

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO VIII MADRID 1.º DE MARZO DE 1894 NÚM. 161

## Descripción y medidas de una serie de cinco cráneos de micronesios.

Los cinco cráneos que he tenido el honor de ofrecer á la Universidad Compostelana, y en cuya descripción me voy á ocupar, parecen ser todos del sexo masculino; sólo me queda alguna duda con respecto al núm. 1.º de la colección, pues ofrece caracteres positivos, negativos y ambiguos que me hacen titubear sobre el sexo de la persona á quien correspondió.

El índice cefálico me ha servido para la numeración correlativa de los cráneos, para lo cual sigo el orden de mayor á menor dolicocefalia.

Todos son de adultos, pues aun las edades del 1.º y 4.º parecen ser de diez y ocho á veinte años respectivamente, pasando, con seguridad, de los cuarenta el 2.º, el 3.º y el 5.º.

A la manera de Topinard describiremos los cráneos de esta serie, siguiendo el antiguo pero excelente método de Blumenbach, considerando el cráneo sucesivamente en sus diferentes caras, pero teniendo siempre cuidado de orientarlos del mismo modo colocándolos sobre su base natural y mirándolos á cierta distancia perpendicularmente á la superficie examinada.

**Norma superior.**—Los cinco cráneos se parecen mucho bajo este aspecto, teniendo todos una forma ovoidea alargada que se estrecha considerablemente hacia adelante sobre la frente, excepto el núm. 1.º, que parece más redondeado que los otros. Todos son *fenózigos*, y no *criptógenos*, como se ve en los europeos; es decir, que el cráneo tenido en el extremo del brazo, según el método de Busk, y mirado con un solo ojo, los arcos zigomáticos son visibles, sobre todo en el núm. 5.º, que se perciben totalmente.

**Norma posterior.**—Reposando el cráneo sobre la base y á la altura horizontal de la mirada, la serie nos produce la impresión siguiente: en el 3.º, la forma pentagonal es marcadísima, dominando en éste más que en ningún otro la altura; la misma forma, pero menos acentuada gradualmente, se observa en el 4.º, 5.º y

2.º; en el 1.º los lados superiores del pentágono se continúan formando una curva transversa tan redondeada, que el contorno parece más bien un trapecio de base superior convexa; los cinco cráneos tienen bien marcados los ángulos correspondientes á las eminencias parietales; las partes laterales son oblicuas y convergentes hacia abajo, y en todos domina la altura sobre la anchura; es decir, que son más hypsicéfalos que platicéfalos.

El inión y las líneas para inserción muscular son enormes en el 2.º y en el 5.º, en los cuales las curvas occipitales superiores (*torus occipitalis*), son muy anchas y salientes; en los otros tres estos accidentes morfológicos no son ya tan marcados, presentando más bien caracteres negativos.

**Norma lateral.**—La curva sagital en los cráneos números 2.º y 5.º empieza por una línea casi recta y algo oblicua arriba y atrás, de modo que la frente podría considerarse como moderadamente huída y plana en todos ellos, menos en el 4.º, que es de frente algo más vertical y globulosa; en el 3.º y 5.º la curva sigue regularmente arqueada sin indicio de ángulos redondeados en el metópico, bregma ni obelio; el 4.º presenta ya vestigios de tal ángulo en el bregma, y el 2.º los tiene muy visibles en aquél y en el metópico, de modo que su curva parece más bien una línea quebrada. El extremo posterior de la curva que describimos descendiendo casi verticalmente en el tercer ejemplar, y en el 5.º alcanza hasta el inió, en el que se forma un ángulo bien marcado correspondiente al encuentro de las porciones supra é infra-iniacas del occipital; el 4.º ejemplar presenta algo abultada la región supra-iniaca, lo cual interrumpe la regularidad del contorno del cráneo. El núm. 1.º se distingue bastante de los otros, porque en él la frente es casi vertical, el ángulo al nivel del metópico es bien marcado, existiendo además otro ángulo al nivel del obelio, desde cuyo punto el perfil descende vertical hasta el inió; el conjunto, por lo tanto, constituye los tres lados de un rectángulo, de los que el superior más largo tuviera la forma de un arco muy rebajado.

La fosa temporal no está limitada por arriba por verdadera línea saliente en ninguno de los cinco cráneos, pero en todos se reconoce el límite por el tránsito de una parte lisa del hueso á otra porosa, y guiándose por este límite se ve que la superficie de inserción del músculo temporal es muy extensa en el 2.º, 5.º y 3.º, en los que sólo distan unos tres centímetros la parte más alta de la fosa y la sutura sagital; el 1.º y el 4.º ejemplares no ofrecen superficie tan extensa. El contorno superior de la esca-

ma del temporal no ofrece nada notable, como no sea una prolongación angulosa hacia arriba en el cráneo núm. 5.º

El pterio es en forma de H en todos los ejemplares, y mide centímetro y medio en el trazo transversal de la H, en todos menos en el 3.º, que sólo tiene seis milímetros. Las apófisis mastóides son de regular tamaño, siendo las más voluminosas las del núm. 3.º, y notables por su pequeñez las del núm. 1.º, en el que el vértice de las apófisis no llega á tocar al plano de sostén, á diferencia de lo que pasa en los demás. El equilibrio mastoideo es doble en el núm. 2.º. El arco zigomático es grande y prominente en los cráneos 2.º y 5.º; en los otros no lo es tanto, así como tampoco ninguno es tortuoso, si se exceptúa el 2.º, que lo es algo.

**Norma anterior.**—A la simple observación, los cráneos 2.º y 5.º ofrecen notable predominio de la anchura sobre la altura, debido al gran desarrollo de los maxilares superiores y los pómulos, tanto que el contorno de la cara se pudiera inscribir en un trapecio de líneas laterales, bastante divergentes hacia abajo, mientras que en los cráneos 3.º y 4.º la menor oblicuidad de dichas líneas permitiría inscribir la cara en un cuadrilátero casi rectangular; el cráneo 1.º viene á representar la transmisión entre los otros dos tipos. En todos ellos la cara está bastante aplastada y los pómulos son muy voluminosos, lo que los diferencia mucho de los cráneos europeos.

El espacio interorbitario es algo menor que en los cráneos masculinos españoles, y está aplanado porque los huesos propios de la nariz casi no forman relieve; la escotadura formada entre la frente y la nariz es muy poco profunda en el 1.º y 5.º, mediana en el 2.º y 3.º y exagerada en el 4.º; en éste y en el 3.º los huesos nasales son estrechos, cilindróideos, y por su modo de unión con los maxilares dan al esqueleto de la nariz un aspecto estriado, en que las estrías corresponden á las suturas verticales de estos huesos. Por estos caracteres, la vista, aun la menos acostumbrada, separa estos cráneos del tipo europeo.

Las órbitas son grandes, más que la media europea, en el 2.º, 3.º y 5.º; son más pequeñas en el 4.º y menos todavía en el 1.º; el 3.º y el 5.º parecen megasemos, y los otros tres mesosemos; todos tienen ángulos redondeados, excepto el 1.º, en el cual, la base de la órbita es claramente cuadrilátera.

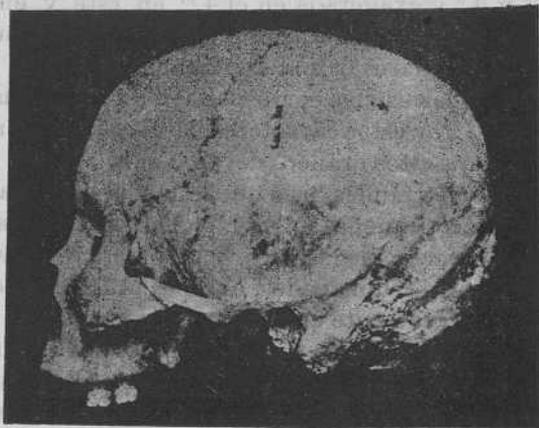
El orificio anterior de las fosas nasales es ancho inferiormente y presenta canales simios, muy evidentes en el 2.º y en el 5.º, menos marcados en el 3.º y 4.º, y con vestigios de cresta, semejante á la de los europeos, en el núm. 1.º

El prognatismo subnasal no se presenta á la vista muy acentuado en ninguno de los ejemplares.

**Norma inferior.**—El contorno de la base del cráneo es bastante alargado en los números 3.º y 4.º, é igualmente alargado, aunque no tanto, en los demás. El agujero occipital está fuera del centro, más hacia la parte anterior, y en los que lo tienen completo es de contorno elíptico y de área relativamente pequeña con respecto á su cráneo y comparado con el de los europeos. Los cóndilos son salientes en el 4.º y en el 1.º, aplanados en el 2.º y con relieve ordinario en el 3.º Faltan en estos cráneos casi todos los dientes, y los alveolos de los molares están atrofiados en el 2.º; los de los otros dientes están rotos en el 3.º y presentan lesiones considerables que deforman el maxilar; los únicos que ofrecen el borde alveolar en buen estado, y algunos dientes de volumen y conformación normales, son el 1.º y el 3.º; el 1.º de estos no presenta indicios de quinto molar, y el 2.º tiene alveolos pequeños, que debieron corresponder á quintas muelas rudimentarias. En ambos cráneos se conserva abierta la sutura occipito-esfenoidal.

La forma arco-alveolar es elíptica, estrecha y alargada en los cráneos 2.º y 3.º, y ofrece contorno parecido al de una herradura en el 1.º, 4.º y 5.º

**Particularidades diversas.**—*En el cráneo núm. 1.º* todas las suturas son simples y se hallan abiertas; dos wormianos se notan en el asterio, y llama la atención la escotadura y agujeros su-





pra-orbitarios que se presentan á la vez y en ambos lados.—*El cráneo núm. 2.º* ofrece un principio de soldadura en las partes laterales de la sutura fronto-parietal, al nivel de los puntos pterios, notándose dos huesos vornianos simétricos en la lambdoidea; presenta este cráneo dos agujeros supra-orbitarios en cada lado, y le falta una parte del arco zigomático del lado derecho; la parte parietal comprendida entre las dos líneas curvas es notable por su aspecto muy poroso y por presentar algunas pequeñas eminencias lenticulares ebúrneas; próximamente sobre la eminencia frontal izquierda hay pequeñas elevaciones rodeadas por una superficie rugosa elipsóidea, que parece ser huella



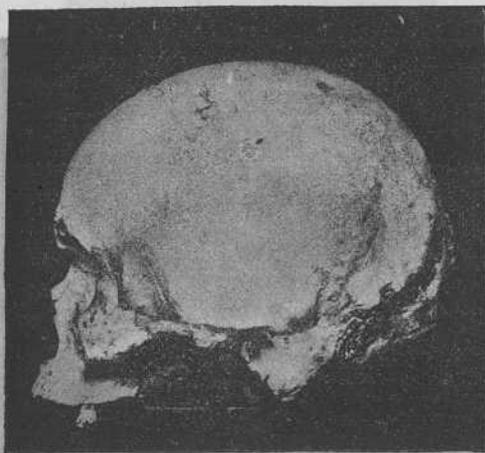


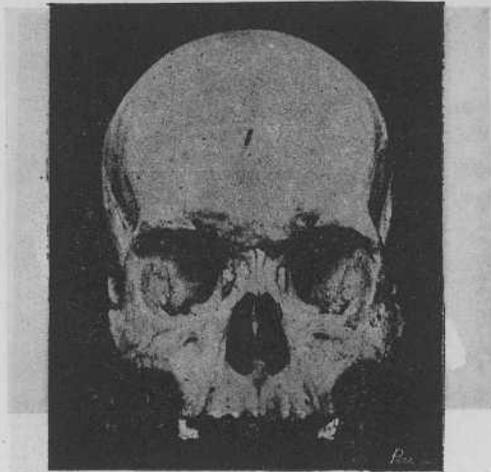
de alguna lesión antigua; como ya dejamos dicho, este cráneo goza del doble equilibrio mastóideo.—Cráneo núm 3.º; se nota en él un wormiano ptérico en el lado derecho, y las suturas fronto-parietales casi totalmente soldadas, lo mismo que la mitad anterior de la sagital, el resto de esta y de la lambdoidea son



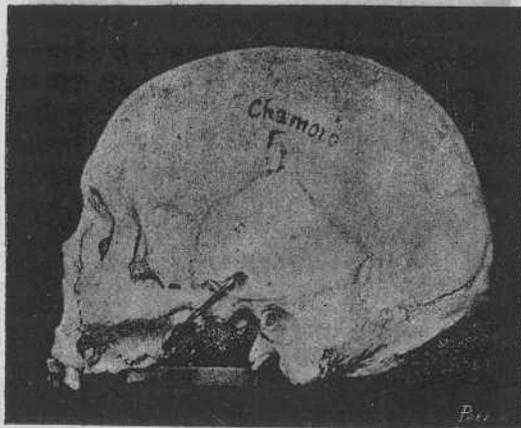


muy complicadas, presentando esta última dos grandes wormianos; la escotadura supra-orbitaria es doble en el lado derecho y simple en el izquierdo.—*El cráneo núm. 4.º* tiene todas las suturas abiertas y de complicación mediana, entre las cuales se hallan numerosos wormianos, dos grandes en el lambda, uno ptérico en cada lado y otros seis en la sutura occipito-parietal, que





es la más complicada.—*En el cráneo núm. 5.º* falta la apófisis zigmática derecha y el contorno del agujero occipital con los cóndilos de este hueso; la sutura fronto-parietal está osificada en más de la mitad de su extensión, lo mismo que el obelio, el resto de la sutura sagital y la lambdoidea están en vías de osificación, son poco complicadas y no presentan wormianos; tienen también agujero y escotadura supra-orbitaria en ambos lados. Este cráneo presenta una destrucción patológica del maxilar superior izquierdo en la parte correspondiente á los alveolos de





los incisivos, caninos y primer molar menor, apareciendo en forma de extensa cavidad abierta en la bóveda palatina por un lado y exteriormente debajo de la tuberosidad maxilar por el otro, con destrucción semejante de los alveolos del canino é incisivos derechos. En el alveolo correspondiente al segundo molar izquierdo se nota la raíz tuberosa de este diente, que no pudo salir, y el cual parece haber sido el punto de partida de las lesiones dichas. Hacia la region del pterio derecho hay una superficie circular de dos centímetros de diámetro, claramente limitada en casi todo su contorno, rugosa y como cariada en el centro, y con una perforación irregular hacia su parte inferior que parece más bien ser producida por destrucción después de la muerte, en tanto que el resto parece más bien haber sido una lesión ósea quizá de naturaleza sifilítica.

Una particularidad notable, por no haberse visto en los cráneos europeos, es la de que el borde posterior de los parietales avanza sobre el occipital con que se articulan, formando un relieve que tiende á ocultar la sutura lambdoidea en sus partes laterales. Los ejemplares 4.º, 5.º y 2.º, en que se nota más claramente esta particularidad, sólo la presentan en la parte de parietales que corresponde á la fosa temporal, que está en estos ejemplares muy desarrollada, por lo que pudiera pensarse que el citado relieve sería debido á la extensión mayor del exocráneo en relación con el endocráneo, quizá por seguir el primero el

considerable desarrollo del músculo temporal. Apuntamos este detalle por si en cráneos de razas inferiores se encontrara confirmada la relación de su existencia con el predominio de su aparato masticador; yo, por mi parte, puedo decir que esta disposición especial la encuentro muy marcada en la mayoría de los cráneos malayos que he examinado.

Del examen, á simple vista, que acabamos de hacer de estos cinco cráneos, parece resultar *dos tipos* bien distintos, constituidos uno por los cráneos 3.º y 4.º, y otro por el 2.º y 5.º; pudiendo considerar al 1.º como mixto, ó bien afín al último tipo citado por sus rasgos faciales, y de carácter propio por los craneales.

El tipo primero (3.º y 4.º cráneos) se distingue por la mayor dolicocefalia, el arqueamiento regular del contorno que da el diámetro antero-posterior, la forma globulosa del occipucio, la estrechez transversa relativa de la cara, la mayor profundidad de la escotadura naso-frontal y la forma cilíndrica de los huesos nasales; en cambio, los dos ejemplares de este tipo difieren notablemente por la forma de los arcos alveolares.

El segundo tipo (2.º y 5.º cráneos) resulta más bien de las semejanzas en los rasgos de la cara, porque en ambos ejemplares ésta es muy ancha y con los pómulos proyectados hacia afuera; las fosas temporales muy extensas, prolongadas hasta la sutura lambdoidea, que tienden á ocultar, y toda la parte infra-craneana del occipucio casi plana y horizontal; también en este tipo la forma de los arcos alveolares establece diferencia entre los individuos en cuanto el deterioro y lesiones de estos arcos permiten reconocer.

El cráneo núm. 1.º, que pertenece á un sujeto bastante joven, es el que presenta rasgos de mayor superioridad por la forma globulosa y la pequeñez de sus órbitas; pero el desarrollo de los maxilares superiores, el volumen de los arcos zigomáticos y la forma de herradura del alveolar le aproximan más al tipo segundo que al primero.

Veamos ahora si estas impresiones visuales se hallan conformes con los resultados que nos dan las medidas craneométricas, y de esta manera quedará completo el estudio de la serie.

## A. CABEZA.

Médico primero.



## PRENSA Y SOCIEDADES MEDICAS

**Glu-glu abdominal.—Ectasias gástrica y cólica.—**Afirma el doctor Torras y Pascual, que por mucho que en otros años se haya avanzado en el conocimiento de la patología digestiva, gracias á los pacientísimos trabajos de los fisiólogos, debemos de cuando en cuando hacer revisión de síndromes para dar de baja á aquellos que han perdido el derecho de ostentar el apelativo de patognomónicos.

En tal caso se halla el palmoteo ó *glu-glu* estomacal que nos revelaba una ectasia gástrica, ó por lo menos una paresia de las tunicas musculares rayana en lo patológico.

Y, así sucedía, que al presentarse un individuo con vientre habitualmente estreñado, malestar después de las comidas, eructos, pandiculaciones, flatulencias, vértigos ó desvanecimientos, lengua saburrosa, sed aumentada, sensación de barra epigástrica, estados nauseosos, con ó sin vómitos, etc., si á estos datos se unía la percepción clara y distinta del clásico *glu-glu*, ya podía sentarse el diagnóstico de atonia gástrica ó ectasia indudable.

Y así lo hemos creído durante algunos años, bien ajenos de sospechar que el colon transversal especialmente, pudiera darnos en ciertos estados una sensación táctil y acústica enteramente análogas.

Desde que el lavado gástrico ha logrado ser un medio aceptado tan clinicamente como el caterismo uretral ó de la trompa de Eustaquio, ha debido llamar la atención de los médicos que lo empleaban, el que en algunos enfermos que presentaban dicho palmoteo gástrico de una manera evidente, al practicarles el lavado, resultaba que ni el estómago aceptaba una cantidad extraordinaria de líquido, ni el que reflúa luego por el sifón tenía los caracteres de olor, color y suciedad propios de los verdaderamente ectásicos; de manera que á las pocas sesiones de lavado gástrico, al ver verterse por el sifón un líquido casi tan claro y limpio como el que se introducía, se aconsejaba al enfermo que no siguiese practicándole, porque la realidad de los hechos demostraba ser innecesario.

Este hecho repetido una y otras veces, hubo de hacer sospechar que la sensación ésta de palmoteo abdominal podría ser originada en otra cavidad distinta de la gástrica.

Los estudios tan notables sobre las *ptosis* viscerales, hicieron observar que el colon podía también sufrir los efectos de aquellas dislocaciones viscerales y ser á su vez dislocado; que este intestino se presentaba en ciertos sujetos aumentado en todos sus diámetros, y que unas veces estaba henchido por gases y otras retenía líquidos en cantidad.

Por otra parte, la patología intestinal ha venido poniendo de relieve la importancia de los afectos crónicos del intestino grueso y] su trascendencia á toda la nutrición; y los trabajos sobre las diferentes formas de colitis crónicas le han elevado también en el rango patológico.

Las observaciones que se han venido sucediendo, demuestran que el colon, por efecto de causas diversas, mecánicas en las dislocaciones vis-

cerales, ó de compresión por neoplasias desarrolladas en otras vísceras abdominales ó inflamatorias, en las diversas formas de colitis crónicas se paralizaba en su funcionalismo motor, originando así por modos distintos la ectasia gradual del intestino y consecutiva estancación, en el mismo, de líquidos y gases.

Se comprende con lo apuntado que el *glu glu* abdominal de origen cólico, no ha de ser fenómeno raro en la práctica, y que al percibirle debemos explorar también el funcionalismo del intestino grueso, sobre todo si por el síndrome y la anamnesis sólo se sospechase una ectasia gástrica incipiente, que son las que más se prestan á la confusión con las ectasias cólicas, y obligan á suspender un lavado que antes se hubiese considerado indicado.

Bien se comprende que esta confusión no cabe en aquellos enfermos que por su aspecto macilento, piel seca, abdomen saciforme, vómitos repetidos y abundantes de todo cuanto han ingerido, sed continua, lengua saburrosa, etc., revelan desde luego una ectasia gástrica adelantada; ni tampoco en los otros que ya denuncian al momento su intestino, llamando la atención acerca del carácter y rareza de sus deposiciones, que le ocasionan crisis dolorosísimas, para expulsar al fin excrementos endurecidos, mezclados con otros líquidos y revuelto todo con un magma mucoso, que otras veces es ya más conformado, y forma ovillos compactos, ó masas grasosas como esputos ó filamentos largos á modo de cintas y hasta cual si fuesen tenias.

Este *glu-glu* abdominal, á pesar de los medios aconsejados por algunos clínicos, no hay manera de apreciar por la palpación si es de origen gástrico ó cólico; y si por los demás datos y síntomas que el enfermo ofrezca no puede precisarse su origen, habrá que recurrir á la ingestión de polvos efervescentes que pongan de relieve la ectasia gástrica, si existe, ó al mismo lavado exploratorio del estómago para conocer su capacidad y su contenido.

Creemos, sin embargo, que con estar prevenidos del error á que puede dar lugar la apreciación de tan decantado síntoma, bastará, para que sin apelar á estos recursos, se pueda en la inmensa mayoría de casos referirlo á su verdadero origen, á lo cual se reduce el objeto de esta sencilla nota clínica.

(*Rev. de Cienc. Méd. de Barcelona.*)

\* \* \*

**Lepra. Neuritis localizadas. Elongación y dilatación de los nervios.**—En la sesión celebrada el 13 del pasado por la Sociedad Real de Medicina y Cirugía, de Londres, M. Kenneth McLeod, cirujano militar, presentó una comunicación acerca de los efectos terapéuticos de la elongación de los nervios periféricos, preconizada ya por el autor en 1877 para el tratamiento de las anestias leprosas. Esta operación ha sido practicada hasta hoy en unos 250 casos próximamente, por Lawrie, Downes, Neve, Wallace, Rake y otros cirujanos. En gran número de casos, el efecto de la intervención ha sido de los más favorables, y se ha manifestado por la cesación de los dolores, el restableci-

miento de la sensibilidad, el aumento de la fuerza muscular, la desaparición de las erupciones y de las ulceraciones, y, finalmente, por una gran mejoría en el estado de nutrición de las partes afectadas. Este resultado se ha producido con rapidez; con mucha frecuencia ha persistido y hasta ha aumentado con el tiempo. En buen número de enfermos, la operación, practicada por segunda vez, ha sido igualmente coronada de éxito.

En 1880, el Sr. McLeod llevó á cabo por vez primera en un leproso la sección longitudinal del nervio cubital espesado, indurado y presentando una cavidad que tenía una extensión de 10 centímetros próximamente. Esa intervención dió excelentes resultados desde el punto de vista de su influencia sobre la sensibilidad, la motilidad y la nutrición del miembro, resultados que se han mantenido, acentuándose durante unos diez años.

Desde entonces, la sección longitudinal de la vaina de los nervios lesionados ha sido practicada en otros ocho casos operatorios de polineuritis leprosa. En dos operados, el resultado ha sido excelente: en otros cuatro casos, la mejoría obtenida ha sido menos considerable, si bien manifiesta; finalmente, en los dos restantes, el resultado ha sido nulo.

La atenuación de los síntomas neuríticos, á consecuencia de la elongación del nervio enfermo, es debida á que, merced á esta operación, se libra al tronco nervioso de la presión que ejercen sobre él los productos inflamatorios depositados en su vaina. Cuando esas exudaciones han sufrido la organización fibrosa, la sección longitudinal de la vaina, seguida de la elongación del nervio, produce un resultado más completo que el que se obtiene mediante la sola elongación.

En las neuritis localizadas, de índole no leprosa, la elongación y la sección longitudinal de los nervios dan un resultado más completo y más persistente que en la lepra, lo cual se explica por ser ésta una enfermedad fatalmente progresiva.

Por último, el orador insiste acerca de este hecho, á saber: que la elongación de los troncos nerviosos y la sección longitudinal de sus vainas no han dado nunca lugar á consecuencias desagradables, en los casos de neuritis localizada en que esas operaciones han sido practicadas hasta hoy.

(*Scm. Medicales.*)

---

## SECCIÓN PROFESIONAL

### MEMORIA RESUMEN

DE LA

### ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL

correspondiente al año 1892

(Continuación.) (1)

**Vacunación y revacunación.**—Para apreciar detalladamente los resultados de éstas, vamos á dar los resúmenes por armas y dis-

(1) Véanse los números 158, 159 y 160 de esta REVISTA.

tritos del Ejército de la Península, cuyos resultados, como se verá, son satisfactorios.

**Resumen por armas.**

ARMAS	VACUNADOS		REVAQUINADOS		TOTAL	
	Con éxito.	Sin él.	Con éxito.	Sin él.	Con éxito.	Sin él.
Infantería.....	9 086	2 339	6 048	4 222	15 134	6 561
Caballería.....	2 379	644	1 269	1 316	3 648	1 960
Artillería.....	1 782	372	592	677	2 314	1 049
Ingenieros.....	710	113	271	306	981	419
Administración.....	82	16	46	55	128	71
Sanidad.....	111	18	57	33	168	51
<b>TOTAL.....</b>	<b>14 150</b>	<b>3 502</b>	<b>8 223</b>	<b>6 609</b>	<b>22 373</b>	<b>10 111</b>

**Resumen por distritos.**

DISTRITOS	VACUNADOS		REVAQUINADOS		TOTAL	
	Con éxito.	Sin él.	Con éxito.	Sin él.	Con éxito.	Sin él.
Castilla la Nueva.....	4 213	307	304	980	4 517	1 087
Cataluña.....	3 192	271	267	1 702	3 549	1 973
Andalucía.....	129	5	2 038	116	2 167	121
Valencia.....	491	103	1 366	470	1 857	577
Galicia.....	1 096	366	129	277	1 225	603
Granada.....	1 171	460	5	557	1 176	1 017
Aragón.....	710	894	112	568	842	1 462
Castilla la Vieja.....	759	691	430	638	1 183	1 329
Extremadura.....	254	57	»	»	254	57
Navarra.....	14	1	707	239	721	240
Vascongadas.....	441	48	956	468	1 397	516
Burgos.....	242	43	1 834	401	2 076	444
Baleares.....	709	29	»	82	709	111
Canarias.....	225	98	33	65	258	163
Ceuta.....	490	129	42	86	532	215
<b>TOTAL.....</b>	<b>14 150</b>	<b>3 502</b>	<b>8 223</b>	<b>6 609</b>	<b>22 373</b>	<b>10 111</b>

**Inútiles.** — Se han declarado 1.553 individuos de tropa de Infantería; 225 de Caballería; 242 de Artillería; 104 de Ingenieros; 26 de Administración, y 6 de Sanidad. Total, **2.257**.

La proporcionalidad, por armas, ha sido la siguiente:

ARMAS	Año 1891.	Año 1892.
Infantería.. . . . .	30,32	31,23
Caballería... . . . .	23,96	21,85
Artillería... . . . .	26,17	32,96
Ingenieros... . . . .	27,35	19,68
Administración... . . . .	19,50	25,85
Sanidad.....	22,40	8,67

Siendo el arma más castigada Artillería y la menos Sanidad.

Examinando el número de inútiles imputables y no imputables al Ministerio de la Guerra, nos hallamos las siguientes cifras:

DISTRITOS	FUERZA imputable.	FUERZA no imputable.
Castilla la Nueva.....	562	44
Cataluña.....	286	39
Andalucía.....	255	43
Valencia.....	188	20
Extremadura.....	26	19
Aragón.....	148	4
Burgos.....	195	17
Castilla la Vieja.....	104	10
Vascongadas.....	187	96
Navarra.....	76	3
Granada.....	117	71
Galicia.....	61	8
Baleares.....	30	3
Canarias.....	50	»

Las enfermedades que mayor número de inútiles han dado han sido:

ENFERMEDADES	Infante- ría.	Caballe- ría.	Artill e- ría.	Ingenie- ros.	Admon.	Sanidad.
Debilidad general.....	111	19	10	4	1	»
Flegmastias aparato resp.º..	107	10	19	9	1	»
Hernias.....	210	22	27	9	2	»
Lesión orgánica de corazón..	74	22	11	2	3	1
Tiña.....	90	13	6	3	»	»
Tuberculosis pulmonar.....	198	65	50	21	2	2

(Continuad.)



## VARIETADES

Las vicisitudes por que ha atravesado la cuestión de Melilla á partir de principios de Noviembre. no han permitido adjudicar, en las circunstancias requeridas por el donante, la bolsa de cirujía ofrecida por el doctor La Fanosa.

En vista de los antecedentes suministrados por el Sr. Cordero, Director del Hospital Militar de Melilla, el Sr. La Fanosa ha resuelto que no se adjudique á nadie, confiando en que no faltará ocasión de ofrecerla nuevamente, y en que sea fácil determinar el que tenga derecho á ella.

\* \*

El doctor Mussey, médico militar del Perú, ha presentado á la Sociedad Smithsoniana 19 cráneos que demuestran el empleo de la trepanación como medio terapéutico en una época prehistórica.

Algunos de los ejemplares permiten suponer que los pacientes sucumbieron durante la operación. Uno de ellos parece que sobrevivió á la ablación de un fragmento de cuatro pulgadas de longitud por una y media de anchura; el tejido óseo que se quitó fué reemplazado con plata. En otro caso, el operado sobrevivió á dos trepanaciones, pero sucumbió á la tercera.

El instrumento de que se hacia uso era el sílex tallado tal como se empleaba en la edad de piedra.

\* \*

El Manual clínico de análisis de orinas que acaba de publicar la acreditada librería editorial de Bailly Bailliére é Hijos, y que tenemos el gusto de recomendar, tanto á la clase médica, como á la farmacéutica, es una obra cuya falta se hacia sentir, pues hasta ahora no habia nada completo y claro sobre esta materia, que es hoy muy importante para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Esta obrita, que está ilustrada con multitud de grabados y nueve láminas, una de ellas en colores, no necesita elogios, bastando decir que de ella se han hecho en Francia cuatro ediciones en muy poco tiempo.

---

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

**La Conferencia de Dresde**, por el doctor *D. Rafael Rodríguez Méndez*.—Sevilla, 1893. (Dos ejemplares.)

**Manual clínico de análisis de orinas**, por *P. Ivon*; versión española, por *D. Joaquín Olmedilla y Puig*.—Madrid, B. Bailliére é Hijos, editores.

**El nuevo palacio de la Capitanía general de Aragón**, por el coronel de ingenieros *D. José Gómez y Pallete*.—Madrid 1894.

**Discursos** leídos en la solemne sesión inaugural de 1894 de la Real Academia de Medicina, por el Excmo. Sr. *Marqués de Guadaleras* y *D. Mariano Carretero y Muriel*.

**Discursos** leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública del académico electo *D. José Ribera y Sans*.



MEDIDAS					Núm. 1	Núm. 2	Núm. 3	Núm. 4	Núm. 5	Medias
Angulos.....	Angulo occipito-basilar de Broca.....	2°	35°	21°	29°	(?)				
	» Daubenton.....	10°	15°	5°	13°	(?)				
Circunferencia antero-posterior descompuerta.....	De Nasio á bregma.....	132	128	120	126	127				126°6
	» Bregma á obelito.....	84	88	90	95	95				
	» Obelito á lambda.....	32	35	32	35	32				
	» Lambda á inio.....	50	67	60	50	45				
	» Inio á opistio.....	55	48	60	51	50				
	» Capacidad craneana.....	1575	1570	1435	1575	1503				1529
Longitud ofrio-alveolar.....	Longitud ofrio-alveolar.....	88	94	86	84	94				89°2
	» naso-alveolar (maxilar superior).....	72	70°50	68°20	67°50	64				68°44
	» naso-espinal.....	54	54°5	46	50	57				52°2
	» abertura nasal (anchura).....	24	21	21	24	26				23°8
	» altura de las órbitas.....	32°5	35°5	36°0	33°5	38°5				35°2
	» ancho de ídem íd.....	36°5	41°5	40°0	38°0	40°0				39°2
	» espacio inter-orbitario.....	20	20	22	18°0	23				20°4
	» bi-orbitario externo (facial superior).....	100	106	105	99	107				103°4
	» bi-yugal.....	112	117	113	108	125				115°0
	» malar media.....	107	121	108	108	128				114°4
	» malar posterior.....	121	133	119	117	142				126°4
	» bi-zigomática.....	127	136	124	124	144				131°0
	» bi-maxilar (maxilar máxima).....	99	96	88	98	110				98°2
	» alveolar posterior.....	43	40	40	44	(?)				52°4
	» máxima del borde alveolar.....	52	50	44	57	59				60°0
	» alveolo-superciliar.....	62	55	53	64	66				60°0
	» de la bóveda palatina.....	79	82	75	74	69				75°8
	» anchura de ídem.....									
Proyecciones	Pre-basilar de la base.....	74	83	79	83	79				79°7
	Pos-basilar ídem íd.....	95°5	93	96	99	95°8				95°8
	Horizontal de la cara al ofrio.....	26	24	26	21	24				
	Facial.....	136°	136°	135°	139°	136°				136°
	Naso-malar de Flower.....									
	Auriculo facial.....									
Angulos.....	Frontal.....	111	104	99	102	101°5				101°5
	Nasal.....	111	115°5	112	113	112°7				112°7
	Ofriaco.....	125	126°6	124	118	125°7				125°7
	Metópico.....	139	138°6	139	145	142				
	Bregmático.....	138	132°4	136	138	136				
	Obélico.....	120	121°6	115	120	119				
	Lambdoideo.....	89	84°7	87°7	85	86°2				
	Iníaco.....									
Cabeza en conjunto.....	Punto en que termina el plano prolongado del agujero occipital.....	L.	AE.	IO.	E.	(?)				73°66
	Cefálico.....	76°55	76°08	73°31	71°27	70°98				36°91
	Craneo-facial.....	40°02	38°31	37°06	36°04	33°16				75°05
	Estafánico.....	84°25	83°09	83°00	88°70	72°22				89°68
	Orbitario.....	88°44	85°53	90°00	88°18	96°25				45°72
	Nasal.....	44°44	38°53	52°17	47°99	45°61				82°20
	Del agujero occipital.....	84°11	78°78	81°81	84°11	(?)				70°00
	Palatino.....	76°09	69°81	58°18	73°07	75°00				74°93
	Basilo-bregmático (vertical).....	77°65	75°04	71°12	74°93	(?)				59°27
	Trasverso-vertical.....	76°65	75°09	73°37	71°27	(?)				52°64
	Facial de Kollmann.....	37°48	51°83	55°00	55°24	44°44				68°08
	Facial de Broca.....	56°69	71°75	65°64	64°12	71°74				45°36
	Basilar.....	43°79	47°16	45°14	45°60	45°14				66°42
	Frontal.....	67°15	70°00	65°92	66°42	66°42				67°18

Medidas de la mandíbula inferior												
CRANEOS	Anchura		Altura		Cuerdas		Ramas		Angulos		Curva	
	Bigoniaica.	Bicondilea.	Sinfisiana..	Molar.....	Goniosinfisiana.....	Condileocondiloidea..	Longitud..	Aanchura...	Mandibular.	Si fisiano..	Bigoniaica..	
Núm. 2.....	103	118	29	25	93	33	66	36	60	101	185	R. C.
Núm. 5.....	105	118	31	29	89	30	50(?)	37	64	105	175	C.

Las medidas que expresa el cuadro precedente no sólo se hallan conformes con lo que dejamos expuesto en la parte descriptiva craneal, y con lo que luego diremos del vivo, sino que también se hallan confirmadas por las que otros antropólogos nos han dado como resultante de sus estudios en mayor número de cráneos, los cuales para poder formar juicio comparativo exponemos:

**Capacidad craneana**

Grupo de isla de Ruk		CABEZA
VIRCHOW	KRAUSE	
Hombres... (8) 1,210 a 1,6 : media 1,431	( 0) media ,344	(5) 1,433 á 1,575: media 1,542
Mujeres.... ( 2) 1,105 á 1,375: " 1,240	(5) " 1,278	"

**DIFERENCIAS**

Varones.....	365
Hembras.....	200

Reuniendo las cifras de los tres cuadros, tenemos para los 40 cráneos de carolinos un volumen de 1,359 en general, cifra que, descontando de ella lo que corresponde á las 17 mujeres, que es de 1,240, se eleva algo más, pues alcanza á 1,439 para los 23 hombres.

Esta cifra, que corresponde casi al volumen más bajo de mi serie, es bastante inferior que la que da mi colección, pues la capacidad media de mis cinco cráneos es 202<sup>cc</sup> mayor que la de los 10 varones medidos por Krause, y excede en 111<sup>cc</sup> á la capacidad de los ocho cubicados por Virchow.

Mis medidas, sin embargo, fueron tomadas con estricta sujeción á las instrucciones de Broca, y repetidas para comprobar su exactitud, por lo que no puedo dudar de ellas, y sólo me explico la considerable diferencia de volumen señalado, ya porque los autores alemanes emplearan otro procedimiento al cubicar sus cráneos, ó porque realmente fueran éstos más pequeños que los míos, por pertenecer unos y otros á tribus de muy distinto desarrollo cefálico, aparte de la influencia hoy reconocida que la talla ejerce sobre el peso del cerebro y la cavidad ósea que lo contiene.

La capacidad craneana media de los micronesios es bastante

menor que la de los europeos; pero también por este concepto sorprende el que la particular de mis cinco cráneos exceda en 8<sup>o</sup> á la capacidad media de los varones adultos naturales de Madrid cubicados por el Dr. Porpeta en el laboratorio de Anatomía antropológica de la Facultad de Medicina.

Las diferencias tan marcadas entre máxima y mínima de las tres series apoyan la idea de que no se trata de una raza fundamental.

### Índice cefálico

	Virchow.	Krause.	Cabeza.	Media total.
Varones.....	(8) 73,4	(12) 72,6	(5) 73,66	(25) 72,8
Hembras. ....	(12) 73,0	(5) 78,0	» »	(17) 74,5

El índice cefálico individual está representado de la manera siguiente:

<i>Dolicocéfalos verdaderos.</i>			<u>Total.</u>	
Varones.....	6	8	3	17
Hembras.....	9	»	»	9
<i>Subdolicocéfalos.</i>				
Varones.....	2	3	2	7
Hembras.....	2	3	»	5
<i>Braquicéfalos.</i>				
Hembras.....	»	1	»	1

Las únicas medidas que tengo noticias se hayan efectuado sobre el vivo en Carolinas, son las que Kubary practicó sobre 227 individuos en el grupo de islas llamado Ruk; su resultado es el siguiente:

	índice cefálico.	Índice de altura.
Varones. (204). ....	69,4	73,3
Hembras (23).....	69,1	73,4

Los micronesios son principalmente dolicocéfalos, según resulta de los datos recogidos en cráneos secos y en vivos; y en los índices de éstos que nos da el anterior estado, reducidos en dos

unidades, descienden á 67, que es casi el límite inferior de las variaciones que el índice cefálico presenta en las razas humanas. Pudiera decirse que, en general, los micronesios siguen á los fidjianos en orden á extrema dolicocefalia; pero en los primeros hay una escala de variación muy extensa, pues aun haciendo caso omiso de las medidas de Kubary, entre el 70,98 del núm. 5 de mi serie y el de 83,8 que han hallado en Palaos Virchow y Krause, existe la notable diferencia de 12,9.

Quizá esto se deba á la mayor ó menor proporción de sangre negra en cada raza, y por tal concepto resultan mis cinco cráneos intermedios por el índice, y aun dos de los ejemplares pertenecerían á mestizos mesaticéfalos, pues su índice es de 76 y 77.

Se ha creído por Krause que en la Micronesia, y sobre todo en las Carolinas, el índice cefálico aumentaba siguiendo de E. á O.; pero esta opinión, fundada en los datos del cuadro que sigue, no se halla confirmada por los de igual género debidos á Virchow, el cual piensa que aquél no tuvo en cuenta más que una sola emigración de malayos, haciendo abstracción de otra que fué dolicocefala, que pudo llamarse indonesia, que también llegó del O. Estos dos elementos, sobreponiéndose el uno al otro y sobre la primitiva población melanesiana, cree Virchow han debido producir resultados más complexos que los expresados por Krause, y tanto más complexos, cuanto que el elemento braquicéfalo de la Polinesia ha hecho su entrada en la Micronesia, no sólo por el O., sino también por el lado del E. por Samoa y Tonga.

KRAUSE		VIRCHOW	
Islas	Índice cefálico	Islas.	Índice cefálico
»	»	Gilbert. . . . .	75,1
»	»	Marshall.....	76,1
Ponapé.....	72,2	Ponapé.....	72,2
Mortlock.....	74,0	Mortlock.....	74,0
Ruk.....	75,5	Ruk.....	73,6
Yap.....	78,5	Yap.....	78,5
Palaos.....	83,8	Palaos.....	83,8

A. CABEZA.

Médico primero.

(Continuad.)



## Consideraciones y datos con motivo de una epidemia de fiebre tifoidea.

### I

El desarrollo de la fiebre tifoidea en un Regimiento de Infantería acuartelado en Lérida, motivó, hace unos meses, la publicación en esta REVISTA de algunas breves consideraciones fundadas en el estudio etiológico de tan temible enfermedad; las noticias que de Melilla comunica la prensa diaria, participando las sensibles bajas, por fortuna hasta la fecha no muy numerosas, ocasionadas por el gérmen tífico entre los soldados de nuestro Ejército en aquel pedazo de suelo africano, expansión de la patria hacia donde hoy convergen el pensamiento y los afectos más vivos de toda España, nos inducen á ocupar todavía la atención del lector con tema parecido.

Una epidemia de tífus abdominal, en la guarnición de Bolonia, ha dado ocasión al doctor Bernardo, distinguido médico del Ejército italiano, para recoger observaciones de innegable interés que inserta el *Giornale médico del R.º Ejército é della R.ª Marina*, correspondiente al mes de Septiembre último, de las que procuraremos dar en este escrito suficiente idea, conservando todo el valor práctico que encierran.

Como en muchas viejas ciudades acontece, y cosa análoga se ha venido notando en la de Lérida, una antigua y profunda infección convierte á Bolonia en predilecto campo de operaciones del bacilo de Eberth, oscilando entre 1 y 20 el número de fallecidos, por esta causa, con excepción de pocos meses. La chispa que parece extinguirse toma á veces proporciones de incendio; y así, mientras que en el transcurso del año 1890 contó la guarnición 24 casos de tífus con 2 defunciones, ingresaron al siguiente en el Hospital, en el corto plazo de sesenta y nueve días, de Septiembre á Noviembre, 244 invadidos, de los que 19 perecieron. Compuesta la guarnición de un promedio de 3.270 hombres, representan los tífódicos el 7,48 por 100; los muertos el 7,7 por 100 de las invasiones y el 0,58 por 100 de la expresada fuerza. Veinte días después de presentarse en los soldados, se declaró la epidemia en la población civil, ascendiendo á 645 las invasiones y á 103 los muertos, conforme á los datos oficiales.

La conducción de aguas potables, en 1832, hizo descender en 113, próximamente, la cifra de fallecidos, deplorable tributo mensual que se ha indicado, pues el agua de los pozos nunca dejó por completo de utilizarse. Como para dicha conducción se aprovechara un arqueológico acueducto romano, suele ocurrir que,

en época de gran sequía, á fines del estío, súrtese de un afluente del río Setta, el Reno, y en vez de agua filtrada lleva á la ciudad líquido elevado por máquina y abundante en microbios, causa, según la mayoría de personas competentes, de la epidemia dotinéntérica. Esta es, por algunos, atribuída á la impureza del agua en los depósitos domésticos, cuyos tubos de desagüe se hallan en relación con los sumideros; y si bien el análisis bacteriológico del agua, al mes de propagada la epidemia, fué infructuoso, no carece de importancia el hecho de que en varias localidades situadas más arriba de Bolonia, junto al Reno, las cuales vierten en esta corriente las aguas inmundas, reinó una epidemia tífica durante el verano y otoño de 1891, al paso que pueblos en la cercanía del Setta quedaron indemnes.

De dos distintos orígenes nace la infección de la capital, según demuestran las curvas que trazan el curso de la epidemia en la ciudad y en los suburbios; existiendo un foco permanente, antiguo, y otro extraordinario, accidental, el que tomó súbitamente incremento en 15 de Octubre, para terminar en 11 de Noviembre, y se juzga muy probablemente debido al agua del acueducto, alterada en su calidad por los gérmenes que impurifican la del Reno.

Las distintas tropas sufrieron la enfermedad en proporción variable, siendo la Compañía de Sanidad la más castigada; pero no puede referirse el exceso de tifódicos en esta al contagio, puesto que ninguno de los individuos que prestaron asistencia á los epidemiados padeció la infección.

Considerable número de atacados se presentaron tardíamente, como pudo apreciarse en el Hospital; circunstancia que no es rara tratándose de la fiebre tifoidea, y se explica por la gradual y lenta aparición de las manifestaciones morbosas, la ausencia frecuente de los escalofríos y de las localizaciones, dando lugar á que el enfermo confíe en una espontánea mejoría. En el curso pudieron apreciarse marcadas diferencias: 19 casos de gravedad extrema tuvieron resultado fatal; hubo 83 casos graves, 86 de mediana gravedad, 11 de tífus abortivo y 32 leves. Los pacientes pertenecían las dos terceras partes á los más jóvenes, y el resto á la edad más adelantada.

## II

El período de incubación pudo fijarse en quince ó treinta días; y es de notar que la epidemia cesó treinta días después de distribuir el agua potable hervida.

Tiene analogía con este hecho la observación de una epidemia de fiebre tifoidea que Gerbault describe en los *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, tomo XIX. Desarrollóse la enfermedad en la guarnición de Auxonne, en los meses de Noviembre y Diciembre de 1890, atacando á 174 individuos, con una mortalidad de 10,3 por 100, y se atribuyó á la contaminación del agua por filtración de materias excrementicias humanas, depositadas, como abono, en terrenos que el conducto recorría. El agua se reconoció como de mala calidad; y aunque no se descubrieron bacilos característicos, vióse la prueba de la infección en el hecho de que, llegados del 12 al 16 de Noviembre á los cuarteles contagiados, algunos reclutas, á quienes únicamente se les había suministrado agua hervida, ninguno de estos enfermó. El médico mayor del Ejército francés, doctor Maljeán, estudiando la existencia de microorganismos en el pan y la conexión que tienen con el polvo de los cuarteles, ha podido notar cuánto favorece el agua la multiplicación del bacilo tifógeno. Sus importantes investigaciones han revelado que el pan, al salir del horno, carece por completo de gérmenes; pero éstos no tardan en aparecer con toda la vitalidad en la substancia alimenticia referida, exterior é interiormente, tras corta permanencia en un aposento del cuartel, procedentes del polvo de la habitación. La mayor parte de las bacterias descubiertas no pertenecían á especies nocivas; sembradas experimentalmente en el pan, observóse que, si bien se conservaban viviendo mucho tiempo, no se multiplicaban. Un hecho muy digno de tenerse en cuenta es que el bacilo tífico vive unos veinte días en la mencionada substancia, sin germinar, aun cuando favorezcan su multiplicación el calor y la humedad; pero dicho bacilo adquiere rápido incremento si el pan se deja en agua, pudiendo, por lo tanto, convertirse en medio muy directo de propagación del funesto gérmen.

### III

Al lado de las formas típicas, en que la fiebre siguió el curso peculiar del ileo-típus, curso únicamente comprobado en 62 casos, presentáronse todas las gradaciones, hasta la más ligera manifestación de un simple catarro intestinal. Opina el doctor Bernardo que estos catarros febriles del tubo digestivo, formas más ó menos atenuadas, que son frecuentes en época de epidemia tífica, débense á microbios diferentes del de Eberth (*bacter. coli, streptococcus pyog. alb., streptococ. long.*), los que provocarían un síndrome parecido al característico del tífus, por determinar la

acción de su toxina desórdenes análogos en el intestino, el bazo, la sangre y la generalidad del organismo.

A este concepto podríamos oponer el emitido por Brouardel, en su conferencia acerca de la propagación de la fiebre tifoidea, ante el Congreso Internacional de Higiene, reunido en Viena, 1887. Comparando las formas de que se trata, con lo que ocurre en la viruela, acepta el insigne higienista como un hecho manifiesto y probado la existencia de una *tifoideoide*, de la misma manera que el clínico diagnostica una *varioloide*; y juzga que debe incluirse en la nosología aquella denominación, debida á Lorain, porque expresa mejor que otra alguna las relaciones de origen ó causales que constituyen el lazo de unión de ciertos estados patológicos del aparato gastro-intestinal. Así, admite como muy probable que esas formas atenuadas preservan al individuo de una nueva infección, y crean la inmunidad relativa de sujetos residentes en comarcas ó poblaciones visitadas por la epidemia tífica.

De aquella apreciación se aparta igualmente el resultado de otras epidemias, el cólera, la difteria, en que las modernas investigaciones han demostrado que el mismo principio morbígeno desarrolla unas veces el cuadro clínico completo, clásico, y otras un conjunto más ó menos indefinido, reunión de síntomas apagados, que ostentan, por decirlo así, el sello borroso de la enfermedad.

Más probable parece la explicación que de tales formas sostiene Reger, y se desprende de las conclusiones presentadas por este autor en el X Congreso Médico Internacional (Berlín, 1890), como consecuencia de minuciosos estudios clínicos y estadísticos.

La obra de Reger acerca de las enfermedades infecciosas, (1) es el fruto de una laboriosidad y perseverancia extraordinarias; y aunque no exenta de serias objeciones, derivadas del punto de vista quizá demasiado exclusivo en que á veces se coloca, es digna de conocerse. Según el mismo, microbios patógenos, causantes de las enfermedades de que se trata, transmitiéndose del hombre al hombre, viven simultáneamente en la economía con otros seres microscópicos; pierden, en ocasiones, su peligrosa virulencia, y otras, merced á circunstancias desconocidas, la recobran. En esta mezcla, á la que vienen siempre á agregarse diferentes especies microorgánicas, llega á adquirir predominio tal ó cual bacteria, mientras otras desaparecen ó sucumben. Su multiplica-

---

(1) *Zur Lehre von den contagiösen Infektionskrankheiten*, von Dr. E. Reger, Stabsarzt am Kadettenhause zu Potsdam, 1890.

ción ó propagación guarda un curso cíclico regular, y de ella son productos los esporos; al quedar éstos libres, en períodos que varían de siete á catorce días, fórmanse materias tóxicas (toxina, ptomaina, toxalbumina) que originan la enfermedad. Mientras se desarrolla esta intoxicación aguda, los esporos, invadiendo un nuevo organismo (infección) ó persistiendo en el primero (autoinfección), comienzan otra vez el desenvolvimiento cíclico de su especie; y, si bien éste se efectúa, por término medio y como regla general, en el espacio de diez días, puede variar algún tanto (1) en virtud de influencias que tienen poder para abreviarlo ó retardarlo.

Las enfermedades específicas, particularmente las que conceden cierta inmunidad una vez padecidas, son causadas por gérmenes específicos, los cuales provocan siempre el mismo síndrome. Exceptuando el sarampión, la mayor parte de ellas aparecen durante varias generaciones como tales enfermedades de carácter específico; pero son muy frecuentemente interrumpidas por otros padecimientos que no revisten este carácter.

Una serie considerable de enfermedades son producidas por una mezcla de microorganismos, que se comprenden con el nombre común de *piococos*. Con arreglo á la composición de la mezcla, ó al terreno en que estos microbios del pus se nutren y propagan, la acción morbígena varía en extremo, y el cuadro clínico recibe los más distintos nombres; á este grupo corresponden las enfermedades purulentas de la piel, de los vasos y ganglios linfáticos, los catarros é inflamaciones de las mucosas y de las serosas y hasta las inflamaciones de los órganos.

En mezcla los piococos con los microbios específicos, pueden sobrepasar la acción de éstos, y así enmascarar la enfermedad, como ocurrirá en el caso de disminución de la virulencia ó de la vitalidad de los segundos, aumento de la virulencia propia de aquellos, ó inmunidad relativa del individuo afecto.

J. DEL CASTILLO,  
Médico primero.

(Se continuará).

---

(1) Esta completa evolución, hasta alcanzar el microorganismo su perfecta madurez, con la producción de la toxina, causante de las manifestaciones morbosas, requiere, según Reger, doce días, por término medio, en el sarampión; catorce en la rubéola y la varicela; dieciocho á veinte en la parotiditis; de siete á catorce en la escarlatina, difteria, influenza, pneumonía, conjuntivitis, reumatismo articular y en las determinadas por los microbios del pus.

## PRENSA Y SOCIEDADES MEDICAS

**Desprendimiento retiniano.—Cauterización de la esclerótica.**— En un artículo suscripto por el Sr. Presas, oculista del Hospital de Santa Cruz, de Barcelona, se hacen las siguientes consideraciones sobre la terapéutica del desprendimiento retiniano:

«Sabido es que en el estado fisiológico, la retina se halla completamente aplicada á la coroides; pero cuando por un accidente cualquiera aquélla se separa en una porción mayor ó menor de dicha coroides mediante la formación de un cuerpo líquido ó sólido, tiene lugar el desprendimiento de la retina. Enfermedad gravísima y que hasta hace poco tiempo era considerada incurable á pesar de los múltiples medios que se habían empleado para lograr siquiera un éxito mediano. Excuso decir que me refiero al desprendimiento retiniano espontáneo debido á la formación de un líquido entre ambas membranas, ya que en el debido á la producción de un tumor, es evidente la pérdida del ojo.

Generalmente esta afección es patrimonio de la miopía; pero su causa eficiente escapa á nuestros sentidos, siendo este el principal motivo del atraso en que nos hallamos respecto á la terapéutica de enfermedad tan temible, que figura entre las causas de la ceguera en 73 por 1.000 (73 por 1.000) (1) y ha dado lugar á gran número de ensayos terapéuticos que, después de haber logrado cierta fama durante un tiempo mayor ó menor, han caído por fin en el olvido más profundo.

De entre los diferentes métodos terapéuticos, merecen especial mención la posición horizontal unida á la comprensión del ojo verificada por medio de un vendaje, la medicación derivativa practicada sobre todo con las inyecciones de pilocarpina, las depleciones sanguíneas locales, las fricciones mercuriales y los revulsivos periorbitarios. Como procedimientos operatorios se ha practicado la punción de la esclerótica con el objeto de dar salida al líquido patológico que separa dichas membranas y facilitar su reaplicación; la iridectomía, la dislaceración de la porción desprendida de la retina, que tenía por objeto hacer pasar el líquido post-retiniano á la cámara vitrea; la inyección de líquidos irritativos como la tintura de yodo en el seno del derrame; la aspiración de éste por medio de una jeringuilla, el drenaje practicado por medio de un hilo metálico, y, finalmente, la aplicación de una sutura con la idea de reunir la retina á la coroides y esclerótica.

En la clínica del Hospital de Santa Cruz se han ensayado la mayor parte de estos tratamientos, y con ninguno de ellos se ha obtenido una curación duradera.

No ha sucedido lo mismo con el que ha adoptado últimamente el doctor Barraquer, y que hemos practicado juntos en varios casos, y que consiste en la aplicación de un vendaje compresivo juntamente con las cauterizaciones punteadas de la esclerótica, practicadas con el termo-

(1) Estadística de Colón.

cauterio en la región que corresponde á la parte de retina desprendida.

Este tratamiento es sencillo, poco molesto, ya que no obliga á guardar cama, y el enfermo puede dedicarse á algunas ocupaciones; el ojo está sujeto á la compresión durante todo el tratamiento, que suele durar unos tres meses. Las cauterizaciones se practican de la manera siguiente: previamente cocainizado el ojo, se pone á descubierto la parte inferior del mismo, sitio habitual del desprendimiento, haciendo dirigir la mirada hacia arriba y deprimiendo fuertemente el borde palpebral inferior; la anestesia permite privarnos del uso del blefarostato y de la pinza de sujeción. Luego se aplica la punta de un termo-cauterio delgado en el sitio designado anteriormente sobre el globo del ojo, hasta que se ha destruido la conjuntiva y las primeras capas escleróticas, repitiendo esas cauterizaciones puntiformes en diferentes puntos.

La reacción es muy moderada si se tiene cuidado en mantener el ojo limpio y al abrigo de toda infección.»

Sigue á esto la exposición de tres historias clínicas que corroboran lo dicho por el autor, y termina el escrito con la apreciación siguiente:

«¿Cómo obran las cauterizaciones en el desprendimiento de la retina?

Á nuestro entender, la inflamación sustitutiva que éstas producen, aunque moderada, sería con probabilidad razón suficiente para explicar la reabsorción del derrame y por ende la reaplicación de la retina desprendida. El vendaje compresivo, coadyuvando al mismo fin, constituye uno de los factores importantes del tratamiento, ya que es el regulador por excelencia de la tensión intraocular en estos casos, como lo prueba la última observación.»

(*Rev. de cienc. médicas.*)

\*  
\*  
\*

**Gota.—Licetol.**—Según el doctor Wittzsch, el tartrato de dime-tilpiperazina (*licetol*) puede reemplazar con ventaja á la piperazina en el tratamiento de la gota. El licetol posee, como la piperazina, la propiedad de disolver el ácido úrico; presentando al mismo tiempo la ventaja de tener un sabor acidulado agradable. Sus soluciones acuosas azucaradas tienen el sabor de una limonada que pueden emplearse durante mucho tiempo sin provocar repugnancia alguna.

Bajo la influencia del uso prolongado del licetol ha notado el doctor Wittzsch la disminución de los cálculos urinarios en sus enfermos, coincidiendo con esta beneficiosa modificación el aumento marcado de la diuresis y la desaparición de los ataques de gota que antes se presentaban con frecuencia y á intervalos bastante regulares.

(*Sem. Med.*)

\*  
\*  
\*

**Tuberculosis.—Menta piperita.**—El favorable resultado obtenido en 1888 por el doctor Braddón en varios casos de tuberculosis pulmonar, merced á las inhalaciones de menta, ha inducido al doctor Carasso, Médico militar del Hospital de Génova, á emplear un método de tratamiento que consiste en la inhalación continua del aceite esencial de menta piperita y en la administración de una solución alcohólica de

creosota con glicerina y cloroformo, á la cual se añade el 1 por 100 de menta piperita.

El éxito alcanzado por este método de tratamiento ha sido completamente feliz, puesto que se ha obtenido la curación de la tuberculosis, no sólo en los casos en que ésta se hallaba en el primer periodo, sino en los casos avanzados en que las cavernas eran numerosas y grandes, y considerable el número de bacilos. Se ha observado siempre la disminución gradual del bacilos de Koch en los esputos; llegando á ser completa la desaparición de estos microorganismos al cabo de 13 ó, á lo más, de 60 días. Disminuyen también, desde luego, la tos y la expectoración; desaparecen los sudores nocturnos, y la nutrición aumenta rápidamente, gracias á la alimentación forzada. Reaparece gradualmente el sonido normal á la percusión, y se llega á percibir por la auscultación el murmullo vexicular; en una palabra, se obtiene todos los síntomas de una restitución *ad integrum*. Cuando el proceso pulmonar iba acompañado de fiebre, desaparece ésta á los pocos días de tratamiento.

Estos resultados han sido apreciados en 39 casos de tuberculosis en todos sus periodos, pero en un sólo pulmón; y demuestran que la menta piperita en inhalación produce una acción bactericida inmediata sobre el bacilo de la tuberculosis, y que esta acción se suma á la que ejerce mediatamente esta misma substancia introducida en el organismo por la vía gástrica.

(*Giorn. med. del R.º essército.*)

---

## NECROLOGIA

---

La prematura muerte del distinguido Oficial del Cuerpo, señor Sánchez Hernández, acaecida en el mes actual, ha sido una pérdida importantísima para la Sanidad Militar española. Joven, ilustrado, animoso, y reputado como una notabilidad en el arte de la Cirugía, hubiera contribuido á mantener y ensalzar el prestigio que goza nuestra Corporación, si una traidora dolencia no le hubiese arrebatado la vida en la época precisa en que todo parecía sonreírle.

La REVISTA acompaña á la familia del Sr. Sánchez Hernández en el sentimiento que la atormenta, pesar que — estamos seguros de ello — aflige por igual á todos los que conocieron y trataron á tan estimado compañero.

D. MÁXIMO SÁNCHEZ Y HERNÁNDEZ obtuvo el nombramiento de Médico provisional en 24 de Diciembre de 1875, é ingresó en el Cuerpo, previa oposición, el 28 de Febrero de 1877.

Prestó sus servicios en el Regimiento Infantería de León, en el Hospital Militar de Madrid y en la Brigada Sanitaria, y ascendido á Médico primero en Febrero de 1891, fué destinado al

Batallón Cazadores de Manila, á cuyo Cuerpo pertenecía cuando le ha sorprendido la muerte.

Fué comisionado en varias ocasiones para efectuar estudios en el extranjero, y estuvo encargado durante mucho tiempo de la instrucción de la Brigada Sanitaria.

\*  
\*\*

En el momento de entrar en prensa este número llega á nosotros la triste noticia del fallecimiento de un distinguido Jefe y queridísimo amigo nuestro, el Sr. Torrecilla y Albide.

Pensando en el duelo que esta desgracia trae á una familia cariñosa, afligida ya por otro quebranto del mismo género, no acierta la amistad á hacer sentir ni siquiera á manifestar la pena que experimentan á estas horas todos los que trataron con alguna intimidad al que siempre se mostró como padre amantísimo, honrado ciudadano, militar intachable y consecuente amigo.

Descanse en paz el bueno de D. Carlos—como le llamaban sus antiguos camaradas—y al resignarse sus hijos ante la voluntad del Todopoderoso, sírvales de lenitivo á su pesar la satisfacción de llevar un apellido que, dentro y fuera del Cuerpo de Sanidad Militar, evocará por mucho tiempo recuerdos de afecto y gratitud que honrarán la memoria del bondadoso padre que han perdido.

D. CARLOS TORRECILLA Y ALBIDE fué nombrado, previa oposición, Médico de entrada en el Cuerpo de Sanidad Militar el 19 de Mayo de 1857, ascendió por antigüedad á Médico mayor en 21 de Marzo de 1882, y á Subinspector médico de primera clase en 8 de Agosto de 1893. Fuera de cinco meses que estuvo voluntariamente separado del servicio, toda su carrera la pasó en actividad, desempeñando casi todas las funciones encomendadas á las diversas categorías del Cuerpo.

Como Oficial Médico prestó servicio en los batallones de Cazadores de Cataluña, Chiclana, Baza y Talavera; en el regimiento Infantería de Castilla, tercer regimiento de Artillería, Depósito de Ultramar de Cádiz y Hospitales Militares de Madrid, Algeciras, Santoña, Logroño y Teruel. Perteneció al Ejército de Africa, con el cual tomó parte en varias acciones de guerra y en la batalla de Tetuán; prestó igualmente servicios de campaña durante la guerra civil, asistiendo con los Cuerpos á que estaba agregado á los combates de las Amézcuas y á la acción de Muñecas-Galdames.

Como Médico mayor estuvo hecho cargo de la Dirección del Hospital de Ciudad-Rodrigo, pasando luego al de Madrid, y pos-

teriormente á la Junta Especial de Sanidad Militar en la Superior Consultiva de Guerra.

Por último, desde su ascenso al empleo de Subinspector, desempeñó sucesivamente la Jefatura de servicios del Hospital de Valladolid, la de un Negociado de la Inspección general del Cuerpo y el cargo de auxiliar en el Ministerio de la Guerra. Al acaecer su muerte, figuraba en el cuadro eventual, con residencia en Madrid.

Había obtenido el empleo de Médico mayor supernumerario por méritos de guerra, y por este mismo concepto se hallaba en posesión de la Cruz de Isabel la Católica, Cruz Roja del Mérito Militar y varias medallas conmemorativas.

## VARIEDADES

Al terminar las oposiciones de ingreso últimamente convocadas, han sido propuestos para cubrir vacante de Médico segundo los trece opositores siguientes, cuya calificación se detalla en el adjunto cuadro, con arreglo á los puntos obtenidos en cada uno de los ejercicios.

NOMBRES	NUMERO DE ORDEN POR LOS PUNTOS OBTENIDOS			
	Después del primer ejercicio.	Después del segundo ejercicio.	Después del tercer ejercicio.	Al terminar las oposiciones.
D. Antonio Mallo y Herrera..	8	1	1	1
» Antonio Vicente y Clavel..	10	2	2	2
» José Valderrama Martínez	7	3	3	3
» José Calleja y Pelayo.....	17	10	9	4
» Domingo Espinos Villaplana	25	14	7	5
» Antonio Casares y Gil....	2	4	8	6
» Jerónimo Durán y Cottés..	5	6	11	7
» Benito Villabona y Soriano.	12	7	4	8
» Manuel Martín y Costea....	30	11	6	9
» José de Benito y Marín....	18	12	14	10
» Enrique Redó y Vignau....	4	5	10	11
» Juan M. del Río y Balaguer	6	9	12	12
» Rosendo Castell y Vallespi.	11	8	5	13

\*  
\* \*

Uno de los directores de esta REVISTA, el Sr. Aycart, saldrá dentro de pocos días de Madrid, por haber sido comisionado, de Real orden, para concurrir con representación oficial al Congreso Médico Internacional de Roma. Además lleva el encargo de hacer un estudio especial del material sanitario y del servicio de ambulancias de los ejércitos italiano y francés.