

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO VI. MADRID 15 DE FEBRERO DE 1892. Núm. 112.

CASUISTICA CLINICA

DEL

HOSPITAL MILITAR DE MADRID

III

FORMAS VISCERALES DE LA ENFERMEDAD DE WERLHOF (1)

(Conclusión.)

Santos de Miguel, sargento de la 2.^a Compañía del Regimiento infantería de las Antillas, ingresó en la clínica el 8 de septiembre próximo pasado; refiriéndonos, al visitarle por primera vez, que hacía dos años había padecido una afección caracterizada por dolor en la porción inferior de la uretra y en el ano, pasada la cual, comenzó á abultársele el vientre y á tener de seis á siete deposiciones diarias líquidas y sanguinolentas, afección que duró de tres á cuatro meses, dejando tras sí pesadez en el estómago, después de las comidas, y dolores extendidos por todo el vientre. El invierno pasado, hallándose en Ceuta, tuvo también dolor de costado, en el hemitórax derecho, y fiebre que le retuvo en cama de ocho á nueve días, por cuya última afección le concedieron cuatro meses de licencia para Madrid, cumplida la cual entró en este Hospital, ocupando la cama núm. 26 de la sala 11.

Ya á simple vista ofrecía este enfermo una palidez intensa de la cubierta tegumentaria y mucosas, con un tinte amarillo pálido y una demacración, que en el rostro, lo afilado de la nariz, encendido de las mejillas y escavado de las sienes, le daban una expresión característica.

En el aparato digestivo aquejaba el paciente sed intensa, anorexia, diarrea, con deposiciones líquidas verdosas, algunas de ellas mezcladas con sangre, y dolor vivo en toda la región epigástrica. Por la inspección se encontraba el vientre aumentado de volumen, con una tumefacción en la región anterior, que se extendía, en sentido longitudinal, desde el apéndice xifoides hasta cinco centímetros del ombligo, y transversalmente desde la línea paraesternal izquierda, hasta la mamilar derecha, tumefacción que aumentaba al sentarse el enfer-

(1) Véase el núm. 110.

mo, era sumamente dolorosa á la palpación y ofrecía un sonido macizo á la percusión, en el resto de las paredes abdominales; el sonido era timpánico en la región umbilical é hipogástrica, y oscuro en los vacíos é hipocondrio derecho, manifestándose además, en el hueco epigástrico, un ruido de roce que desaparecía dirigiendo el estetoscopio hacia la región external y el espacio semilunar de Traube.

Limitando el examen al hígado, encontramos una hipermegalia considerable. Así la macidez hepática se extendía desde el cuarto espacio intercostal, en la línea mamilar, hasta cinco centímetros del ombligo; en la esternal, desde el quinto hasta igual límite; en la axilar, desde el cuarto hasta tres centímetros del borde libre de las costillas falsas; y en la región torácica posterior, desde la sexta costilla hasta confundirse con la macidez renal del mismo lado.

La exploración física de los órganos respiratorios, acusaba sonido timpánico muy pronunciado, en las regiones infraclaviculares y mamarias; oscuro en las escapulares inferiores; respiración exagerada, casi tubaria, en los lóbulos superiores, y suprimida en las bases y bordes posteriores, con numerosos estertores subcrepitantes finos y broncofonía, siendo presa el enfermo de verdadera ortopnea y de una tos corta y premiosa que exacerbaba los dolores epigástricos.

El pulso frecuente, contraído y filiforme, latía más de 130 veces por minuto, el calor oscilaba entre 39°,5 y 39°,4; la secreción de la orina, escasa, clara y pobre en urea, se verificaba con inusitada frecuencia, y el enfermo era víctima de una ansiedad constante, engendrada por la tos, el dolor epigástrico, y la agripnia, que le privaba del descanso.

En los días siguientes, y sometido á la administración del extracto tebaico, aplicaciones de hielo al vientre y régimen lácteo, mejoró su estado; bajó el pulso hasta 110 por minuto, disminuyó el número de las deposiciones, mejoró el apetito hasta reclamar una alimentación más sólida, y la temperatura descendió paulatinamente hasta el día 16, que alcanzó 37°,7 y 37°,9, calmándose bastante la agitación; mas á partir de este día, último de la mejoría, reaparece de nuevo la diarrea con deposiciones verdosas fétidas, y algunas de ellas mezcladas con sangre, se exagera el calor, 38°,1 y 38°,8, el pulso se acelera y deprime (pulso fetal), se acentúa la dispnea y la tos, la palidez se torna cadavérica, se descompone el rostro y el enfermo muere inopinadamente en la noche del 21, á consecuencia de una hemorragia intestinal considerable.

En la autopsia pudo apreciarse al examen microscópico, la existencia de un derrame peritoneal abundante, colcr azulado oscuro de la mucosa é intestinos delgados, sembrada á trechos de sufusiones hemorrágicas, coágulos sanguíneos en el ilion, colon ascendente y

transverso, hígado de color amarillento, rojizo sobre todo en su borde posterior, y aumentado considerablemente de volumen; compresión y estado atelectásico de las bases de ambos pulmones, y anemia en los centros nerviosos y vísceras, que se encuentran exhaustas de sangre. Del análisis histológico practicado por el laboratorio, se deduce que, coloreando cortes finos del tejido hepático con la disolución carminada de Ranvier, presenta en unos sitios células sin modificación alguna estructural, y en otros puntos, grandes zonas de estas mismas células, degeneradas é infiltradas de granulaciones que, tratadas por la disolución del ácido ósmico al 1 por 100, indican ser de naturaleza grasa, y en la mucosa de los intestinos, coloreando, cortes finos por la hematoxilina de Boemer y solución litio-carminada de Orth, se encuentra proliferación considerable del tejido conjuntivo de la capa basal, y por el ácido ósmico, degeneración grasa de las células del revestimiento epitelial.

* * *

Las dos observaciones clínicas referidas, no dejan, á nuestro juicio, de ofrecer marcado interés, para la obscura y difícil investigación de la hemopatología. Respecto á la del soldado Gerardo Martínez Ibáñez, es tan sugestiva, que no es posible dudar de la naturaleza de su mal; el exantema por un lado, las hemorragias de las encías, faringe é intestinos por otro; la anemia consecutiva, el aumento del calor post-hemorrágico, la adinamia profunda y el estado tífico terminal, ponen de relieve la existencia de una forma grave de enfermedad de Werlhof; pero la ausencia de toda alteración histológica en el hígado, bazo é intestinos, y en los otros órganos que sólo presentan signos reveladores de la anemia, deja en suspenso el juicio sobre la infecciosidad de esta enfermedad, y sobre su condición microbiana y séptica, hoy admitida por Hayem, Balzer, Wickham-begg, Petronne, Martin de Gimard, Babes y Rendu.

En lo que atañe á la historia del sargento Santos de Miguel, no es en manera alguna dudoso, que la enfermedad que le llevó al sepulcro databa ya de largo tiempo. Iniciada por diarrea y melena, más tarde vemos aparecer la ascitis, aumento de volumen del hígado, signos de peritonitis parcial, anemia, fiebre y demacración, evolucionando el cuadro sindrómico en el curso de dos años, para terminar en la muerte, sin dejar tras sí, como rastros de su naturaleza, más que la esteatosis hepática y de la mucosa, la sangre en el tubo intestinal, y la anemia pronunciada de todos los órganos.

Con estos datos, sólo cabe suponer que la discrasia sanguínea y las hemorragias á que se halla sometido este organismo, por largo tiempo, originaron el hígado graso y la degeneración de los epitelios, creando un estado caquéctico al modo como le engendra el impaludis-

mo crónico, la inanición y la diarrea famélica; era, pues, una púrpura reflejada sólo por hemorragias intestinales, ó mejor dicho, una forma visceral de la enfermedad de Werlhof.

P. SALINAS
Médico primero.

UN CASO DE ABSGESO ALVEOLAR

I

Observación.

S. K. M., oficial de Infantería, de reemplazo en esta capital, de treinta y dos años, casado, buena constitución, temperamento sanguíneo y sin antecedentes morbosos ni hereditarios: su padecimiento data de hace cuatro años y tiene su origen en flemones repetidos y provocados por la caries de dos de los dientes incisivos centrales inferiores: estaba destruida la corona en uno de ellos, y en el otro no existía más que un fragmento de la raíz, cubierta por la mucosa del borde alveolar, que se presentaba dura, abultada y fungosa, cuyo abultamiento invadía todo el revestimiento mucoso del maxilar hasta el repliegue de la sínfisis del mentón.

La piel, dura y ligeramente eritematosa, presentaba una abertura fistulosa infundibuliforme en la misma sínfisis del mentón, y este trayecto estaba relleno de fungosidades que elevaban hacia arriba el tejido submucoso hasta la misma raíz de los dientes.

Un estilete introducido por este orificio dejó percibir una porción de hueso necrosado aún, de cuatro centímetros de extensión, y correspondiente en parte á la apófisis mentoniana.

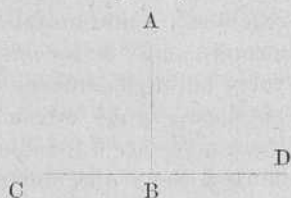
Los antecedentes de fluxiones repetidas, terminadas por supuración (flemones), y el reconocimiento de la cavidad bucal y del trayecto fistuloso, junto con el análisis microscópico de la secreción de la fistula que nos dió la presencia de leucocitos y detritus óseos, nos hizo formar el siguiente diagnóstico: *Fistula dentaria externa consecutiva á un absceso alveolar, por necrosis.*

El tratamiento que había que establecer ante tan delicada lesión, tenía que ser decididamente quirúrgico, pues los colutorios astringentes, y los toques con la tintura de iodo sobre las fungosidades del trayecto, no hubiesen hecho más que modificar algo la secreción; pero, en pie la lesión ósea, no había otro recurso que atacar ésta directamente, practicando la extracción del trozo necrótico (securhometía) en su totalidad, origen de todo el proceso que acabamos de describir.

II

Operación.

Cloroformizado el enfermo y hecha una buena desinfección de la cavidad bucal, rasurada y lavada con jabón sublimado toda la región labial y mentoniana, se practicó una incisión vertical A B, que comprendía todo el espesor del labio hasta el mismo hueso, y siguiendo la dirección de la sínfisis del mentón, llegando al límite de la barba. En este primer tiempo se seccionó el arco coronario inferior, colocando dos pinzas de Pean en cada una de sus boquillas. Desde el límite inferior de esta incisión se practicó otra transversal y paralela al borde inferior del maxilar, de uno y medio centímetros de extensión en cada lado, B C. (Véase la figura.) De esta suerte quedaron traza-



dos dos colgajos que, rambersados hacia fuera A B C D, nos dieron suficiente campo para obrar sobre el hueso enfermo. Acto seguido se practicó la extracción de todos los dientes careados, que fueron en número de tres, se escindió la mucosa á todo lo largo de la encía, despegándola del hueso por medio de una espátula, maniobra que costó algún trabajo, pues había adquirido algunas adherencias con el periostio en virtud de las inflamaciones repetidas, estando además en algunos puntos esclerosada, sobre todo en los límites del trayecto fistuloso. Separada ésta en bastante extensión, se dejó ver perfectamente la porción del hueso necrosado en una extensión de dos centímetros próximamente, el que, tomado por una pinza de secuestro, se extrajo en virtud de una ligera presión hacia arriba. Lograda la cavidad por medio de la cucharilla de Bolkman, como lo mismo las fungosidades correspondientes al sitio de la fistula, tanto en su parte mucosa como cutánea, se dió á toda la cavidad, así como á toda la superficie cruenta, excepto el borde de los colgajos, un toque con la disolución de cloruro de zinc, no sólo como detergente y desinfectante, sino para cohibir la hemorragia de la cavidad ósea que ocupaba el secuestro. En estas hemorragias de los conductos y cavidades huesosas, en que toda tentativa de ligadura es imposible, debe recurrirse á este último medio, pues ni el percloruro de hierro ni un estilete enrojecido da lugar á la supresión de la hemorragia. La su-

tura de la mucosa por medio de picósilos de Carpín y la sutura enclavijada del borde de los dos colgajos y la cura iodoformica, terminaron el acto operatorio sin ninguna incidencia, viniendo la cicatrización por primera intención al octavo día de ser operado, excepto el borde de la mucosa que lo efectuó algunos días más tarde. Al enfermo se le dió de alta completamente curado á los dieciocho días de operado, sin que le quedase señal perceptible alguna de la pérdida ósea, que medía unos tres centímetros de extensión próximamente.

III

Reflexiones.

La mayoría de los padecimientos dentarios son de origen externo, la infección por los micro-parásitos bucales (*Leptothrix*), consecuencia de las fermentaciones debidas á los restos de las sustancias alimenticias (animales y vegetales), y aun los mismos líquidos y sustancias que sirven como condimento de los mismos, tal como algunos ácidos depositados sobre la pulpa dentaria, constituyen una pulpitis que se extiende á las raíces, dando origen á la periostitis de la raíz, que más tarde se hace alveolar, é invadiendo el revestimiento perióstico del hueso inflama á éste y á la mucosa en bastante extensión. Estas inflamaciones, cuando se hacen extensas y no se tratan con cuidado, sobre pasar los límites del tejido submucoso ó el subcutáneo, forman abscesos que, una vez abiertos, constituyen fistulas como la descrita anteriormente, cuyo trayecto, más ó menos largo, suele alcanzar hasta la raíz y periostio alveolar. No sólo queda reducido á esto el trabajo flemásico; en muchas ocasiones el proceso trae como consecuencia la esfoliación necrósica de una parte del alveolo, si éste ha perdido sus condiciones de vitalidad por alteración del periostio consecutiva á una periostitis alveolar, que pasa adelante y traspasa los límites de éste hasta el cuerpo del hueso del maxilar, formando un secuestro más ó menos extenso.

Todos estos procesos, insignificantes al principio, y que no se les da por regla general importancia alguna, suelen adquirir, abandonados, caracteres de gravedad, tanto por las alteraciones óseas, como por los abscesos intramaxilares, sobre todo de los sacos, que traen como consecuencia operaciones graves de las mandíbulas. En todos estos casos, el tratamiento en el principio de la afección debe ser bien dirigido, empezando por extraer los dientes ó molares careados, pues muchas veces basta esta insignificante maniobra para curar estos abscesos, si no hay fistulas, pero si las hay, deben detergerse sus trayectos por medio de líquidos antisépticos y cáusticos; el cloruro de zinc, si el periostio alveolar quedase al descubierto, y mejor todavía, la tintura alcohólica de iodo, que obra, á más de antiséptica, como excitante de

este tejido; le granula y procura su cicatrización, adhiriéndole á la mucosa, desprendida por el trabajo de supuración del trayecto de la fistula.

Mientras que no hay secuestro, aunque la fistula sea externa, los toques con el iodo á lo largo de todo el trayecto, por medio de un pincel fino, la hace desaparecer. Así hemos curado algunos enfermos, mas después de extraerles los molares, habrá que proceder al raspado de algunas fungosidades por medio de una pequeña cucharilla, en la persuasión de que todo terminará favorablemente. Ahora bien. En caso de secuestro, ¿por dónde extraeremos éste? Por la vía bucal, practicando una incisión en la mucosa, paralelamente al borde alveolar dentario, ó por incisión externa? Cada caso tiene su indicación especial. En los pequeños secuestros, la vía bucal es preferible; pues una incisión de un centímetro y separada la mucosa por medio de una espátula del borde alveolar, permite extraer bien y con facilidad el hueso careado. La maniobra no es difícil; la anestesia por medio de la cocaína permite al enfermo tener alguna tranquilidad, y la hemorragia es muy insignificante. La cicatriz viene pronto, si se procura una asepsis rigurosa de la cavidad bucal, por medio de cauterios repetidos varias veces en el día, y se rellena de gasa iodofórmica la cavidad que ocupaba el secuestro.

En todos estos casos hay que tener presente, que la porción necrosada sea pequeña y que el trozo de hueso esté muy alto é inmediato al borde del alveolo.

La secuestrotomía de grandes trozos de mandíbula que constituyen casi una resección parcial por la vía bucal, es una maniobra difícil y no exenta de peligros durante el acto operatorio. Uno de ellos, la hemorragia primitiva y consecutiva y el dolor, pues la cocaína tiene cierto límite de acción sobre la mucosa. Una vez solamente hemos procedido á ella, y hemos quedado poco satisfechos, á pesar de haber seguido en un todo la técnica indicada por Mander (1), pues la falta de cicatriz externa, si se practica en el borde de la mandíbula y haciendo una detenida sutura, queda bajo el punto de vista estético, admirable, pero no compensa á la falta de cicatriz visible los peligros que durante y después del acto operatorio suelen subseguir. Las operaciones que recaen en la cavidad bucal y en las mandíbulas, son siempre operaciones de riesgo, tanto por las hemorragias, como por la infección, en virtud de ser muy difícil el tener en constante asepsis esta cavidad.

J. PÉREZ ORTIZ.

Médico primero.

(1) *Med. Times and Gazette*: Julio, 1875.

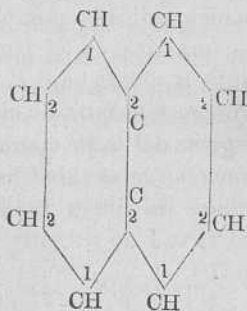


PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Antisepsia.—Benzoato de naftol.—Al presentar el Dr. Jíméno á la *Academia y Laboratorio de Ciencias médicas de Cataluña* el bezo-naftol β , preparado por él, indicó la historia, composición y preparación de este nuevo antiséptico, cuyos datos se condensan en la siguiente nota publicada en *El Restaurador Farmacéutico* correspondiente al 30 de Enero último.

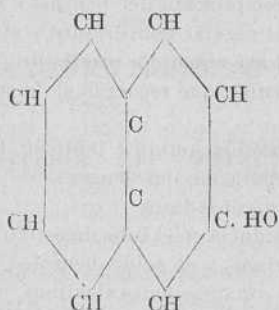
«La medicina interna persigue, como es consiguiente á las ideas que la informan hoy día, el hallazgo de medicamentos antisépticos para uso interno. A este fin usó en un tiempo el ácido fénico, posteriormente, y con alguna ventaja más, el salicílico, más tarde el salol ó sea el salicilato de fenol ó combinación del ácido salicílico y el fenol; pero el ácido fénico tiene sus contraindicaciones y sus peligros y el ácido salicílico da origen con facilidad el fénico, así que no podían darse por satisfechos los clínicos. Aparecieron más tarde los naftoles, productos de oxidación de la naftalina, que dirían los antiguos, productos de sustitución ó derivación de la naftalina, que dicen los modernos, por suponer un equivalente de hidrógeno de la misma, sustituido por otro oxidrilo, y como los naftoles son antisépticos valiosos y de escasos peligros en su empleo interno, á ellos se recurrió. Aún se quiso más, y la química moderna dió á conocer la nueva obtención de un salicilato de naftol ó betol; se ha empleado algún tiempo, pero los inconvenientes del ácido salicílico quedaban en pie, y últimamente, cuando se ha visto que del grupo naftol puede derivarse por sustitución de uno de hidrógeno por otro de benzóilo, un nuevo cuerpo, que es el benzoato de naftol, compuesto de dos antisépticos eficaces é inocentes, cuales son el ácido benzóico y el naftol, es el últimamente preconizado como el antiséptico por excelencia de aplicación interna.

La explicación química de estos derivados es la siguiente: La naftalina $C^{10}H^8$, se supone formada de dos grupos bencénicos en los que dos átomos de C son comunes á ambos grupos en esta forma:

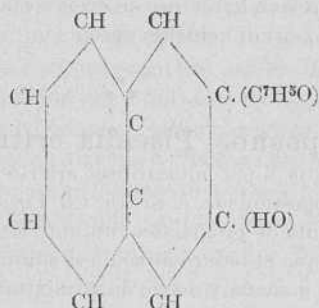


Son derivados α aquellos obtenidos por efecto de sustituir el H de las moléculas 1. 1. 1. 1. y derivados β los de sustitución de hidrógeno de las moléculas 2. 2. 2. 2.

La preferencia la da la clínica á los naftoles β , y éste, cuya fórmula es $C^{10}H^8O$, se supone constituido del modo adjunto.



El radical benzoilo C^7H^5O , que es el ácido benzóico menos un equivalente de H y otro de O, puede á su vez sustituir un átomo de hidrógeno del naftol, y sosteniendo el grupo anterior la constitución del benzoato de naftol sería la siguiente:



Quedando la fórmula definitiva del benzoato de naftol en $C^{17}H^{12}O_2$, (C^7H^5O).

La obtención de estos productos, aunque por el nombre parecen sales al estilo de las de química inorgánica, no se logran con procedimientos tan directos como éstos. Exige la obtención del benzoato de naftol la previa preparación del cloruro de benzoilo; varios procedimientos hay para ello, pero el más factible es el de tratar el hidruro de benzoilo ó esencia de mirbano por una corriente de cloro seco y obtener por destilaciones fraccionadas el cloruro de benzoilo líquido volátil y de olor penetrante; éste es el que puesto en contacto del naftol da lugar á la formación del benzoato de naftol, que según los autores, á beneficio de su solubilidad en el alcohol se le purifica por redisolución y cristalización en el mismo. Aun á trueque de perder algo del producto, no he practicado la purificación del mismo por disoluciones alcohólicas, porque tiene el alcohol el inconveniente de que cuando su separación de esos cuerpos orgánicos que lleva en solución no es por evaporación en frío y al vacío, obra sobre los mismos como reductor y los colora en exceso. Para obviar ese inconveniente redisolví primero el

benzoato de naftol en alcohol concentrado, y ya que es un cuerpo insoluble en el agua fría, añadiendo agua á la solución alcohólica, dió por resultado una lenta y continua precipitación del benzoato, que después pudo secarse sin peligro alguno á una regular temperatura y al aire libre.

El benzoato de naftol así obtenido, resulta un polvo cristalino, ligero, de tacto sedoso, olor particular, que recuerda el de sus componentes sin ser el de ninguno de ellos.»

El *Annuaire de therapeutique* publica también un artículo en que se indican los caracteres y preparación del benzoato de naftol y en el que se consignan, además, los siguientes datos:

Introducida esta substancia en el tubo digestivo, se descompone en naftol, que queda en los intestinos, y en ácido benzóico, que se elimina por los ríñones bajo la forma de combinaciones alcalinas.

El coeficiente tóxico de este medicamento es pequeño; su poder antiséptico, tan grande como el de las demás substancias empleadas para obtener la antiseptia intestinal; y facilita la diuresis disminuyendo la toxicidad urinaria.

Puede administrarse á la dosis diaria de 5 gramos en el adulto y 2 gramos en el niño, pero conviene hacer uso de dosis cortas y repetidas (25 á 50 centígramos) en sellos ó en un vehículo apropiado.

*
* * *

Angina de pecho.—Piscidia eritrina.—Cuando la angina de pecho, por aortitis ó por miocarditis arterio-esclerosa, se presenta en sugetos de cara congestionada, el Sr. Dr. Ch. Liégeois de (Bainvilleaux-Saulles) prescribe, á título de profiláctico, durante los diez últimos días de cada mes (contando con que el ioduro de sodio es administrado durante los veinte primeros), 30 gotas mañana y noche de la mixtura siguiente:

Tintura de piscidia eritrina.	60 gramos.
Id. de veratrum viride.	10 »
Alcoholaturo de raíces de acónito.	15 »

Mézclese. Para tomar por gotas.

En esos enfermos aorticos ó arterio-esclerosos *encarnados*, la trinitrina amenazaría provocar una congestión cerebral (no conviene sino á los que presentan la faz y las conjuntivas pálidas). No hay que temer este accidente con la tintura de piscidia eritrina, la cual es también, de suyo, un medicamento deprimente de la arterio-tensión, y, además, un buen analgésico cardiaco, á juzgar por los resultados que nuestro colega ha obtenido recientemente con esta tintura (20 á 80 y hasta 100 gotas *pro die*) en el tratamiento de los dolores cardiacos permanentes. El Sr. Liégeois la asocia con la tintura de veratrum viride y con el alcoholaturo de raíces de acónito para acentuar sus efectos arterio-deprimentes y sedativos.

(Sem. Med.)



SECCIÓN PROFESIONAL

RESUMEN

DE LA

ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL

(Continuación.)

Entrando á ocuparnos de las estadísticas especiales, vamos á comenzar por la de **fiebres tifoideas**. Estas han ocasionado la muerte á 142 individuos en Infantería, 24 en Caballería, 26 en Artillería y 9 en Ingenieros, ó sean 201. Como en el año de 1888 los fallecidos fueron 181, resulta un aumento de mortalidad, como se nota á primera vista. Esto indica que subsisten las causas que ocasionaron tantas defunciones en el año anterior, puesto que se ha aumentado la mortalidad, que creemos debida á la alteración del agua, juzgando indispensable que se examine minuciosamente aquel líquido y se emplee el mayor cuidado por los jefes del Cuerpo y los Médicos del mismo, así como que los Directores Subinspectores de los distritos eviten con el mayor cuidado, que los soldados beban agua en malas condiciones, ya que hoy se admite por la generalidad que la fiebre tifoidea se adquiere bebiendo aquel líquido. Las proporcionalidades de fallecidos por esta enfermedad en ambos años, fueron las siguientes por cada 1.000 hombres de fuerza en revista.

DISTRITOS	Año 1888.	Año 1889.
Castilla la Nueva.....	1,70	2,13
Cataluña.....	3,34	2,29
Andalucía.....	1,62	1,65
Valencia.....	3,41	3,95
Galicia.....	2,09	5,01
Granada.....	1,31	0,27
Aragón.....	1,72	1,82
Castilla la Vieja.....	3,00	2,86
Vascongadas.....	1,96	0,66
Navarra.....	3,63	4,22
Extremadura.....	0,73	0,00
Burgos.....	2,15	5,59
Baleares.....	1,35	0,50
Canarias.....	0,00	0,00
Ceuta.....	1,04	0,54

Como se ve por los anteriores datos, los distritos más castigados

han sido Burgos, Galicia y Navarra, y los menos Canarias, Vascongadas, Ceuta y Baleares. En el año anterior fueron los distritos más castigados Navarra, Valencia y Cataluña.

La proporcionalidad de fallecidos por armas, ha sido la siguiente en ambos años:

ARMAS	Año 1888.	Año 1889.
Infantería.....	2,09	2,44
Caballería.....	1,43	2,02
Artillería.....	2,13	2,99
Ingenieros.....	1,93	1,63
Administración.....	1,73	»
Sanidad.....	»	»

Se ve, por la anterior nota, que las proporcionalidades han sido mayores en el año 1889 que en el 1888.

Tuberculosis pulmonar.—Han fallecido durante el año 1889, 130 individuos en Infantería, 30 en Caballería, 13 en Artillería, 12 en Ingenieros, 4 en Administración y 1 en Sanidad, siendo un total de 190. Como en el año anterior fallecieron 178, resulta 12 fallecidos más en el año que venimos reseñando, lo que explica las causas de la mayor mortalidad ocurrida. Las proporcionalidades de muertos é inútiles por cada 1.000 hombres de fuerza en revista en el año de 1889, fueron las siguientes:

DISTRITOS	Asistidos.	Muertos	Inútiles.
Castilla la Nueva.....	8,24	3,43	3,85
Cataluña.....	9,54	1,78	7,66
Andalucía.....	12,21	1,65	8,69
Valencia.....	3,38	1,41	1,97
Galicia.....	10,03	6,13	3,90
Granada.....	5,65	0,86	2,82
Aragón.....	6,62	1,32	5,13
Castilla la Vieja.....	8,13	3,34	3,58
Vascongadas.....	5,99	1,99	3,82
Navarra.....	8,47	1,36	2,45
Extremadura.....	5,40	1,35	3,60
Burgos.....	12,09	2,70	9,00
Baleares.....	6,00	1,50	4,50
Canarias.....	5,12	»	3,98
Ceuta.....	1,08	1,08	»

Como se ve por el anterior estado, los distritos donde ha habido mayor proporcionalidad de fallecidos, han sido Galicia, Castilla la Vieja, Castilla la Nueva y Burgos, y los que menos, Canarias y Ceu-

ta. Llama la atención que Castilla la Vieja y Burgos figuren en éste como en los anteriores años á la cabeza de la mortalidad. En el año anterior fueron los de menor mortalidad Canarias, Baleares y Ceuta.

La proporcionalidad comparativa de muertos é inútiles por armas, es la siguiente:

ARMAS	AÑO 1888		AÑO 1889	
	Muertos.	Inútiles.	Muertos.	Inútiles.
Infantería.....	2,01	4,14	2,24	4,46
Caballería.....	1,58	5,17	2,53	6,58
Artillería.....	2,33	2,84	1,49	7,03
Ingenieros.....	1,59	4,59	2,17	4,71
Administración.....	»	6,31	3,64	2,72
Sanidad.....	2,15	4,30	1,91	»

Como se ve por el anterior cuadro, á excepción de Sanidad, resultan con mayor mortalidad en el año que venimos reseñando. Las causas que han podido ocasionar dicho aumento, cree el Negociado que es la siguiente: todos los Jefes y Oficiales del Cuerpo que han actuado en quintas y están encargados de la asistencia de las clínicas en los hospitales militares, tienen el pleno convencimiento de que el mayor número de inútiles y fallecidos como consecuencia de la tuberculosis pulmonar, así como de las afecciones crónicas del aparato respiratorio y circulatorio, obedecen única y exclusivamente á la deficiencia que se observa en el Cuadro de exenciones vigente para el ingreso en el Ejército.

Por motivos que no son del caso, se ordenó en el reglamento que acompaña á dicho Cuadro, que sólo fueran reconocidos ante las Diputaciones provinciales los mozos que alegasen exención física, lo que no se lleva á cabo, en general, ni ante los Ayuntamientos ni ante la referida Corporación, bien por incuria de los individuos, ó bien para eludir las remisiones subsiguientes, dando por resultado el ingreso de hombres valetudinarios que desde los primeros momentos que se reconcentran en las zonas ó incorporan á sus Cuerpos hay que enviarlos al hospital, tanto para la asistencia de sus dolencias crónicas, como para la declaración definitiva de inútiles, cuyo último resultado no puede, en general, ser beneficioso para los reconocidos, toda vez que la postración en que se encuentran por la gravedad de sus dolencias, no les es posible restituirse al seno de sus familias, y por consecuencia, fallecen en los hospitales militares, aumemando el número de defunciones, y por consiguiente, el de la proporción en la mortalidad; por lo que entiende, Excmo. Sr., este Negociado, que

para atajar radicalmente males de tantísima consideración y trascendencia, es de absoluta é imprescindible necesidad que se estudie el Cuadro y reglamento de exenciones vigentes, principalmente en lo que corresponde al proceso patológico de que nos venimos ocupando con el objeto de que se evite en lo posible el ingreso en filas de todos aquellos individuos que padezcan ó tengan una [predisposición muy marcada á la tuberculosis pulmonar, única reforma que podrá utilizarse en bien del ejército, de la humanidad y del Erario.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFÍA

Tratado de las maniobras de ambulancia y de los conocimientos militares prácticos, por *A. Robert, médico principal del Ejército francés, profesor agregado á Val-de-Grace, traducido por el Excmo. Sr. D. Ramón Hernández Poggio, Inspector médico del Cuerpo de Sanidad militar.*

La versión castellana de este libro del médico militar francés Sr. Robert, viene á llenar un vacío en nuestra literatura médico-militar.

El principal objetivo de esta obra es el dar á conocer el material sanitario del ejército francés y el funcionalismo del servicio sanitario en el mismo, tanto en época de paz como en campaña.

En este tratado se comienza por exponer, en unas nociones preliminares, la organización general y composición de aquel ejército, dando á la vez idea exacta de los cuerpos de oficiales del servicio sanitario.

En la primera parte del libro trátase de las disposiciones relativas al servicio regimental en el interior, con relación al servicio sanitario, estudiando de paso los deberes del médico, de los enfermeros y de los camilleros regimentarios. Examínase seguidamente el abastecimiento de la enfermería denominada regimentaria y pásase revista á la mochila y á la alforja de ambulancia, al maletín de socorros, á los botiquines, á los cestones de repuesto, á las camillas, á los faroles, á las bolsas de curación, á la cartera de los enfermeros, á los carruajes de regimiento y de ambulancia, etc., y al servicio de maniobras para levantar y conducir heridos á brazo, con camilla, en carruaje de ambulancia, artolas, en literas, en vagones, etc.

Seguidamente se estudia la organización de un convoy de enfermos, é improvisación de los medios de transporte y del servicio médico en los cuerpos, en las revistas, desfiles, maniobras, tiro al blanco, baños, marchas y ejercicios de campaña.

La segunda parte de este libro trata del servicio de sanidad en campaña á vanguardia, en infantería caballería y artillería, y en las ambulancias y en los hospitales de campaña.

En la parte tercera se estudia extensamente el servicio á retaguardia, ó sea en los hospitales de campaña temporalmente inmovilizados, en los depósitos de convalecientes y de aspeados, terminando con el examen de la organización de los servicios de etapas y evacuaciones de heridos y enfermos.

Finalmente, en las dos últimas secciones del libro de que nos ocupamos, se trata del servicio sanitario en los sitios, en las columnas expedicionarias de Argelia, del Tonkin y en la guerra de montaña.

Como apéndice, contiene este tratado noticias relativas al convenio de Ginebra y á las sociedades de socorro y de la asistencia voluntaria, terminando con algunas observaciones generales, referentes ó determinadas dis-

posiciones personales que debe tener muy presente todo médico militar al entrar en campaña, comprendiendo entre ellas, algunas nociones relativas á la lectura de los mapas topográficos.

Por la sucinta relación que acabamos de hacer de esta obra, se ve, que en ella no sólo se da á conocer el material sanitario, sino también su manejo; conocimiento este que interesa en gran manera á todo médico militar, si ha de desempeñar acertadamente su importante papel, acompañando á las tropas ó siguiendo á un ejército en campaña.

Con el estudio de este libro aprenderá el médico la manera de disponer acertadamente la división del trabajo y pronta organización de los socorros, para conseguir el más rápido auxilio y transporte de los heridos. Para asegurar este resultado en las distintas formaciones sanitarias, el Sr. Robert establece, para cada grupo de personal, reglas y principios bien definidos, asignando á cada unidad sanitaria su misión y atribuciones.

El método seguido en la exposición de este tratado ha sido, el de proceder de lo simple á lo compuesto, como puede verse en la somera relación que de él acabamos de hacer.

En este libro no se hace referencia á lo actualmente existente, acerca de material y servicio sanitario en los demás ejércitos, estudio este que confieso haber emitido el Sr. Robert por no traspasar los límites de su cometido, dejándolo para probablemente hacerlo en otro libro que publicará.

El traductor que tan acertadamente ha hecho la versión á nuestro idioma, de esta importante obra, excúsase también en una nota, de no hacer un estudio comparativo entre el material sanitario que en ella se da á conocer y el de nuestro ejército, entre otras razones, por la de que estando iniciada una total reforma del que tenemos aún hoy como reglamentario, á nada conduciría hacer ahora dicho estudio.

Esta traducción está tan esmeradamente editada en su tipografía y numerosos grabados intercalados en el texto, por D. Carlos Bailly—Bailliere, que nada tiene que envidiar á la edición original francesa hecha por Octavio Doin.

El conocimiento de este *Tratado de las maniobras de ambulancia y de los conocimientos militares prácticos* interesa, no sólo á los médicos militares, sino también á los señores generales jefes y oficiales del ejército, especialmente á los de Estado mayor y Administración y á los médicos civiles que pueden algún día ser llamados á prestar servicios en el ejército, en caso de movilización.

Como resumen diremos, que el estudio de esta obra del médico principal A. Robert, puede muy bien servirnos de norma y guía, á los médicos llamados á desempeñar los servicios sanitario-militares, motivo por el que nos atrevemos á recomendar su lectura á nuestros compañeros.

J. REIG GASCÓ,

Médico primero.

NECROLOGÍA

Tras larga y penosísima dolencia falleció en Sevilla el día 7 del corriente el Médico mayor **D. Francisco Carmona y Humanes**.

Ingresó en el Cuerpo el 18 de agosto de 1865 y tenía el empleo de Médico mayor efectivo desde igual fecha del año 1886.

Los primeros años de su carrera militar los pasó en Filipinas, donde desempeñó, entre otros cargos, la jefatura de la enfermería militar de Marianas y prestó importantes servicios en la expedición contra los igorotes, organizada en febrero de 1868. Regresado á la Península en 27 de agosto de

1872, tomó parte en la campaña contra los carlistas, hallándose en diferentes acciones y encuentros durante los años 1873, 74 y 75. Siendo Oficial, prestó servicio en varios Regimientos de Infantería, el 2.º de Ingenieros y el 2.º de Artillería de campaña; como Médico mayor desempeñó los cargos de Director del Hospital militar de Melilla y Jefe de Clínica del de Sevilla.

Los grados de Médico mayor y Subinspector de 2.ª clase y el empleo personal de Médico mayor los obtuvo por mérito de guerra.

VARIEDADES

En el 10.º Congreso internacional de Medicina, celebrado en Berlín en 1890, se acordó que el 11.º se reuniera en Roma en 1893. El Comité organizador de este último Congreso se ha constituido bajo la presidencia del doctor Bacelli, y se ha hecho cargo de las funciones de secretario general el doctor Marigliano. Los presidentes de sección son los siguientes: M. Antonelly (anatomía); Albini y Albertoni (fisiología); Joa y Bizzozero (patología general); Bozzono y Marigliano (medicina); Bossini (cirugía); Morisani (partos); Morsalli y Tamburini (oftalmología); Campano y Barduzzi (dermatología y sifiliografía); Tamapsio (medicina legal); Pagliani, Baccalis y Belle (higiene). El Congreso se reunirá en septiembre.

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores.

Memorándum de Fisiología, por P. Lefort; traducción al castellano por D. A. Fuster y Fernández.—B. Bailliere é hijos, Madrid, 1892.

Nuevo formulario enciclopédico de Medicina, Farmacia y Veterinaria, por D. Mariano Pérez Mínguez. J. Seix, editor, Barcelona. (Cuadernos 52 y 53.)

Tratado de Química biológica, por Ad. Wurtz; versión española con adiciones de D. Vicente Peset y Cervera. P. Aguilar, editor, Valencia. Cuaderno 10.

Diccionario de Medicina, Cirugía y ciencias auxiliares, por E. Littré; versión española por los doctores Aguilar, Lara y Carreras Sanchis.—P. Aguilar, editor, Valencia.—Cuaderno 52.

La Semana, periódico independiente venezolano.

Aguas minero-medicinales del Vichy Catalán. Fragmentos de sus estudios químicos, clínicos y geológicos, seguidos de múltiples certificados médicos. Gerona, 1891.

Boletín del manicomio de San Baudilio de Llobregat. Revista mensual dirigida por D. Arturo Galcerán Granés, y que ve la luz pública en Barcelona.

Caceta de los Subdelegados de Sanidad, revista mensual de Medicina, Farmacia y Veterinaria que ha empezado á publicarse en Zaragoza bajo la dirección de D. José María Narbona

Elementos de Medicina legal, militar y naval, por D. Enrique Navarro Ortiz.—Cuaderno 2.º

Tratado de las maniobras de ambulancias y de los conocimientos militares prácticos, por A. Robert; versión española, por D. Ramón Hernández Poggio. Madrid, 1892.