de una manera gradual, cuantos detalles afectan más ó menos directamente al servicio sanitario móvil ó de provisional fijeza, y, si hemos de decir verdad, la lectura de este libro proporciona la plena posesión, sin embarazos, de aquellos conocimientos de nuestra especialidad militar, que debemos tener siempre presentes, si hemos de hacer buen papel ante nuestros superiores y nuestros inferiores.

Los elementos de enseñanza que aporta el Manual se hallaban, por otra parte, dispersos y sin la indispensable explicación educativa, y tanto por esta circunstancia, como por las dificultades de todo género que requiere la reunión de tan variadas cuestiones, para que pueda ser autorizada su publicación, merece su autor todo género de estímulos y plácemes, ya que viene á enriquecer nuestra escasa bibliografía en producciones de carácter médico-militar, con un trabajo de los más prácticos, interesantes y meritorios.—*J. P.*

---

## SECCIÓN OFICIAL

- 14 Noviembre.—Real orden (*D. O.* núm. 269) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase D. Félix Estrada Catoyra; á los Médicos mayores D. José Castellví Vila y D. Alfredo Conejo Sola; á los Médicos segundos D. Juan Pomar Taboada y D. José González Vidal, y á los Médicos provisionales D. José Herranz Nicolás y D. Lorenzo Maldonado López.
- 16 » » Real orden (*D. O.* núm. 275) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Antonio Martínez Carvajal, D. Rodrigo Moya Litrán y D. Adolfo Azoy Alcaide, y al Médico primero D. Pedro Farreras Sampere.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 275) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Francisco Soler Garde, D. Francisco Molinos Romeo y D. Adolfo Azoy Alcaide, y al Médico primero D. Pedro Farreras Sampere.
- 26 » » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* núm. 271) concediendo el haber mensual de 487 pesetas con 50 céntimos al Subinspector Médico de segunda clase, retirado, D. José Castañé Otero.
- 27 » » Real orden (*D. O.* núm. 270) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento, de la provincia de Cuenca, al Médico primero D. Cesáreo Gutiérrez Vázquez.
- 30 » » Real orden (*D. O.* núm. 273) concediendo al Subinspector Médico de segunda clase D. José Sánchez Sánchez la cruz de segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, pensionada con el 10 por 100 del sueldo de su actual empleo, hasta su ascenso al inmediato, por sus meritorios y extraordinarios servicios como Jefe del Detall y Profesor de la Academia Médico-Militar.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 269) concediendo al Subinspector Médico de segunda clase D. José Fernández Baquero

la cruz de segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, pensionada con el 10 por 100 del sueldo de su actual empleo, hasta su ascenso al inmediato, por sus meritorios y extraordinarios servicios como Profesor de la Academia Médico-Militar y en la asistencia, durante catorce años, al Cuerpo de Inválidos.

2 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 274) concediendo al Médico primero D. Pedro Farreras Sampere la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, por varios trabajos científicos y originales, relacionados con la Sanidad del Ejército.

4 » Real orden (*D. O.* núm. 275) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Médicos mayores D. Ramón Olmos Belert, D. Manuel Martín Salazar, D. José Fernández Salvador y D. Cayetano Benzo Quevedo, y á los Médicos primeros D. José Sueiras Olave, D. José Secchi de Angeli y don Filiberto Cuadros Ruizalday.

» Real orden (*D. O.* núm. 276) concediendo pasaje por cuenta del Estado, desde Segovia á Granada, á tres hijos del Médico mayor D. Román Rodríguez Pérez.

5 » Real orden (*D. O.* núm. 277) concediendo al Médico provisional D. Eugenio Rodríguez Pascual la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, por haber cumplido dos años de servicios como tal Médico provisional.

9 » Real orden (*D. O.* núm. 280) nombrando Vocal interino de la Comisión mixta de reclutamiento, de la provincia de Málaga, al Médico segundo D. Blas Sánchez Hidalgo.

10 » Real orden (*D. O.* núm. 280) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico segundo D. Manuel Suca Moya.

---

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