

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año II

Madrid 1.º de Octubre de 1908

Número 19

SUMARIO

El servicio de Sanidad en las tropas francesas de Casablanca, por E. de Villegas.—Resumen de los apéndices al nuevo Reglamento alemán para el servicio sanitario de campaña (continuación), por P. Farreras.—Estado científico actual de la cuestión de inmunidad en la tuberculosis con aplicación á la higiene y terapéutica de este padecimiento, por M. Martín Salazar.—*Prensa médica*: El tratamiento del tétanos.—Un procedimiento simple para la esterilización de las manos en seco.—Las reacciones de Pirquet y Calmette en el diagnóstico de la tuberculosis.—Relación entre la secreción gástrica y la función renal.—Acción hemolítica del anquilostoma duodenal.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS: Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Octubre de 1908.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

EL SERVICIO DE SANIDAD EN LAS TROPAS FRANCESAS DE CASABLANCA

Como nota curiosa, dado el interés con que se ha seguido la campaña llevada á cabo en la Chauia, publico á continuación algunos datos referentes al personal y distribución de los servicios prestados por el Cuerpo de Sanidad Militar francés.

El número de Médicos militares que han venido con el Cuerpo de desembarco asciende á 57, y sus categorías son las siguientes:

Asimilación.	
1 Médico principal de 1. ^a clase (Director).....	Coronel.
8 Médicos mayores de idem id.....	Comandantes.
22 idem id. de 2. ^a id.....	Capitanes.
26 idem Ayudantes id. de 1. ^a id.....	Primeros Tenientes.

Todos ellos perciben doble sueldo del que tendrían en Francia, y además los que se hallan destinados en los Cuerpos 15 francos mensuales en concepto de gratificación de montados.

En las formaciones sanitarias (hospitales, ambulancias y enfermerías-ambulancias) hay destinados 36 Médicos, y los restantes en los Cuerpos (1).

Farmacéuticos militares hay 6, de los cuales 2 son Mayores de segunda clase y 4 Ayudantes mayores de primera clase.

Un Médico inspector, asimilado á General de brigada, giró una visita hace cuatro meses próximamente, permaneciendo aquí una corta temporada.

Hay 3 hospitales, 6 ambulancias, 2 enfermerías-ambulancias, una enfermería de etapa, una farmacia de reserva y un almacén de material de reserva.

Los hospitales números 1 y 2 están en Casablanca; tienen instaladas la mayor parte de las clínicas en tiendas de lona, de doble pared, y de forma rectangular ó elíptica. Otras clínicas están instaladas en pequeñas barracas de madera, desmontables, de buenas condiciones, muy prácticas, y cuyo pavimento está constituido por los mismos portalones que le sirven de embalaje. El hospital número 3 se encuentra en Ber-Rechid y es el de menos importancia.

Las ambulancias se hallan: una en el destacamento regional de M'Dakra, otra con la columna de M'Zamba, otra con el destacamento regional de Hachach, otra con el destacamento regional de Ziaida, otra con el destacamento regional de Uled-Ziain y la otra con la columna principal de operaciones.

Las enfermerías-ambulancias están: una en Buznica y otra en Casablanca; la enfermería de etapa en Mediuna, y la farmacia de reserva y almacén de material también se encuentran en Casablanca.

(1) Después de tomados estos datos han hecho algunas modificaciones en el personal, pues he visto Médicos ayudantes mayores de segunda clase (asimilados á Subtenientes).

Como desde hace algún tiempo las operaciones han cesado por haberse sometido las kabilas, y por otra parte de vez en cuando vienen buques-hospitales para hacer la evacuación, resulta que en la actualidad hay pocos heridos; mas no por eso deja de haber con frecuencia intervenciones quirúrgicas en los hospitales de Casablanca, operándose gran número de hernias inguinales, enfermedad que no es causa de exención en el Ejército francés. Abundan las enfermedades venéreas, que si siempre ocupan un lugar preeminente en la patología del soldado, aquí con doble motivo, dada la carencia de moralidad que reina y la continua inmigración de mujeres públicas. Las enfermedades del aparato digestivo dan un contingente respetable, hasta el punto de haber una clínica de disintéricos que hace pocos días tenía 60 enfermos, según me manifestó el Médico encargado de ella. También hay casos de dotieneria, y como enfermedades de estudio interesante las importadas por los senegaleses, en los que las *filarias* y el *distoma hepaticum* producen sus perniciosos efectos. La restante patología es la vulgar y corriente de cualquier guarnición.

EDUARDO DE VILLEGAS,

Médico segundo.

Casablanca 1.º de Agosto de 1908.

La señal es un palo con una bandera y un farol. La bandera tiene la cruz de Ginebra. El farol tres vidrios rojo-claros y uno incoloro dirigido hacia la tienda. Procúrese que la señal se vea desde lo más lejos posible.—De estas tienda y señal van 2 por compañía de sanidad en los carros de bagajes.

Tiendas-abrigos para heridos.—Se hacen con las piezas del equipo portátil para tiendas-abrigos. Pueden ser: de dos piezas ó trozos (fig. 5.^a), para 2 camillas ó jergones; de tres (la misma de la figura 5.^a tapada por un extremo); de seis (fig. 6.^a), para 4 camillas ó para 5 ó 6 heridos sin cami-

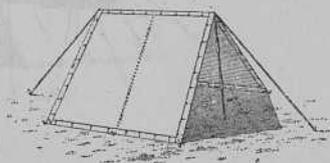


Figura 5.^a

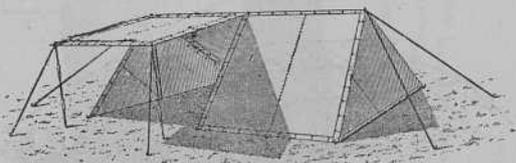


Figura 6.^a

lla; de doce (fig. 7.^a), para 6 camillas ú 8-10 heridos; de ca-

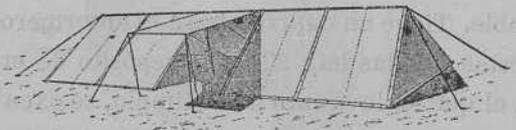


Figura 7.^a

toree ó diez y seis (fig. 8.^a), para 8-10 camillas ó 20 heridos;

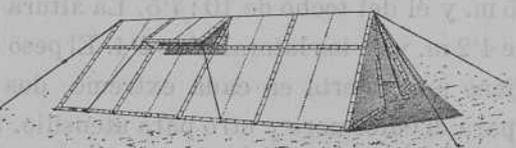


Figura 8.^a

de veinte y dos (fig. 9.^a), para 10-12 heridos con camilla ó jergón, ó para 20 sin ella ó él, y, por último, se puede hacer, con

veinte trozos (fig. 10), una especie de toldo para 14-16 camillas ó para 25 enfermos ó heridos.

Tienda hospital 87 (fig. 11).—Para 12 camas. Cubre una

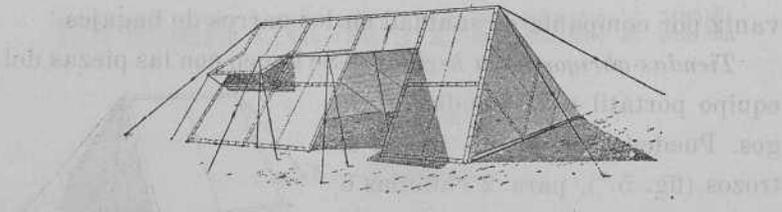


Figura 9.ª

superficie rectangular de 7'5 : 9 m. Su altura es de 4'23 m. en el plano medio y de 1'6 en los laterales. Pesa de 400-500 kg. Su

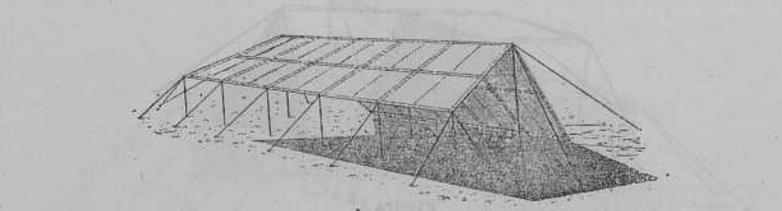


Figura 10.

techo es doble. Tiene un cuartito para el enfermero y un excusado. De estas tiendas hay 20 en el depósito de etapa.—Si el terreno en el que se levantan no es limpio, se excava 30 cm. y se llena lo excavado con carbón de piedra ó de cok y grava; luego se cubre con tablas de madera.

Tienda hospital 99 (fig. 12).—El rectángulo del suelo es de 14 : 11'5 m. y el del techo de 10 : 7'5. La altura en el plano medio es de 4'2 m. y en los laterales de 2'4. El peso de 709 kilogramos. Tiene una puerta en cada extremo, dos excusados, un cuarto para el enfermero y otro para utensilio. Su cubierta es doble. Puede contener 10-20 camas. Su pavimento se cubre, si es menester, con linoleum ó con tablas. Si hace frío se pone una estufa de petróleo, leña ó carbón. Un vagón de ferrocarril puede llevar 14 tiendas como esta. Un carro de dos caballos

ó mulos puede llevar una. Se arma por 1 oficial y 8 individuos en una extensión de 15 : 12 m. y en sesenta á ochenta minutos.

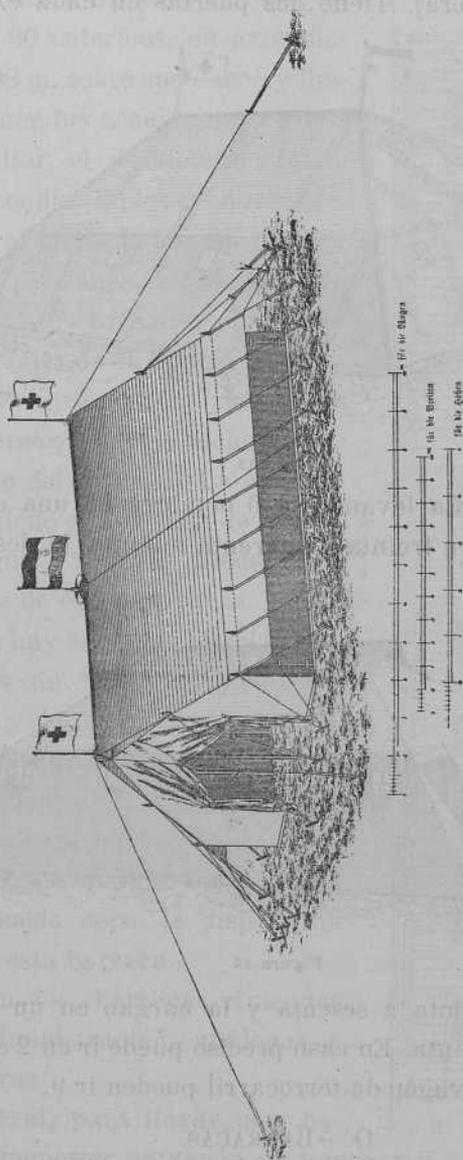


Figura 11.

Für die Länge, largo; f. d. Breiten, ancho; f. d. Höhen, alto.

Se desarma y empa en veinte á treinta y se carga en otros quince. De estas tiendas hay 57 en el depósito de etapa.

Tienda hospital 03 (fig. 13).—Cubre un rectángulo de 13'6 : 16 m. Su altura en medio es de 4'5, en los lados de 2'5 m. (medidas por fuera). Tiene dos puertas en cada extremo y

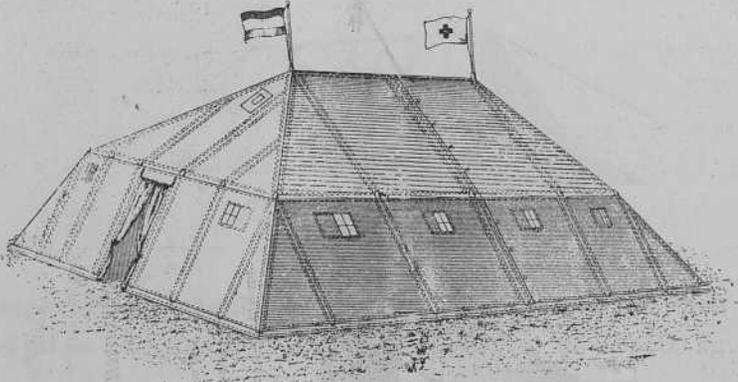


Figura 12.

doble cubierta. La levantan 4-6 hombres en una extensión de 17 : 14 m. y en treinta á cuarenta minutos; la desarman y

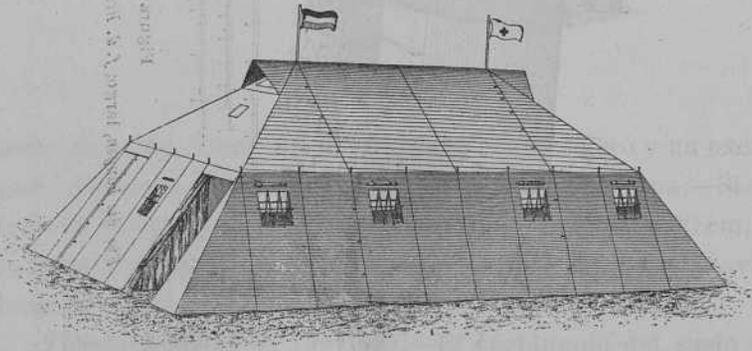


Figura 13

empacan en treinta á sesenta y la cargan en un carro en veinticinco á treinta. En caso preciso puede ir en 2 carros ordinarios. En un vagón de ferrocarril pueden ir 9.

O.—BARRACAS.

Para guardar á los enfermos del sol, si es fuerte, se construye con tablas, ramas, etc., *barracas de urgencia*, en las

que se aloja 10-30 enfermos, procurando que corresponda de 30-37 m.³ á cada uno. Se hace también *barracas fijas* (fig. 14) en los hospitales de reserva, para unos 30 enfermos, en extensiones de 7 : 28 m. sobre suelo seco y limpio. No hacer los zócalos muy altos, para facilitar el desalojamiento en caso de incendio. En los grandes calores pintar el techo de blanco y poner esterillas ó persianas. La pintura con silicato potásico preserva contra incendios. A falta de ella blanquear con lechada de cal. En las comarcas frías puede ponerse otro doble techo de madera debajo del superior. La calefacción se obtiene con estufas de hierro. En las figuras 15 y 16 puede verse los detalles de estas barracas.

También hay *barracas Doecker* perfeccionadas (fig. 17) para 20 enfermos en verano y 18 en invierno, correspondiendo á cada uno 11'25 ó 12'5 m.³ Pesa 4.000 kg.; va en 11 cajas y 4 fardos. 10 hombres, no duchos, la construyen en ocho á diez horas. En la figura 18 puede verse la disposición interior de esta barraca.

Hay, en fin, barracas-viviendas para la administración, análogas á las anteriores.

En general, para llevar una barraca, son menester un vagón de ferrocarril ó 4-6 carros ordinarios.

Alrededor de las barracas hacer un surco por el que corra

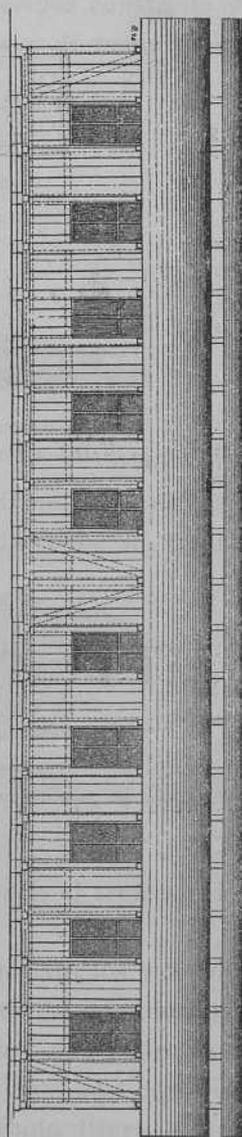


Figura 14.

el agua que caiga del techo y no se estanque ni humedezca

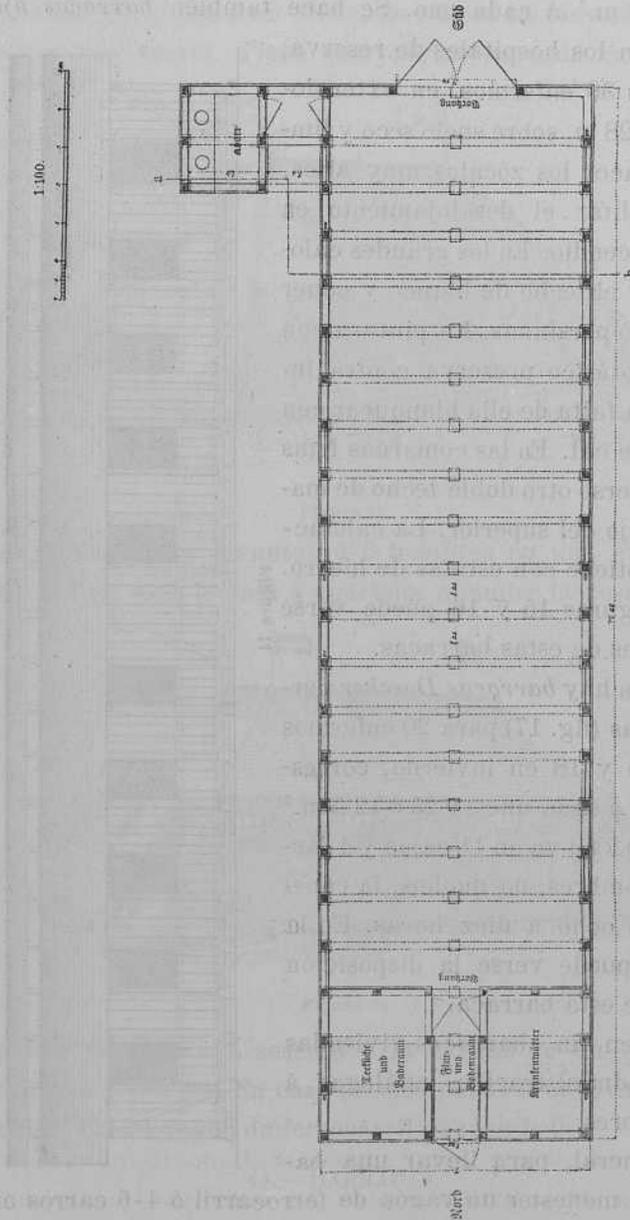


Figura 15. (Plano de barraca fija).

Abort, excusado; Flur und Bodenraum, vestíbulo y desván; Küche und Baderaum, cocina y cuarto de baño; Krankenwärter, enfermero, y Vorhang, mampara.

la madera. Si nieva quitar la nieve de los techos inmediatamente.

P.—COCHES DE LOS TRENES-HOSPITALES.

Un tren-hospital para llevar 296 heridos consta de 39 coches, que deben estar provistos de frenos de mano y de cale-

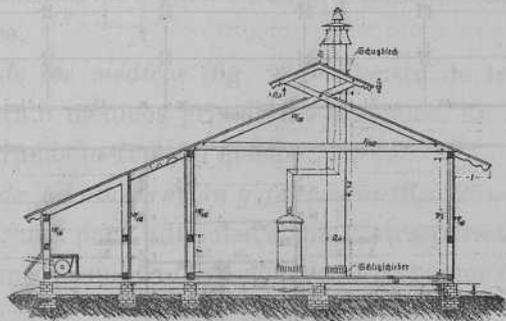


Figura 16. (Sección a b de las dos anteriores figuras).

Schlitzschieber, rendijas de ventilación; *Schutzblech*, pantalla de la chimenea.

facción, obtenida de 3 vagones especiales. Esta calefacción ha de poderse aislar ó suprimir en cada coche sin trastornar



(Figura 17).

la de los otros. Los coches que componen el tren son los siguientes:

Coches de enfermos (fig. 19).—Sirven para los individuos y clases. Hay 24. En cada uno se disponen 12 camillas literas, en 6 grupos de dos, colgadas del techo, una sobre la otra. Encima de la cabecera de cada cama hay una cestita para que los enfermos pongan sus cosas. Cada litera consta de 1 colchón, 1 sábana, 2 mantas y 1 cubierta. De almohadas hay en cada coche 3 de crin y 12 de aire.

Coches de oficiales enfermos (fig. 20).—Son como los ante-

riores, pero sólo llevan 8 camillas literas. En cada tren hay 2.

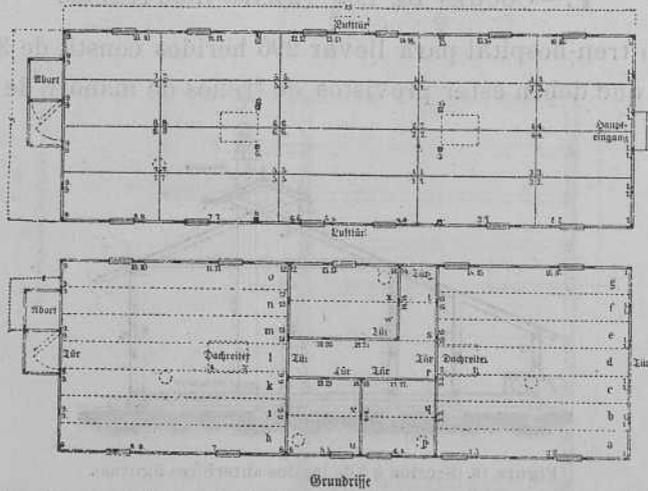


Figura 18. (Planos horizontales de la barraca Doecker).

Abort, retrete; Haupteingang, entrada principal; Dachreiter, claraboya; Tür, puerta; Lufitür, puerta de ventilación; Grundrisse, planos.

Coche para sanitarios, etc. (fig. 21).—Hay 1 dispuesto como

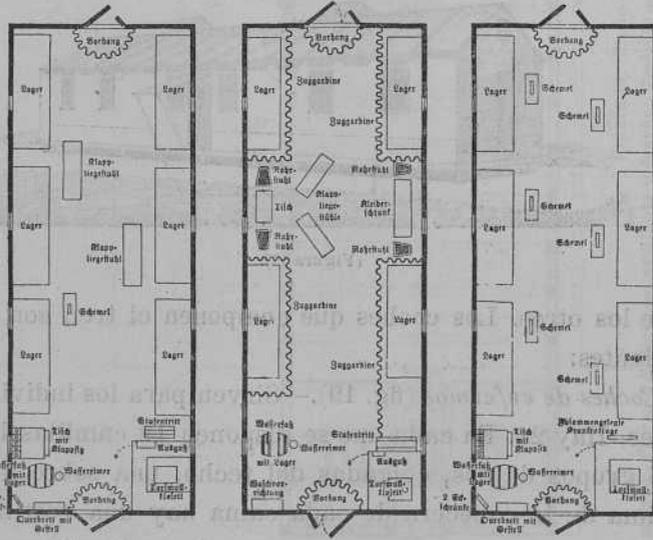


Figura 19. Ausguss, vertedero; Bockschrankchen, rinconeras; Klapplegestuhl, chaise-longue de tijera; Kleiderschrank, ropero; Lager, cama; Querbrett mit Gestell, anaqueal con caballete; Rohrstuhl, silla de caña; Schemel, banquillo; Stufentritt, tarima de peldaños; Tisch mit Klappsitz, mesa con asientos de quita y pon; Torfmullklosett, excusado de turba; Vorhang, mampara ó puerta; Wassereimer, cubo; Wasserfass mit Layer, cuba con sital; Waschoberichtung, lavabo; Zuggardine, cortina; Zusammengelegte Krankentrage, camilla plegada.

los anteriores. Lleva el cocinero, el cerrajero, los sanitarios que no están de guardia, etc.

Coche del jefe (fig. 22).—Es para el jefe médico. Consta de tres departamentos: 1 para trabajo, 1 para descanso y 1 para operaciones.

Coche de los médicos (fig. 23).—Consta de tres departamentos para 3 médicos primeros ó segundos. En la figura 24 están separadas la II y III clase.

Coche de administración y farmacia (fig. 25).—Consta de dos partes: una para administración y otra para botiquín. En aquélla tiene dormitorio y despacho el inspector del tren-hospital.

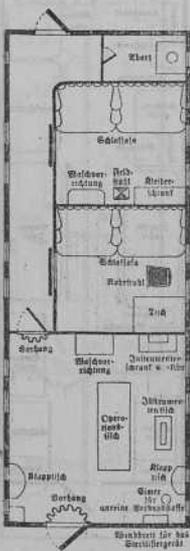


Figura 22.

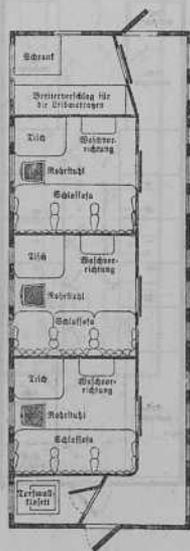


Figura 23.

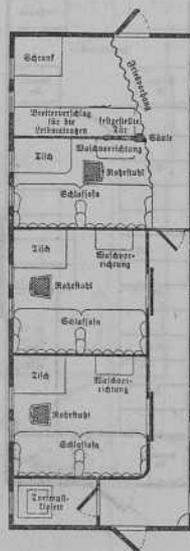


Figura 24.



Figura 25.

Aborto, excusado; *Aktenschrank*, armario de documentación; *Arzneischrank*, armario para medicamentos; *Betterschlag für die Leibmatrassen*, departamento para guardar los colchones; *Eimer für unreine verbandstoffe*, cubo para curas sucias; *Feldstuhl*, silla de campaña; *Festgestellte Tür*, puerta firme; *Formalindesinfektionsgerät*, utensilio para desinfectar con formol; *Friesvorhang*, cortina; *Instrumententisch*, mesa de instrumentos; *Instrumentenschrank u. Kiste*, armario y caja de instrumentos; *Kaschkasten*, caja de caudales; *Klapptisch*, mesa plegable; *Kleiderriegel*, percha; *Kleiderschrank*, armario ropero; *Operationstisch*, mesa de operaciones; *Rohrstuhl*, silla de caña; *Säule*, columna; *Schlafsofa*, sofá-cama; *Schemel*, banquillo; *Schrank*, armario; *Tisch*, mesa; *Torfmüllkassett*, excusado de turba; *Verbandmittelschrank*, armario de vendajes; *Vorhang*, mampara; *Wandbretter*, estante; *Waschgeschirrstander*, utensilio de fregadero; *Waschvorrichtung*, lavabo; X, sitio de la llave para graduar el calor.

Coche ó vagón de bagajes (fig. 26).—Hay 1. Lleva un repuesto de 10 camillas literas, faroles y material de iluminación y de señales y cajas para el utensilio del tren. En un pequeño departamento hay 2 mesas plegables, 2 asientos almohadillados y un armario para el conductor del tren. En otra forma (fig. 27) hay, además, un asiento para el guarda-freno y un retrete.

Coche-almacén (fig. 28).—Lleva tablas, almohadas, colchones y mantas. Hay uno.

Coche-cocina (fig. 29).—Hay 2. Cada uno tiene 2 cocinas

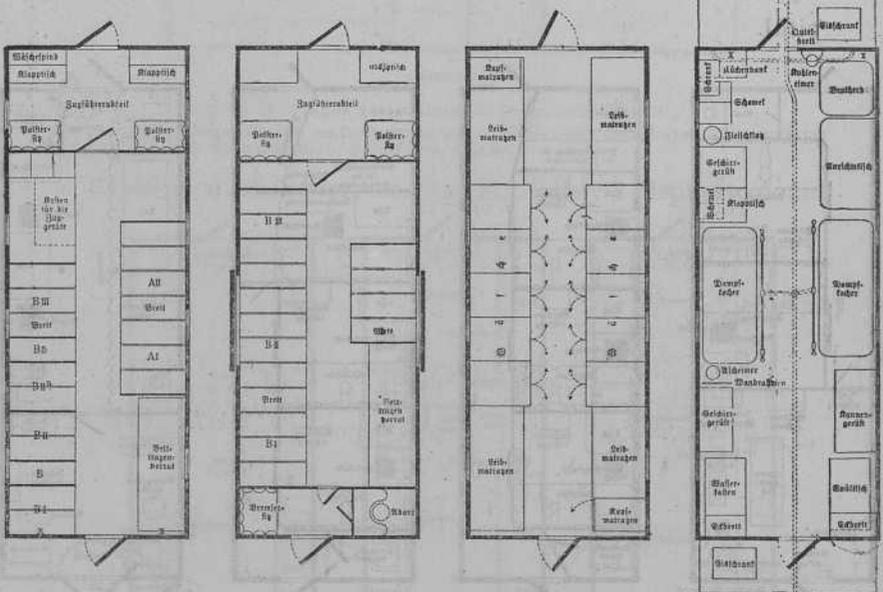


Figura 26.

Figura 27.

Figura 28.

Figura 29.

A, A I, A II, B, B I, B II, B II^a, B III, compartimientos para lios de ropa; X, sitio de la llave para graduar el calor; *Anrichttisch*, mesa-aparador; *Ascheimer*, depósito de ceniza; *Betragenvorrat*, repuesto de literas; *Bratherd*, asador; *Bremsersitz*, asiento del guarda-freno; *Brett*, anaque; *Dampfkocher*, cocina de vapor; *Eckbrett*, rinconera; *Bisschrank*, refrigerador; *Fleischklutz*, tajo; *Geschirrgerst* y *Kammengerust*, vajilla; *Kasten für die Zugerate*, cajas para los utensilios del tren; *Klapptisch*, mesa de tijera; *Kohleneimer*, cubo del carbón; *Kopfmatratzen*, almohadas; *Kuchenbanc*, banco de cocina; *Leidmatratzen*, colchones; *Polstersitz*, asiento almohadillado; *Quirtbrett*, anaque del molinillo; *Schemel*, banco; *Schrank*, armario; *Spültisch*, mesa para lavar; *Wandrahmen*, bastidor; *Wäsche*, ropa blanca; *Wäschespind*, ropero; *Wasserkasten*, caja de agua; *Zugführerabteil*, departamento del conductor.

de vapor de agua, 1 caja de agua de 0'55 m.⁵ y 2 refrigeradores (depósitos de hielo) de 0'5 m.³ cada uno.

Coche de provisiones.—Hay 2, uno anterior (fig. 30) y otro posterior (fig. 31).

Coches de calefacción.—Hay 3. La figura 32 es el diseño de uno de 2 ejes y la 33 de uno de 3.

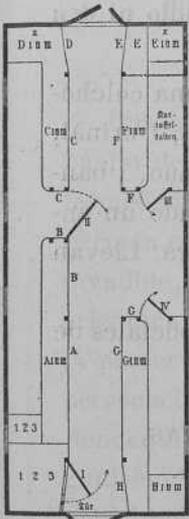


Figura 30.

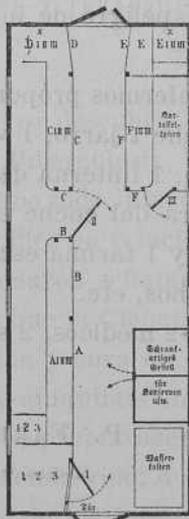


Figura 31.

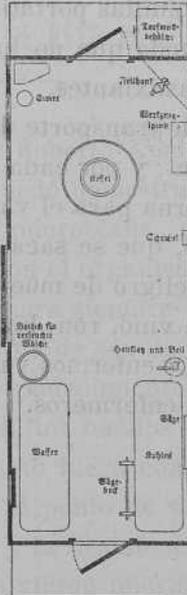


Figura 32.

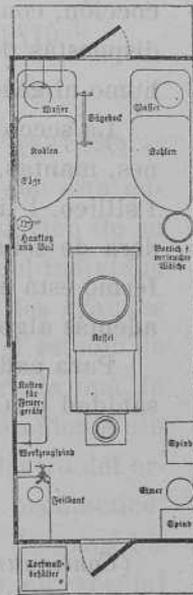


Figura 33.

A-H, tabiques longitudinales y transversales; I-IV, puertas; A-HI-III, espacios intermedios; 1-3, utensilio de cocina; X, sitio del cerrojo para graduar el calor; *Bottisch für verseuchte Wasche*, depósito para ropa infectada; *Eimer*, cubo; *Feilbank*, banco; *Hauklotz und Beil*, tajo y destal; *Kartoffeln*, patatas; *Kasten für Feuergerate*, caja de combustibles; *Kessel*, caldera; *Kohlen*, carbón; *Säge*, sierra; *Sägebock*, burro; *Schaukel*, pala; *Schrankartiges Gestell für Konserven usw.*, conservas; *Spind*, armario; *Torf-müllbehälter*, turba y basura; *Tür*, puerta; *Wasser*, agua; *Wasserkasten*, caja de agua; *Werkzeugspind*, armario de herramientas.

Q.—TRENES-HOSPITALES AUXILIARES.

Se improvisan colocando los enfermos en el suelo mediante jergones (especialmente jergones con ojales á los lados que permitan utilizarlos como camillas de urgencia). La iluminación se obtiene de linternas, que se cuelgan como se puede. La cocción, con cocinillas portátiles. La calefacción, con estufas dispuestas de modo que no haya peligro de incendio ni de humo ni gases asfixiantes.

La sección de transporte de enfermos proporciona colchones, mantas, etc., y por cada coche 1 jarro, 1 vaso, 1 orinal, 1 sillico, 1 linterna para el vagón, 1 linterna de mano, 1 bandera de señales, que se saca fuera del coche cuando un enfermo está en peligro de muerte, y 1 tarima escalera. Llevan además algo de vino, ron, bizcochos, etc.

Para cada 100 enfermos van 1-2 médicos, 2 suboficiales de sanidad y 10-12 enfermeros.

P. FARRERAS,
Médico primero.

(Continuará).



ESTADO CIENTÍFICO ACTUAL

DE LA

CUESTIÓN DE INMUNIDAD EN LA TUBERCULOSIS

CON APLICACIÓN A LA

HIGIENE Y TERAPÉUTICA DE ESTE PADECIMIENTO (1)

Desde que se descubrió por Roberto Koch el año 1882 el bacilo de la tuberculosis, y quedó demostrado que esta enfermedad, como toda infección microbiana, es función de su germen específico en relación con el organismo del individuo invadido, quedaron señaladas para siempre las dos grandes orientaciones que la Ciencia había de seguir en el estudio de la preservación y cura de este padecimiento. Era la una, la persecución y aniquilamiento de los bacilos tuberculosos allí dondequiera se encontrasen, tanto fuera como dentro del organismo; de donde vino, desde el punto de vista profiláctico, el aislamiento de los enfermos y la desinfección de todos los productos patológicos que contuvieren microbios, en especial de los esputos, y desde el terapéutico, el deseo de encontrar medicamentos bactericidas que matando los gérmenes dentro de los tejidos mismos cumplieran la difícil condición de no hacer daño á los enfermos. Era la otra orientación, la de resolver el problema de las defensas orgánicas naturales ó artificiales del individuo, con el fin de poder descubrir los medios de prevenir y curar la tuberculosis, haciendo que el organismo mismo, por sus propias energías bioquímicas, ó se convirtiese

(1) Este trabajo está destinado al Primer Congreso nacional sobre tuberculosis que se celebra en Zaragoza del 2 al 6 del presente mes.

en baluarte inexpugnable contra la infección tuberculosa, ó realizase, una vez infectado, el milagro de la cura por sus espontáneos trámites naturales, estimulados y favorecidos por el arte.

Ahora bien; ¿en qué punto de evolución científica se encuentra hoy este segundo aspecto de la lucha contra la tuberculosis, ó lo que es lo mismo, cuál es el estado científico actual de la cuestión de inmunidad con aplicación á la higiene y terapéutica de este padecimiento? Tal es, concretamente, lo que, ciñéndome á la realidad de los hechos demostrados hasta el actual momento científico, va á ser objeto del presente estudio, aunque sea molestando por algunos momentos la atención del Congreso.

Ante todo diré que, en mi sentir, el ideal de la profilaxis y la cura de la tuberculosis está principalmente en este camino. No negaré que todo el sistema de defensa puesto en práctica hoy día contra la tuberculosis en el mundo no amigre en cierto grado la enormidad del mal mirado en su conjunto, como lo van demostrando, aunque poco á poco, las estadísticas de muchos países civilizados, filántropos, donde los gobiernos y los particulares han tomado á empeño esta gran obra generosa y humanitaria. No negaré, en efecto, la virtud, muy grande, que tienen las prácticas de desinfección, el aislamiento de los enfermos, el mejoramiento social de la vida en las clases menesterosas, el progreso de la higiene general, y, sobre todo, la creación de instituciones sanitarias antituberculosas especiales, como son los sanatorios, los dispensarios, etc.; pero lo que sí creo es que ínterin persista la predisposición orgánica que ofrecen ciertos individuos, familias y hasta estirpes á contraer este padecimiento, y mientras el bacilo de Koch goce, como no podrá menos de seguir gozando, de esa tenaz resistencia natural á ser destruido por la acción espontánea de los agentes cósmicos externos, que son en último término los grandes desinfectantes providenciales que en todo

caso emplea la naturaleza para salvar á la humanidad de las más terribles plagas, ha de pasar largo tiempo, siguiendo sólo el camino hasta ahora emprendido, antes que deje de existir la tuberculosis en mucha extensión y con gran rebeldía entre los hombres.

No negaré tampoco, dando ancho campo á la esperanza, que pueda llegar el día en que el azar descubra un nuevo medicamento antiséptico que, como la quinina en el paludismo, el mercurio en la sífilis y el atoxil en la enfermedad del sueño, sea capaz de matar el bacilo de Koch en la intimidad de los tejidos sin lesión formal del organismo; pero hay que convenir que, al menos hasta hoy, han resultado estériles ó infructuosos todos los esfuerzos hechos en este sentido, y que dada la resistencia extraordinaria que este microbio ofrece á la acción de los antisépticos ordinarios, no es de creer que se alcance fácilmente ese ideal por tanto tiempo perseguido.

No queda, pues, más recurso que acogerse á la idea de hacer el organismo inmune por el arte, cambiándolo en terreno inadecuado para el desarrollo del microbio por medio de un mitridatismo preventivo, y utilizar para la cura artificial de la tuberculosis los mismos recursos que la naturaleza emplea para alcanzar, cuando la alcanza, la curación espontánea del padecimiento.

En este sentido, son tales los progresos realizados en el curso de estos últimos años respecto al conocimiento del mecanismo orgánico de la inmunidad natural y artificial, y tal la luz arrojada sobre la patogenesis de las infecciones y la clase de medios y recursos que la naturaleza emplea espontáneamente para la preservación y cura de estas enfermedades (que son en último término los mismos medios que hay que usar para la prevención y cura artificiales), que estamos en el caso de abrigar la esperanza de que lo que se ha conseguido ya para otras infecciones se alcance al cabo también para la tuberculosis.

¿Pero podemos creer que el problema de la inmunización de la tuberculosis es en realidad abordable y científicamente resoluble? Evidentemente que sí; y esto lo prueban, en mi sentir, tres fundamentales cosas: primera, que á despecho del grado de predisposición ingénita de la especie humana á padecer la tuberculosis, hay individuos, familias y hasta estirpes que, aun hallándose sensiblemente expuestos al contagio, gozan de una gran resistencia á padecerla; segunda, que hay casos bien probados, más de lo que á primera vista parece, de curación espontánea del mal, y tercera, que, aunque cueste trabajo reconocerlo, la tuberculosis curada deja tras sí un cierto grado de inmunidad. Tratemos de fundamentar este último extremo, que es el que más se ofrece á dudas, puesto que el primero es un hecho de observación vulgar y el segundo está demostrado por las numerosas autopsias de individuos muertos de otras enfermedades en los que se observan trazas ó restos evidentes de focos tuberculosos curados por calcificación y esclerosis de los tejidos enfermos.

Ya hace muchos años que Marfan llamó la atención del mundo médico sobre la extraña resistencia que presentan á padecer la tuberculosis pulmonar algunos individuos que sufren ciertas formas de infección localizada en la piel, en los ganglios linfáticos, en los huesos, etc., ó que ostentan cicatrices de haberlas padecido anteriormente; así como sobre lo infrecuente que es observar esas tuberculosis locales en sujetos afectos de tisis pulmonar, no obstante la facilidad que existe en ellos para la autoinoculación. Sin embargo, á pesar de estos sutiles atisbos de Marfan, lo cierto es que nadie ó casi nadie participó de su opinión. Fué preciso traer el asunto al terreno experimental para que pudiera verse algo clara la verdad. Si se inyecta, decía hace muchos años Koch, debajo de la piel de un conejillo de indias, hecho previamente tuberculoso, un cultivo virulento de bacilo fímico, se produce en el sitio inyectado una ulceración por necrosis de la piel, que

bien pronto cicatriza y cura sin novedad; mientras que si la misma inyección se practica en un conejillo sano, el animal enferma y muere de tuberculosis generalizada, sin que la ulceración ocasionada en la piel llegue casi nunca á cicatrizar. Este sencillo é interesante hecho de laboratorio que muestra de un modo indiscutible cierto grado de inmunidad adquirida en el animal después de la primera infección, fué, por cierto, el punto de partida de aquellos primeros estudios que condujeron á Koch al descubrimiento de la tuberculina y á su constante aspiración de curar por este medio la tuberculosis.

Pero lo que en realidad ha proporcionado las pruebas más evidentes de que la tuberculosis determina cierto estado refractario en los individuos que la padecen, ha sido la demostración en el suero de la sangre y en los demás tejidos y humores de los tuberculosos de la existencia de distintos anticuerpos específicos defensivos, como son las antitoxinas, aglutininas, opsoninas, precipitinas, etc., antituberculosas, que el propio organismo engendra por reacción viva de defensa contra la infección y con visible tendencia hacia su inmunización y cura espontáneas.

Y no podía menos de ser así. Yo he creído siempre que la ley que rige las reacciones de defensa del organismo humano contra los microbios es común á todas las infecciones, por tratarse de una ley biológica general, en la que estriba ó reside la posibilidad de la curación espontánea ó artificial de esta clase de enfermedades. El que unas infecciones dejen en los individuos más resistencia que otras á volverlas á padecer, depende de condiciones accidentales, no esenciales, del fenómeno, que irán con el tiempo estudiándose y conociéndose cada vez más, hasta que el arte las pueda evitar ó remover, consiguiendo al fin la obtención de una inmunidad artificial contra todas ellas.

Ahora bien; siendo esto así, ¿qué motivos particulares existen para que en la tuberculosis sea tan difícil la obtención de

una inmunidad experimental en los animales, y para que la clínica no revele en el hombre, sino muy rara vez, la inmunización natural espontánea de los individuos que la padecen? No tenemos la pretensión de que se nos alcancen todas las condiciones que determinan este complejo fenómeno biológico, muchas de las cuales se hallan todavía rodeadas del más profundo misterio; pero sí creemos que se puedan señalar, si quiera sea de un modo incompleto y superficial, algunas de ellas.

Una de estas razones es lo particular de la estructura y funciones del bacilo de Koch; lo que podríamos llamar la anatomía y fisiología de este germen singular. Sabido es que la anatomía de las bacterias, como la de los elementos celulares de los tejidos, se estudia principalmente valiéndonos de sus afinidades con las materias colorantes, que ponen de manifiesto los más delicados detalles de su estructura. Es decir, que el escalpelo que hace la disección de estos organismos microscópicos puede decirse que son los átomos de las sustancias colorantes, que al combinarse de una manera distinta con los diversos elementos químicos del microbio, revelan sus más pequeñas diferencias de forma y composición. Pues bien; esas reacciones químicas han demostrado en la anatomía del bacilo de Koch dos cosas interesantes con relación á la resistencia que ofrece este germen á ser destruído en el mundo externo ó vencido en la lucha con el organismo de los tuberculosos. Una de ellas es su membrana exterior celulosa y su envoltura capsular compuesta de grasas neutras y ácidos grasos, que son los que combinándose fuertemente con las materias básicas de anilina (la fuchina en el líquido de Ziehl, por ejemplo) les hacen resistir después á la decoloración por los ácidos. Otra cosa es la presencia en el interior de su protoplasma de ciertos gránulos refringentes, metacrómicos, que poseen más fuerte afinidad por las materias colorantes que el resto de la substancia protoplasmática, y que sin ser verdaderos esporos

ofrecen, como éstos, cierta rebeldía á ser destruidos por los agentes externos.

Estas dos particularidades de la estructura del bacilo de Koch le dan una singular resistencia en la mutua lucha que se entabla entre él y los organismos superiores á quienes infecta. Y digo mutua lucha, porque es corriente entre los patólogos olvidar que en la relación que se establece entre los microbios y el hombre en las enfermedades infecciosas, lo mismo se defiende el organismo que el microbio; y que si es cierto que aquél crea elementos importantes de defensa, no lo es menos que éste, por su parte, los engendra á veces muy poderosos; y que, en último término, la incurabilidad de una infección cualquiera, lo mismo puede depender de falta en las resistencias del primero, que de sobra en las del segundo. Es este un punto de vista del mecanismo de las infecciones poco estudiado aún por los microbiólogos, y que bien puede dar la explicación de las dificultades con que muchas de ellas tropiezan para alcanzar la inmunización natural y su curación espontánea, así como la clave de su prevención y cura artificiales.

Pues bien; uno de los más poderosos elementos de defensa del bacilo de Koch, es realmente esa capa cérea que le envuelve y que á modo de coraza le presta una gran resistencia contra las acometidas de los fagocitos y anticuerpos específicos disueltos en los humores de los tuberculosos.

Para probar este aserto pueden aducirse dos razones: primera, que con toda probabilidad esa capa grasosa externa del bacilo de Koch ha sido creada en el tiempo por acomodación del germen al medio de los organismos infectados por él y en la lucha por la existencia como parásito; y segunda, que según prueba experimental directa, el desgrase artificial de estos bacilos disminuye su resistencia vital y facilita, por tanto, el que puedan ser atacados y destruidos por los anticuerpos tuberculosos.

Para convencerse del primer extremo, ó sea de que con toda probabilidad la cubierta cérea del bacilo de Koch ha sido engendrada como órgano de defensa en la lucha con el organismo de los tuberculosos, téngase en cuenta la gran analogía que existe entre esa cubierta y las cápsulas de que están rodeados ciertos otros microbios, como el *bacillus anthracis*, el pneumococo de Fränkel, el pneumobacilo de Friedländer, etc.; y recuérdese además la circunstancia de que esas cápsulas son creadas solamente en los tejidos vivos de los animales infectados por dichos microbios, á tal punto, que á poco de vivir éstos fuera de sus naturales huéspedes y ser cultivados en medios artificiales, desaparece su cápsula enteramente, y que dentro de los tejidos vivos son siempre signo evidente de virulencia.

Pero hay más. Las pruebas de saprofitismo del bacilo de Koch; la obtención de su vuelta, por cultivos en medios artificiales especialísimos, á su estado natural de saprofito ordinario y vulgar, como lo han conseguido Arloing y Courmont, cultivándolo en agua glicerizada, y lo ha alcanzado todavía mejor nuestro ilustre Ferrán, transformándolo en un microbio parecido al colibacilo, dotado de movimiento, sin cubierta grasa exterior y sin resistir, por tanto, á la decoloración por los ácidos, muestran bien á las claras que el germen de Koch, en su pristino estado natural, no tiene tal cubierta grasosa, y que este aditamento de defensa ha sido engendrado en la lucha por la vida como parásito para persistir en el interior de los organismos superiores á quienes invade.

M. MARTÍN SALAZAR,

Médico mayor.

(Continuará).

PRENSA MEDICA

El tratamiento del tétanos.— El Dr. Fernández Sanz, del hospital de la Princesa, ha publicado en la *Revista de Especialidades médicas* (1.º Septiembre) un estudio del tétanos, en que dice lo siguiente:

«En síntesis: el tratamiento del tétanos puede, en mi sentir, resumirse en las siguientes conclusiones:

1.ª Desinfección escrupulosa de la herida con agentes antisépticos y oxidantes; dilatación de la misma, si es anfractuosa; excisión, si es posible, sin grave mutilación y ofrece caracteres sospechosos.

2.ª Inoculación preventiva de antitoxina, si está la solución de continuidad sucia de tierra ó de excremento de caballos, si radica en la cara, manos ó pies, y si se sospecha que el sujeto, por su profesión, ó el cuerpo vulnérante, pueden contener gérmenes tetánicos.

3.ª Declarado el tétanos, permanecerá el enfermo en cama, en absoluto reposo físico y moral, en una habitación fresca, oscura, silenciosa, bien ventilada. Evitar toda impresión viva de los sentidos; tranquilizar el ánimo del paciente. Se atenderá cuidadosamente á la alimentación, consistente en leche, huevos crudos, somatose ó productos análogos.

4.ª Seroterapia antitetánica, frecuentemente repetida por vía intrarraquídea y subcutánea, combinadas (la última para neutralizar la toxina existente en los humores orgánicos).

5.ª Hidrato de cloral en ene-

mas, á dosis altas, dando hasta 2 gramos ó 2 1/2 cada tres horas (16 á 20 gramos en las veinticuatro horas, Reynier), según la intensidad de los síntomas.

6.ª Amputación del miembro ó de la región afecta, si el caso es rebelde al tratamiento médico y no cuenta mucha duración».

* * *

Un procedimiento simple para la esterilización de las manos en seco.—

El Dr. Wederhake ha empleado el procedimiento de la bencina y yodo y el de la bencina, parafina y yodo, pero les achaca el inconveniente del peligro de incendio que ofrece la bencina. Tampoco es partidario del procedimiento del tetracloruro de carbono, parafina y yodo, porque la parafina no cierra con bastante seguridad todas las aberturas glandulares de la piel, y, ó bien es demasiado quebradiza, ó se funde con demasiada facilidad, y no cree tampoco conveniente el empleo de bálsamos resinosos en vez de guantes, á causa de la irritación cutánea que ocasionan los primeros, y en fin, cree que el caucho y la gaudanina se resquebrajan y desprenden con demasiada facilidad. En cambio, cree que pueden substituirse los guantes de caucho, sin los inconvenientes que éstos presentan, por medio de una disolución de caucho preparada bajo sus instrucciones, obteniendo una desinfección de las manos que nos proporcione la esterilidad de éstas, pues no solamente la disolución es

estéril en sí misma, sino que posee propiedades antibacterianas intensas por el yodo que contiene. Según este procedimiento, se lavan las manos (sin emplear jabón ni agua) durante cinco minutos, con una disolución de una parte de yodo en 1.000 partes de tetracloruro de carbono, con ayuda de un cepillo ó de un lienzo de tejido grosero, y luego se embadurnan las manos con la disolución de cau-chú, de manera que no quede ninguna porción de aquéllas al descubierta, para lo cual se vierte la disolución en las manos y se restriegan éstas una con otra, con movimientos parecidos á los que hacemos al lavarnos. La capa que queda es flexible y elástica, la disolución no ofrece peligro de incendio, las manos no se pegan á lo que toman ni ensucian, no se produce irritación de ningún género y pueden hacerse todas las maniobras sin peligro de que se eche á perder la capa protectora, con tal que no se toquen substancias que disuelvan el cau-chú (tetracloruro de carbono, bencina, cloroformo, etcétera). Por otra parte, esta capa es tan delgada, que apenas es perceptible, ni perjudica en nada la finura de las percepciones táctiles. Una vez terminada la operación pueden limpiarse perfectamente las manos frotándolas con un lienzo mojado en tetracloruro de carbono. — (*Zentralbl. für Chir.*; extracto en la *Münch. Med. Wochenschr.*).

* * *

Las reacciones de Pirquet y Calmette en el diagnóstico de la tuberculosis.—El Dr. Bing da cuenta (*Berliner klin. Woch.*, 16 Marzo 1908) del resultado de un examen comparativo entre la eficacia diagnóstica

del método de Pirquet y de Calmette aplicados en la clínica de niños de Baginsky en Berlín. Del resumen de las experiencias comparativas el autor se decide por preferir la reacción de Pirquet á la de Calmette.

Refiere que en un caso de meningitis tuberculosa la reacción de Pirquet fué positiva y la de Calmette negativa.

En tesis general, los niños se manifestaron más sensibles á la cuti-reacción que á la oftalmoreacción. Bing considera que la reacción de Pirquet revela todo foco tuberculoso latente que se halle en el cuerpo, á no ser que se trate de tuberculosis muy avanzada, mientras que la oftalmoreacción sólo da cuenta de los focos activos y que no estén muy avanzados. El autor recuerda además que, al contrario de lo observado por Cohn con la reacción de Calmette, no ha observado nunca reacción en los enfermos de fiebre tifoidea con el método de Pirquet. Por último, la reacción cutánea no puede dar lugar á ningún trastorno formal, mientras que la oftalmoreacción está sujeta á accidentes.

* * *

Relación entre la secreción gástrica y la función renal.—Según Enriquez y Ambard (*Soc. de Biol.*), en el período agudo de la nefritis pueden presentarse dos casos:

1.º La nefritis es grave. En tal caso la secreción gástrica disminuye ó desaparece.

2.º La nefritis es leve. Entonces existe casi siempre una intensa hipersecreción gástrica.

Los individuos curados de una nefritis ligera presentan la mayor parte de las veces una hiperclorhi-

dria notable. En general, este aumento de acidez gástrica no va acompañado de síntomas funcionales. De este hecho deducen los autores citados que en muchas ocasiones la hiperclorhidria es debida á trastornos de la secreción renal.

El tratamiento de clorurado que se prescribe contra la nefritis, basta generalmente para que desaparezca la afección gástrica. Así se explica el hecho que bajo la influencia del mencionado régimen disminuyan también los dolores de la hiperacidez.

* * *

Acción hemolítica del anquilostoma duodenal.—Los *Annali di Medicina Navale é Coloniale* (Julio 1908) dan cuenta de los trabajos de Pretty, el cual recogió de las heces de varios enfermos anquilostomas y los trituró en un mortero, añadiéndoles agua fisiológica, obteniendo un líquido turbio de reacción neutra. Con dicho líquido realizó una serie

de experimentos encaminados á estudiar la acción hemolítica, de los que dedujo las conclusiones siguientes:

El anquilostoma duodenal contiene una substancia hemolítica que explica su acción sobre los glóbulos rojos de diferentes especies de animales. Dicha substancia es insoluble en solución fisiológica de cloruro de sodio y soluble en alcohol y en éter. La hemolisina resiste á la ebullición, pues no se altera calentándola durante tres horas al baño de maría con agua hirviendo. Actúa á cero grados centígrados, si bien con lentitud. Si se le adiciona lecitina aumenta su acción, y no la neutraliza la colesantina. La digestión con tripsina pone en libertad la hemolisina y la hace soluble en agua.

De tales resultados deduce el autor que el anquilostoma contiene una substancia hemolítica que cree pertenece al grupo lipóide, que es causa de la anemia que presentan los que albergan este parásito.



SECCIÓN OFICIAL

10 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 203) declarando aptos para el ascenso á los Jefes y Oficiales que á continuación se relacionan.

Subinspectores médicos de primera clase: D. Jaime Bach y Cortadellas, D. Hermenegildo González y Martínez, don Jaime Sánchez y de la Presa y D. Cayetano Rodríguez y de los Ríos.

Subinspectores médicos de segunda clase: D. Victoriano

González y Rodríguez, D. Enrique Canalejas y Cisneros, D. Martín Visié y Marqués, D. Jerónimo Pérez y Ortiz, D. Francisco Monserrat y Fernández, D. Antonio Barea y Lorente, D. Mariano Osuna y Pinedo, D. José Panzano y Laplana, D. Clemente Senac y Vicente, D. Manuel Baraja y Fernández, D. Rufino Lomo y Zugasti, D. Manuel Rabadán y Arjona, D. Hermenegildo Balmori y Pardo, D. Casto López Brea y Ortiz de Angulo, D. Estanislao Moreno de la Santa y Navarro, D. Antonio Jordán y Luna, D. José Zapico y Alvarez, D. José Paredes y Rodríguez, D. Juan López y Lomo, D. Fausto Domínguez y Cortelles, D. Eduardo Aristoy y Baró, D. Eugenio Fernández y Garrico, D. José Castañé y Otero, D. Francisco Vizcaíno é Iquino, D. José Moriones y López, D. José González y Avila, D. José Reig y Gascó, D. José Tolezano y Mercier y D. Ceferino Rives y Torner.

Médicos mayores: D. Ricardo Pérez Mínguez y Rodríguez, D. Eduardo Semprún y Semprún, D. José Viejobueno y Doillet, D. José Masfarré y Jugo, D. Francisco Triviño y Valdivia, D. Elzeario Benot y Rubio, D. Francisco Soler y Garde, D. Angel Rodríguez y Vázquez, D. Nicolás Fernández Victorio y Cociña, D. Víctor García é Iparraguirre, D. Emilio Portilla y López, D. Bernardo Riera y Alemany, D. Jerónimo Peralta y Jiménez, D. Esteban Gutiérrez del Olmo y de los Ríos, D. Laurentino Salazar é Hidalgo, D. Antonio Fernández Victorio y Cociña, don Eduardo Coll y Sellarés, D. Celestino Alemany y Aznares, D. Emilio Pérez y Noguera, D. Venancio Plaza y Blanco, D. Miguel Slocker y de la Pola, D. José García y Montorio, D. Fernando Morell y Terry, D. Manuel Puig y Cristián, D. Isidro García y Julián, D. Francisco Fernández Victorio y Cociña, D. Francisco Alberico y Almagro, D. Mariano Estevan y Clavillán, D. Victorino Delgado y Piris, D. Maximino Fernández y Pérez, D. Francisco Braña y Bermúdez, D. Carlos Vieites y Pérez, D. José Agustí y Martínez Gamboa y D. Manuel Huelva y Romero.

Médicos primeros: D. César González y Haedo, D. Domingo Coma y Ajuria, D. Eulogio del Valle y Serrano, D. Laureano Cáceres y Ponce, D. Ramón Ramos y Herrera, D. Modesto Quílez y Gonzálvez, D. Manuel Arnao y Suffo,

D. Pedro Muñoz y Ellén, D. Juan Serrano y Terrada, don
Mario Gómez y Gómez, D. Alberto del Moral y de la Torre,
D. Miguel Moreno y López, D. Rafael Alcaide y Burillo,
D. Francisco Iturralde y López, D. Dionisio Tato y Fer-
nández, D. José Andújar y Solana, D. Manuel Iñigo y
Nongués, D. Rafael Chicoy y Arreceigor, D. Nemesio
Agudo y Nicolás, D. Miguel Parrilla y Bahamonde, don
José García y Torices, D. Lucas Zamora y Monterrubio,
D. Juan Jáudenes y de la Cavada, D. Juan León y Ta-
boada, D. Luis Cubeiro y Parcerero, D. Julio Grafulla y
Solé, D. Emilio Soler y Rodríguez, D. Francisco Moreno
y Sáez, D. Francisco Mora y Caldés, D. Antonio Muñoz y
García, D. Eduardo Ramos y Ordóñez, D. Pablo Salado y
Fernández, D. Amadeo Arias y Rodríguez, D. Ramón Ruiz
y Martínez, D. Lorenzo Puncel y Pérez, D. Florentino
López y López, D. José Carpintero y Rigo, D. Joaquín
Benito y Azorín, D. Fernando Fernández y Buelta, don
Pascual Pérez y Carbonell, D. Francisco Fernández y
Cogolludo, D. Agustín Vam-Baumberghen y Bardaji, don
Celestino Torremocha y Téllez, D. José Hernando y Pérez,
D. Aurelio Belsol y Oria, D. Eustasio Conti y Alvarez,
D. Carlos Amor y Rico, D. Víctor Herrero y Díez de Ul-
zurrun, D. Federico González y Deleito, D. Vicente Ferrer
y Ciurana, D. Juan Barcia y Eleicegui, D. Benjamín Ta-
mayo y Santos, D. Pedro Boutheliey y Saldaña, D. Manuel
García y Sánchez, D. Emilio Alonso y García Sierra, don
Juan Sánchez y Pallasar, D. Justo Carmena y Ruiz, don
Carlos Vilaplana y González, D. Aurelio Solís y Jacinto,
D. Alfonso Moreno y López, D. José Búa y Carón, don
Francisco Conde y Albornoz, D. Francisco López y Eliza-
garáy, D. Paulino Paredes y Pereda, D. Mariano Gómez
y Ulla, D. Rafael Fernández y Fernández, D. Jesús de
Bartolomé y Relimpio, D. Luis Rubio y Janini, D. Ignacio
Sanz y Felipe, D. Manuel Meléndez y Castañeda, D. Al-
berto Valdés y Estrada, D. Bonifacio Collado y Jaráiz,
D. Aurelio Díaz y Fernández Fontecha, D. Manuel Ocaña
y López, D. Eduardo Suárez y Torres, D. Alejandro Reino
Soto, D. Paulino Fernández y Martos, D. Pedro Farreras
y Sampere, D. Eloy Fernández y Vallesa y D. Julio Vías y
José Ochoa y Ochoa.

Médicos segundos: D. Luis Modet y Aguirrebarrena, D. Francisco Sanjiménez y Consuegra, D. Rafael Rodríguez y Amérigo, D. Gonzalo Martín y Barrales, D. José Pastor y Pérez, D. Antonio Fernández de Molina y Castro, D. Mariano del Alba y del Olmo, D. Silvano Escribano y García, D. Juan Rivaud y Ballesteros, D. Francisco Tejero y Espino, D. José Cancela y Leiro, D. Julián Aguado y Colmenares, D. Luis Gabarda y Sitjar, D. Manuel Vegazo y Mancilla, D. César Sebastián y González, D. Víctor Manuel y Nogueras, D. Eduardo Villegas y Domínguez, don Benigno Soto y Armesto, D. José Aguilera y Sabater, don Nemesio Díaz y Mena y D. Aquilino Martínez y Vieta.

12 Septre.—Real orden (*D. O.* núm. 205) denegando instancia promovida por el Médico primero D. Antonio Martínez Carvajal en solicitud de gratificación de mando.

» Idem íd. (*D. O.* núm. 205) disponiendo que el Subinspector médico de primera clase D. Pedro Heras Otaño entre en turno de colocación para obtener destino cuando le correspondiera, quedando en tanto de reemplazo forzoso.

21 » Idem íd. (*D. O.* núm. 211) concediendo á su instancia la separación definitiva del Cuerpo al Médico D. Julián de la Villa y Sanz, el cual queda adscripto á la reserva gratuita facultativa del mismo.

» Idem íd. (*D. O.* núm. 211) disponiendo que el Médico mayor D. Fernando Pérez de la Cruz entre en turno de colocación para obtener destino cuando le correspondiera, quedando entretanto en situación de reemplazo.

» Idem íd. (*D. O.* núm. 211) concediendo el abono de quintos de sueldo correspondientes á dos meses que corresponden al Farmacéutico primero D. Guillermo Casares Sánchez.

» Idem íd. (*D. O.* núm. 211) concediendo al Subinspector médico de primera clase D. Antonio Hermida y Alvarez la gratificación de 1.500 pesetas anuales que le corresponden como Director del Instituto de Higiene Militar.

23 » Idem íd. (*D. O.* núm. 212) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á la situación ó á servir los destinos que se les señalan.

Subinspectores médicos de primera clase: D. Pedro Heras y Otaño, al hospital de Pamplona, como Director; don José Tojar y del Castillo, al hospital de Burgos, como Di-

rector, y D. Ildefonso Folache y Sánchez, al hospital de Sevilla, como Director.

Subinspectores médicos de segunda clase: D. Victoriano González y Rodríguez, al hospital de Granada, como Director; D. Antonio de la Cruz y Rubio, al hospital de Cádiz, como Director; D. Ponciano Sariñena y Ramón, á la asistencia de personal de la Capitanía general de la séptima Región y Subinspección; D. Pascual Freitas y Eguiluz, al hospital de Algeciras; D. Pedro de la Cruz y Serrano, á excedente en la primera Región, y D. Antonio Pujals y Rosell, á desempeñar el cargo de Jefe de Sanidad de Menorca y Director del hospital de Mahón.

Médicos mayores: D. Fidel Lombana y Sáez, al hospital de Guadalajara, como Director; D. José González Granda y Silva, al quinto Depósito de sementales, en plaza de Médico primero; D. Manuel Huelva y Romero, al hospital de Sevilla; D. Juan García Fernández, á la Academia de Ingenieros; D. Jesús Prieto y Maté, á excedente en la quinta Región; D. Pío Brezosa Tablares, al hospital de Santoña; D. Antonio Ramírez de Vargas y Gómez del Pedroso, á la Inspección general de Instrucción é Industrias, en plaza de Médico primero; D. Ignacio Gato Montero, á excedente y en comisión á la Inspección general de Comisiones liquidadoras del Ejército; D. Sebastián Fossá y Lambert, á excedente y en comisión al hospital de Ceuta; D. Bonifacio Onsalo y Morales, á la Maestranza y fábrica de Artillería de Sevilla; D. Emilio Quintana y Barragán, á la fábrica de Trubia, en plaza de Médico primero; D. Alberto Ramírez Santaló, al hospital de Madrid-Carabanchel, y D. Diego Segura y López, á excedente y en comisión al Instituto de Higiene Militar.

Médicos primeros: D. Jesús de San Eustaquio y San Ciriaco, al primer batallón de Guipúzcoa; D. Pablo Salado y Fernández, al tercero montado de Artillería; D. Eloy Fernández Vallesa, al regimiento de Caballería Lanceros del Príncipe; D. Antonio Sánchez Reyes, al regimiento de Caballería Húsares de la Princesa; D. Alberto Río y Rico, al segundo batallón del Rey, en plaza de Médico segundo; D. Carlos Gómez Moreno y Martínez, á la ambulancia de montaña número 2; D. Antonio Valero y Navarro, á even-

tualidades en la sexta Región; D. Antonio Moreno Palacios, al primer batallón de Borbón, y D. Servando Barbero Saldaña, al primer batallón de la Lealtad.

Médicos segundos: D. Práxedes Llisterry y Ferrer, á la segunda sección de la tercera compañía de la Brigada; don Cosme Valdovinos y García, á la segunda sección de la quinta compañía de dicha Brigada; D. Manuel Bernal y Noailles, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Gran Canaria; D. Florencio Herrero y Menguijón, al segundo batallón de Asturias; D. Julio Camino y Galicia, á la segunda sección de la cuarta compañía de la Brigada y en comisión á la Clínica de urgencia de esta Corte, y D. Bernardo Areces y Matilla, al segundo batallón de Gerona.

22 Sepbre.—Real orden (*D. O.* núm. 212) destinando al Farmacéutico primero D. Cándido Alonso Bermúdez al hospital de las Palmas, y disponiendo que el de igual empleo D. Francisco Sánchez Lahorra quede excedente y sirva en comisión la plaza de eventualidades en las farmacias militares de esta Corte.

» Idem íd. (*D. O.* núm. 213) concediendo la gratificación anual de 1.500 pesetas á los Médicos mayores Profesores de la Academia Médico-militar D. José García Montorio, don Emilio Pérez Noguera y D. José Fernández Baquero, y la de 600 pesetas anuales al Ayudante de dicha Academia, Médico primero, D. Agustín Vam-Baumberghen y Bardají.

» Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 213) declarando derecho á pensión á la viuda del Subinspector médico de segunda clase D. Antonio Cordero Ferrer.

23 » Real orden circular (*D. O.* núm. 213) dictando disposiciones acerca del destino forzoso de Jefes, Oficiales y asimilados á las islas Canarias, Baleares y posesiones del Norte de Africa.

Con este número repartimos un prospecto del preparado **TEOCINA Y ACETATO SÓDICO DE TEOCINA**, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Barcelona.