

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año III

Madrid 15 de Abril de 1909

Número 8

SUMARIO

Inflamaciones reumáticas de la membrana vascular del ojo (conclusión), por V. Suárez Puerto.—Principios generales de organización: Servicio médico en los Cuerpos (continuación), por F. González Deleito.—Los caracteres antropológicos y las enfermedades, por A. Calvo Flores.—*Prensa médica*: Tratamiento de la meningitis cerebro-espinal supurada por inyecciones intrarraquideas de suero antimeningocócico.—Tratamiento de la erisipela por el sulfato de magnesia.—Profilaxis de la enajenación mental en el Ejército inglés.—*Homenaje a Martín Salazar*.—*Academia Médico-Militar*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO Manual legislativo de Sanidad Militar.

INFLAMACIONES REUMÁTICAS DE LA MEMBRANA VASCULAR DEL OJO

(Conclusión).

Fácilmente se comprenden los desórdenes que acarrearán estos exudados anormales producidos por la inflamación del cuerpo ciliar: el proceso no se contiene aquí ordinariamente, sino que se propaga á la coroides, afectándola en mayor ó menor proporción; en el cuerpo vítreo se producen exudaciones diversas en forma de copos más ó menos confluentes, á veces sanguíneos, otras veces de aspecto purulento, que impiden la iluminación del fondo del ojo y el examen de la papila. En otros casos existen además opacidades en el cristalino, que nos impiden apreciar también los signos oftalmoscópicos.

Las opacidades referidas son en ocasiones insignificantes, y no llegan á impedir por completo el paso á los rayos lumi-

nosos, pudiendo apreciarse entonces, con más ó menos dificultades, por medio del examen oftalmoscópico, las alteraciones de la coroides y de la retina. La coroides preséntase fuertemente congestionada, de un color rojo intenso, con pequeñas manchas exudativas ó pigmentarias, á veces de un tinte blanquecino, que nos revela la atrofia coroidea. La papila aparece fuertemente hiperemiada y los vasos retinianos ofrecen un aspecto anormal: las venas centrales, tortuosas, con varicosidades en la periferia de la retina, y las arterias á veces aparecen obliteradas. En ocasiones aprécianse ligeros desprendimientos retinianos, formando la retina eminencias pequeñas, ondulantes, en el interior del humor vítreo; pero otras veces las extravasaciones serosas ó sanguíneas situadas entre la coroides y la retina pueden acarrear un desprendimiento bastante extenso de alguna de esas membranas, con pérdida repentina de la visión.

Existen también síntomas funcionales de gran importancia para el diagnóstico de la irido-coroiditis: los enfermos se quejan de ver, después de más ó menos tiempo, como una niebla ante los ojos; otras veces ven moscas volantes, telas de araña, etc., fenómenos que se deben á los exudados movibles del humor vítreo. El dolor, á veces muy intenso, toma los caracteres de neuralgias oculares ó peri-orbitarias, que sobrevienen por accesos periódicos, y produce también vivo dolor el más ligero contacto con la zona ciliar enferma. A este síntoma deben agregarse el lagrimeo, la fotofobia y la fotopsia. La disminución de la agudeza visual es notable desde el principio de la enfermedad, especialmente para la visión central; la periférica se conserva generalmente, excepto en los puntos en que la retina ó la coroides sufren desprendimientos, motivados casi siempre por derrames sanguíneos ó serosos, en cuyos puntos puede apreciarse la ausencia de los fosfenos.

Segundo período.—Si con un tratamiento oportuno no se consigue detener la marcha de la enfermedad, las lesiones

propias de la irido-coroiditis progresan más cada día hasta llegar al reblandecimiento y á la atrofia del ojo. El cuerpo vítreo se llena de opacidades, el campo pupilar aparece cubierto de exudados (á veces de falsas membranas) y la función visual desaparece por completo. La córnea, en contacto con el humor acuoso alterado, que no se renueva como en estado fisiológico, acaba por tomar parte en el proceso, y en su cara posterior aparecen manchas blanquecinas que indican el principio de procesos degenerativos. El iris presenta una coloración sucia, gris ó rojiza, adhiriéndose á veces á la córnea; en este caso la cámara anterior desaparece en mayor ó menor proporción, y cuando sólo está disminuída aparece llena de un líquido turbio, de aspecto purulento. Un momento llega en que combinándose el elemento inflamatorio propio de la irido-coroiditis con los derrames serosos y sanguíneos, los desprendimientos coroideos y retinianos y las demás lesiones ya indicadas, se constituye un estado de destrucción irremediable del ojo, que termina por la atrofia completa. En este período las neuralgias se repiten frecuentemente, con intensidad extraordinaria, y puede llegar á estar indicada la enucleación del ojo enfermo para evitar el peligro que corre el sano de afectarse de oftalmía simpática.

Otras veces la irido-coroiditis plástica termina por supuración franca, acompañada de escalofríos repetidos, fiebre, tensión ocular aumentada, dolor pungitivo intenso, hipopión, etc. Se citan algunos casos en que esta forma supurativa terminó por la muerte del enfermo, pero esto es excepcional. Lo más frecuente es que estos enfermos, abatidos por los sufrimientos prolongados, presenten un decaimiento profundo, acompañado de palidez cloro-anémica, que á veces llega á constituir una especie de caquexia. De este modo se establece la tisis del ojo, apareciendo todo el globo ocular retraído, atrofiado, constituyendo un peligro para el ojo sano por las alteraciones simpáticas á que da lugar.

La irido-coroiditis plástica es una enfermedad de curso largo, en lo cual suele influir bastante que la mayor parte de los enfermos no consultan sino después de meses, y aun años, del comienzo de la enfermedad; los que se abandonan por completo ó no son tratados convenientemente, concluyen por padecer la atrofia ó el flegmón del ojo, complicaciones de pronóstico funesto para la función de la visión. Un tratamiento racional, sin embargo, puede, en muchos casos, detener el mal é impedir que los fenómenos destructivos del segundo período se presenten, y siempre podrá evitar que los sufrimientos del enfermo le conduzcan á la pérdida de fuerzas, á ese decaimiento que simula una verdadera caquexia.

Es necesario también tener presente que la irido-coroiditis es una enfermedad que recidiva con frecuencia. Otras veces se presentan complicaciones que acarrearán repentinamente la ceguera, sin que ni las opacidades del humor vítreo ni la obstrucción pupilar la expliquen, en cuyos casos observando el fondo del ojo por medio del oftalmoscopio descubrimos un desprendimiento retiniano ó la embolia de la arteria central de la retina.

El *pronóstico* de la irido-coroiditis reumática es siempre grave, como se deduce de lo expuesto, teniendo en cuenta también que es una enfermedad muy sujeta á recidivas. Sin embargo, en las formas reumáticas que estudiamos (lo mismo que en las sífilíticas) es más fácil detener la marcha de la enfermedad, sin que llegue á presentarse la atrofia del ojo, empleando oportunamente un tratamiento general.

TRATAMIENTO.—El tratamiento interno debe emplearse siempre en el primer período de la irido-coroiditis reumática; en el segundo período, cuando las adherencias del iris son permanentes, sólo con la intervención quirúrgica se podrá conseguir una mejoría duradera.

La medicación salicilada es insustituible en el primer período de la afección que describimos; esta terapéutica espe-

cífica del reuma comprende, como es bien sabido, una serie de medicamentos (ácido salicílico, salicilato sódico, salol, salófeno, etc.), de los cuales preferimos el salicilato sódico, porque no tiene efectos secundarios tan desagradables como los demás; la antipirina, empleada también en estos casos con éxito, es un buen sucedáneo de los preparados salicílicos. A estos medios internos agregamos el yoduro potásico, siempre que existan exudados en las cámaras del ojo ó en el humor vítreo. También produce buenos efectos la tintura de cólchico en algunos enfermos de irido-coroiditis y de iritis reumática crónica rebelde.

En muchos casos será útil la aplicación de 6 á 12 sanguijuelas en las regiones temporal ó mastoidea para moderar los síntomas inflamatorios. La morfina es necesaria á veces para combatir el dolor intenso, y asimismo no se deben olvidar las unturas mercuriales y belladonadas, ni las compresas templadas: de extracto de belladona, 3 gramos; extracto de beleño, 2; agua, 200 (fórmula de Galezowski). Agregaremos á estos medios el empleo de los sudoríficos.

Es de gran importancia, sobre todo al comienzo de la enfermedad, mantener dilatada la pupila por medio de los mi-driáticos, que además de su acción fundamental, impidiendo la formación de adherencias iríticas, ejercen sobre los tejidos inflamados del ojo una acción sedativa; son preferibles, entre estos medicamentos, la atropina y la homatropina (instilando algunas gotas al día de soluciones al 1 ó al 2 por 100), y pueden también usarse del mismo modo la eumidrina, la eufatamina, la duboisina, la hiosciamina, la daturina y la escopolamina; pero empleamos constantemente, por la seguridad de su acción, el sulfato neutro de atropina.

Sin embargo, bien conocido es que en algunos individuos de una susceptibilidad especial, la atropina instilada repetidamente puede producir síntomas de envenenamiento (sequedad de garganta, enrojecimiento de la cara, erupciones cutá-

neas, cefalalgia, vómitos, pulso frecuente, excitación general y delirio); en estos casos el antídoto es la morfina. Se inyectará el contenido de dos ó tres jeringuillas de Pravaz de la solución de cloruro mórfico al 1 por 100 ó más, según la gravedad del caso, y substituiremos la atropina por otro de los midriáticos indicados.

Quando los recursos terapéuticos citados en el tratamiento interno se emplean á tiempo y con la perseverancia necesaria, se pueden detener los progresos de la irido-coroiditis, y aun llegar á la curación de dicha dolencia. Pero hay casos rebeldes en los que la enfermedad recidiva, y para combatirla tenemos que acudir al tratamiento quirúrgico. Muchas veces, en efecto, á pesar del empleo continuado de los midriáticos las adherencias del iris persisten, y con ellas la incomunicación entre las cámaras anterior y posterior, y en ocasiones la obstrucción pupilar; en estos casos, en que ya se inicia la atrofia del ojo, no tenemos más recurso que practicar la *iridectomia*, operación que tiene por objeto no sólo restablecer la comunicación entre las dos cámaras del ojo, sino atenuar los fenómenos inflamatorios crónicos propios de la irido-coroiditis; y si bien es cierto que á veces exudaciones nuevas cierran la pupila artificial obtenida por la iridectomia, no debemos por esto condenar al enfermo á la pérdida del ojo, sino que se repetirá la operación cuantas veces sea necesario.

En todas las formas de iritis y de irido-coroiditis crónicas, de recaídas, que algunos autores llaman iritis de repetición, en las que existe gran tendencia á la obstrucción pupilar por exudados ó á la oclusión de la pupila por adherencias del iris á la cápsula cristalina, la iridectomia es el único procedimiento racional de tratamiento, y al que deben la vista un gran número de enfermos. Claro está que debe practicarse la operación en un período de calma, cuando los síntomas de agudeza desaparecen, jamás en plena inflamación.

No describimos la técnica de esa operación, bien conocida

y que se encuentra detallada en todos los tratados de Cirugía ocular. Sólo agregaremos que las antiguas operaciones que se practicaban en el iris, algunas de las cuales se ejecutan hoy todavía (*iridotomía, irido-eucleisis, irido-ectomía, iridodesis, irido-dialisis, corelisis, sinequiotomías, etc.*), pueden ser substituidas con ventaja por la iridectomía, dentro de la cual caben, permitaseme la palabra, todas las operaciones que se practican en el iris.

Observación 1.^a—Señora de A. R., cuarenta años, casada: vive Fuencarral, 131, segundo. Nos refirió que hacía diez años que padeció fuertes dolores reumáticos en ambas piernas, y poco después los sintió también en el ojo izquierdo, acompañados de enrojecimiento y lagrimeo, cuyas molestias aumentaban por la acción de la luz. La visitó un Médico, y pocos días después desaparecieron los dolores, pero notó que veía menos con el ojo izquierdo que con el derecho. No obstante, se preocupó poco de ello, y algunos meses después volvió á sentir parecidas molestias á las que hemos apuntado, debilitándose más cada vez la visión del ojo enfermo; estos trastornos se repitieron dos veces más, observando la enferma que coincidían con los cambios de tiempo y con el frío.

Observamos por primera vez á esta enferma el día 20 de Noviembre de 1907, y apreciamos que el ojo derecho se encontraba en estado normal; en el izquierdo aquejaba fuertes dolores, que se irradiaban á la sien; la conjuntiva fuertemente inyectada, iniciándose el quémosis; la córnea carecía del brillo normal, y el humor acuoso presentábase ligeramente turbio; el iris, muy descolorido, aparecía abombado hacia la córnea; la pupila, estrecha, irregular, por la acción de las sinequias posteriores, y exudaciones ligeras en el borde pupilar; la cámara anterior presentábase considerablemente disminuída. La disminución de la agudeza visual llegó á ser tal que distinguía solamente los dedos de la mano á unos cincuenta centímetros de distancia.

Teniendo en cuenta que en este caso el reuma fué la causa principal de la irido-coroiditis, instituímos desde luego la terapéutica específica: salicilato sódico, 50 centigramos cada cuatro horas, y también prescribimos las instilaciones de sulfato neutro de atropina (5 centigramos de atropina en 15 gramos de agua destilada), aconsejándole que permaneciera en una habitación oscura. Además empleamos en esta enferma los fomentos templados de belladona y de beleño, según la fórmula de Galezowski más arriba citada.

En 1.º de Diciembre empezó á tomar dos cucharadas diarias de la fórmula siguiente: yoduro potásico, 15 gramos; agua, 250, y se le aplicaron fricciones en la sien y en el arco supraorbitario con la pomada mercurial belladonada.

El día 25 la enferma acusaba una mejoría notable; los dolores cesaron casi por completo, el iris volvió á tomar su aspecto normal, desapareciendo la exudación del borde pupilar. La agudeza visual mejoró también, hasta el punto de que la enferma podía conducirse sola con el ojo enfermo, y en la visión de cerca distinguía los caracteres número 9 de Jøeger. La consistencia del ojo era normal. Suspendimos todo el tratamiento, dejando sólo el yoduro potásico.

Pudiendo verificarlo ya, hicimos el examen oftalmoscópico: en el cuerpo vítreo no había más que un enturbiamiento ligero; el fondo del ojo también se presentaba algo velado, pero apreciamos la papila completamente normal.

A pesar de la notable mejoría obtenida, las sinequias posteriores persistieron, y como los fenómenos agudos de la enfermedad habían cedido por completo (no existiendo ya, por consiguiente, el peligro de provocar un flegmón ó una oftalmía simpática con una intervención precoz), propusimos la iridec-tomía para destruir las adherencias y prevenir las recidivas, pero la enferma no aceptó la operación.

Observación 2.ª—A. A. L., de veintinueve años, soltera, natural de Madrid; vive Calvario, 29, segundo. Su padre murió

de una cardiopatía. Su madre padece con frecuencia de dolores reumáticos. Nos refirió que tuvo siempre buena salud hasta hace un año próximamente, que sintió dolores de reuma muy arraigados en la rodilla izquierda, que presentaba algo tumefacta. Cuatro meses después de sufrir los primeros dolores en las piernas empezó á sentirlos en el ojo derecho, en la frente y en la sien del mismo lado, con fotofobia y lagrimeo, siéndole imposible coser y leer con el ojo enfermo.

Cuando reconocimos por primera vez á esta enferma, el 5 de Diciembre de 1907, los dolores que experimentaba eran muy fuertes en el ojo derecho, produciéndole insomnio; había gran inyección conjuntival y de los vasos ciliares, la cámara anterior disminuida, el humor acuoso turbio, iris inyectado con exudaciones en el borde pupilar, opacidades abundantes en el humor vítreo. La consistencia del globo ocular nos pareció normal. La agudeza visual era casi nula, porque sólo veía la sombra producida por la mano al pasar delante del ojo.

Dispusimos instilaciones de atropina y un purgante de calomelanos. Al día siguiente empezó á tomar el salicilato sódico. El día 12 de Diciembre anotamos que la inyección periquerática era menos intensa, la pupila estaba irregularmente dilatada y había ligero hipopión. Los dolores casi habían desaparecido, pero continuaban las opacidades en el humor vítreo y la misma agudeza visual. En vista de ello, insistimos en el tratamiento general, prescindiendo del yoduro potásico.

En los primeros días de Enero se ausentó de esta capital la enferma de que hablamos; la mejoría era franca y apenas si existía ya algún ligero copo flotante en el humor vítreo. Seis meses después volvimos á ver á esta enferma curada, con restitución completa de la visión.

Observación 3.^a—Francisco López, de cincuenta años, casado, medidor de vinos, natural de Almendralejo (Badajoz).

Fué reconocido por nosotros el día 1.^o de Abril de 1908. No había antecedentes hereditarios importantes; respecto á sus

antecedentes personales, nos dijo que de joven se dedicó á las faenas agrícolas, cambiando este oficio luego por el de medidor de vinos; que sufrió varias mojaduras y enfriamientos, y que hace unos seis años tuvo una enfermedad que le duró mes y medio, con hinchazón de los pies y dolores en la espalda. Después padeció dolores articulares muy frecuentemente, sin fiebre, desapareciendo de una articulación para fijarse en otra, imposibilitándole casi para el trabajo.

El estado general de este enfermo era poco satisfactorio. Existía un ruido de soplo en la punta del corazón y en el primer tiempo. No había edemas en los miembros inferiores.

Nos refirió además que hace tres años empezó á perder poco á poco la vista, sintiendo dolores peri-orbitarios, que desaparecieron y volvieron á presentarse más tarde, y enrojecimiento. Mejoró una temporada, y hace un año volvió á padecer los mismos dolores, perdiendo la vista casi por completo.

En el ojo izquierdo apreciamos gran inyección de la conjuntiva óculo-palpebral, lagrimeo, dolores á la presión en la región ciliar, iris muy descolorido y echado hacia la córnea, sinequias posteriores, campo pupilar pequeño, irregular, obstruido por exudados. La cámara anterior poco profunda y la tensión ocular disminuída. La visión no estaba absolutamente perdida, pues pasando una mano de arriba abajo y de derecha á izquierda por delante del ojo veía como una sombra que pasaba ante su vista; también percibió la llama de una bujía, pero moviendo la luz en direcciones diversas vimos que el campo visual periférico se conservaba mejor que la visión central, lo cual nos explicamos por la presencia de los exudados en el centro del campo pupilar.

En el ojo derecho existía una atrofia coroidea.

Instituimos desde luego en este caso, de antecedentes tan claros, el mismo tratamiento interno que en las enfermas precedentes, insistiendo en el yoduro potásico para modificar en lo posible el estado general. La mejoría obtenida fué grande,

pero las adherencias del iris no se rompieron, á pesar de las instilaciones repetidas de atropina, ni desaparecieron los dolores á la presión en la región ciliar.

Propusimos al enfermo, con objeto de curarle por completo, evitándole nuevas recaídas, la iridectomía, é hicimos la operación el 25 de Abril.

Previa antisepsia y anestesia por la cocaína al 10 por 100, fijo el ojo con pinza aplicada en la parte inferior del globo, practicamos la sección corneal superior con un cuchillete estrecho de Graefe, haciendo punción y contrapunción al nivel del limbo de la córnea; introdujimos después las pinzas curvas de iridectomía, cogiendo con ellas el iris en el borde pupilar; por la herida corneal extrajimos un trozo suficiente de iris, seccionándolo por su base con una tijera curva. Una vez cerciorados de que el resto del iris, lo mismo que la herida de la córnea, quedaban en condiciones favorables para una buena cicatrización, instilamos atropina y colocamos una cura con gasa y algodón esterilizados y un vendaje contentivo de gasa.

El enfermo después de la operación y al día siguiente no experimentó nada anormal. Levantamos la cura á los tres días, encontrando perfectamente cicatrizada la herida de la córnea; la región ciliar no estaba ya dolorosa á la presión, la pupila artificial, amplia, dejaba paso franco á los rayos luminosos y el enfermo distinguía bien los objetos que había á su alrededor. El día 4 de Mayo marchó el enfermo á su pueblo, pudiendo conducirse solo; en el mes de Octubre último tuvimos noticias suyas, manifestándonos que continuaba mejor. Desgraciadamente, no hemos podido volver á verle después.

V. SUÁREZ PUERTO,

Médico mayor.

PRINCIPIOS GENERALES DE ORGANIZACIÓN

SERVICIO MÉDICO EN LOS CUERPOS

(Continuación).

Una simple ojeada sobre los estados de material que poseen los batallones japoneses y los alemanes para instalar el puesto de socorro, basta para apreciar la diferencia, en la concepción de lo que en campaña ha de ser el puesto de curación de tropas, la mayor movilidad de aquéllos y la necesidad en que se encontraban los Médicos japoneses de ser excesivamente parcos en la intervención y en la cura de los heridos que allí sean transportados. Más pesado el material del Ejército alemán, es menos móvil, obliga á una instalación más alejada de la línea de fuego, requiere mejor terreno donde moverse y, junto con éste, mayor firmeza, se obtiene la posibilidad de una cura más completa, de una intervención más amplia y más perfecta desde primera intención.

Del tipo del Ejército alemán son las dotaciones en los restantes Ejércitos europeos, y aunque Matignon se muestre partidario de aligerar el material de batallón convirtiéndolo en transportable á lomo y dejar un coche por regimiento como reserva del Cuerpo, por las noticias más recientes que he podido inquirir parece que la modificación va á consistir, más que en cambiar el conjunto de la dotación de Cuerpo, en modificar la táctica sanitaria, limitando el servicio en las fases preliminares y comienzo del combate al servicio de la línea de fuego, no instalando el puesto de curación hasta ya decidida la batalla ó por lo menos hasta que se vislumbre un período relativamente largo de alto en el avance, que permita hacer la instalación estable de dicho puesto.

Pero es de presumir que en una campaña europea la existencia de mejores y más abundantes vías de comunicación permita utilizar los carros hasta cerca de la línea de fuego, instalando el puesto de curación en su proximidad. Si los japoneses utilizaron la conducción á lomo, no fué por creerla mejor, sino simplemente porque no tenían organizada otra cosa, y las ambulancias y el hospital de campaña eran conducidos en igual forma que la dotación regimental.

Lo que conviene discutir es el emplazamiento y modo de funcionar. Los rusos emplazaban los puestos regimentarios de 1 á 2 kilómetros de distancia de la línea de fuego (1); los japoneses, por el contrario, quieren llevar el puesto de curación hacia la línea de fuego. El Reglamento alemán establece que el puesto se establezca resguardado del fuego, pero lo más cerca posible de las líneas avanzadas, recomendando dejar á retaguardia el carro regimentario, sacando el contenido para establecer este puesto lo más avanzado posible. Los rusos han tenido por norma, y la dotación sanitaria de sus regimientos lo demuestra, hacer una cura más detenida y perfecta en el puesto regimental y en las ambulancias, y si la marcha y terminación de las heridas está en relación con la primera cura, es indudable que ésta fué mejor hecha en sus puestos que no en los japoneses. Así, mientras aquéllos perdieron sólo el 3'2 por 100 de los heridos, japoneses murieron un 6'8 por 100 á causa de heridas recibidas en el campo de batalla (2), cifra muy superior á la de los rusos, aunque inferior á la de 11 por 100 de alemanes muertos á consecuencia de heridas durante la campaña de 1870-71.

Pero el alejamiento de los puestos de socorro, así como la falta de personal médico en la línea de fuego, juntamente con el constante batirse en retirada, trajo como consecuencia que

(1) REVISTA DE SANIDAD MILITAR, 1908, página 236.

(2) *Internationale Revue der gesamte armee und flotten*, Julio 1908, y *Truppenführung und Heereskunde*, 1908, Hep. 1.º

el total de rusos desaparecidos alcance á 38.000, ó sea un 6'4 por 100, mientras que los japoneses sólo tuvieron 5.000, ó sea un 0'9 por 100.

El comentarista de las cifras de heridos fallecidos anteriormente, achacaba la manifiesta superioridad de los rusos á que los soldados retiraban sus camaradas heridos de la línea de fuego, mientras que en los japoneses el levantamiento de los heridos se hacía exclusivamente por el personal sanitario y tardaban más en ser asistidos; pero si tardaban más, lo hacían mejor: primero, porque no es de alabar el que los combatientes abandonen el fuego para hacer de camilleros, y segundo, porque aquéllos dejaron menos extraviados, y no es argumento serio el de que en las retiradas abundan éstos más, porque no hubo ni retiradas rápidas, ni tampoco se vieron acosados en ellas para tener que abandonar heridos al enemigo.

Se recomienda instalar el puesto en sitio donde exista agua; pero esto, como todas las recomendaciones teóricas, no deben tener más que un valor relativo.

Lo esencial es emplazarlo á cubierto del fuego enemigo y en sitio de fácil acceso. Si los heridos se vieran en el puesto de curación expuestos á serlo nuevamente, su moral se quebrantaría enormemente. Un abrigo en un repliegue del terreno, detrás de una loma, en el fondo de un barranco, es indispensable, como el fuego de la artillería es el más de temer en estos sitios. Matignon recomienda huir de sitios próximos á emplazamientos de baterías, por ser los que más bate la artillería enemiga. Igualmente, para llenar esta condición primordial, conviene no apresurarse á emplazar demasiado pronto el puesto de curación, sino esperar á que el combate se formalice y las posiciones, tanto propias como enemigas, se definan claramente; mientras tanto, el servicio médico de la línea de fuego es el único que debe funcionar.

En cuanto al fácil acceso y comunicación con la línea de fuego, es requisito indispensable, pero las indicaciones de los

sanitarios y practicantes pueden suplir esta deficiencia. Más necesario es emplazar el puesto de curación cerca del sitio de mayores pérdidas probables, lo que es fácil de prever conociendo el principal objetivo de la unidad combatiente.

Todos los Reglamentos sanitarios están acordes en recomendar el agrupamiento de los puestos de curación, huyendo todo lo posible de instalar uno por batallón, estableciendo como normal el puesto regimentario y aun agrupando éstos si fuera posible. En la última campaña ésta ha sido la norma de conducta de los dos Ejércitos beligerantes. Tan sólo en casos excepcionales se instalaron los puestos de batallón. La Caballería envía sus heridos á los puestos de Infantería y la Artillería establece los suyos á retaguardia de los grupos de baterías.

La actividad de estos puestos depende del modo de funcionar la compañía sanitaria. En nosotros y en el Ejército ruso, donde ésta sólo ejerce su actividad á retaguardia de los puestos de curación, éstos se ven precisados á prestar asistencia á todos los heridos, evacuando éstos en las ambulancias, con lo que se recarga extraordinariamente el servicio de ambas formaciones, haciendo pasar forzosamente á los enfermos por las dos. El levantamiento y la evacuación de heridos se encuentra retrasado. No ocurre esto en aquellos Ejércitos en los que la organización y táctica sanitaria de las compañías divisionarias permite á los camilleros de éstas avanzar hasta la línea de fuego, como ocurrió en el Ejército japonés y prescribe el Reglamento alemán. Aquí los heridos graves son transportados directamente en gran número al puesto principal de curación ó ambulancia, con lo que se aligera el trabajo de los Médicos de Cuerpo, queda más móvil el puesto de curación, que no se atesta de enfermos no transportables, difíciles de evacuar en un momento dado, y por otra parte, los heridos sólo tienen que pasar por una formación, evitándose los riesgos de muchas intervenciones y pueden ser curados en un sitio en el que se dispone de más tiempo y más recursos.

En este caso son los heridos que pueden marchar los que forman el núcleo principal de los asistidos en los puestos de curación, heridos leves en su mayoría, fácilmente evacuables sobre cualquier formación de la compañía sanitaria ó sobre el hospital de campaña. Este ha sido el principal papel que han desempeñado estas formaciones en el Ejército japonés, explicándose así cómo han sido suficientes los escasos recursos con que contaban los Médicos de Cuerpo. El personal médico de la línea de fuego puede en este caso ordenar á los camilleros qué heridos deben ser trasladados directamente á la ambulancia y cuáles otros deben ir al puesto de curación por requerir urgentísimo auxilio ó necesitar etapa de reposo en el camino.

La evacuación de heridos de estos puestos se hace en distinta forma según los Reglamentos. Ordena el nuestro, é igual hicieron los rusos y muchas veces los japoneses, evacuar sobre la ambulancia directamente todos los heridos. No así el Reglamento alemán, que sólo prescribe esto en caso de ser necesario un cambio de emplazamiento del puesto regimental ó por orden del Médico jefe de la división. Por lo demás, el Reglamento sanitario, y con más eficacia aún el general de campaña de 1908, ordena que el puesto de Cuerpo evacue directamente en el hospital de campaña ó en el puesto de curación de heridos leves. ¿Qué actividad puede calcularse á un puesto de curación de Cuerpo y cuál ha de ser su dotación?

Antiguamente, hasta después de la guerra franco-alemana y antes de la adopción del armamento moderno, el promedio de pérdidas que se calculaban eran: Cuerpo de tropas, de 30 á 60 por 100; división de Infantería, de 15 á 30 por 100; Cuerpo de Ejército, de 15 á 25 por 100; Ejército, de 10 á 15 por 100; y esto se ha enseñado hasta hace poco en la Escuela Superior de Guerra de Francia. Como la duración de las batallas no era superior á veinticuatro horas, se presumía que el trabajo, y por consiguiente la dotación de un puesto de tropas, debía estar calculado sobre estas cifras.

Sin embargo, en la guerra franco-prusiana las pérdidas de algunos Cuerpos fueron verdaderamente excepcionales: el batallón de Tiradores de la Guardia tuvo en Saint-Privat 434 bajas, ó sea un 48 por 100; el 16.º regimiento de Infantería en Man la Tour, 1.700 bajas, el 68 por 100; el 11.º de Granaderos, 1.100, ó sea el 51 por 100; como por cada 100 bajas se calcularon 11 muertos y 89 heridos, se podía calcular de antemano que un batallón debía de llevar curas por lo menos para un 50 por 100 de su fuerza.

En la última campaña han modificado esencialmente las necesidades sanitarias. La cura individual ha sido suficiente en gran número de heridos para su primera asistencia; el avance de los camilleros de las ambulancias á la línea de fuego ha permitido descargar algo la dotación de los Cuerpos. Los japoneses iban provistos de elementos para 100 curas por batallón, y aunque lo creyeron insuficiente y elevaron el número á 200, todavía era notoriamente inferior á las de las bajas habidas en un momento dado.

Sólo de este modo ha podido funcionar el servicio de sanidad con menor dotación en sus formaciones y mayores pérdidas. Porque mientras los alemanes en la campaña del 70-71 perdieron el 18 por 100 de su efectivo, 2'7 por 100 muertos y 15'3 por 100 heridos (1), los rusos han tenido 3'3 por 100 muertos y 20'8 por 100 de heridos en las grandes batallas, y 4'9 y 24 por 100 contando operaciones de campaña y sitios, y en los japoneses todavía han sido mayores las pérdidas, alcanzando 6'5 y 8'8 por 100 de muertos en operaciones de campaña y total, comprendiendo los sitios, y 25'3 y 32'1 por 100 de heridos. La simple enunciación de las cifras demuestra que, á no haber sido por la cura individual, el desastre sanitario hubiera sido grande.

Además ha cambiado totalmente el modo de ocurrir las pérdidas. Estas sobrevienen bruscamente y no de un modo

(1) *Truppenführung*, etc., loc. cit.

uniforme: Cuerpos que pasan tiempo y aun días sin sufrir bajas, pierden de pronto gran parte de su efectivo. Unido esto á la larga duración de las batallas, cuando antes todas se resolvían en un día, resulta que, término medio, el trabajo de un puesto de curación es menor.

Por batalla perdieron 16'7 por 100 los rusos, 20'4 por 100 los japoneses y 7 por 100 los alemanes, y por día 1'7 por 100 rusos, 2 por 100 japoneses y 4 por 100 los alemanes.

No es muy grande la diferencia en grandes pérdidas sufrida por ciertos Cuerpos. He aquí cifras:

Rusos: pérdidas por batalla (1).

Tercer regimiento (Sandepón).....	1.400 hombres.	66 por 100.
Primer ídem de tiradores (Moukden)....	1.700	» 61 »
122 ídem de Infantería (id.).....	1.600	» 51 »

Japoneses: pérdida total en batallas.

11.º regimiento de Infantería (Moukden).	1.780 hombres.	68 por 100.
21.º ídem id. (id.).....	1.280	» 51 »
42.º ídem id. (id.).....	1.552	» 62 »

Rusos: pérdidas por día.

12.º regimiento de tiradores (Jalu).....	1.100 hombres.	36 por 100.
Primer ídem id. (Moukden).....	1.100	» 46 »

Japoneses: pérdidas por día.

34.º regimiento de Infantería, primer batallón (Liaoyang).....	580 hombres.	46 por 100.
Brigada Nambou (Moukden).....	4.200	» 90 »
11.º regimiento de Infantería (id.).....	992	» 35 »
21.º ídem id. (id.).....	990	» 35 »

He aquí unas cifras que muestran cómo se repartieron las bajas en los regimientos 11, 41 y 42 de Infantería, durante los diez días de la batalla de Moukden (2).

(1) *Revue General Militaire*, Diciembre 1908 y Enero 1909.

(2) *Truppenführung*, etc., loc. cit.

Días.	11 regimiento.		41 regimiento.		42 regimiento.	
	Bajas.	Por 100.	Bajas.	Por 100.	Bajas.	Por 100.
1 Marzo.....	992	34'8	256	9'0	4	0
2 »	»	»	230	8'0	39	1'4
3 »	1	»	53	2'2	61	2'3
4 »	5	0'3	49	2'1	»	»
5 »	472	25'0	37	1'6	1	»
6 »	86	6'2	161	7'2	553	13
7 »	19	1'5	31	1'5	49	2
8 »	»	»	10	0'5	»	»
9 »	»	»	130	6'4	1.015	43
10 »	»	»	3	0'2	»	»

Estas cifras corroboran todo lo expuesto sobre la forma de acaecer las pérdidas, según la misión que en cada momento realizan los Cuerpos; pero siempre aparece que no ha de encontrarse muy agobiado de trabajo el personal de estos puestos. Además, si las grandes pérdidas sobrevienen en un momento dado, no todos los heridos mudan de pronto el puesto de curación: primero lo hacen aquellos heridos leves que pueden andar; pero el levantamiento de los graves por los camilleros no siempre es factible en esos momentos, y sólo puede llevarse á cabo cuando la intensidad del fuego ha disminuido grandemente.

La actividad médica de estas formaciones ha de ser muy limitada, tanto por los escasos recursos de que puede disponerse, pésimas condiciones de emplazamiento, etc., cuanto por la necesidad de una rápida evacuación á retaguardia, tan precisa para la seguridad del herido cuanto para el funcionamiento del puesto. Por parte de los japoneses fué tan precaria, que prescindieron en absoluto del agua y se limitaron á la oclusión de las heridas, alguna aplicación de venda elástica para cohibir hemorragias y alguna cosa de muy notoria urgencia, haciendo notar Matignon que los Médicos de las

ambulancias tuvieron precisión casi siempre de rehacer las curas de los puestos regimentales.

Más alejados de la línea de fuego y con más abundante dotación, los rusos atendieron quizá mejor á sus heridos, y cifras he dado anteriormente que lo comprueban, pero fué algo deficiente el levantamiento de heridos.

En las maniobras de Sanidad Militar, verificadas este año en Limoges con el concurso de los Cuerpos 12, 13 y 18, los Médicos militares Mr. Dupart y Gerbault explicaron someramente las alteraciones que en la táctica sanitaria de primera línea introducía el nuevo Reglamento de Sanidad en campaña, próximo á publicarse, y según el último de los citados Médicos, á quien correspondió explicar más al detalle este servicio en los Cuerpos, las modificaciones son tan importantes que bien puede decirse que el Reglamento francés será el más radicalmente variado por las enseñanzas de la campaña de Oriente.

La instalación será muy tardía, limitándose el servicio médico en casi todo el desarrollo del combate á los auxilios que puedan prestarse en la línea de fuego y á la instalación de nidos de heridos donde permanezcan éstos lo más á cubierto posible del fuego enemigo.

Además de muy tardía, el puesto se instala muy á retaguardia, y el levantamiento y transporte de heridos por los camilleros regimentales sólo comienza al terminar la acción. De esta forma se instalan dos escalones: uno á vanguardia, móvil, capaz de seguir las tropas en sus evoluciones, y otro á retaguardia, mucho más fijo, algo así como una ambulancia *regimental*.

Preside á esta concepción del servicio la idea de que una campaña europea ha de asemejarse á la de Oriente: que las batallas serán largas, los avances cortos, y, en una palabra, que la guerra de *posiciones* ha de prevalecer sobre los combates de evolución; concepto algo erróneo, pues el servicio de aprovisionamiento de las tropas será muy distinto, y esto modificará la táctica.

Con esta forma de servicio, á menos de tener un personal propio para cada escalón, quedaría privado el servicio de los Cuerpos de la movilidad tan necesaria, y su actividad mayor se ejercería en las horas siguientes al combate y muy á retaguardia, y tener personal propio para cada uno de estos escalones significa un aumento considerable de éste en los Cuerpos.

El puesto de curación debe de tener material intercambiable con todas las formaciones de primera línea, con objeto de realizar con rapidez permutaciones de camillas, material de cura, etc., y reponerlo en caso de precisión.

Respecto á las atribuciones y límites del mando, la experiencia de las campañas aconseja que el Jefe médico del Cuerpo lo sea de todo el personal de practicantes, camilleros, etcétera, sin restricciones de ninguna clase, teniendo sobre camilleros y practicantes el mando y autoridad de un Capitán de compañía. El Oficial ú Oficiales médicos que practicasen el servicio en la línea de fuego, serian los encargados de vigilar el levantamiento y transporte de heridos, con el mando y autoridad militar de un subalterno sobre los soldados de su sección.

La consecuencia inmediata de esto es la precisión de que el servicio de estas formaciones se encuentre encomendado á Oficiales médicos de la escala activa, prescindiendo á ser posible, en absoluto, de Médicos de la reserva, provisionales, etc. Sólo los primeros ejercen mando eficaz por su perfecto conocimiento del asunto y convivencia con el soldado. También en ellos se da más perfecta la disciplina, y por último, tienen más medios y motivos de conocer el modo de combatir de las tropas en que prestan sus servicios y conocimientos militares necesarios é imprescindibles para dirigir con acierto el levantamiento y transporte de heridos en los momentos del combate más oportunos y propicios. Los mismos Oficiales combatientes carecen de elementos técnicos para formar juicio

del momento y forma de llevar á cabo este servicio, y el Doctor Schaefer (1) reconoció los inconvenientes de que los camilleros rusos no estuvieran por completo á las órdenes de los Médicos, con lo que éstos no obtienen de aquéllos todo el concurso deseable.

Respecto á la forma de estos puestos en las formaciones de retaguardia, hay que tener en cuenta que conviene no alejar en esa dirección los camilleros. Todos los enfermos que andan, y son en gran número, pueden y deben ir en patrullas, ora al puesto de curación de heridos leves ó al hospital de campaña, que se instala lo suficientemente cerca de la línea de fuego para que esto sea factible.

Para los no transportables pueden utilizarse las camillas, el transporte á lomo ó los carruajes. Este último medio es el mejor, siempre que permanezcan lo suficientemente ocultos de la vista del enemigo para no servir de punto de referencia para el fuego; ya he hablado de lo que les ocurrió á los ingleses en el Transvaal, por avanzar demasiado sus carruajes. Por lo tanto, éstos se aproximarán todo lo posible y los camilleros transportarán hasta el sitio de paro los heridos.

El transporte á lomo es utilizable de preferencia para la guerra de campaña, y si tiene que reemplazar forzosamente á los carruajes en estas ocasiones, no debe ser utilizado cuando éstos puedan funcionar, pues tienen gran inferioridad con respecto á ellos. Han ensayado los franceses, en las maniobras ya mencionadas de Limoges, substituir el transporte á lomo por las camillas con ruedas, y, según *La France Militaire*, de donde tomo estos datos, el éxito ha sido bastante brillante, pero creo que esa afirmación debe comprobarse más veces.

Para casos de urgencia queda la evacuación en camillas; generalmente esto se hace para transportar heridos á las ambulancias, que colocadas de ordinario cerca de la línea de

(1) REVISTA DE SANIDAD MILITAR, 1907,

fuego, no pueden enviar sus convoyes en dirección á los puestos regimentales. «Aunque no es reglamentario, dice Mr. Gerbault, ha funcionado una sección de la compañía divisionaria para evacuar el puesto de curación. Esta formación se ha manifestado muy *útil, movable y adaptable*». Como se ve, la tendencia en estos casos es á que sea la compañía divisionaria quien avance para evacuar estos puestos, cuando con urgencia tengan que seguir marchando con las tropas.

F. GONZÁLEZ DELEITO,

Médico primero.

LOS CARACTERES ANTROPOLÓGICOS Y LAS ENFERMEDADES

No es en Patología un secreto, que cada individuo tiene un modo de padecer, aun dentro de una misma especie nosológica, pudiéndose establecer, aunque el concepto resulte algo extremado, que hay tantas variedades clínicas como pacientes.

Pero sin que tal aserto resultara de la observación y experiencia, se hubiese entrevisto *à priori*, recordando que ni anatómica ni fisiológicamente hay un sujeto idéntico á otro, y por ende, variando el *substratum*, han de variar todas sus manifestaciones, incluso la morbosa.

Dichas variaciones biológicas se verifican, desde luego, dentro de ciertos límites, pues otra cosa sería negar el orden de la creación universal y la existencia de las leyes científicas naturales, á cuyo conocimiento se ha llegado más con analogías que con diferencias.

Estos límites se van reduciendo á medida que ascendemos

en la comparación con el hombre de los seres más inferiores de la escala zoológica, llegando hasta las razas y subrazas humanas, y por último á los grupos socialmente llamados familias, en que las variaciones se realizan dentro de los límites más próximos.

Si hemos de darnos cuenta del porqué de semejantes variaciones, habríamos de invocar la acción de la *herencia* y la influencia del *medio cósmico*, mas nunca la casualidad, como admitió Geoffroy Saint Hilaire en su hipótesis de la variabilidad espontánea.

Ahora bien; siendo real la existencia de los cambios somáticos y los patológicos, debe tratarse de investigar si hay una relación constante entre ambos, y por tanto, si á determinados caracteres antropológicos corresponden determinadas variedades nosológicas.

Por lo que respecta á las razas y subrazas, citaré algunos ejemplos conocidos que demuestran aquella relación.

Los *negros* y sus mestizos son bastante refractarios á la *fiebre amarilla* y á la *malaria* (1) (se discute si esta inmunidad será por poseer antitoxinas naturales). Son comunes en ellos el *tétanos*, el *queloide* y el *mal del sueño*. Comparados á los individuos de la raza blanca, padecen menos enfermedades digestivas y urinarias.

Los aborígenes de la Australia tienen predisposición á la *tuberculosis*, *grippe*, *viruela*, *venéreo* y *hepatogotias*, padeciendo raramente el sarampión y la escarlatina (2).

Admite Velgreau una diferencia notable entre el modo de evolucionar los *traumatismos*, comparando las subrazas francesas y las anglo-sajonas.

La etnología de los pobladores de Francia, bastante conocida en virtud de lo que se les considera divididos en tres

(1) *Higiene*, Laborde.

(2) *Etnografía*, Aranzadi.

subrazas distintas, celtas, iberos y galos, ha permitido encontrar asimismo distintos rasgos patológicos. En los primeros (centro de Francia) alcanza la vida á un término medio de treinta años (Bertillon), siendo de cincuenta en los galatos (N. y NE.); pero hay en éstos, por el contrario, más *miopías*, *hernias* y *malas dentaduras*. La mortalidad es sensiblemente menor en los iberos (S.) que en los demás, siendo la *escrófulo-tuberculosis* poco frecuente (1).

En España no se conoce aún completamente su nacional antropología, y por tanto tampoco la nosología especial de los grupos etnológicos.

No tardará mucho tiempo en adquirirse ambos conocimientos, gracias á los trabajos de nuestros antropólogos Olóriz, Antón y otros, á la estadística de reclutamiento realizada por el Cuerpo de Sanidad Militar desde hace varios años, á los datos recogidos en escuelas públicas y presidios, y á las estadísticas de enfermos que de todas partes se confeccionan.

Pero cualquier Médico que haya ejercido en distintas comarcas españolas habrá notado diferencias en el padecer de sus habitantes, y aunque estas diferencias sean en parte motivadas por la influencia de medios distintos (clima, costumbres, formas bacterianas diversas de una misma especie, etc.), no deja de influir seguramente el factor hombre, también variable. En la isla de Menorca, por ejemplo, es elevadísimo el número de malas dentaduras, hay muchas calvicies prematuras y existen formas clínicas especiales de *colibacilosis*.

Y no sólo hay relación de causa á efecto entre razas y enfermedades, sino que probablemente la hay también entre grupos pequeños de rasgos antropológicos y aun caracteres sueltos de los mismos y entidades morbosas. En efecto, sin tocar el fundamento de la cuestión, aduzcamos algunas pruebas de dicho aserto.

(1) *Higiene*, Proust.

Los llamados estigmas de degeneración, ya física, ya funcionales (vulgarmente *chifladuras*), nos denotan una neuropatía ó predisposición á la misma.

El cuello corto ó largo conviene, respectivamente, á enfermedades cefálicas ó torácicas.

Las tres líneas faciales de Jadelot, ó sean *surcos genio-labial* y *órbito-palpebral inferior* exagerados y *premaseterino* anormal, son señales, según el mismo, de afecciones abdominales, torácicas ó cerebrales, respectivamente (1).

Cuando la articulación inter-esternal superior formase un ángulo bien proeminente, habría, según Louis, tuberculosis pulmonar (2).

El sistema diagnóstico y terapéutico del curandero y ya millonario Kuhne con su empirismo, se funda muy principalmente en signos del hábito exterior.

El autor de estos renglones tiene comenzada una estadística en los hospitales de Granada, que sólo consta hasta ahora de 250 observaciones entre hombres y mujeres, con los datos de enfermedades anteriores y actual de cada individuo y varios caracteres antropológicos. Obteniendo algunas deducciones, siquiera sean de escasísimo valor por el pequeño número de casos tomados, tenemos, por ejemplo, que de 49 tuberculosos (pulmón, huesos, etc.), son 24 de cabello castaño, 14 rubio y 11 moreno; el perfil de la nariz es cóncavo en 28, recto en 16 y convexo en 5. De 15 sifilíticos, 2 eran de nariz cóncava y 13 recta ó convexa.

El mayor número de narices cóncavas en dichos 49 tuberculosos se armoniza con la predisposición de los negros á la tisis de Koch, los cuales siendo platerrinos son de perfil nasal cóncavo.

Podríase rebuscar muchos más argumentos en apoyo de

(1) *Patología general*, G.^a Solá.

(2) *Anatomía*, Testul.

esta tesis, pero basta lo apuntado para hacer notar que ha de llegar á constituirse la ciencia que llamaríamos Antropopatología, actualmente en embrión, y que al formarse en su plenitud tendría una gran importancia sociológica, pues era posible la solución del problema referente á fomentar en las poblaciones la propagación de las subrazas más convenientes, hígidamente hablando.

ANGEL CALVO FLORES,

Médico primero.

Mahón, 8, 2, 1909.



PRENSA MEDICA

Tratamiento de la meningitis cerebro-espinal supurada por inyecciones intrarraquidianas de suero antimeningocócico.—En un artículo publicado por *La Tribuna Medica*, dice Netter que en los casos que ha tratado de la expresada enfermedad investigó previamente si en el líquido obtenido por punción existía el meningococo de Weichselbaum, consiguiendo con las inyecciones intrarraquidianas de suero antimeningocócico resultado más favorable que con todos los demás tratamientos. Este suero, obtenido de caballos inmunizados por Kolle y Wassermann en Alemania, Markl en Austria y Flexner en los Estados Unidos de América, ha sido ensayado por clínicos eminentes, conviniendo todos en que su empleo ha hecho disminuir la cifra estadística de mortalidad en esta afección. Añade que no sólo produce el suero antimeningocócico este resultado, sino que abrevia la duración del

mal y previene sus complicaciones, siendo á veces sus efectos tan rápidos que la enfermedad termina por crisis.

La cantidad de suero que debe inyectarse y el número de inyecciones son factores muy variables. A veces se han inyectado hasta 300 y 600 centímetros cúbicos. Los mayores éxitos se alcanzaron en individuos de cinco á diez años, y cuando el tratamiento se comenzó en los tres primeros días fué la mortalidad de 14'9 por 100. En inyecciones subcutáneas no es el suero suficientemente eficaz. A propósito de esto, dice el Dr. Dopter, que también ha fabricado el mencionado producto en el Instituto Pasteur, que es indispensable valerse de la vía raquidiana, no obstante pensar que en aquellos casos en los cuales el meningococo pudiera encontrarse en el líquido céfalo-raquídeo y en la sangre, debería tal vez hacerse la introducción del suero

simultáneamente por el raquis y por inyecciones intravenosas.

* * *

Tratamiento de la erisipela por el sulfato de magnesia.—(Tucker Henry. *Therapeutic Gazette*).—Afirma el autor haber obtenido resultados favorables con este tratamiento, que practica del modo siguiente: En la región afecta aplica un apósito, constituido por 25 ó 30 capas de gasa impregnadas de una solución saturada de sulfato de magnesia, y cubierto con tafetán engomado ó papel parafinado. Para mantener dicho apósito suficientemente húmedo se moja de nuevo dos veces por hora. Las ventajas de este método son muy numerosas, á saber: el medicamento es sencillo y barato, los fenómenos locales desaparecen pronto, el enfermo reconoce desde luego la mejoría y la temperatura desciende rápidamente y llega á la normal por lo común al segundo día de tratamiento. Es inútil administrar medicamento al interior y basta prescribir un régimen lácteo.

Aún no es posible explicar la acción favorable de esta medicación, si bien la experiencia viene demostrando la acción sorprendente del sulfato de magnesia sobre los fenómenos inflamatorios locales.

* * *

Profilaxis de la enajenación mental en el Ejército inglés.—*Le Caducée* de 20 de Marzo último publica una interesante nota sobre este asunto, especificando las reglas pertinentes al caso, que se comprenden en tres grupos principales: Primero, medidas destinadas á prevenir la incorporación de individuos atacados de enfermedades mentales. Segundo, modo de descubrir las enfermedades mentales después de la incorporación. Y tercero, procedimiento empleado una vez que se reconoce la enfermedad. Para resolver el primer punto se requieren certificados y noticias que garanticen en lo posible los antecedentes de buena salud mental del recluta; para descubrir la enfermedad se apela al testimonio de los Oficiales de la compañía, los que están obligados á hacer las manifestaciones consiguientes en un plazo de tres meses, á partir de la fecha de incorporación, y respecto al tercer punto, que entra de lleno en la misión de los Médicos militares, se dispone la observación consiguiente, siendo de notar que cuando un enfermo recluido en un establecimiento apropiado, sea Oficial ó individuo de tropa, ha sido diagnosticado de afección mental, no puede volver al servicio, aun cuando se consiga su curación.

HOMENAJE Á MARTÍN SALAZAR

Honrados los que subscriben con la representación de numerosos Jefes y Oficiales de la Sección de Medicina del Cuerpo para acordar la forma más adecuada de hacer patente al Médico mayor don Manuel Martín Salazar la satisfacción que la colectividad experimenta por haberse conferido á tan prestigioso colega el cargo de Inspector general de Sanidad exterior, creen corresponder á su cometido proponiendo que se adquiriera por suscripción una placa metálica repujada, en la que artísticamente combinados figuren el emblema Médico-militar, la reproducción del texto del Real decreto de nombramiento para dicho cargo y la donación que de este duradero símbolo de confraternidad le hacen sus compañeros, que en tal concepto se consideran partícipes de su triunfo que sin duda alguna enaltece y eleva á la Corporación á que pertenecen.

Aceptada con entusiasmo la idea expuesta por los muchos á quienes hasta ahora ha podido comunicarse, la Comisión ha realizado las gestiones procedentes, tanto para la perfecta ejecución del proyecto, cuanto para lo que se refiere á su presupuesto, y calcula que podrá solventarse el gasto fijando por categorías la siguiente cuota:

	Pesetas.
Inspectores.....	10
Subinspectores de primera clase.....	7
Idem de segunda id.....	6
Mayores.....	5
Primeros.....	4
Segundos.....	2'50
Médicos alumnos.....	1'50

El mérito artístico y la riqueza del presente estarán en relación con la cantidad que se recaude, la que no es fácil calcular desde luego, dado que se trata de un donativo absolutamente espontáneo; pero sean más ó menos los que contribuyan, se reunirá con seguri-

dad lo suficiente para cumplir en forma decorosa el noble fin de rendir tributo de afecto y loa al que se ha hecho merecedor de recibirlo.

Las suscripciones quedan abiertas desde esta fecha en las Secretarías de las Inspecciones de Sanidad en las distintas Regiones y plazas de África, Baleares y Canarias.

Resta sólo á los firmantes dar gracias por la distinción que la mayoría de los compañeros le ha conferido al encomendarles misión tan grata.

Madrid 10 de Abril de 1909.

Joaquín Cortés y Bayona.—José M. Panzano.—José Sánchez y Sánchez.—Agustín Van-Baumberghen.—Cándido Jurado Barrero.

ACADEMIA MÉDICO-MILITAR

El *Diario Oficial* número 75, correspondiente al 4 de los corrientes, publica la siguiente Real orden de convocatoria de oposiciones para ingreso en dicha Academia, y las bases y programa correspondientes.

Dice así la referida disposición:

ACADEMIAS

Circular.—Excmo, Sr.: En cumplimiento de lo prevenido en el Reglamento orgánico de la Academia Médico-Militar, aprobado por Real orden de 22 de Abril de 1899 (C. L. núm. 87), el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se convoca á oposiciones para cubrir 30 plazas de Médicos-alumnos de la Academia Médico-Militar á los Doctores ó Licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten hasta el 26 de Agosto próximo, con sujeción á las bases y programas aprobados por Real orden de 25 de Noviembre de 1906, que á continuación se insertan.

2.º Los que por orden de censuras alcancen los 20 primeros nú-

meros, percibirán, desde su ingreso, el sueldo de Segundos Tenientes, asignado para los mismos en el presupuesto vigente, y los 10 restantes conservarán el derecho á ocupar por su orden las vacantes que por cualquier concepto puedan ocurrir entre aquéllos.

3.º Los ejercicios de oposición tendrán lugar en esta Corte y en el local de la Academia, calle de Rosales, número 12, dando principio el 1.º de Septiembre del año actual; y

4.º De conformidad con lo prevenido en el artículo 25 de las bases, el Tribunal de oposiciones celebrará su primera sesión pública en dicho local á las diez del día 31 de Agosto citado, para proceder al sorteo de los aspirantes admitidos á las oposiciones, con el fin de determinar el orden en que éstos han de verificar los ejercicios.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 29 de Marzo de 1909.— Linares.—Señor.....

SECCIÓN OFICIAL

- 29 Marzo.—Reales órdenes (*D. O.* núm. 71) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir, en concepto de modelo, un aparato y dos camillas del entramado de madera plegable sistema «Reform» para el transporte de enfermos por ferrocarril, y dos básculas automáticas.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 71) nombrando al Médico primero D. Silvano Escribano García Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Vizcaya.
- » » Idem *ídem*. circular (*D. O.* núm. 75) convocando á oposiciones para cubrir 30 plazas en la Academia Médico-Militar, y publicando las bases y programas correspondientes.
- 30 » Idem *ídem*. (*D. O.* núm. 72) aprobando presupuesto de obras de reparación en el hospital de Badajoz.
- 31 » Idem *ídem*. (*D. O.* núm. 72) disponiendo se remesen á los hospitales que se relacionan zapatillas para uso de los soldados en las clínicas.

- 3 Abril.—Real orden (*D. O.* núm. 76) concediendo al Médico primero D. Manuel Cortés Barrán la cruz blanca de primera clase del Mérito Militar, como recompensa por haberse distinguido en la extinción de un incendio ocurrido en el edificio ocupado por la Universidad de Agustinos en El Escorial.
- 5 » Idem íd. (*D. O.* núm. 77) disponiendo se amplíe el hospital de Córdoba, ocupando locales del cuartel de San Rafael, en construcción.
- » » Reales órdenes (*D. O.* núm. 77) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir 12 estufas «Adnet» para cultivos, fermentaciones e inhalaciones en parafina, y cuatro baños maría, de Nápoles.
- 6 » Real orden (*D. O.* núm. 78) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor don José González Granda y a los Médicos primeros D. Manuel Iñigo Nongués, D. Mateo Navarro y Sancho y D. Rafael Chicoy y Arreceigor.
- 7 » Reales decretos (*D. O.* núm. 78) autorizando la compra por gestión directa de la carne necesaria para el consumo durante dos temporadas de baños en el año actual en el hospital de Archena, y de los víveres y artículos necesarios para el consumo durante un año en el hospital de Sevilla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 79) concediendo al Médico segundo D. Isidro López Pabón la cruz blanca de primera clase del Mérito Militar, por su Memoria titulada «Río de Oro».
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 79) disponiendo que el Médico mayor D. Vicente Esteban de la Reguera y Bouza asista á las experiencias de las nuevas unidades de material sanitario en substitución del de igual clase D. Angel de Larra y Cerezo, que dejó de pertenecer al Parque sanitario.
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 79) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir tres micrótomos «Reichert» gran modelo.

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