

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO IX MADRID 15 DE OCTUBRE DE 1895 NÚM. 200

FIEBRE AMARILLA ⁽¹⁾

Prescindiendo, por el momento, de ciertas cuestiones de detalle, referentes á las ideas generales que han dominado respecto á la naturaleza de la fiebre amarilla, es digno de hacerse notar que, á partir de las primeras opiniones concernientes á esta enfermedad, han predominado en la ciencia dos criterios fundamentales, que sin relación aparente entonces, la tienen y muy íntima en la actualidad. Uno, el más generalmente admitido, y cuya aceptación se imponía precisamente por la violencia y gravedad del cuadro sintomático en función con determinadas condiciones del suelo, de la temperatura y de los individuos atacados, se refería á admitir una influencia morbígena desconocida, desarrollada espontáneamente y vinculada en condiciones ajenas al organismo atacado, y otro, tomando como base de deducción los mismos datos clínicos, atribuía la enfermedad á un envenamiento de la sangre por alteraciones de otros humores.

Ambos criterios tenían lógica razón de sustentarse en la época en que se admitían, á pesar de que algunos autores modernos los critiquen calificando de inexcusable ligereza el atribuir la enfermedad á envenamiento por la bilis ó por la urea. Es preciso tener en cuenta que por el estudio de los síntomas y los datos anátomo-patológicos que la clínica y las necropsias suministraban, no podían deducirse consecuencias de índole más cierta, pues no permitiendo los medios de investigación esos aquilatamientos, mal podía prescindirse de los únicos datos que la clínica diera, que aún hoy, teniéndolos y existiendo como base ya establecida la microbiología, no se ha logrado más que suponer, desde luego fuera de toda duda, que el productor de la enfermedad es un microorganismo que actúa por determinadas sustancias que elabora. Descartando el que esos envenamientos los conceptuaban como iniciales, no puede negarse que consecutivamente se presentan estos ciertamente por otras alteraciones que entran de lleno en el terreno de la microbiología.

(1) Véanse los números 196, 197, 198 y 199.

Conceptuada, casi desde un principio, la fiebre amarilla como proceso infeccioso, ha sido objeto de investigación directa su causa productora, sin haber logrado hasta el presente, por desgracia, una determinación bacteriológica exacta.

Prescindiendo de algunas observaciones que carecen de todo valor en la actualidad, tales como las de Rhees, Luzeau, Blaer, Hassal, Alveranga, etc., haremos mención de algunos trabajos llevados á efecto en ese sentido, sin embargo de haber sido desechados como erróneos á pesar de la importancia que en principio se les diera.

El doctor Freire (de Río Janeiro), en 1880, consideró resuelto el problema, deduciendo de sus estudios que en todos los humores procedentes de enfermos de fiebre amarilla existe un número considerable de microorganismos de origen vegetal. Esos microbios parecen ser bacterias y criptococos procedentes de granulaciones moleculares negruzcas, que se presentan aisladas unas veces, y otras de color amarillento formando masas amorfas. De entre estos gérmenes algunos se prolongan para convertirse en vibriones y después en bacterias, que aparecen unidas por sus extremos dos á dos. Al lado de estas producciones y procedentes también de las granulaciones, véanse células de criptococos que crecen progresivamente rodeándose de una corona negruzca que se ensancha; en este estado se aproximan para fecundarse, y se rompen á poco dando salida á un grandísimo número de granulaciones que siguen las mismas evoluciones que las primeras, en un período de dos á tres días.

La coloración negra del vómito la atribuye Freire á la acumulación en el estómago de los restos de criptococos adultos proliferados, así como los vómitos amarillos tampoco procederían de las sustancias colorantes de la bilis, sino de una materia amarillenta que también poseen dichos criptococos.

Según el doctor Freire, el modo de efectuarse la infección es el siguiente: los gérmenes infecciosos entran en el organismo lo más probablemente por la vía gástrica, de donde pasan al torrente circulatorio, trastornando profundamente la circulación y produciendo congestiones en muchos órganos, así como determinada acción estimulante sobre el corazón; de aquí la fiebre, cuya intensidad está en razón directa del número de gérmenes en evolución. La compresión ejercida por los microbios sobre los centros nerviosos, explicaría, según Freire, la cefalalgia gravativa que tan constantemente se presenta.

Los parásitos *xantogénicos* viviendo á expensas de las sustancias albuminóideas de la sangre, hacen que ésta fije escasamente

el oxígeno, verificando una hematosis deficiente que pudiera explicar la opresión y la respiración anhelosa de los enfermos. La temperatura descende, se presentan las hemorragias por las mucosas á causa de la menor densidad de la sangre, aumentada por las filtraciones albuminosas. Los detritus de los criptococos impregnados del pigmento amarillo, se disuelven en la sangre, comunicando á todos los tejidos esa coloración especial que se atribuye á una reabsorción de la bilis.

Acumulándose los restos de los criptococos en los riñones obliteran los canaliculos urinarios, dando lugar á la anuria y á la uremia consecutiva que sustituye á la albuminuria.

Para demostrar que el criptococos era efectivamente la causa de la enfermedad, el doctor Freire ha hecho las siguientes experiencias: De la sangre del corazón de un individuo muerto á consecuencia de la fiebre amarilla, y en la que existían criptococos en diferentes fases de desarrollo, inyectaba un gramo en la safeña de un conejo; al cuarto de hora es atacado de convulsiones tetánicas y muere. La autopsia muestra congestión de las vísceras análoga á la que se observa en la fiebre amarilla, encontrándose en la sangre del conejo los mismos criptococos. La sangre de este conejo la vuelve á inyectar en cantidad de un gramo, produciéndose la muerte en algunas horas; en la sangre de este segundo animal se encuentra el criptococos, y en las vísceras se aprecian las mismas lesiones que en la fiebre amarilla.

Freire ha determinado, en la materia negra de los vómitos, la existencia de una ptomaina que se presenta bajo la forma de un líquido acre ligeramente amarillento, haciendo depender su procedencia de la envoltura celular del micrococcus. Afirma dicho experimentador que la fiebre amarilla la ha reproducido inoculando á algunos animales, no sólo sangre procedente de un individuo que haya sucumbido á la infección, sino también con una infusión cultivada de la tierra de un cementerio, como lo hizo con la del Jujuruba, donde habían sido enterrados un año antes individuos muertos de fiebre amarilla.

Harrison, Island y S. Moxley han repetido las experiencias de Freire, obteniendo resultados completamente distintos á los expuestos por éste. Han demostrado que se puede producir la muerte segura y rápidamente, inyectando caldo de gallina en el cual se había cultivado á alta temperatura cualquier clase de tierra sin esterilizar, dándoles el mismo resultado la tierra del campo, la carne de un individuo muerto de fiebre amarilla y de la de otro que hubiera sucumbido por otra enfermedad.

En cuanto á los micrococos, estos autores opinan que se encuentran en toda clase de tierras.

Cornil interpreta los dibujos que Freire ha dado de los micrococos como correspondientes á corpúsculos accidentales.

Otros autores han encontrado en la sangre de individuos muertos por la fiebre amarilla microorganismos diferentes en absoluto del de Freire, y, sin embargo, pretenden inocular con ellos la fiebre amarilla.

Gibier, que en un principio admitió la opinión de Freire, ha declarado más tarde que, según nuevas investigaciones suyas, ha obtenido resultados contradictorios á los observados en unión de Freire, no habiéndole sido posible en algunas ocasiones, á pesar de los cuidados tenidos en la experimentación, encontrar en la sangre ni en las orinas el microorganismo señalado por este autor. En cambio describe como agente productor de la fiebre amarilla á un bacilo encontrado en la materia negra del intestino, que unas veces es recto y corto y otras más largo y encorvado. La inoculación de una corta cantidad de su líquido de cultivo mata á los animales, en los cuales se observan síntomas semejantes á los que se presentan en la infección.

El doctor Carmona (de Méjico), en 1882, ha hecho los mismos estudios que Freire, los cuales le han inducido á hacer constar la existencia de un prodigioso número de granulaciones elementales en las materias vomitadas, en la orina, en la sangre, etc., á cuyo crecimiento y multiplicación atribuye los desórdenes funcionales y orgánicos característicos de la infección amarilla.

Dichas granulaciones, denominadas por su autor *zoosporos*, se segmentan y granulan en su crecimiento presentando en su superficie tubos miceliares, cuya extremidad libre se abulta rápidamente hasta hacerse esférica, teniendo en su periferia una capa superficial de vaxículas.

Estas vaxículas aumentan de volúmen, se hacen granulares, y constituyen el origen de nuevas generaciones iguales á las de que proceden.

El doctor Lacerda (del Brasil), descubre como agente productor de la fiebre amarilla á un organismo vegetal (*columelos polymorfos*), el cual está representado por un simple tubo miceliar que se descubre por un finísimo filamento del que nacen pequeñas células, las cuales al llegar á cierto estado de desarrollo se desprenden, se hacen independientes, aumentan de volumen, y adquieren un protoplasma granuloso que acaba por romper la cubierta celular.

Este autor opina que el parásito que él describe penetra en él

organismo por la vía digestiva, y germina y se desarrolla en el hígado, partiendo de esta víscera los elementos productores de la infección de la sangre.

Finlay y Delgado atribuyen la fiebre amarilla al *tetrágono*, así como Cornil y Babes á microorganismos indeterminados todavía.

El doctor Sternberg (de los Estados Unidos), estudió en 1888 la fiebre amarilla experimentalmente. De la comisión que por el Gobierno español se nombró con el fin de seguirlas investigaciones de dicho señor, formó parte nuestro ilustrado compañero, doctor Clairac, el cual, refiriéndose á los resultados obtenidos en dichas investigaciones bacteriológicas, dice:

«La segunda comisión del doctor Sternberg me había hecho concebir esperanzas de haber hallado algo concluyente y que pudiera dar con el microbio patógeno de la fiebre amarilla; pero un estudio concienzudo de la cuestión hizo que más tarde el mismo Sternberg publicara un trabajo dando cuenta de que nada se había progresado en este asunto. Hasta esta época no se habían hecho las investigaciones en las condiciones favorables que entonces se llevaron á cabo. Las autopsias se hicieron al poco tiempo de la muerte y con la prolija minuciosidad necesaria á evitar toda infección cadavérica ó externa. Se aislaron multitud de microbios; tomados en las diferentes partes del aparato digestivo y separados los que se pudieron clasificar fácilmente, quedó solamente el señalado con la letra E, como pendiente de mayor estudio, y con él se hicieron ensayos y experimentos que permitieron clasificarlo como el de la enterocolitis descrito por Ehrenberg. No he mencionado el microbio *chromógeno* de Gibié, porque si bien es verdad que este señor aisló, y presentó á la Academia de Ciencias Médicas de la Habana un microbio que segregaba ó producía una substancia negra, también es cierto que cuando invitado por el Sr. Sternberg á tratar de hacer nuevas siembras, con el rigor técnico necesario, jamás se obtuvieron colonias del tal microbio, que parece haberse producido por una infección del tubo.»

Babés y con él Roux opinan que los cuerpos negruzcos y las granulaciones que han sido consideradas por Freire, Carmona y Lacerda como microorganismos, tienen más parecido con corpúsculos de pigmentum y filamentos vegetales.

Sin insistir más en la exposición de trabajos bacteriológicos análogos que, como vemos no han resuelto nada en definitiva de un modo terminante, pudiera admitirse lógicamente que en las experiencias verificadas con productos patológicos se ha

inyectado en condiciones de acción directa el agente productor de la fiebre amarilla, y que los resultados obtenidos, respecto á las reacciones consiguientes, concuerdan con la intensidad de determinados síntomas de infección, indudablemente debidos á toxinas elaboradas por el agente vivo; de aquí que el cuadro clínico se asemeje en gran modo á una intoxicación rápida é intensa.

MIGUEL SLOCKER.
Médico primero

(Continuará).

Los primeros auxilios en el campo de batalla y el paquete de cura individual

La debatida cuestión del servicio sanitario en las primeras líneas de fuego, que aún puede considerarse sin resolver de una manera satisfactoria por la complejidad del problema y las dificultades prácticas que ofrece, ha sido objeto de un estudio interesante, publicado en *La Semana Médica*, por el Dr. L. de Santi, Médico militar francés.

Digno es de ser conocido este trabajo, más que por la novedad de las apreciaciones que encierra con relación á la experiencia adquirida en las últimas campañas, por las que le sugiere la consideración de las mayores dificultades que en la práctica se han de suscitar con el uso de las armas modernas de repetición. Pero sin adelantar juicios por nuestra parte, nos limitaremos por hoy á dar á conocer dicho estudio en toda su extensión.

I

La cuestión relativa á la suerte reservada á los heridos después del combate, es, como se sabe, una cuestión moderna. En la antigüedad y hasta en la Edad Media, el arma blanca fué la única usada, y después de la exasperación del combate, en la embriaguez de la victoria y de la sangre, ella era la que concluía su obra mortífera cebándose en los vencidos y en los heridos. Apenas algunos puñados de sobrevivientes, destinados de antemano á la esclavitud ó á formar en el séquito triunfal del vencedor, á veces á algún odioso sacrificio, eran respetados entre los más robustos y los más válidos de la cohorte vencida. El resto quedaba siendo la presa de lo más ínfimo y perdido de las tropas victoriosas. Así, nada de impedimenta de la parte de los vencidos; toda herida les condenaba forzosamente á la muerte, y esto es lo que explica acaso la realización de tantos actos heroicos.

Del lado de los vencedores, la suerte de los heridos no fué tampoco al principio mucho más brillante. La mayor parte sucumbían faltos de cuidados, ó bien, abandonados por sus compañeros de armas, no conservaban la vida sino á costa de espantosos sufrimientos ó de mutilaciones aún más horribles y crueles.

Con el feudalismo, y merced al poder del dinero que iba elevándose poco á poco como antagonista de la fuerza bruta, la condición de los heridos cambió, al menos para los privilegiados. Los nobles é hidalgos fueron conservados en calidad de rehenes; y como á menudo seguían su suerte sus médicos, sus barberos, y hasta sus capellanes, de ahí que pudieran hacerse tratar por sus propios servidores ó por los del vencedor.

Pero no cupo ya la misma suerte á los campesinos, á los pobres diablos que guerreaban por obediencia á sus amos ó que estaban á sueldo entre sus gentes: para ellos la situación siguió siendo la misma. Hay que leer en Ambrosio Paré, á la sazón muy joven y cirujano á sueldo del Coronel de Montejean, el relato de sus primeras impresiones del campo de batalla; ningún documento, en medio de su terrible sencillez, es más elocuente que ese texto edificante que tan á menudo ha sido mencionado.

Era, como es sabido, en 1536, en una de esas brillantes travesías de los Alpes que hacían preguntarse á los italianos si los franceses, súbitamente aparecidos, caían realmente del cielo. Una fortaleza italiana, defendida por un valeroso capitán, cerraba el collado de Susa; fué tomada á viva fuerza después de haberle intimidado vanamente que se rindiera, y su guarnición pasada á cuchillo, sin más excepción que una hermosa joven que vivía en el fuerte, y que se reservó para sí, como botín, uno de los capitanes vencedores.

Ahora bien: ¿créese que semejantes actos de salvajismo provocan de parte de Ambrosio Paré la menor protesta? En modo alguno. Estaban tan de acuerdo con los hábitos y costumbres de la época, que todo el mundo los hallaba naturales: era el *vae victis* en toda su crudeza; era la ley de la guerra. Pero de súbito, al día siguiente, cuando el joven cirujano vió á los heridos franceses, sus camaradas de la víspera, abandonados sobre el árido y helado suelo, bañados en su sangre, agonizando en medio de atroces dolores, implorando socorro, ó, más desdichados aún, torturados por gente empírica cuya principal terapéutica consistía en la aplicación del hierro candente, entonces se sintió emocionado, y despertóse en su corazón esa inmensa conmiseración que hubo de valerle el ser llamado «nuestro padre» por los heridos, y que debía conducirle á trazar la reforma de la Cirugía.

Y, sin embargo, después de Paré, hay que recorrer más de dos siglos para encontrar, en la historia militar, un nuevo grito de piedad humana, un nuevo esfuerzo de caridad para los heridos. La horrible miseria que desoló á Francia durante la guerra de *Treinta años* (1618-1648) vió por lo menos nacer á San Vicente de Paul; pero sobre el campo de batalla no parece sino que las guerras civiles hayan ahogado, por el contrario, todo sentimiento de humanidad y todo generoso impulso. ¿Quién, por ejemplo, no ha sentido el corazón oprimido leyendo las Memorias de Montluc ó de d'Aubigné¹ relativas á esa época desastrosa y terrible?

El mismo Luis XIV, á pesar de su fausto, nada hizo para mitigar la suerte de sus heridos en tiempo de guerra. Cierto que creó para los tiempos de paz los Inválidos y los hospitales militares; pero el campo de batalla, bajo su reinado y durante todo el período que da comienzo al siglo décimo octavo, conservó su carácter odioso: todo herido contraía en él, casi irremisiblemente, el tétanos, la infección purulenta ó la podredumbre de hospital. En cuanto á la miseria del soldado en aquella época, no hay más que ojear, para conocerla, las cartas del Mariscal de Villars.

Después de Paré, el primero que reaccionó contra semejante barbarie, contra ese increíble abandono de los heridos, no fué, sin embargo, un hombre humanitario, sino un calculador. Mucho antes que los franceses y americanos, había sido el primero en computar, por decirlo así, el precio de un soldado, en calcular la pérdida bruta que resulta del abandono de un herido y en decidir, como consecuencia, la creación de un servicio de socorro de primera línea. Ese capitán, avaro de la sangre de sus soldados, fué Federico II. Nadie en el mundo, sin embargo, menos apto que ese déspota para hacer que la humanidad se aprovechara de un progreso cualquiera. Brutal, autoritario, infatuado y engreído de sí mismo hasta el punto de prescribir á sus cirujanos los casos en los cuales debían proceder á la amputación de sus heridos, parecía más bien á propósito para agarrotar que para activar la anulación de sus *Feldscherer*. Pero, por una singular fortuna, á la que no dejó de contribuir Francia, Federico encontró para su obra admirables auxiliares (1).

No se conoce en Francia esa admirable pléyade de cirujanos de Federico II sino por los sarcasmos de que les cubrió la brillante al par que ligera Academia de Cirugía. En realidad, Bilguer, Schmücker y Theden fueron los padres de la cirugía del campo

(1) GEORG. FISCHER. *Chirurgie vor hundert Jahren. (Kriegschirurgie unter Friedrich dem Grossen, Leipzig, 1876, in-8.º passim.)*

de batalla, los verdaderos organizadores del servicio de Sanidad en campaña. Espíritus serios, profundos, si bien pacientes y metódicos, viviendo, por otra parte, la vida del soldado, compartiendo lo mismo su buena que su mala estrella, fueron los primeros en hallar en su experiencia las reglas fundamentales del tratamiento de las heridas producidas por armas de fuego, de los primeros auxilios y de las evacuaciones. Y si cabalmente ciertos cirujanos de grandes alientos, como Garengéot, Ledran, Petit, Lapeyronie, estuvieron en desacuerdo con ellos, débese á que éstos, cirujanos en jefe de los ejércitos franceses, establecían, no ya sobre el campo de batalla, sino desde su mismo gabinete de trabajo, los principios de esa cirugía.

Como quiera que sea, fué en la guerra de *Siete años* (1756-1763), en el sitio de Schweidnitz y en la batalla de Torgau, cuando Schmücker organizó las primeras ambulancias del campo de batalla; ambulancias de retaguardia ó de segunda línea destinadas evidentemente á no entrar en juego hasta el final, y á menudo hasta el día siguiente de un combate, pero que, tal cual eran, constituían un inmenso y positivo progreso realizado.

Hay que recordar, por otra parte, que las condiciones del combate eran entonces muy distintas de las que hoy rigen. La artillería no existía, por decirlo así; el fusil de infantería era de un alcance tan corto, que las ambulancias podían avanzar sin temor hasta la línea de fuego; además, el abasto de municiones era tan lento y la eficacia del tiro tan mediocre, que apenas si cada soldado contaba con los cartuchos indispensables; que para poder matar á un hombre se necesitaba dos veces su peso de plomo, y que casi siempre el arma blanca era la que daba fin al combate.

Sabido es, sin embargo, que á fines del siglo XVIII se realizó un progreso considerable en la artillería de combate. Las piezas, sobre todo en Francia, se construyeron más ligeras, mejor calibradas, sus accesorios fueron más completos. Al mismo tiempo, con la Revolución francesa surgía una táctica nueva, rápida, osada, ofensiva, en la cual la artillería desempeñaba un papel preponderante. Ante esa táctica, las ambulancias, ó mejor, los hospitales de campaña de Schmücker (*Feldspitáler*) no pudieron ya bastarse: fué necesario improvisar un servicio de socorros de primera línea y hasta de vanguardia.

Percy y Larrey fueron los dos cirujanos que crearon este servicio.

Con todo, sería erróneo imaginar, como se ha repetido á menudo, que este progreso fué una de las múltiples creaciones del genio militar de Napoleón; fué, por el contrario, en el ejército del

Rhin—y debido á la libre iniciativa de los dos cirujanos mencionados—donde tomaron su origen las *divisiones de cirujanos* y las *ambulancias volantes*.

Si el emperador adoptó más tarde estas últimas, fué menos por convicción que por simpatía hacia Larrey, cirujano en jefe de su guardia, y también porque siempre se mantuvo fiel á este principio de conservar y de apropiarse, para mayor gloria suya, todas las conquistas y todas las glorias de la Revolución. Y Larrey era ante todo un maravilloso instrumento de reputación, circunstancia que explica acaso la preferencia de que fué objeto en perjuicio de Percy, verdadero cirujano de la escuela de Federico II, pero cuyo altivo carácter no hubiera podido plegarse sin esfuerzo ante las exigencias ó veleidades del nuevo amo.

En cuanto al emperador, por muy admirador que fuera de Federico, su cerebro latino se negó siempre á comprender la importancia económica de la conservación de los heridos. El soldado válido fué para él un preciosísimo instrumento, el soldado herido no fué otra cosa que una impedimenta. Vuélvase á leer, si no, sus instrucciones á sus Generales en jefe: recomiéndales incessantemente la salud del soldado; protesta á veces con extrema violencia contra lo que nosotros llamamos hoy la «falta de higiene» de sus tropas; pero no tiene ninguna piedad, ninguna conmiseración, ni prevé nada para el soldado enfermo ó herido.

No quiero detenerme aquí evocando el doloroso recuerdo de los apestados de Jaffa, que antes del levantamiento del sitio general en jefe del ejército de Egipto es acusado formalmente de haberlos hecho envenenar; no quiero evocar tampoco el de los 4.000 soldados de Bautzen, acusados, con ó sin razón, de haberse mutilado en el fuego, y que el emperador, sin la intervención de Larrey, hubiera hecho fusilar; pero ¡qué cuadro más desconsolador y terrible el de esas retiradas de España y de Rusia, donde nada había sido previsto para los heridos y enfermos, y en que todo lo que andaba rezagado ó arrastrando era sacrificado por el enemigo! Y aun en los mismos triunfos, ¡cuán espantosa barbarie la de esos campos de batalla como Eylau, Wagram, la Moskowa, en que el tétanos se encargaba de arrebatrar lo que el cañón había respetado, en que los heridos abandonados tenían que defenderse contra las garras de los cuervos y contra el pillaje de los merodeadores, en que un general como Marbot podía permanecer dos días sepultado debajo de montones de cadáveres antes de ser retirado!

Y es que de lo que se ha llamado nuestra grande epopeya militar no hay que leer únicamente los panegíricos; no hay que

aceptar exclusivamente el optimismo de los boletines oficiales, sino que hay que leer también los recuerdos de esos oscuros oficiales de Sanidad, como Fournier, Gama, Ollivier, Bégin, etc., que improvisaban hospitales en país enemigo, recogían en ellos á los heridos, sostenían verdaderos asedios contra los bandidos y campesinos rebeldes; luego, escoltando interminables convoyes de moribundos, diezmados de etapa en etapa por el tifus, se batían, á través de Europa, como el último soldado para defenderles, y apelaban hasta al hurto, cuando éste era necesario, para mantenerles.

Y, sin embargo, si la organización general del servicio de Sanidad se completó y se perfeccionó después de las guerras del Imperio, la verdad es que la suerte de los heridos no ha llegado á cambiar apenas hasta estos últimos tiempos. Fueron necesarios los desastres de la guerra de Crimea (1854-55), el espectáculo en plena Europa de los campos de batalla de Magenta y de Solferino (1859), el maravilloso esfuerzo de la caridad privada durante la guerra de Sucesión (1860-65), para suscitar este inmenso movimiento de piedad y de caridad que ha transformado completamente el mecanismo y la esencia misma del servicio de socorros en campaña.

El primer acto de este movimiento provocado por un simple particular, Sr. Henri Dunant, ha sido el *Convenio de Ginebra*, aceptado hoy día por todas las potencias europeas (salvo Turquía), y que neutraliza no solamente á los heridos, sino también al personal sanitario y toda casa, todo establecimiento que contenga enfermos ó heridos.

Ese acto fué acompañado ó seguido de una multitud de otros no menos importantes, tales como el Convenio de San Petersburgo (1864), que prohíbe el empleo de los proyectiles explosibles de un peso inferior á 400 gramos, y los diversos Convenios que han regulado las cuestiones de derecho internacional en todo lo que concierne al contrabando de guerra, á los prisioneros de guerra, al tratamiento y al canje de los heridos, al saneamiento de los campos de batalla, etc. (1).

Por último, el llamamiento á la caridad privada y á la iniciativa individual, únicas palancas bastante poderosas para atender á las innumerables necesidades de las guerras modernas, hizo nacer por todas partes esas *Sociedades de socorros*, hoy día organi-

(1) El espionaje es acaso la sola cuestión de derecho de gentes que no haya sido aún resuelta entre beligerantes. Cabe esperar que la próxima conferencia internacional determinará, con el límite del derecho de espionaje, la responsabilidad penal de los espías y de los Gobiernos que los emplean.

zadas, metodizadas, disciplinadas, que permiten no sólo consagrar las fuerzas vivas de la medicina militar al servicio de la vanguardia, sino que ponen también á su disposición recursos inagotables en material, en personal y en dinero.

Hay que decir, sin embargo, para vergüenza de la humanidad, que en esta obra maravillosa, realizada en nuestros días, lo que ha triunfado es más bien un cálculo económico que un sentimiento generoso. Y es que los estadistas, los economistas, han venido á demostrar que el soldado, para ser sostenido hasta la edad de veinte años, consume ó destruye próximamente 4 ó 5.000 francos de materiales; de tal suerte, que su consumo viene á representar una disminución igual en el *stock* de reserva, es decir, en la fortuna pública de su país. El soldado es, por consiguiente, un capital; pero aun cuando hasta los veinte años este capital permanece improductivo, no por eso deja de representar y constituir en germen el instrumento creador y multiplicador, no solamente de la raza, sino de todo lo que hace la grandeza de una nación: arte, ciencia, industria, comercio, agricultura, etc. Su desaparición es, por tanto, más que una pérdida aislada; de ahí que, para no quedar á merced de las naciones prolíficas, ha habido que preocuparse de economizar, de conservar por todos los medios posibles ese capital viviente que constituye la fuerza y la riqueza de las naciones: la organización actual del servicio de sanidad en campaña ha sido uno de esos medios.

M. G. F.

(Continuará.)

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Hiperglobulia de las grandes alturas.—Los hechos publicados por el Dr. Viault acerca de la hiperglobulia de las grandes alturas son admitidos sin contestación; su explicación, empero, sigue siendo discutida. Así, Mr. Sellier ha tratado de resolver la cuestión reproduciendo artificialmente, en el laboratorio, las condiciones atmosféricas realizadas naturalmente en las grandes alturas.

Ha llegado á adquirir la convicción de que, entre esas condiciones, sólo una interviene para determinar la hiperglobulia; á saber, la débil tensión del oxígeno en el medio. Esta débil tensión del oxígeno disminuye la cantidad de ese gas fijada por la sangre. Pero si el número de los glóbulos rojos de la sangre viene á aumentarse, la cantidad de oxígeno fijada puede llegar á ser igual á lo que era en el medio atmosférico normal. La hiperglobulia de las grandes alturas no es otra cosa que un fenómeno compensador, destinado á mantener constante la absorción de oxígeno por la sangre.

Hay motivos para esperar que, realizando artificialmente las condiciones que determinan la hiperglobulia, se podrán obtener resultados terapéuticos favorables en los enfermos cuya hematopoyesis necesita ser estimulada.

Compréndese, finalmente, cuánta utilidad puede sacarse de provocar voluntariamente la hiperglobulia, con el fin de dilucidar el proceso—aún tan obscuro—de la génesis de los glóbulos de la sangre.

(*La Sem. Méd.*)

* * *

De las diversas formas de insolación y de su tratamiento.—El doctor F. W. Fabricius, de Nueva-York, admite tres distintas variedades de insolación ó *termoplegia*.

Una de ellas es la *forma anémica*, la cual se observa en los sujetos debilitados y de sistema nervioso irritable. Su comienzo es menos brusco que el de las otras dos formas; con frecuencia va precedido de un período prodrómico de malestar, de una duración variable. Los síntomas consisten en debilidad cardíaca, depresión mental y postración, cefalalgia, náuseas, vómitos é hipotermia. La conciencia puede conservarse; pero de ordinario suele producirse un síncope, seguido á veces de coma y de muerte. En los casos leves en que se trata de un síncope transitorio, el solo descanso basta para asegurar la curación; pero, en los casos graves, hay necesidad, después de haber tendido al enfermo en un punto fresco y á la sombra, de inyectar debajo de la piel una jeringa de Pravaz llena de la solución siguiente:

Sulfato de estircina.....	0 gramos	01 centígramos.
Sulfato de atropina.....	0 »	003 milígramos.
Nitroglicerina.....	0 »	005 »
Agua destilada.....	Q. S.	para hacer 5 c. c. de solución.

Cuando el pulso se haya rehecho, se trasladará al enfermo á su cama, se le aplicará una compresa fría encima de la cabeza, y unas botellas calientes á los pies, al propio tiempo que se le practicarán lociones por todo el cuerpo con agua caliente adicionada con un tercio de alcohol. Si la temperatura tarda en subir á su nivel normal, se dará una lavativa con un litro de agua salada á 1 por 100 calentada á 40°.

Una segunda variedad de insolación es la *forma congestiva*, caracterizada por su comienzo brusco. El enfermo, presa súbitamente de violenta cefalalgia y de vértigo, cae sin conocimiento. El rostro aparece congestionado, la piel está caliente y húmeda, el pulso y la respiración marchan acelerados, las pupilas están dilatadas y existe un grado más ó menos marcado de hipertermia. La primera medida que hay que tomar en los casos de este género, consiste en hacer lociones frescas sobre el cuerpo por medio de una esponja, y en dar una lavativa con 30 gramos de glicerina y otro tanto de hiel de buey. Si el enfermo está pletórico, será bueno practicarle una sangría, que tendrá también por efecto el evitar las complicaciones pulmonares bastante frecuentes en esa forma de insolación. En el tratamiento consecutivo se recurrirá, para combatir la cefalalgia y el insomnio, á la fenacetina, á los bromuros ó al cloral.

La tercera variedad de termoplegia es la *forma apopléctica*, que apenas si se observa más que en los individuos obligados á entregarse á un ejercicio

físico penoso durante los grandes calores del verano, en los soldados en camino, en los maquinistas de los buques de vapor, etc. El enfermo cae bruscamente y pierde inmediatamente el sentido; su color es lívido, las pupilas están contraídas; la piel está seca y ardorosa, el pulso acelerado y saltón, la respiración profunda y rápida, la temperatura excede de 40°, pudiendo hasta llegar á 43°. El coma es muy profundo, y se nota la parálisis de los esfínteres. Esta forma es fatal en la mayor parte de los casos, sobreviniendo la muerte por parálisis respiratoria ó cardiaca. La refrigeración por medio de lavados, de baños, de lavativas frías y de aplicación de hielo sobre la cabeza constituye el punto esencial en el tratamiento de esta variedad de termoplegía. Si la aplicación enérgica del frío no produce un descenso suficientemente rápido y considerable de la temperatura, se acudirá á las inyecciones subcutáneas de quinina. En los pletóricos se practicará sin vacilación una sangría de 400 gramos. Se podrá recurrir igualmente á los vejigatorios volantes sobre la nuca y á las inyecciones hipodérmicas de pilocarpina para estimular la función sudoral. Si el corazón cede, se administrará por la vía subcutánea la solución de estricnina, de atropina y de nitroglicerina según la fórmula que hemos dado anteriormente, ó bien será ésta reemplazada por la solución siguiente:

Tintura de estrofantó	1 gramo.
Alcoholaturo de raíz de acónito..	X gotas.
Nitroglicerina	0 gramos 005 miligramos.
Agua destilada.....	Q. S. para obtener 5 c. c. de solución

H. S. A.—Para inyecciones hipodérmicas.

Se inyecta una jeringa de Pravaz de esta solución, y, en caso necesario, se repite la inyección al cabo de dos horas.

(*La Sem. Méd.*)

*
* *

Substancia tóxica extraída de las cápsulas suprarrenales.—Mr. Gourfein ha dado cuenta á la Academia de Ciencias de París, de los experimentos que ha practicado extrayendo de las cápsulas suprarrenales una substancia tóxica soluble en el alcohol, y que resiste al calor. Inyectada debajo de la piel de los mamíferos da lugar á una dificultad de respiración que aumenta progresivamente hasta la muerte, á una debilitación de los latidos cardiacos y á un entorpecimiento general que se traduce por una inmovilidad completa de los animales, los cuales, sin embargo, no se hallan paralizados, puesto que una ligera excitación mecánica les hace correr durante algunos instantes en su jaula. La inyección de dicha substancia produce la muerte en breve plazo, obrando probablemente sobre el sistema nervioso central; pero en la autopsia no se encuentra ninguna lesión, salvo una gran congestión pulmonar.

(*La Sem. Méd.*)

*
* *

Tratamiento del insomnio en cirugía.—S. Van Schaick, considera como causas del insomnio en cirugía, la excitación producida por

el miedo á las operaciones, la debilidad del sistema nervioso consecutiva á las enfermedades caquéticas, el dolor, la excitabilidad nerviosa después de la operación, y otras circunstancias variables de menor importancia.

Cualquiera que sea su causa, cuando el insomnio complica considerablemente las afecciones quirúrgicas, es preciso remediarlo desde luego; el sueño mejora el estado general de los enfermos, hace más benigno el pronóstico y facilita la curación.

Quando el dolor es la causa única del insomnio, se debe recurrir exclusivamente á la morfina; pero en la mayor parte de los casos, el insomnio que sobreviene en el curso de las afecciones quirúrgicas, puede combatirse eficazmente por el trional. Es preferible á todos los otros hipnóticos, porque obra de una manera segura y rápida, no disminuye las secreciones, parece estar dotado de propiedades estimulantes, se soporta bien por el estómago, se absorbe bien por el recto, y no provoca fenómeno secundario.

(*Aerztliche Rundschau.*)

* *

Tratamiento aséptico de la supuración.—H. Zeidler, discute la cuestión de si se deben desinfectar las heridas supuradas, lo mismo que los focos de celulitis supurada circunscrita ó de celulitis supurada difusa, y se decide en favor de la asepsia mejor que de la antisepsia. Le induce, sobre todo, á esta manera de ver, la imposibilidad casi absoluta, ó por lo menos la extrema dificultad de matar los nuevo-organismos patógenos que han penetrado en el interior de las heridas.

He aquí su procedimiento:

Se prepara el campo operatorio como se hace ordinariamente, y después de practicada la incisión, se disecan cuidadosamente todos los tejidos infectados por el pus; se limpia entonces la herida con gasa esterilizada y, en caso de necesidad, irriga con una solución de cloruro de sodio al 6 por 100. Se rellena bien entonces de gasa esterilizada y se coloca encima una capa de la misma cubierta de lana; la curación debe ser compresiva.

El autor se pronuncia contra la curación húmeda, y adopta la curación seca; cree que esta última disminuye las secreciones y activa la formación de las granulaciones sanas. No aconseja el empleo del iodoformo ni de otros antisépticos que considera inútiles, si no son peligrosos.

La curación no se cambiará hasta los ocho días: jamás ha observado mal olor por consecuencia de la descomposición de las secreciones: si los líquidos son segregados en abundancia ó infiltran las capas externas de gasa, se los separará y reemplazará por otras nuevas sin tocar á las capas profundas. Es necesario emplear en las curaciones sustancias que absorban bien los líquidos.

(*Centralblatt für Chirurgie.*)

* *

Tratamiento preventivo del paludismo.—El Dr. Monsieur Bainade, que ha permanecido durante cinco años en Madagascar, aprueba las medidas adoptadas por el servicio de Sanidad Militar á fin de preve-

nir el envenenamiento palúdico, pero considera necesario emplear la quinina á dosis elevadas.

La experiencia le ha obligado á renunciar á las pequeñas dosis cotidianas, que solo servían para fatigar el estómago; el hábito se establecía muy pronto y el medicamento podía ser inútil, aun á grandes dosis, cuando hubiera necesidad de emplearlo para combatir un acceso. Es preciso obrar con dosis masivas de un gramo á intervalos que la experiencia da á conocer, que varían según las comarcas. En ciertas regiones de Soudan, donde el paludismo hace numerosas víctimas, ha sido necesario, para reducir los accesos sensiblemente, llegar á administrar una dosis de un gramo cada cinco días. En el Dahomey, en la columna móvil mandada por el coronel Cauvigny, el pequeño contingente de tropas blancas fué preservado de la fiebre durante tres meses (de Octubre á Enero), gracias á la quinina que tomó preventivamente. Cree que en Madagascar será suficiente un gramo de quinina cada siete días. El paludismo de los países intertropicales, cualquiera que sea la forma bajo la cual se manifiesta, debe tratarse siempre por las sales de quinina; ignora el autor si en Argelia se han podido tratar por otras medicaciones, pero en Madagascar cree que sería imprudente prescindir de un tratamiento que siempre ha dado los mejores resultados.

(*Le Progr. Méd.*)

* * *

Tratamiento operatorio de los abscesos del hígado.—Mr. Fontan de Tolon, ha comunicado á la *Academia de Medicina de Paris* el resultado de dicho tratamiento en 40 casos de abscesos del hígado, consecutivos á disenterías contraídas en los países tropicales. Adopta como reglas operatorias: 1.º La incisión de ocho ó diez centímetros por lo menos, desde que se reconoce el absceso. 2.º La resección eventual de uno ó muchos cartílagos costales para abordarlo francamente. 3.º La sutura separada del peritoneo, y, en caso necesario, de la pleura, para impedir la penetración del pus en estas serosas. 4.º El raspado completo de la cavidad del absceso, práctica excelente para separar todos los tejidos enfermos, y que, dígame lo que se quiera, no expone á las hemorragias. Desde el período anti-séptico, la incisión ó la excisión con el bisturí, solo ha dado del 37 al 51 por 100 de curaciones; y Mr. Fontan ha obtenido un 85 por 100 de curaciones, cuyo resultado atribuye á la técnica operatoria, y sobre todo al raspado.

(*Le Progr. Méd.*)

BIBLIOGRAFÍA

SOBRE LA DOCIMASIA CARDÍACA SEGÚN EL DOCTOR LETAMENDI

Tal vez haya parecido olvido censurable ya que no ingratitud notoria mi silencio, después de publicada la monumental obra de Clínica general del sabio profesor español el doctor Letamendi.

No era yo, sin embargo, el llamado á juzgar el trabajo del maestro, y

he preferido esperar á que otros profesores, más desligados científicamente con el doctor, hayan hecho el juicio crítico del importantísimo libro que hace un año dió á la estampa.

Ahora bien; aparte del infinito número de preciosas joyas que atesora esta producción, hay una, entre otras, de tal importancia práctica y de novedad é inventiva tan manifiesta como la *Docimasia cardiaca*, que no puedo menos de romper mi silencio, aprovechando asimismo la ocasión para manifestar los resultados obtenidos al hacer aplicación del nuevo método de enseñanza de la Patología propuesto por Letamendi.

Nada más imperfecto hasta ahora, que la comprobación en la losa anatómica de las lesiones de orificios y válvulas auriculo-ventriculares y arteriales. Grandes han sido los adelantos de la técnica que pudiéramos llamar microscópica, objeto preferente de la Anatomía patológica de hoy; pero en cambio se encuentran estacionados hace tiempo los trabajos macroscópicos, de tanta importancia como los anteriores, pero algo menospreciados. Prueba es lo que ocurre al querer demostrar las lesiones de orificios cardio-vasculares, pues todavía continúa empleándose el procedimiento que Letamendi llama con mucho gracejo *del porrón*. Echar con un embudo agua sobre las arterias seccionadas para ver si las sigmoideas se distienden, ó sobre los ventriculos invertidos é incididos previamente para apreciar si retrocede el líquido á las aurículas, han sido casi los únicos procedimientos empleados para comprobar tan importantes lesiones en el cadáver. Estos medios son á todas luces insuficientes para tener seguridad del modo como funcionaba el corazón durante la vida, pues se sujeta á esta viscera á una experiencia enormemente separada de lo que pasa en realidad en el interior del corazón cuando le anima el sople de la vida, siendo fácil incurrir en groseros errores ocasionados por la flacidez de los tejidos, que impide obre sobre la superficie de las válvulas la presión suficiente para que se distiendan y adapten bien, dificultando el paso de la corriente del líquido inyectado.

Colocar el corazón y arterias aorta y pulmonar en las condiciones más parecidas á las que tienen durante la vida, ha sido el principal objetivo que se propuso Letamendi resolver con su invento, habiéndolo conseguido cumplidamente con el instrumental de la docimasia, construido en Madrid bajo su esmerada dirección.

No me ocuparé de la descripción completa del procedimiento, por estar perfectamente hecha por Letamendi en la obra referida, donde podrá ser consultada con fruto por quien quiera enterarse de todos los detalles; y sólo describiré á grandes rasgos lo más esencial de la innovación y los resultados obtenidos por mis experiencias, en el poco tiempo que he tenido ocasión de emplear el nuevo procedimiento en las autopsias clínicas de esta Facultad.

No puede ser más sencillo el mecanismo de la docimasia, siendo esta circunstancia lo que más acrecenta su valer, pues todo se reduce á colocar el corazón y grandes vasos en condiciones de presión lo más aproximadas á las que tienen en vida, como he mencionado más arriba.

Para lograr este resultado es indispensable una preparación minucio-

sa, pero no difícil del corazón, que consiste esencialmente en la extirpación de las aurículas con su tabique interauricular, con objeto de poder observar de *visu* el funcionamiento de las válvulas aurículo-ventriculares por su cara superior; disección cuidadosa de las arterias pulmonar y aorta que se seccionan á determinada altura; ligadura de las coronarias, según reglas; y, por último, una limpieza exquisita del interior del corazón para eliminar todo coágulo que pudiera perturbar el libre juego de las válvulas.

En cuanto al instrumental, consiste en lo que el autor denomina *cánulas arterial é inscrita tubo porta-cánulas*, accesorios, y por último un depósito de agua colocado á un metro de altura, en comunicación á voluntad con las mencionadas cánulas.

La docimasía la divide en «de válvulas aurículo-ventriculares y arteriales.» Se empieza por las primeras, colocando la cánula arterial en la aorta ó pulmonar seccionadas, y haciendo pasar la cánula por el interior de la arterial á la profundidad del ventrículo respectivo, teniendo cuidado de aplicar con los dedos las sigmoideas á la pared del vaso, para no dislacerarlas con la cánula inscrita, que es bastante pesada. Bien ligada la arteria sobre la cánula, se pone en comunicación el aparato con el depósito de agua, y se abre una llave de paso interpuesta en el trayecto del tubo.

La apertura de la llave debe ser paulatina, pues aunque la presión sobre el interior del ventrículo será siempre la misma mientras la altura del depósito no varíe, en cambio la cantidad ó gasto de agua que penetre dependerá de la *luz* que presente la llave al paso del agua que se dirige al ventrículo.

Nada más grato que presenciar lo que ocurre en este momento de la docimasía; pues al sustituir la presión sanguínea que tiene el endocardio durante la vida, por la del agua que llega del depósito, no parece sino que pertenece el corazón á un ser vivo en el que estuviere funcionando esta víscera con la turgencia, redondez y volúmen que le caracteriza cuando la sangre circula por su interior; así es, que la primera vez que se observan estos fenómenos, se experimenta una verdadera sorpresa y admiración.

Si las válvulas aurículo-ventriculares son suficientes, su adaptación es perfecta á pesar de faltar la tonicidad de la fibra cardiaca viva. Si no hay suficiencia se escapa el agua entre los bordes de las válvulas en mayor ó menor cantidad.

Se puede verificar la docimasía de las sigmoideas desarticulando la comunicación de las cánulas con el depósito de agua, sacando la cánula inscrita del interior del ventrículo (sin quitar las ligaduras que se pusieron en la cánula arterial, que es inmóvil), é insinuando su extremidad inferior á una altura que corresponda por *encima* de las válvulas sigmoideas. Puestas de nuevo en comunicación con el depósito, y abriendo la llave, se distienden enseguida é impiden el paso del agua del interior del ventrículo, si son suficientes. Para apreciar esta circunstancia, deben practicarse cortes penetrantes en los ventrículos para observar el retro-

ceso del agua, si existe, y hasta se pueden extirpar casi por completo los ventrículos conservando una especie de muñón que resta unido á las cánulas, en cuyo caso puede presenciarse el juego de las válvulas por su cara inferior.

Por la rápida é incompleta reseña que acabo de hacer, pueden juzgar mis apreciables colegas de la utilidad y novedad del procedimiento que está llamado á generalizarse en todos los centros de enseñanza de España, y espero fundadamente que traspasará las fronteras. Ante la Real Academia de Medicina de Valencia he tenido el gusto de exponer en una conferencia los fundamentos de la docimasía y su instrumental, cabiéndome la satisfacción de oír plácemes y muestras de aprobación de todos los señores Académicos, que honran al Dr. Letamendi, y me han complacido sobremanera.

No he querido que terminase el curso actual sin que los alumnos conocieran la docimasía, para lo cual he verificado varios trabajos prácticos preliminares en unión del distinguido Doctor D. Antonio Casanova, Director del Museo Anatómico.

Las primeras experiencias se han ejecutado en corazones bastante alterados por la putrefacción ó lesiones; uno de ellos, con enorme insuficiencia aórtica por ectasia, pero con integridad relativa de la pulmonar, donde se pudieron comprobar muy bien estas lesiones y la normalidad de la última. En vista de no haber podido conseguir por la escasez de cadáveres, número suficiente sin lesiones cardiacas, se me ocurrió emplear para que se adiestrasen los alumnos, corazones de carneros grandes y de terneras, en los cuales, por ser su tamaño no muy diferente del humano, se hacen las experiencias muy bien, con la ventaja de tener los tejidos más consistentes para que no sea tan fácil una dislaceración como en los corazones degenerados ó putrefactos. Al operar en algunos corazones de carneros, se luchó con la dificultad de ser casi imposible la introducción de la cánula inscrita por el pequeño diámetro de las arterias, dificultad con que se tropezará al tratar de comprobar la docimasía en los niños; aunque en parte esta dificultad se remedia con los tubos terminales de recambio de diferentes calibres de que está provisto el estuche del instrumental. Pero de todos modos, el mandado construir por el Dr. Letamendi, se destina principalmente para el adulto, siendo menester, si se quiere utilizar para corazones de pequeño volumen, la construcción de cánulas articulares é inscritas de tamaño reducido. Los corazones de terneras son mejores para estas experiencias por tener un tamaño casi igual al del hombre.

Como el procedimiento es reciente y corto el número de aparatos construídos, se necesitará que pase algún tiempo antes que se popularice entre los médicos, hasta que se puedan tener á poco precio que permita la adquisición á casi todos los médicos que por su cargo se ven obligados á verificar á menudo autopsias, como ocurre á los forenses de todas categorías y á los prácticos de los hospitales.

En vista de todo lo que he tenido el gusto de exponer huelga todo encomio acerca de la importancia de la docimasía, que podrán apreciar

con su buen criterio los que hayan tenido paciencia de leer estas mal pergeñadas líneas, y mejor si lo verifican en la magnífica obra de Clínica general de la que forma uno de sus más apreciados artículos.

DR. ENRIQUE SLOCKER
Catedrático de Patología general.

FÓRMULAS

273

Yoduro de sodio.....	3 gramos.
Salicilato de sosa.....	5 »
Agua.....	200 »
Jarabe de frambuesa.....	30 »

M. Para tomar una cucharada de hora en hora.

En la **angina diftérica**.

(Kersch.)

274

Fenacetina.....	} á 2 á 4 gramos.
Salol.....	
Cafeina pura.....	25 á 40 centigramos.

M. y H. 10 sellos. Para tomar dos ó tres al día.

En la **ciática**.

(Domauski.)

SECCIÓN PROFESIONAL

CONCURSOS PARA OPOSICIONES Á PLAZAS DE MÉDICOS SEGUNDOS

He aquí el texto de las disposiciones dictadas, ampliando ó modificando las convocatorias anunciadas, y que publicamos íntegras, por la importancia que tienen:

«4.ª SECCION. — *Circular*.—Excmo. Sr.: Con objeto de facilitar el concurso á las oposiciones para cubrir las plazas vacantes de Médicos segundos del Cuerpo de Sanidad Militar, el Rey (q. D. g.), y en su nombre la Reina Regente del reino, se ha dignado resolver lo siguiente:

1.º Una vez terminado el concurso anunciado para el día 15 de Octubre próximo, en esta corte, se verificarán sucesivamente en las plazas de la Corona, Barcelona y Sevilla.

2.º Se publicará oportunamente el día en que hayan de empezar los ejercicios en las referidas plazas, á fin de que con la anticipación debida se hallen en la Sección 4.ª de este Ministerio las instancias documentadas de los doctores ó licenciados en Medicina que deseen tomar parte en los concursos,

cursadas por los inspectores de Sanidad Militar de los distritos, según se previene en el art. 11 del programa aprobado por Real orden de 15 de Noviembre de 1888 (C. L. núm. 422), manifestando en ellas el opositor en qué punto de los indicados desea entrar en dicho concurso; pudiendo, sin embargo, los interesados presentar desde luego sus instancias.

3.º Ocho días antes de empezar los ejercicios en las capitales citadas, se remitirán por este Ministerio los expedientes de los opositores al presidente del Tribunal.

4.º Los ejercicios se verificarán con arreglo al expresado programa y sus aclaraciones, excepto en lo que se refiere al art. 18, que previene que no podrá prolongar el Tribunal su tarea diaria más de cinco horas, modificándose en el sentido de quedar discrecionalmente á juicio del presidente el poder aumentar el número de horas según lo considere conveniente.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.— Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 16 de Septiembre de 1895.—*Azcárraga*.—Señor...»

«4.ª SECCION.—*Circular*.—Excmo. Sr.: En atención á haberse presentado en este Ministerio varias instancias de Médicos civiles en solicitud de dispensa de edad para poder tomar parte en el concurso á oposiciones de ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar, el Rey (q. D. g.), y en su nombre la Reina Regente del reino, se ha dignado disponer que los doctores ó licenciados en Medicina y Cirugía que, teniendo 35 años cumplidos y no pasando de los 40, desean tomar parte en los referidos concursos, sean admitidos á ellos, á condición de ser destinados al distrito de Cuba por el tiempo que dure la insurrección.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.— Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 19 de Septiembre de 1895.—*Azcárraga*.—Señor...»

«4.ª SECCION.—*Circular*.—Excmo. Sr.: Debiendo verificarse, según lo dispuesto, en Madrid, Coruña, Barcelona y Sevilla, ejercicios de oposición á plazas de Médicos segundos del Cuerpo de Sanidad Militar, terminados los cuales se hará una clasificación general, para señalar el puesto que corresponda en la escala á los que tuvieran derecho á ingreso en el citado Cuerpo, y habiendo solicitado tomar parte en dicha oposición los Médicos provisionales comprendidos en la siguiente relación, que empieza con *D. Julio Redondo y Martínez*, y termina con *D. Manuel García Martín*, el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del reino, á fin de que puedan satisfacerse las exigencias del servicio, y de que los interesados concurran á las oposiciones, ha tenido á bien disponer que los Comandantes en jefe ó autoridades militares superiores de los respectivos distritos en que aquellos sirven, les autoricen para que puedan hallarse oportunamente en el punto donde han de actuar; entendiéndose, que los aspirantes con destino en la 1.ª, 3.ª, 5.ª y 6.ª regiones, tomarán parte en los ejercicios que comenzarán en esta corte el día 15 del actual; en los que se verificarán en la Coruña, los que sirven en la 7.ª región; concurrirán á los ejercicios en Barcelona,

los que residan en la 4.^a ó islas Baleares; y, por último, actuarán en Sevilla, los que se hallen destinados en la 2.^a y en las posesiones de Africa. Igual autorización será concedida á los Médicos provisionales que, en tiempo hábita todavía, la solicitaren.

Asimismo, es la voluntad de S. M., que tan luego terminen los ejercicios ó que no puedan continuarlos por la censura alcanzada en los dos primeros, se incorporen los Médicos provisionales que en estos casos se encuentren á sus respectivos destinos, y que no dejen de prestar el servicio que les corresponde, aquellos que se hallen destinados en las citadas capitales, excepción hecha de los días en que deban actuar en las oposiciones.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 3 de Octubre de 1895.—*Ascárraga*.—Señor...»

«4.^a SECCION.—*Circular*.—Excmo. Sr.: Siendo único el concurso de oposiciones para cubrir plazas de Médicos segundos de Sanidad Militar, por más que los ejercicios tengan lugar en esta corte, Coruña, Barcelona y Sevilla, sucesivamente, y en el orden que más convenga, con arreglo á lo dispuesto en la Real orden de 16 de Agosto último (*D. O. núm. 206*), el Rey (*q. D. g.*), y en su nombre la Reina Regente del reino, ha tenido á bien disponer:

1.^o Terminados los ejercicios en la última de las capitales citadas, se hará la calificación general de ellos para señalar el puesto en la escala á los que, por la calificación obtenida, tuvieren derecho á ingreso en el referido Cuerpo.

2.^o El Presidente, Vicepresidente y Secretario del Tribunal censor, serán los mismos para todo el concurso, completando el número de Vocales con el personal médico en ellas destinado.

3.^o En virtud de las circunstancias actuales y de la escasez ó falta que pueda darse de Médicos mayores para la formación del Tribunal en las repetidas capitales, podrán ser nombrados Médicos primeros para el cargo de Vocales, y en este concepto constituirán el que ha de actuar en esta corte los Jefes y Oficiales del Cuerpo que se designan en la siguiente relación, que empieza con *D. Pedro Gómez y González*, y termina con *D. Rufino Lomo y Zugasti*.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—San Sebastián 9 de Octubre de 1895.—*Ascárraga*.—Señor...»

Constituyen el citado Tribunal: El Subinspector Médico de primera clase *D. Pedro Gómez y González*, *Presidente*; el *id. ídem* de segunda clase *D. Justo Martínez y Martínez*, *Vicepresidente*; los Médicos mayores *D. Constantino Fernández Guijarro*, *D. Antonio Hermida y Alvarez*, *D. Jerónimo Pérez y Ortíz* y *D. José Zapico y Alvarez*, *Vocales*; el Médico primero *D. Manuel Martín y Salazar*, *Secretario*, y los Médicos mayores *D. Antonio Santos y Sánchez* y *D. Rufino Lomo y Zugasti*, *Suplentes*.

NECROLOGÍA

DON JOSÉ ZARAGOZA Y RUBIO.—Había nacido en Madrid el día 26 de Abril de 1840, y se licenció en la Facultad de Medicina y Cirugía en 5 de Abril de 1865. Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, por Real orden de 18 de Agosto de 1865, con el empleo de segundo Ayudante Médico y primero de Ultramar, con destino á la isla de Cuba.

A su llegada á la Habana fué destinado al Hospital de dicha plaza, y, posteriormente al de la isla de Pinos, hasta Enero de 1867 que pasó á servir, sucesivamente, al batallón Cazadores de Bailén y regimiento de Artillería de Montaña. En Marzo de 1872 fué trasladado al Hospital de Santiago de Cuba, y posteriormente á los de Morón y la Habana, hasta Septiembre de 1875 que regresó á la Península por cumplido.

Sirvió en el Ejército del Norte hasta Mayo de 1876, que fué destinado nuevamente á la isla de Cuba, á donde llegó en Septiembre de dicho año, siendo nombrado para el Hospital de Cienfuegos, cuyo cargo desempeñó hasta Julio de 1878, fecha en la cual volvió á la Península en uso de seis meses de licencia por enfermo. Regresado de nuevo á la Habana, prestó sus servicios en el Hospital de dicha plaza hasta Febrero de 1880, que fué nombrado Director del Parque, de cuyo cometido estuvo encargado hasta Abril de 1884. En esta época pasó al Hospital de Santa Clara, sirviendo en el mismo hasta Abril de 1887, que se le concedió el regreso á la Península. A su llegada quedó de reemplazo en Madrid, y en Octubre de dicho año regresó de nuevo á la gran Antilla, destinado á ella.

Fuó colocado en el Hospital de Puerto Príncipe, y en Marzo de 1888 trasladado al de Santa Clara, en cuyo destino permaneció hasta Octubre de 1893, que regresó á la Península por cumplido de país. A su llegada quedó en situación de reemplazo en Madrid y poco tiempo después fué nombrado Director del Hospital de Melilla. Permaneció en dicho destino hasta Marzo de este año, que pasó de nuevo á prestar sus servicios al Ejército de la isla de Cuba, encargándose á su llegada del Hospital de Santiago de Cuba. En este punto falleció el día 15 de Agosto último, á consecuencia de una afección renal que venía padeciendo desde larga fecha.

En los empleos efectivos de escala contaba las siguientes antigüedades: en el de Médico primero, 6 de Septiembre de 1873;

en el de Médico mayor, 1.º de Agosto de 1886; y en el de Subinspector Médico de segunda, 8 de Enero de 1893. Había obtenido por méritos de guerra: empleo personal de Médico mayor (20 Enero 1871), grado de Subinspector de segunda (24 Febrero 1876), empleo personal de Subinspector de segunda (23 Mayo 1877), y grado de Subinspector de primera (28 Noviembre 1877).

Estaba en posesión de la cruz del Mérito Militar roja de primera clase, de las de Isabel la Católica y Carlos III, de la del Mérito Militar blanca de segunda clase, de las medallas de Alfonso XII y Cuba; y estaba declarado Benemérito de la Patria.

V A R I E D A D E S

Vade-mecum de Medicina moderna (Guía práctico para médicos y familias), por el Dr. G. Valledor, Director de la *Revista de Medicina dosimétrica*, y Consejero de Instrucción pública.

Acaba de publicarse esta nueva obra que comprende tres partes:

- 1.ª El *Diccionario de enfermedades*, con sus respectivos tratamientos.
- 2.ª El *Diccionario de medicamentos*, con sus propiedades fisiológicas y terapéuticas y sus dosis.
- 3.ª *Cuadros de medicamentos*, agrupados según sus aplicaciones clínicas.

La obra, que tiene 336 páginas en buen papel y excelente impresión, responde á la necesidad reclamada por numerosos compañeros y enfermos de tener un libro que les sirva de *gula en sus tratamientos para el uso de los medicamentos modernos*.

El precio de la obra es 3 pesetas en toda España, enviando el importe al autor, calle del *Barquillo 26, Madrid*.

* * *

Con el nombre de alimentos de ahorro ó dinamóforos, la fisiología admite cierta categoría de sustancias, que sin suministrar á la economía elementos de efectiva importancia para la combustión vital, la confieren, sin embargo, una resistencia enérgica, ahorrando los materiales nutritivos empleados.

La *Kola Astier* es el dinamóforo-tipo; excita el sistema nervioso sin irritarlo; electriza la fiebre muscular, regulariza las funciones del corazón y de los pulmones, impide cualquier disnea y organiza de una manera maravillosa la resistencia del *tripode vital* (corazón, pulmones y cerebro) al desgasté y cansancio que lo colocan en constante estado de inminencia mórbida.

La *Kola granulada Astier* contiene por cada cucharada de las de café, diez centigramos de cafeína, así como las más ricas proporciones de teobromina, tanino y rojo de Kola, revelados por el análisis químico en las nueces de *sterculia* de la mejor calidad.

* * *

Ha sido destinado á la enfermería de Sagua de Tánamo (Cuba), el Médico mayor D. Claudio Riera Ramis.