

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año II

Madrid 15 de Junio de 1908

Número 12

SUMARIO

Clinica de enfermedades mentales: Instantáneas diagnósticas, por Antonio F. Victorio. — Un caso de peritonitis tuberculosa: Intervención, por Marcos García. — *Prensa médica*: La ultrafiltración y sus aplicaciones á la química biológica y á la bacteriología. — Inyecciones hipodérmicas de oxígeno en el tratamiento de la ciática. — Modificaciones histológicas del tejido canceroso por la acción de la tripsina. — Tratamiento de la sífilis por la quinina. — Heridas de los ojos por armas de fuego. — La lesión del cráneo denominada lesión de Krönlein por armas de fuego. — El servicio de Sanidad Militar en Suiza. — Estadística sanitaria internacional de los Ejércitos. — *Necrología*: D. Antonio Rovira y López. — D. Manuel Martín Costea. — *Variedades*. — *Sección oficial*.

BIBLIOTECA: Inmunidad con aplicación á la higiene de las enfermedades infecciosas, por M. Martín Salazar.

SUPLEMENTO: Manual legislativo de Sanidad Militar.

CLÍNICA DE ENFERMEDADES MENTALES

INSTANTÁNEAS DIAGNÓSTICAS

Al examinar por primera vez á un enfermo de la mente, nuestra voluntad y nuestra memoria se aunan para conseguir una impresión diagnóstica, la primera por medio de la atención prestada á cuantos datos pueden proporcionar los medios exploratorios, cuidadosamente puestos en práctica, y la memoria, evocando conocimientos antes adquiridos, á fin de, por un juicio comparativo de aquellos datos con los fenómenos morbosos actuales, llegar á la instauración de un diagnóstico, que en la mayor parte de los casos no puede revestir otro carácter que el de provisional. No es preciso encarecer la importancia que en determinadas ocasiones tendrá dicha impresión ó instantánea diagnóstica, no sólo desde el punto de vista terapéutico, sino muy especialmente en el aspecto médico-

legal. Veamos cómo, estudiando de modo sumario las bases que puedan servirle de fundamento, se llegará á establecer el citado juicio.

El examen del enfermo exige siempre el conocimiento previo del órgano ó aparato en que reside la lesión; el explorador debe recordar, no sólo los datos psico-fisiológicos, sino los patológicos necesarios para la interpretación debida de los fenómenos morbosos que la exploración ponga de manifiesto. Nuestra funcionalidad mental: he aquí el primer punto que, por consiguiente, debemos esbozar en este breve esquema del diagnóstico de impresión de las frenopatias.

En el complicado mecanismo que constituye la mentalidad, cada una de sus partes tiene su misión propia, pero á la vez en íntima subordinación funcional con las restantes. Desde la sensación, que empieza siendo función puramente orgánica para transformarse en fenómeno de conciencia al ser percibida, hasta la personalidad, última síntesis del contenido psicológico, hay una serie no interrumpida de funciones ó actos psíquicos que se conexionan y complementan, merced á la afinidad, para constituir el psiquismo total. Dichas funciones, cuyo substratum está formado por la intrincada red neurónica córtico-cerebral, se peculiarizan en tres grupos dinámicamente distintos: uno que acarrea elementos ó materiales recogidos del mundo exterior ó del propio organismo; otro que transforma aquellas energías cósmicas, ó bien las impresiones endógenas, y el tercero que exterioriza, si vale la palabra, el producto de semejante metabolismo psíquico. Las funciones de conducción ó ingreso están representadas por la sensación y percepción; las que transforman ó elaboran, por la asociación de las imágenes, y por último, las de exteriorización, por la voluntad, y, en cierto modo, por la afectividad.

En síntesis, ó por mejor decir, esquematizando el funcionalismo mental, pudiera concluirse que la sensación conduce, la percepción fija, la atención adapta, la memoria conserva

y evoca, la asociación selecciona y une, el juicio compara y sintetiza, la imaginación objetiva y crea, la afectividad subjetiva, la voluntad decide y ejecuta ó frena, y en fin, la conciencia ó autopercepción, que nace, como queda dicho, en la sensación percibida, se nutre de la atención y la afinidad y adquiere su tono cualitativo, triste ó alegre, negativo ó positivo, merced á los sentimientos, nos informa de cuanto ocurre en nosotros mismos y nos exterioriza por medio de la personalidad.

La detenida investigación de cada una de las funciones psíquicas es de todo punto indispensable para el juicio diagnóstico de conjunto. Percepción, atención, memoria, ideación, afectividad, voluntad y conciencia, una vez obtenidos, si es posible, los antecedentes del enfermo bajo el doble aspecto anamnésico hereditario y personal, constituirán el objeto de nuestro examen.

¿Cómo se explora la percepción? ¿Cuál es su semiología? ¿Qué enfermedades son principalmente tributarias de sus trastornos? Tales son las preguntas que debemos resolver acerca de esta función psicológica, y de modo sucesivo, de las demás antes enumeradas.

Para las necesidades de la clínica, en cuanto á formar un juicio aproximado y provisional, basta con servirse de sencillos medios exploratorios, sin apelar de momento á los poderosos recursos de que al efecto dispone hoy la psicología experimental. Preguntemos al paciente cuáles son los objetos que le rodean, su nombre, color, tamaño, consistencia, forma, etc.; invitémosle á definir, haciendo más completo nuestro examen, diversas tonalidades de color, el gusto amargo, dulce, ácido ó salado de ciertas substancias, el olor de determinadas soluciones ó cuerpos volátiles (esencias, anís, alcanfor, etc.), la intensidad y distancia á que percibe las vibraciones de un diapason ó de otro cuerpo sonoro, la diferencia que halla y la exactitud con que aprecia sensaciones térmicas, táctiles, do-

lorosas y de presión obtenidas por los medios que pone á nuestro alcance la técnica propedéutica, etc., etc.

Los principales trastornos perceptivos son: las *ilusiones* (percepciones equivocadas), las *alucinaciones* (percepciones imaginarias), la *astereognosia* ó pérdida de la percepción de la corporalidad de los objetos, percepción compleja que supone diversos modos de sensibilidad superficial y profunda, y cuyas dos modalidades clínicas son la *agnosia* y la *asimbolia*, trastornos de identificación elemental y secundaria respectivamente, y por último, la *desorientación en el tiempo y en el espacio*. El iluso ve, v. gr., una persona y la confunde con otra, oye en el ruido de campanas frases ó voces injuriosas; el alucinado percibe ante sí seres ú objetos que no existen, oye voces imaginarias, á veces dentro de sí mismo (alucinaciones cenestésicas); el agnóstico táctil no reconoce un objeto que tiene entre las manos; el visual (ceguera psíquica) sólo conserva la percepción bruta del objeto colocado ante su vista; el auditivo no designa asimismo (sordera psíquica) la procedencia del ruido que oye; el asimbólico, reconociendo las cualidades físicas del objeto, no designa éste, y en fin, el desorientado crono y alopsíquicamente, ó en el tiempo y en el espacio, ignora la fecha en que vive y el lugar donde se encuentra. Recordemos que hay tantas variedades de ilusiones y alucinaciones como sentidos existen, comprendiendo en ellos las sensibilidades profundas, particularmente la cenestésica.

Padecemos, entre otros casos, la percepción: en los estados agénésicos por deficiente, en los de agitación por inestable, en los depresivos por lenta, en los amenciales por vaga y confusa, en la paranoia crónica por errónea é imaginaria, en la parálisis general progresiva en período demencial por débil y poco diferenciada, en los delirios epilépticos y alcohólicos por la existencia de desorientación y alucinaciones. La confusión mental y la psicosis alucinatoria y el delirio agudo, que en último término no representan ambos, sino formas clínicas con-

fusionales, son, como todas las psicopatías en que predominen los errores de los sentidos, las modalidades psico-nosológicas en que aparecen más netos los trastornos de la percepción.

La atención, voluntad intelectual de Ribot, cualidad intensiva de todo estado de conciencia, puede explorarse por simples preguntas, ó de un modo más exacto, por el procedimiento de Münsterberg, que consiste en invitar al enfermo á que trace simultáneamente líneas verticales con una mano y horizontales con la otra, midiendo entonces el tiempo, ya establecido de antemano en estados fisiológicos, que transcurre hasta que los dos movimientos tienden á seguir la misma dirección, es decir, el intervalo que existe entre la iniciación del movimiento y la *distracción*. La atención falta en los idiotas y dementes, es débil en los imbéciles, lenta en los melancólicos, inestable en los maníacos, imposible de fijar en los confusos, confusa en los dementes precoces. Se conserva, en cambio, en algunas psicopatías, especialmente las de forma paranoica, y sus trastornos, por excesiva movilidad, caracterizan la fuga de ideas del hiperfrénico, y por deficiencia, como queda dicho, las disgenesias mentales.

La memoria, en su triple aspecto fisiológico, fijación, conservación y reproducción, la fijación viniendo á constituir la huella que toda imagen percibida por medio de la atención imprime en nuestra conciencia, y la conservación y evocación, función, en suma, de almacenamiento y reviviscencia de imágenes, se investiga también formulando preguntas relativas á hechos pasados ó recientes y á la localización de los mismos en el tiempo y en el espacio, ó de modo experimentalmente más preciso, por medio de palabras ó signos ordenados en serie, de los cuales se eliminan después de un corto tiempo cierto número que el explorado debe repetir. Su característica semiológica son las *dismnesias*, propias de los epilépticos confusos y dementes; las *hipermnesias* (de reproducción tan sólo) de los maníacos; las *paramnesias*, una de cuyas formas

es la llamada *ilusión de lo ya visto*, en la cual se cree conocida de otras veces la impresión visual, realmente nueva, y las *ecmnesias*, que no son sino amnesias retrógradas lacunares que hacen vivir mentalmente al sujeto en una época anterior á su existencia actual. En términos generales, puede decirse que la amnesia ó dismnesia retrógrada es un trastorno de evocación ó reproducción; la anterógrada ó actual, de adquisición, y la paramnesia, de localización de los recuerdos en el tiempo. Hay psicopatías en las cuales predominan sobre todas las demás las alteraciones de la memoria; v. gr., la confusión mental, la psicosis polineurítica, la epilepsia y ciertos estados degenerativos.

La *ideación*, proceso asociativo, base sobre la cual descansa el edificio del intelecto, fácilmente alterable por el hecho mismo de su complejidad é importancia psicológica, descubre con relativa prontitud en el curso del interrogatorio sus principales perturbaciones, ya en el atropellamiento mismo de los conceptos que la constituyen (fuga de ideas), ora en la falta de conexión ó enlace entre los mismos (incoherencia). Sin duda alguna, y por más que la anatomía patológica no haya dicho aún la última palabra, su causa eficiente debe residir en una interrupción de las fibras asociativas que conexionan entre sí los numerosos centros corticales, dificultándose de tal modo la evocación ordenada de las imágenes mentales ó ideas para constituir las síntesis más complicadas, juicio y raciocinio, las cuales, de existir, quedan de hecho disgregadas. Apenas hay proceso psicopatológico de cierta intensidad en el cual la ideación no padezca: en las hiperfrenias por movilidad, en las hipofrenias por inercia, en los estados confusionales por disociación, en los agenéscicos por impotencia, en los delirios sistematizados por electividad sobre cierto orden de ideas con exclusión de toda otra, en los depresivos y en otro género de consideraciones también por fijeza, que llega al monoideismo á veces, en los síndromes obsesivos por una

suerte de imposición angustiosa y consciente, etc., etc. El delirio sintetiza las perturbaciones de la función ideativa; las formas del mismo y su contenido (hipocondríaco, depresivo, persecutorio, ambicioso, metabólico, etc.; polimorfo, difuso, sistematizado), constituyen el verdadero eje de ciertos cuadros nosológicos; v. gr., la locura sistematizada progresiva, los delirios episódico-degenerativos, el delirio alucinatorio de algunos autores, etc., etc.; en cambio no se observa ó no adquiere gran relieve, en cuanto que no representa, en suma, sino sobreactividad intelectual, en los estados digenésicos (idiocia sobre todo), ni en los dementes terminales, confusión mental y fases estuporosas catatónicas.

La afectividad, resultante emotiva de las impresiones exógenas y endógenas que llegan á nuestra psiquis, expresión la más sublime del funcionalismo sensible, fundamento cualitativo de nuestros actos y determinaciones, constituye el prólogo obligado de todas las enfermedades de la mente, y son tan varias sus modalidades semiológicas, que fuera vana tarea tratar de esquematizarlas. La alegría, la tristeza, el amor á los demás, los afectos altruistas, la moralidad, y, por otra parte, la indiferencia, la cólera, el egoísmo, la crueldad, la ciega satisfacción de los instintos, y en general todo cuanto es expresión higida ó pática de los sentimientos humanos, se refleja en la actitud, la mimica, las palabras y la conducta. No será difícil que en un primer examen del sujeto nos demos cuenta de su estado emotivo, con bastante exactitud, por medio del aspecto exterior y de los datos que arroje un interrogatorio hábilmente dirigido. Muchas psicosis son altamente tributarias de las perturbaciones afectivas: la manía y melancolía, antes especies nosológicas autónomas y hoy sólo síndromes de un mismo proceso, la locura maniaco-depresiva, deben fisiológicamente considerarse como enfermedades de la afectividad ó *cenestesiopatías*; la demencia precoz, la locura moral, los síndromes obsesivos, la melancolía de involución ó presenil y los

estados demenciales vesánicos, son otras tantas formas morbosas en las cuales las alteraciones de los sentimientos figuran en primera línea.

No contribuye, ciertamente, en menor escala la voluntad á enriquecer con sus trastornos el cuadro clínico de la afecciones mentales. La estadística psíquica es siempre morbosa; las imágenes mentales significan dinamismo, movimiento. Unas son evocadas como simples recuerdos, y de su debida y compleja adaptación al estímulo ó impresión que las despierta nacen las ideas, y de las ideas los juicios. Mas la idea no supone invariablemente el simple concepto ó conocimiento, sino que suele traducirse en propósito unas veces, en acto ó movimiento otras, y el propósito, como el acto, ó bien se efectúan en el sentido de la acción, ó en el de la inhibición. Tanto es voluntad hacer, como es función volitiva evitar. Las hipobulias, hiperbulias y parabulias son propias de las depresiones, agitaciones é impulsiones, y dicho se está que estos tres grandes grupos sintomatológicos prestan relieve clínico á innumerables psicopatías. Los dudadores, los escrupulosos, los tímidos ó fóbicos, serían, entre otros ejemplos, del predominio de la voluntad inhibición; los impulsivos, ya motrices ó sin reflexión, ya psicomotrices ó con lucha angustiosa precedente al acto, representan los tipos individuales de la victoria ó triunfo de las reacciones automáticas desligadas del freno de lo consciente, es decir, de la preponderancia de la voluntad acción sobre la voluntad freno. En ciertas formas de alcoholismo se halla la voluntad muy perturbada; en los estados estuporosos faltan las reacciones espontáneas por el predominio de una verdadera inercia psicomotriz; en fin, en la catatonía el automatismo substituye ó altera las funciones volitivas normales en forma de sugestibilidad ó síntomas de eco (ecolalia, ecopraxia, ecómimia), ó en la de negativismo, significando aquel síntoma la voluntad sugerida ó los actos imitados y el negativismo acciones ó movimientos de oposición.

En clínica mental, como en clínica propedéutica, de la que no es aquélla sino parte integrante, debe examinarse, ante todo, el hábito exterior, desde cuyo primer punto de vista los trastornos de la actividad pueden agruparse en tres tipos sindrómicos: el *agitado*, el *deprimido* y el *confuso*. Ante un agitado no cabe exploración más positiva que dejar hablar al enfermo: él con su aire desenvuelto, su gesticulación profusa, la charla interminable y atropellada, sus ideas despertadas á cada momento y á cada instante mutables por las menores impresiones exteriores, asociándose de un modo rápido y caprichoso, no por el sentido de la frase ni por el fondo mismo del concepto, sino por simple asonancia, contraste, etc., y siempre sin lógica ni ordenada ilación, con su continente alegre, pretencioso ó grotesco, la dificultad con que atiende á las preguntas, la fácil irritabilidad y exaltación de su tono emotivo y la violencia de sus reacciones motrices, nos dará hecho el diagnóstico del síndrome hiperfrénico. No hay más que recordar las psicopatías en que episódica ó preponderantemente se presenta la manía, y podemos deducir siempre de un modo aproximado en este primer examen la especie nosológica de que se trate, á cuyo efecto tendremos, v. gr., en cuenta que la agitación del degenerado se presenta *d'emblée* (antecedentes) y evoluciona en un fondo más ó menos anormal psicosomáticamente (estigmas), que la del paralitico general se acompaña de trastornos físicos de importancia (alteraciones fonéticas, pupilares, reflejas, etc.), que la del demente precoz ofrece los signos clínicos de la catatonia (sugestibilidad, negativismo, estereotipias) y sus reacciones motrices son monótonas y no obedecen á fin determinado, y por último, que la hiperfrenia del maniaco-depresivo no constituye, como en los casos anteriores, el marco de un fondo más ó menos completo de debilidad ó déficit intelectual, exteriorizando, por él contrario, una sobreactividad psíquica, así de la inteligencia como de los sentimientos y voliciones, que se manifiesta por euforia

y trastornos *hiper* de emotividad, memoria é ideación, hiperfuncionalismo que alcanza también á la esfera psico-motriz y suele acompañarse de lucidez y orientación.

El deprimido expresa por lo general en su semblante y actitudes el sufrimiento ó dolor moral que le embarga. Puede ser un melancólico maniaco-depresivo, un melancólico de involución, un degenerado, un paralítico general, un paranoico ó un demente precoz. Recordemos brevemente los caracteres diferenciales.

La melancolía del maniaco-depresivo no tiene su personalidad clínica, ciertamente, en los caracteres del síndrome, que con escasa diferencia son los de todo estado depresivo (inercia reaccional ó abulia, cenestesia triste, indiferencia morbosa y delirio adecuado á la emotividad), sino en los rasgos propios de aquella psicosis, cuales son la recidiva, ausencia de debilitación intelectual en los interparoxismos (antecedentes) y la asociación de fenómenos de exaltación del automatismo (mania), unidos á los ya citados y que le son propios, de inhibición psíquica. El melancólico presenil ó de involución es, clínicamente, más afectivo, su dolor moral más intenso, la angustia ó ansiedad muy manifiesta, el estupor más frecuente. El paralítico general deprimido ostenta los signos físicos propios de tal enfermedad. El degenerado melancólico es á la vez débil mental. El paranoico, en la fase de persecución, ofrece síntomas hipofrénicos muy acusados, pero sus daños imaginarios los atribuye á los demás y no á sí mismo, ni mucho menos se culpa de los males ajenos como el verdadero melancólico, cuyo delirio es siempre monótono y centrifugo y no evolutivo ni centrípeto. Se observa también en el largo capítulo de quejas y lamentaciones del perseguido: primero, la idea de defensa, y después el decidido propósito de la represalia; revela, en fin, en sus sentimientos afectivos, no conmiseración al prójimo, sino egoísmo; nunca humildad, siempre orgullo desmedido. La fase estuporosa del catatónico lleva en sí el sello del déficit

mental; hay en ella gran disparidad entre el tono emocional y la expresión mímica, y predominan en su ciclo los fenómenos automáticos antes citados de negativismo, sugestibilidad y estereotipia.

El confuso, su nombre lo dice, retrata en la fisonomía falta de expresión ó estupidez y á menudo el asombro ó la duda. Cuando sus fases de agitación ó depresión no son acentuadas, en el primer caso caracterizándose por delirio difuso é incoherente, alucinaciones é impulsividad, y en el segundo por estupor más ó menos intenso, se le ve hacer verdaderos esfuerzos de atención, mas las impresiones exteriores no se fijan en su esfera perceptiva ni despiertan imágenes antes percibidas y todo le parece nuevo é incomprensible. Apenas recuerda su nombre y circunstancias personales, no sabe dónde está ni precisa nada de sus hechos pasados, tal vez desconoce á quienes constantemente le rodean. La ideación espontánea, de existir, es muy limitada, y las reacciones y afectividad están en relación con dicho fondo de inercia psico-motriz. Atención débil, percepción confusa, disociación de ideas, desorientación más ó menos completa, amnesia retro-anterógrada, indiferencia emotiva: tal sería la fórmula psicológica de la confusión mental. Debe tenerse en cuenta que, aparte de esta forma primitiva ó autónoma, existe la confusión secundaria, propia de muchas psicopatías; el delirante alcohólico, v. gr., desorientado respecto á cuanto le rodea y á la noción del tiempo, aunque orientado autopsíquicamente, es un confuso; el polineurítico, también alcohólico, con trastornos mentales, es un disociado de imágenes, mnésicas singularmente, y por tanto padece confusión; el estuporoso, el agitado delirante, el paralítico general, el demente catatónico, el epiléptico y el senil, confusos son también, aunque de modo sintomático ó accidental, revistiendo en ellos la confusión los caracteres fundamentales de las psicosis sobre que asienta.

Si el examen del hábito exterior nos da en buen número

de casos uno de estos tres grandes síndromes, desde el punto de vista del contenido mental, propiamente dicho, podemos obtener por los medios exploratorios datos clínicos que, también de modo convencional y para la finalidad de nuestra impresión de momento, se individualizan en otros tres grupos: el débil, el delirante y el demente.

El débil mental digenésico se diagnostica fácilmente, sobre todo en su última escala psicológica, el idiotismo. Faltan en él las principales fuentes de ingreso, atención y percepción, y con ello está dicho que su contenido intelectual y afectivo es nulo, rudimentario ó poco desenvuelto (idiota, imbécil ó débil, respectivamente). A este grupo pertenece también el que, sin serlo de la inteligencia, por lo menos de modo aparente, es un incompleto en su desarrollo moral. El imbécil moral, como el loco moral, no habiendo entre ambos otra diferencia que el ser el primero un defectuoso congénito, rara vez viene á los manicomios, vive, desgraciadamente, en sociedad, y es el alienado más temible, porque desprovisto de toda idea algo elevada de orden ético, y bien dotado, por lo común, de inteligencia, la pone al servicio de sus instintos egoístas y de sus pasiones desenfrenadas. Gran parte de la numerosa falange de criminales y casi toda la de los pervertidos sexuales se nutre de estos seres, tan desgraciados como peligrosos.

Cuando nuestro explorado delira, el contenido de sus ideas marcará posiblemente la ruta de nuestro juicio clínico. Quien delira acusándose á sí mismo, se cree indigno de la vida y de las consideraciones de los demás, aqueja molestias y enfermedades sin justificación somática y exterioriza dolor moral ó angustia, es un melancólico. Quien culpa á su prójimo de daños también imaginarios, sufre alucinaciones hijas de su delirio, al cual en último término alimentan ó sostienen, busea la defensa contra pretendidos enemigos, y ayer inquieto, reticente y desconfiado, hoy es perseguido y mañana será ambicioso con exaltación de su *yo*, siendo en todas sus fases

acusador, egoista y orgulloso, es un delirante paranoico ó sistematizado. El que delira bruscamente, sin fase premonitoria entre su relativa hígidez anterior y la perturbación ideativa actual, y también de modo inopinado vuelve á la normalidad, siendo su delirio polimorfo además de efémero, y en algunos casos sistematizado, pero sin alucinaciones bien definidas ni evolución progresiva, es un delirante episódico degenerativo. Por último, los delirios tóxicos é infecciosos tienen un carácter común: el onirismo; se acompañan de alucinaciones, con preferencia visuales y de agitación; los maniaco-depresivos son delirios nada acusados, apenas alucinatorios, y ofrecen los rasgos de la afección fundamental; y los megalománicos son eufóricos casi siempre, é invariablemente absurdos y contradictorios, como expresión característica del desquiciamiento ó ruina mental que se aproxima, de la demencia.

Del demente apenas debe recordarse sino la conocida frase de que es un rico arruinado, y ésta y el exteriorizar alguna vez como destellos de su antigua actividad psíquica en cualquiera de sus tres grandes modalidades intelectual, afectiva ó volitiva, son en realidad las únicas diferencias que le separan del digenésico.

En las ocasiones, relativamente numerosas, en que el supuesto enfermo no se presta á este sencillo examen exploratorio, tan rápida como incompletamente bosquejado en las anteriores líneas, si además no existe anamnesia alguna, no queda otro recurso que la observación, ya que en terreno físico-patológico son, diagnósticamente, muy peligrosas las conjeturas.

Por lo demás, la observación será siempre y en todo caso la única guía segura para llegar al exacto conocimiento de la enfermedad mental.

ANTONIO F. VICTORIO,

Médico mayor.

UN CASO DE PERITONITIS TUBERCULOSA.—INTERVENCIÓN

Un Oficial de mi batallón me llama para asistir á una hija suya de ocho años de edad, bien desarrollada y constituida, sin más antecedentes patológicos que el haber padecido el sarampión hace cuatro años, y sin antecedentes hereditarios de ningún género.

Me refieren que desde hace días está triste, inapetente, se ha desmejorado considerablemente, ha perdido fuerzas y color y se le ha abultado mucho el vientre.

Por inspección se observa el vientre uniforme y considerablemente abultado, doloroso á la presión, que provoca defensa muscular en todos sus puntos y con derrame ascítico bien perceptible. El punto más doloroso lo acusa en la región esplénica, pero explorando detenidamente se encuentran normales, tanto esta viscera como el hígado. No se observa ninguna alteración en aparato respiratorio. Hay pulso débil y frecuente (110 á 120 pulsaciones), fiebre vespertina, que oscila entre 37'5 y 38'5, y sudores profusísimos. Existe estreñimiento. La orina es normal.

Diagnosticué de peritonitis tuberculosa de forma ascítica, y como pasados unos veinte días, á pesar del tratamiento médico (del que me prometía bien poco), se fueron acentuando los síntomas, llamé en consulta á mis compañeros Ramírez Santaló, Fernández Jaro y López y López, por si opinaban como yo, que debía intentarse la laparotomía antes de que avanzase la desnutrición. Por fortuna aquél tenía un tubo de tuberculina Calmette, y decidimos ensayar en esta enferma la oftalmoreacción, para lo cual instilamos dos gotas en el ojo izquierdo, encontrando á las cinco horas una conjuntivitis característica, que persistió durante treinta horas, para desaparecer por completo después.

En vista de esto, ayudado por los referidos compañeros, practiqué la laparotomía media infraumbilical, encontrando un peritoneo fibroso, muy grueso y muy congestionado. Al abrirlo salió un líquido seroso, citrino y transparente. Toda la superficie del peritoneo, tanto parietal como visceral, estaba sembrado de granulaciones blanquecinas, redondeadas, duras y pequeñas, encontrándose normales en cuanto á lo demás todos los órganos. En el lado izquierdo había algunas adherencias firmes que se respetaron. Se lavó la cavidad con suero artificial esterilizado y se hicieron tres planos de sutura, la peritoneal y muscular perdidas.

El curso post-operatorio fué normal; al cuarto día de la intervención desapareció la fiebre, disminuyeron considerablemente los sudores y fué normalizándose el pulso. Á los diez días se quitaron los puntos cutáneos, y hoy (cuarenta días después de la intervención) la enferma se encuentra bien, ha recobrado fuerzas, color y apetito, tolera toda clase de alimentos (no soportaba más que la leche), ha aumentado de peso, el volumen del vientre es normal y no hay vestigios de ascitis. Únicamente en el lado izquierdo del vientre y al nivel del ombligo, existe una zona con sensación dolorosa á la presión, pero tolera perfectamente la faja ortopédica y antes no soportaba las más ligeras presiones.

Creo que una temporada de campo completará la curación.

El caso, aunque no de importancia excepcional, me parece digno de consignarse, porque demuestra una vez más los excelentes resultados de la laparotomía simple en las peritonitis tuberculosas, en el caso actual con extraordinaria rapidez, y por tratarse de una oftalmoreacción positiva en lesión tuberculosa comprobada *de visu*.

MARCOS GARCÍA,
Médico primero.

PRENSA MÉDICA

La ultrafiltración y sus aplicaciones á la química biológica y á la bacteriología. — *La Semaine Medicale* de 6 de Mayo último publica un interesante artículo sobre este nuevo método de filtración descubierto por el Dr. G. H. Bechhold, miembro del Instituto de Terapéutica experimental de Frankfort, y que se ha denominado *ultrafiltración*, por analogía con el nombre de ultramicroscopia. Los filtros de bujías más perfectos hasta ahora conocidos son incapaces de detener corpúsculos cuyas dimensiones sean menores á $\frac{1}{300}$ de milésima de milímetro, y el autor ha inventado el modo de obtener filtros de poros de una estrechez infinitamente más grande. La ultramicroscopia ha demostrado que hay substancias disueltas, llamadas coloides, en las cuales se observa la existencia de gránulos pequeñísimos cuyo diámetro no pasa de $\frac{1}{200}$ de milésima de milímetro. La presencia real de estos corpúsculos en las soluciones coloidales hizo pensar á Bechhold en la preparación de filtros que fueran capaces de retener esos corpúsculos. Con este objeto se ha valido el autor de papel ordinario de filtro impregnado de diversas substancias: colodión etero-alcohólico, colodión al ácido acético glacial, gelatina hecha insoluble por el formol, etc. La impregnación del papel con estas substancias se hace en el vacío para evitar la adherencia de burbujas de aire sobre la gelatina ó el colodión, lo que alteraría la homogeneidad del filtro. Las di-

mensiones de los poros se pueden hacer variar á voluntad, ó por el espesor de la membrana filtrante ó por la concentración de la substancia gelatinosa que se use. Como los líquidos al atravesar esta membrana artificial ofrecen cierta resistencia, se utiliza en aparatos especiales una presión por el aire ó el ácido carbónico, que puede llegar hasta 10 atmósferas. La membrana filtrante, sostenida por una tela metálica, reposa, sólidamente engastada entre dos coronas de caucho, sobre el fondo perforado de un vaso cerrado, en el cual se ejerce la presión.

Como se ha indicado antes, la ultrafiltración se dirige principalmente á las soluciones coloidales, y, por lo tanto, á los diversos líquidos orgánicos. Permitiendo este método la separación de cuerpos coloides cuyas moléculas sean de magnitud diferente, se comprende bien la importancia del procedimiento aplicado á la química biológica y á la bacteriología. Como ejemplo de lo primero citaremos la separación hecha por Bechhold de las albumosas, las albúminas y las peptonas, del producto total de la digestión de la fibrina, por mero mecanismo de la filtración. En bacteriología fácilmente se comprende que por este método se retengan sobre la membrana filtrante microorganismos que hoy pasan por las bujías, como son los de la rabia, la fiebre amarilla, las fiebres eruptivas, la fiebre aftosa, etc. Igualmente ha de tener el método grande

influencia en el estudio de las toxinas y demás productos bacterianos, separando de ellos los distintos elementos activos que los constituyen y resolviendo una serie de interesantes problemas que con eso se relacionan.

* * *

Inyecciones hipodérmicas de oxígeno en el tratamiento de la ciática.—El Dr. Sicuviani ha publicado (*Gazz. degli Osped.*, 29 de Marzo de 1908) los resultados beneficiosos obtenidos con las inyecciones hipodérmicas de oxígeno en el tratamiento de la ciática y otras neuralgias. El autor dice haber tratado 13 casos de ciática, 2 de artralgia crónica, 1 de neuralgia del crural derecho y la raquialgia propia de los neurasténicos. De los casos de ciática, 11 de ellos de ciática simple, primaria, de duración variable, algunos hasta de doce meses, fueron curados en distintos períodos de tiempo, desde quince días a un mes, después de 6 á 10 aplicaciones de oxígeno. Cerca de 300 cc. de oxígeno eran inyectados de cada vez y en días alternos. La acción analgésica del medicamento es evidente. Según el autor, la explicación del efecto curativo es por una acción bioquímica que produce un cambio molecular favorable en el tejido nervioso.

* * *

Modificaciones histológicas del tejido canceroso por la acción de la tripsina.—Nuestros lectores conocen la recomendación moderna de la tripsina en el tratamiento del cáncer. El Dr. italiano Liberti Herbin, de Palermo, ha estudiado (*Il Policlinico Sezione pratica*, fasc. 21, 1908) histológicamente la acción de este

medicamento. Según el autor, la tripsina produce la destrucción necrótica de los elementos neoplásicos y evita la infiltración celular conjuntiva, que contribuye á la curación del tumor. El efecto de la tripsina es, pues, doble: uno necrótico directo, y otro indirecto, esclerótico, que coopera al fenómeno de destrucción de los elementos neoplásicos.

* * *

Tratamiento de la sífilis por la quinina.—El Dr. Leuzmann, de Duisburgo, en el XXV Congreso alemán de Medicina interna, celebrado en Viena del 6 al 9 de Abril de 1908, presentó una comunicación manifestando que había ensayado el tratamiento de la sífilis por las inyecciones intravenosas de clorhidrato de quinina, y que había obtenido buenos resultados en 30 enfermos en diferentes períodos de evolución del mal. En muchos de ellos que se hallaban en el período secundario, la acción del medicamento sobre el exantema y sobre las placas mucosas fué sorprendente. En el mismo período terciario, según el autor, el efecto terapéutico fué satisfactorio.

A nosotros no se nos ocurre más que una duda. ¿Las inyecciones intravenosas de quinina son totalmente inofensivas?

* * *

Heridas de los ojos por armas de fuego.—Durante la última guerra ruso-japonesa, el Dr. Von M., perteneciente á los hospitales de la Cruz Roja en Irkoutsk, tuvo ocasión de recoger una estadística (*Klin. Monatsblätterf. Angenheilk.*, fascículo F-Z, 1907) de 45 casos, de los cuales en 17 había herida simultánea del ojo y de los huesos

vecinos, en 15 lesión del ojo y de las partes blandas anejas, y en 13 estaba interesado el ojo sólo. Aproximadamente los dos lados son igualmente lesionados en las heridas de guerra.

En cuanto á la naturaleza de las lesiones oculares, fué la atrofia del ojo la más frecuente, pues ella figura en 17 casos de los recogidos por el autor; además hubo 7 de desprendimiento de la retina, 3 de catarata traumática, 4 de hemorragia del cuerpo vítreo, otros tantos de conmoción retiniana, 3 de leucoma, 3 de atrofia del nervio óptico, etc.; 3 de los heridos quedaron totalmente ciegos, 29 perdieron la vista de un ojo, 9 sufrieron de una debilidad progresiva de la visión, y sólo 4 quedaron sin daño sensible de sus funciones visuales, porque en ellos la lesión no interesó más que el aparato muscular extrínseco al ojo.

Hay que señalar — dice el autor — que en 15 soldados que habían sido heridos sólo de un ojo, la visión del otro fué en seguida disminuída en proporción más ó menos considerable; pero esta ambliopía, debida sin duda á la conmoción de la retina, desaparecía más tarde. He aquí un dato interesante que conviene retener en la memoria para evitar en estos casos un grave error de pronóstico.

* *

La lesión del cráneo denominada lesión de Krönlein en las heridas por arma de fuego.— El Dr. M. Franz, Médico del Ejército alemán, en el 37 Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía, celebrado últimamente en Berlín, se ha ocupado de la lesión de Krönlein. Hace nueve años, dice el autor, M. Krönlein ha lla-

mado la atención sobre una lesión especial del cráneo producida por los disparos de arma de fuego á corta distancia, y que consiste en la proyección total del cerebro fuera de la bóveda del cráneo fracturada. Yo he tenido—dice Franz— ocasión de ver cinco veces esta lesión en las colonias alemanas de África. Se trataba de casos que habían recibido el disparo de fusil á distancias que no pasarían de 100 metros. En uno de ellos fué todo un hemisferio el que salió de la bóveda craniana. En los otros el cerebro fué proyectado al exterior, quedando dentro el cerebelo. Para dar lugar á esta proyección, es preciso que el proyectil tenga una velocidad y fuerza considerables.

Krönkem refiere el caso de un soldado que recibió el disparo á algunos pasos de distancia. Los Oficiales y los camaradas de este hombre vieron el cerebro de este desgraciado ser proyectado en el aire y caer á algunos pasos de él y sin lesión notable.

Mr. Kocher ha querido explicarse este fenómeno reproduciendo artificialmente el hecho con muy ingeniosos experimentos. Para ello hacía disparar sobre unas cajas de latón en las que un saco lleno de puré de patatas sobrenadaba sobre una capa de agua. Si la bala tocaba la capa de agua, el saco de puré era proyectado violentamente sin ser lesionado, mientras que la caja de latón volaba en pedazos. El autor atribuye el fenómeno observado en las experiencias al efecto explosivo de la bala sobre la capa de agua, á consecuencia de la compresión brusca que sobre el líquido la bala determina.

* *

El servicio de Sanidad Militar en Suiza.—El Dr. La Nicce, de Berna, ha publicado (*Deutsche Mediz. Wochens*, 1907, núm. 5) algunos datos sobre el servicio de Sanidad Militar en Suiza. La organización de este servicio ofrece algunas particularidades, debidas á la manera especial de estar constituido el Ejército en aquel país. El cuadro de Médicos militares de carrera es muy restringido. Hay un Médico Jefe (Oberfeldarzt), que ejerce la dirección general de todo el servicio con ayuda de cinco Médicos militares. Hay además Médicos que sirven de instructores militares y técnicos para los Oficiales y los hombres del servicio de Sanidad. El sueldo diario es de 5 francos para los Tenientes, 6 á 7 para los Tenientes de primera, de 8 á 9 para los Capitanes, de 11 para los Comandantes, de 13 para los Tenientes Coroneles y de 17 para los Coroneles.

El personal sanitario está distribuido en infantería de la manera siguiente: A cada compañía está agregado un enfermero, y para cada batallón son nombrados 12 camilleros, 2 enfermeros, 2 Suboficiales, 2 Médicos (el Médico del batallón y un Ayudante), y en la Plana mayor del regimiento va un Capitán médico. Cada brigada tiene un Comandante, la división un Teniente Coronel, y el Cuerpo de Ejército un Coronel con su Ayudante. Con cada hospital divisionario van 3 ambulancias, y cada una de las 8 divisiones del Ejército suizo posee un hospital divisionario. Cada Cuerpo de Ejército (hay 4) está dotado de 4 ambulancias y de 4 reservas de material que funcionan como hospitales de Cuerpo de Ejército.

Los Médicos y Farmacéuticos asisten á un curso de instrucción

para Oficiales, que dura treinta y siete días, y se les nombra en seguida Tenientes.

La instrucción ulterior de los Médicos militares se hace practicando en los Cuerpos. Para ascender se exige seguir cursos especiales de estudios: el de táctica y de clínica, para el empleo de Capitán, y cursos de Medicina general para los grados inferiores. Los Médicos nombrados Tenientes tienen que servir la mitad del tiempo que dura la instrucción de los reclutas (veinticinco días próximamente); después cada dos años debe practicar diez y ocho días en el Cuerpo á que se halle afecto. Al cabo de seis á ocho años obtiene de ordinario el ascenso á Capitán. Si él no quiere seguir en el servicio, á los treinta y seis años pasa á la reserva y no debe tener ningún período de prácticas más que durante diez días cada cuatro años.

Esta instrucción es análoga á la que es dada en otros servicios del Ejército suizo. Los estudiantes de medicina y los reclutas afectos á las tropas sanitarias, reciben en Báde una instrucción militar y técnica de cuarenta y nueve días. Al año siguiente, los hombres (con exclusión de los Médicos) que por razón de su capacidad han podido ser clasificados en el primer tercio de su escala, son convocados por veinte días en los hospitales civiles, donde reciben una instrucción de enfermeros. Un cierto número de estos enfermeros son llamados por veintiocho días á seguir un curso de instrucción especial, después del cual son nombrados Suboficiales. Los estudiantes de medicina y farmacia son obligados también á seguir cursos especiales durante sus estudios, y en seguida

son nombrados Suboficiales afectos á las ambulancias, donde prestan su servicio en tiempo de maniobras.

El personal sanitario de primera línea dispuesto para la guerra es el siguiente: 4 Coroneles, 11 Tenientes Coroneles, 56 Comandantes, 454 Capitanes, 423 Tenientes, 60 Farmacéuticos. El del Ejército territorial y del servicio de etapas se compone de 2 Coroneles, 8 Tenientes Coroneles, 21 Comandantes, 30 Capitanes y un Farmacéutico. En total, 1.049 entre Jefes y Oficiales, y además 532 Suboficiales y 2.819 soldados.

En tiempo de guerra, el Inspector general del tiempo de paz pasa á regir el servicio de Sanidad territorial, y un Médico de los de activo es nombrado para dirigir el servicio de campaña.

El funcionamiento del servicio de campaña es, sobre poco más ó menos, como en nosotros y en el Ejército francés: puestos de socorro, ambulancias, hospitales de campaña y servicio de etapas.

El Comité central de la Cruz Roja cuenta para sus formaciones sanitarias 9 Médicos militares del Ejército territorial.

Es preciso añadir que en tiempo de paz cada pequeña guarnición tiene un Médico militar nombrado por el Oberfeldarzt. De ordinario éste ejerce la práctica civil en la localidad.

Cuando el soldado enferma y no es susceptible de ser curado en cuatro días, no se retiene en la enfermería del cuartel, y es evacuado al hospital civil de la localidad, donde es asistido á cargo del Gobierno. En Suiza no existe más que un solo hospital militar, en Thun.

Estadística sanitaria internacional de los Ejércitos.—El Dr. Schwiening, Médico militar alemán con destino en el Ministerio de la Guerra en Berlín, ha publicado una crítica de las bases actuales que sirven de fundamento para la estadística sanitaria internacional de los Ejércitos. Nuestros lectores saben los esfuerzos que van hechos para unificar las estadísticas de los distintos Ejércitos desde el Congreso internacional de Estadística celebrado en Viena en 1857, el décimo Congreso internacional de Medicina de Berlín en 1890, el Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Budapest en 1894, y otros muchos, hasta el último de esta misma clase habido en 1907 en Berlín.

Con motivo de los acuerdos del Congreso de Budapest, se constituyó una Comisión permanente internacional de medicina militar para la unificación de la estadística sanitaria de los Ejércitos, y esta Comisión elaboró una serie de diez cuadros, que más tarde han sido modificados sucesivamente con ocasión de diversos Congresos internacionales. Las naciones que han aceptado las bases de la estadística internacional son hasta ahora las siguientes: Austria-Hungría, Baviera, Bélgica, Francia, Estados Unidos, Holanda, Italia, Prusia, Rusia, Servia y España.

El Dr. Schwiening se pregunta si los esfuerzos hechos hasta aquí han conseguido desaparecer los motivos que impedían hacer una comparación justa y racional de las estadísticas particulares de los Ejércitos. La opinión de este Médico alemán es la siguiente: que para permitir la comparación era necesario entenderse sobre el modo de

calcular los efectivos en cada país y de interpretar la noción de enfermos en el cuartel y en el hospital; la categoría de enfermos asistidos en el cuartel, debía desaparecer ó ser admitida por todo el mundo; por último, debería uniformarse el modo de declaración de inútiles. En una palabra, era preciso llegar á uniformar el servicio de Sani-

dad en los diversos Estados; y como eso es imposible, ha sido preciso contentarse con uniformar la superficie de las cosas, quedando el fondo tan diferente como estaba. De aquí que la comparación de las cifras de la estadística internacional pueda conducir á conclusiones muy erróneas tal y como hoy se realiza.

NECROLOGÍA

D. Antonio Rovira y López

Médico mayor.

En Julio de 1877, previos los ejercicios de oposición, ingresó en el Cuerpo con el empleo de Médico segundo. Durante este empleo y el de primero, á que fué ascendido en Agosto de 1891, prestó sus servicios en diversos regimientos de la Península y de la isla de Cuba.

En Octubre de 1896 ascendió á Médico mayor, destinándosele al hospital militar de Barcelona, en cuya plaza falleció el día 8 de Mayo último.

Se hallaba en posesión de tres cruces rojas del Mérito Militar de primera clase, una de ellas pensionada, por servicios de campaña; medallas de Cuba y de la jura de S. M. el Rey, y era Benemérito de la Patria por la campaña de Cuba.

D. Manuel Martín Costea

Médico mayor.

Ingresó en el Cuerpo por oposición como Médico segundo en Mayo de 1894, sirviendo en este empleo y en el de primero, á que ascendió en Junio de 1896, en diversos regimientos de la Península é isla de Cuba.

En Septiembre de 1907 ascendió á Médico mayor, siendo destinado al 6.º Depósito de sementales, en Alcalá de Henares, donde falleció el 20 de Mayo último.

Poseía cinco cruces rojas del Mérito Militar de primera clase, tres de

ellas pensionadas, una de primera clase de María Cristina y la medalla de Cuba.

¡Descansen en paz nuestros distinguidos compañeros!

VARIEDADES

El día 27 de Mayo último fueron promovidos á los empleos de Inspector de primera y segunda clase, respectivamente, los Sres. D. Julián Villaverde y D. Manuel Gómez Florio, Director que fué durante varios años de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR.

Reciban ambos distinguidos Jefes nuestra respetuosa felicitación.

*
**

Los Jefes y Oficiales médicos y farmacéuticos destinados en Valladolid se reunieron el 2 del actual, celebrando un banquete con motivo del ascenso á Inspector de primera clase del Sr. D. Julián Villaverde. Según refiere el *Diario Regional* de dicha ciudad, antes de comenzar el banquete se leyeron telegramas recibidos de otras Regiones adhiriéndose al acto.

Al servirse el «champagne» brindaron en párrafos elocuentes varios Jefes y Oficiales, pronunciando frases laudatorias para el Sr. Villaverde y haciendo fervientes votos por que se sostengan los prestigios y se cumplan las aspiraciones del Cuerpo. En todos los brindis se ensalzó al Ejército, traduciéndose perfecta unanimidad de ideas, y alabóse la justicia y rectitud de todos los actos de S. M. el Rey y del Sr. Ministro de la Guerra. El Sr. Villaverde brindó al final, manifestando en sentidas frases su gratitud por las atenciones de que era objeto y su sentimiento por separarse de sus subordinados de la séptima Región, que tanto le han ayudado al buen desempeño de su cargo.

SECCIÓN OFICIAL

25 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 119) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor don

Marcial Barreiro Martelo y á los Médicos primeros D. Juan Barcia Eleicegui, D. Rafael Fernández y Fernández y don Ricardo Rojo y Domínguez.

27 Mayo.— Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 120) declarando derecho á pensión á la viuda del Farmacéutico primero D. Rafael Sanz y Mocete.

29 » Real orden (*D. O.* núm. 119) destinando á la Junta facultativa del Cuerpo al Subinspector médico de primera clase D. Gregorio Ruiz y Sánchez.

» » Reales órdenes (*D. O.* núm. 120) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir cuatro aparatos eléctricos modelo Chardin y cinco cajas de intubación laríngea modelo Collin.

1.º Junio.— Ley (*D. O.* núm. 121) estableciendo el ascenso en tiempo de paz á Segundo Teniente de la reserva retribuída de su Arma ó Cuerpo para los sargentos de Infantería, Caballería, Artillería, Ingenieros, Administración y Sanidad Militar, fijando las condiciones que deben reunir y dictando reglas para el cumplimiento de la disposición.

2 » Real orden (*D. O.* núm. 122) dictando reglas referentes al saludo para las clases é individuos de tropa.

4 » Idem *id.* circular (*D. O.* núm. 125) fijando el modelo de machete que deben usar las tropas de Sanidad Militar.

» » Idem *id.* *id.* (*D. O.* núm. 125) dictando disposiciones relativas á pasaportes y otros beneficios de viaje para los Oficiales de las reservas gratuitas de las Armas y Cuerpos del Ejército.

5 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 125) confiriendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Jefes y Oficiales siguientes:

Subinspector médico de segunda clase D. José Fernández Alvarez.

Médico mayor D. Eloy Cayuela y Martínez.

Médicos primeros D. Sebastián Fossá y Lambert y don Bonifacio Onsalo y Morales.

Médicos segundos D. Casto Morales Moleón y D. Baltasar Tomé y Ortiz.

» Idem *id.* (*D. O.* núm. 126) disponiendo que los Jefes y Oficiales del Cuerpo que deseen representar á España en el Congreso de Médicos militares que ha de reunirse en Oc-

- tubre próximo en los Estados Unidos, lo soliciten de la Superioridad en la forma y por el conducto reglamentarios.
- 5 Junio.—Real orden (*D. O.* núm. 126) dictando disposiciones para cubrir vacantes y llamar á filas á clases é individuos de la Brigada de tropas del Cuerpo.
- » » Reales órdenes (*D. O.* núm. 126) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir cuatro aparatos para el transporte de curas y lavabos en las clínicas, doce porta-irrigadores, doce mesas para instrumentos con cubiertas de cobre niquelado, un sillón Dupont para convalecientes, dos básculas automáticas y siete esterilizadores para instrumentos.
- 6 » Real orden (*D. O.* núm. 127) concediendo al Médico mayor D. Eustasio González Velasco prórroga de pasaje por cuenta del Estado para el traslado de su familia.
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 127) concediendo ingreso en la reserva gratuita facultativa del Cuerpo al soldado del regimiento de Mallorca D. Eugenio Balaguer Jiménez, por reunir las condiciones reglamentarias.
- 8 » Idem íd. (*D. O.* núm. 127) aprobando el plan de las prácticas que han de realizar los alumnos de la Academia Médico-militar en el presente curso.
- 9 » Reales órdenes (*D. O.* núm. 129) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir un aparato para duchas universales, un citoscopio Albarrán y un separador vesical Cathelin.
- 10 » Real orden (*D. O.* núm. 129) confirmando en el destino á las inmediatas órdenes del Inspector médico de segunda clase D. Justo Martínez y Martínez al Subinspector médico de segunda clase D. Eloy Cayuela y Martínez.
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 129) concediendo licencia para contraer matrimonio al Subinspector médico de segunda clase D. Ramón Sáez García.

Con este número repartimos un prospecto del preparado TANÍGENO, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Elberfeld (Alemania) y Barcelona.