

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XI.

Madrid, 15 de Junio de 1921.

Núm. 12.

## SUMARIO

*El paludismo en la zona de Protectorado español en Marruecos, y medios para combatirlo* (conclusión), por el Dr. Espirilo.—*Anestesia metamérica*, por el Dr. Fidel Pagés.—*La clínica militar en Psiquiatría*, por Joaquín González Alberdi.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Del diagnóstico de la peste bubónica.—Sobre un nuevo procedimiento de diagnóstico de la sífilis.—*Prensa militar profesional*: Administración Central.—Sanidad Militar en Italia—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Junio de 1921.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

## El paludismo en la zona de Protectorado español en Marruecos y medios para combatirlo

### (CONCLUSIÓN)

Deliberadamente no insiste la Comisión en importantes puntos de que siempre se han ocupado las Autoridades militares de la zona: uno es la alimentación; ya hemos visto que el aumento de una peseta diaria para sobrealimentación de debilitados, fué obtenida por gestión del General Gómez Jordana; los Capitanes de compañía no cesan en sus esfuerzos para lograr que el soldado coma lo mejor posible, y algo consiguen con la habilidad de las combinaciones culinarias; pero es indudable que hay Cuerpos que comen mejor y compañías que se caracterizan por las buenas condiciones de sus guisos. Otro punto se refiere al informe que los Jefes de Sanidad deben dar sobre la salubridad de las diversas posiciones, pues si bien las necesidades de una campaña obligan a

veces a ocupar sitios insalubres, siempre debe conocerse el criterio sanitario, para seguirlo en cuanto las circunstancias lo permitan. Lo mismo ocurre en cuanto a la intervención facultativa en trabajos, marchas y, en general, al género de vida de la tropa; los Cuerpos que regulan su trabajo oyendo el criterio médico, tienen que disfrutar de beneficios sanitarios.

#### MANERA DE PONER EN ACCIÓN LAS MEDIDAS PROPUESTAS

Implantar todas las medidas al mismo tiempo, sería un desacierto; preferible es ir paulatinamente desarrollándolas. Puede, en un primer tiempo, crearse el servicio antipalúdico y reducir a dos años el servicio en Africa; tan pronto esté el servicio posesionado de su cargo, comenzará la divulgación científica y preparación para la profilaxis química, que se empezará llegada la época oportuna; entretanto recorrerá el territorio, y conforme vaya avanzando sus trabajos irá tomando nota de las medidas antilarvarias y pequeñas obras de saneamiento, que ejecutará en seguida, y estudiará y proyectará las obras de más importancia y utilidad. Se vigilará la protección mecánica; se elegirá sitio para los Sanatorios, y, ya éstos en función, se suprimirán las licencias, medida la última que debe implantarse, después de hecho el mapa anofelino y determinados los campamentos a que deben ir de guarnición los individuos a quienes se refiere la base 7.<sup>a</sup>

La campaña antipalúdica que se va a emprender en Africa, aunque obedece en líneas generales a las características de la profilaxia palúdica general, tiene de peculiar el tratarse de un territorio en que las dificultades aumentan por las acciones política y militar, y no hay posibilidad de comparar lo que se haga con los trabajos análogos en la Península. Suponer que sólo el nombramiento del Servicio antipalúdico ha de bastar para disminuir el paludismo, es una quimera; si no se le dan medios y atribuciones, sólo se habrá conseguido aumentar la burocracia, y menos mal que este aumento sería cosa poco importante por lo reducido del número; aun dándole cuanto se pide, tardarán meses enteros en comenzar a verse sus resultados; por eso recomienda la Comisión que no se tomen soluciones intermedias; ¿se quiere luchar contra el paludismo? No se regateen medios ni se detenga en pequeñas necesidades ante intereses creados o dificultades hijas de la rutina; ¿no

hay medios para emprender la lucha? Déjense las cosas como están, y no se comprometa ante el vulgo el prestigio de métodos científicos aceptados universalmente.

#### ASPECTO MILITAR, SOCIAL Y ECONÓMICO DEL PLAN PROPUESTO

Ya se dijo que la reducción del servicio a dos años redunda en beneficio de la potencialidad militar, según opinión de los Generales que mandan fuerzas en Marruecos; que el hecho está fuera de duda, lo comprueba la declaración del Gobierno de S. M. en el Mensaje de la Corona, leído el 4 de Enero del año actual. Si, como se espera, el paludismo decrece, se habrán evitado las bajas que en tiempos de activas operaciones merman las columnas y hacen a veces suspender sus movimientos y renunciar temporalmente a los objetivos propuestos. No es de esperar que ninguna de las medidas antipalúdicas sea de difícil ejecución en el orden militar, ni que susciten enojosas cuestiones de competencia; el número de soldados que haya de guarnecer campamentos salubres, a su salida de los Sanatorios, es de suponer que será paulatinamente reducido para no provocar ninguna especie de dificultades.

Socialmente, el éxito de la lucha antipalúdica tendrá dos importantes ventajas: una, para la Nación; otra, para el Ejército. Para aquélla significa un descenso del paludismo en la Península, y la seguridad de que no se le va a devolver anualmente un crecido número de enfermos, de inútiles y de caquécticos, con la desfavorable repercusión que significa para su economía y para el porvenir de la raza (de que tanto se ocupa el país en la actualidad), la que se ve seriamente afectada por el problema de Marruecos, al que envía lo más escogido de su juventud. Para el Ejército, porque uno de los argumentos que más esgrimen contra él en sus propagandas los apóstoles de determinadas ideas, es el poco aprecio que, según ellos, hacemos de la salud del soldado; y ninguna ocasión como ésta para demostrar que constantemente nos preocupamos de cuanto se refiere al estado sanitario de las tropas, y que si exigimos que al Ejército vengan sólo hombres útiles, queremos devolverlos en el mismo estado, aparte las ventajas morales que adquieren durante su estancia en filas.

Finalmente, nada hay tan económico para el Estado como la lucha contra el paludismo; dejemos la palabra a los números, que

dirán lo que se gasta en asistencia en los Hospitales de la zona.

He aquí un resumen de los cuadros que contiene la Memoria, referentes a los años 1917-1918-1919 y primeros nueve meses de 1920.

AÑOS	HOSPITALES DE			IMPORTE TOTAL
	Ceuta-Tetuán.	Larache.	Melilla.	Pesetas.
1917.....	999.931	593.685	207.751	1.601.367
1918.....	892.763	546.719	131.301	1.576.783
1919.....	879.112	828.678	269.218	1.976.468
1920 (1).....	777.221	669.765	340.122	1.787.108
TOTAL.....	3.549.027	2.433.247	948.392	6.935.666

No puede hacerse el cálculo de lo que el Estado gasta en transportes de los que usan de licencia por enfermo, a los que paga vapor, ferrocarril, etc., hasta su regreso; tampoco puede calcular la Comisión el importe de sobrealimentación con la peseta diaria para convalecientes, y, a pesar de ello, asciende lo gastado en menos de cuatro años a la respetable suma de seis millones, novecientas mil y pico de pesetas (hecho el cálculo teniendo en cuenta el precio de la estancia en pesetas y milésimas, resultan más de siete millones). Pero no es esto solamente, sino que este gasto va en aumento, por una parte, por el aumento de estancias, y segundo, por el mayor coste de éstas (en Melilla ha llegado a duplicar su precio), por lo que cabe afirmar que en el año último los gastos exceden de dos millones de pesetas.

Solamente este aspecto de la cuestión justifica que no se deje el problema del paludismo en el estado en que se encuentra; aun prescindiendo de la disminución del potencial militar del Ejército, de las conveniencias de raza y de razones éticas, circunscribiéndonos al punto de vista económico, no puede aventurarse adónde van a llegar los gastos que el Estado tendrá que sufragar, si, como es de esperar, la morbosidad sigue su progresión creciente, aumentada por la ocupación de nuevos territorios. Ciertamente es que para

(1) Solamente los nueve primeros meses.

el comienzo de la lucha se necesitarán gastar algunos miles de duros en quinina, que habrá que aumentar en Africa (si no se quitan de otros Centros) seis Jefes, y que habrá que contar con gastos indispensables de plantaciones, defensas mecánicas, etc.; cierto, asimismo, que se tropezará con dificultades para implantar un sistema nuevo, que tendrá, como todo lo nuevo y como todo lo sanitario, numerosos adversarios y no pocos escépticos, para los que es poco menos que imposible el éxito; pero considérese bien que, tarde o temprano, habrá que hacerlo, y que los aplazamientos no son más que pérdida de tiempo, y del dinero y energías de la Nación.

\*  
\* \*

Han transcurrido seis meses desde la entrega de su informe por la Comisión, y aun no hemos advertido indicios de realización de lo que en el mismo se propone.

¿Se habrán enriquecido los Archivos con un documento más?

DR. ESPIRILLO.

---

## ANESTESIA METAMÉRICA

---

En el mes de Noviembre del pasado año, al practicar una raquíanestesia, tuve la idea de detener la cánula en pleno conducto raquídeo, antes de atravesar la duramadre, y me propuse bloquear las raíces fuera del espacio meníngeo, y antes de atravesar los agujeros de conjunción, puesto que la punta de la aguja había atravesado el ligamento amarillo correspondiente. Abandoné la estovaina que tenía preparada, y en una cápsula hervida hice la disolución de tres tabletas de novocaína suprarrenina de la serie A (375 mg. de novocaína) en 25 c. c. de suero fisiológico, procediendo a inyectarlo inmediatamente a través de la cánula, que estaba enclavada entre las vértebras lumbares 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup>

Explorando la sensibilidad, pudimos convencernos de que a

los cinco minutos comenzaba una hipoestesia en la porción infraumbilical del abdomen, que se extendía a la cara anteroexterna de los miembros inferiores, dejando indemne el periné, escroto, cara posterior de miembros inferiores y planta del pie en ambos lados; la hipoestesia se fué acentuando progresivamente, y a los veinte minutos de practicada la inyección, juzgamos prudente empezar a operar, practicando una cura radical de hernia inguinal derecha, sin la menor molestia para el paciente.

El resultado de este intento nos animó a seguir estudiando este método, al que en la clínica denominamos de anestesia metamérica, por la posibilidad que nos proporciona de privar de sensibilidad a un segmento del cuerpo, dejando con ella a las porciones que están por encima y por debajo del segmento medular de donde proceden las raíces bloqueadas.

Pocos datos históricos hemos encontrado que nos permita filiar la anestesia metamérica con un antiguo abolengo científico que para ella deseáramos. Ciertamente que algunos cirujanos, utilizando las adquisiciones científicas de Cathelin, han llevado sus soluciones anestésicas al espacio epidural, logrando interrupciones radiculares seguidas de analgesia, que ha sido principalmente provocada para operaciones practicadas en región anal y órganos genitales externos. La inyección en estas anestесias intradurales se practica por el hiatus sacro, y produce insensibilidad en los territorios inervados por las raíces del plexo coxígeo de los pares sacros 4.º y 5.º; con alguna frecuencia sube algo más, y quedan interrumpidas las primeras raíces sacras.

Consecutivamente a los estudios de Cathelin sobre anestesia sacra, publicados en 1903, algunos cirujanos, entre ellos Reclus, Sicard, Tuffier, trataron de aprovechar esta vía de penetración de las substancias anestésicas para practicar la cura radical de las hernias, y aun cuando los resultados fueron buenos en algunos casos, en la mayoría de ellos, el fracaso fué tan evidente, que motivó el abandono de todo ensayo ulterior en operaciones de esta naturaleza.

Kappis, al hacer sus ensayos de inyecciones paravertebrales en el cadáver, ha podido comprobar que a través del agujero de conjunción puede introducirse en el raquis (espacio extradural) los líquidos coloreados de que se servía para sus experiencias. En un caso, inyectando tres centímetros cúbicos de solución de azul de

metileno a nivel del primer nervio lumbar en su agujero de conjunción, se encontró líquido en el espacio extradural desde la columna cervical hasta el sacro, y cree que este hecho puede repetirse en el vivo. El temor de penetrar con el anestésico a través de la duramadre le hizo desistir de la anestesia extradural, para consagrarse a la paravertebral (*Mund. Med. Woch.*, 1912, núm. 18). En una referencia de un artículo de Bleeck (*Monatschr. f. Geburtshilfe und Gynäcol.*, Bd. 37, núm. 1) habla del peligro que tienen las anestésias extradurales altas, y Strauss, de Frankfurt (*Zeitsch. f. Geburtshilfe und Gynäcol.*, Bd. 72, núm. 1), comunicó, en 1912, 80 casos de anestesia extradural alta y baja con buenos resultados.

Por desgracia, las dificultades todavía subsistentes en la actualidad no me han permitido leer las comunicaciones originales de Bleeck y Strauss, y en las *referata* no dan detalles de técnica, que me sería muy interesante conocer, así como tampoco en algunas de las obras últimamente aparecidas sobre anestesia (Hirschel, Braun, Pauchet, Allen, Johonesco) se menciona ningún procedimiento que sea parecido al metamérico, por todo lo cual habré de limitarme a describir el que nosotros ponemos en práctica para lograr la anestesia de que nos ocupamos.

Los nervios raquídeos, como se sabe, están constituidos por dos haces, uno motor y otro sensitivo, que tienen su origen aparente en los surcos colaterales anterior y posterior de la medula; las fibras que los constituyen convergen rodeando la parte lateral de la medula, hasta que se adosan al alcanzar el eje transversal, dirigiéndose hacia fuera y abajo, siendo su dirección tanto más descendente cuanto más inferior es la raíz. En su trayecto están primeramente colocadas en el espacio aracnoideo, envueltas en una tenue hojilla pial y bañadas en ligamento céfalorraquídeo; después llegan a la duramadre, que se deprime para darles paso, enviándoles una prolongación que las acompaña hasta el agujero de conjunción. Un tejido fibroso resistente establece fuertes adherencias entre el periostio de los pedículos y partes vertebrales que circunscribe el agujero y la vaina dural que rodea el par raquídeo, cubierta dural, que generalmente es doble, existiendo una para cada una de las porciones sensitiva y motora que atraviesan la paquimeninge, separadas por una brida que divide en dos el orificio de la duramadre, destinado a la salida del nervio.

Como se comprende, desde que las raíces nerviosas perforan la cara interna de la duramadre, hasta que atraviesan el diafragma membranoso que cierra el agujero de conjunción, siguen un trayecto intrarraquídeo y extradural, pues aun cuando la meninge dura les envía la prolongación de cubierta que hemos descrito, están por completo situadas fuera de su cavidad. En esta parte en que los nervios raquídeos circulan en el espacio epidural es donde Guleke aconseja practicar la rizotomía posterior, sustituyendo la técnica intradural de Foerster.

El espacio epidural está limitado por dos superficies irregularmente cilíndricas, que corresponden: la exterior, a la superficie interna del raquis, la interior, a la externa de la duramadre. Entre ambas se extiende un espacio que alcanza por arriba hasta el contorno del agujero occipital, donde la dura madre, fuertemente adherida al hueso, cierra el paso por fuera de ella a la cavidad craneal, y por abajo, hasta el coxis.

El espacio epidural tiene una longitud igual a la de la columna vertebral, descontando el coxis, y sus dimensiones de contorno varían en los distintos niveles del raquis, pudiendo decirse, en términos generales, que donde las alcanza mayores es por detrás y a los lados, precisamente por la parte accesible al cirujano, ya que, por delante, el íntimo contacto de la paquimeninge con el ligamento vertebral común posterior reduce considerablemente aquéllas.

Además, estas dimensiones no son fijas, y en parte dependen de la actitud del cuerpo. Hallándose la medula rodeada de sus envolturas, fija por arriba por su continuidad con las porciones encefálicas, y por abajo, y a los lados, por el *filium terminale* y las raíces, la flexión forzada de la columna vertebral determinará, a su vez, un arqueamiento del eje nervioso raquídeo, con mayor adaptación entre la cara anterior de la duramadre y la posterior de los cuerpos vertebrales cubiertos por el ligamento vertebral común posterior. Esta disposición se traduce por aumento de la distancia que normalmente separa la cara anterior de las láminas y ligamentos amarillos y la posterior de la duramadre.

El espacio epidural, que no es un espacio virtual, sino una verdadera cavidad en toda la altura del raquis, está relleno de tejido céluoadiposo semifluido, muy rico en vasos sanguíneos y linfáticos, que ocupa todo el segmento intrarraquídeo que dejan libre las formaciones nobles del eje medular y sus cubiertas. A nivel del con-

ducto sacro se acumula por debajo del fondo de saco dural (cisterna de Donitz), llenando entre la tercera vértebra sacra y el coxis todo el conducto, excepto el que necesitan para su paso los nervios de la cola de caballo.

La consistencia del tejido peridural permite una fácil y rápida difusión de las sustancias medicamentosas que en él puedan depositarse, y su riqueza vascular determina una rápida absorción de las mismas, comprobada por Muroya, que vió aparecer el azul de metileno en la orina a los cinco o diez minutos de inyectado por el hiatus sacro, y a los diez o veinte minutos de inyectado en el tejido celular subcutáneo. Este autor, pensando que en las anestésias paravertebrales existía el peligro de difusión de los anestésicos a través de los agujeros de conjunción en el espacio epidural, aconsejaba añadir a las sustancias anestésicas, además de la solución conocida de adrenalina, una de gelatina al 5 por 100, que, aumentando su consistencia, disminuyese los imaginados peligros. Sin embargo, los medicamentos en el tejido epidural no se comparten de distinto modo que en otras regiones del cuerpo, determinando solamente algunas variantes en su acción fisiológica la rapidez de su absorción a este nivel y la presencia de los pares raquídeos, que, al atravesar la cavidad epidural, tienen que ponerse en contacto con las sustancias en ellas introducidas.

El bloqueo de las raíces nerviosas con sustancias anestésicas, en el espacio epidural, es susceptible de producir analgesia, utilizable en intervenciones quirúrgicas, y de la misma manera que Cathelin, Reclus, Laewen, Gaza y otros muchos han logrado con la anestesia sacra tan buenos resultados, que la adoptan para ciertas intervenciones en la clínica, los estudios que llevamos practicados hasta la fecha nos autorizan a afirmar que las anestésias metaméricas obtenidas nos proporcionaron ventajas no despreciables en el acto operatorio.

La idea de insensibilizar la región quirúrgica por el bloqueo anestésico de las raíces nerviosas es puesta en práctica corrientemente por dos procedimientos: el de la *anestesia raquídea*, en que el agente se vehiculiza por intermedio del líquido céfalorraquídeo, y el de la *paravertebral*.

Nada diremos de la primera, por ser sobradamente conocida; pero en cuanto a la segunda, recordaremos que ya Sellhein, en 1905, consiguió insensibilizar la pared abdominal de un enfermo

inyectando una solución anestésica alrededor de las raíces nerviosas comprendidas desde la 8.<sup>a</sup> a la 12.<sup>a</sup> dorsal, a su salida del agujero de conjunción. El método paravertebral tiene por objeto bloquear la raíz inmediatamente de abandonar el raquis y antes de la división en sus dos ramas anterior y posterior, y de que ha-

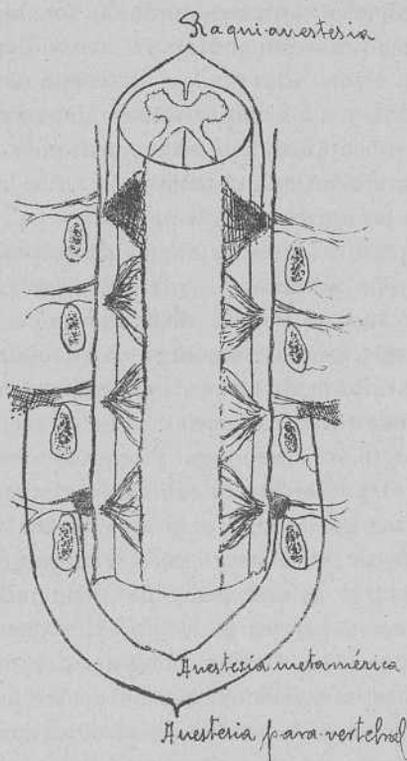


FIG. 1.<sup>a</sup>—Esquema comparativo de las anestésias metamérica, paravertebral y aracnoidea.

ya cedido al simpático el ramicomunicante correspondiente (figura 1.<sup>a</sup>).

Laewen, Kappis, Finsterer Wilms, Pauchet y otros han dedicado serios estudios al bloqueo radicular mencionado, y el resultado de sus anestésias no ha podido ser más brillante; pero aparte de que la técnica de su aplicación no es de ningún modo sencilla, el tiempo requerido para llevarlo a cabo y la gran dosis de subs-

tancia anestésica necesaria, que en algunas ocasiones produce fenómenos generales de absorción medicamentosa bastante molestos y alarmantes, han hecho caer en desuso un procedimiento que, bien aplicado, une a su eficacia la mayor inocuidad.

Después de haber practicado muchos centenares de raquianestésias y algunas anestésias radicales paravertebrales, es cuando nos hemos decidido a alcanzar los pares raquídeos a su paso por el espacio epidural, a la altura necesaria para insensibilizar los nervios que se distribuyen por la región operatoria.

**TÉCNICA DE LA ANESTESIA METAMÉRICA.**—*Punción epidural.*— Todo el que haya practicado algunas raquianestésias, sobre todo si la aguja está algo embotada, habrá tenido ocasión de percibir con toda claridad las variaciones de resistencia que se experimentan al atravesar el ligamento amarillo y la duramadre.

En la punción lateral, la cánula provista de su fiador camina suavemente por la masa muscular del tríceps espinal, hasta que a una profundidad variable con la gordura del enfermo y la altura de la punción, se experimenta una resistencia que detiene el avance del instrumento; un cuidadoso esfuerzo de la mano, y la aguja se hunde ligeramente, con una sensación perfectamente perceptible por el oído (con instrumento de bisel muy corto y no muy afilado); si se retira el fiador, no sale líquido; basta entonces hacer avanzar más la cánula para que se encuentre detenida por otra resistencia menor, que, al atravesarla, produce otro pequeño chasquido, e inmediatamente, la salida de líquido céfalorraquídeo nos indica que estamos en el espacio subaracnoideo, ya que las dos hojas serosas adheridas a la cara interna de la duramadre, han sido atravesadas en el último tiempo de la punción. El primer obstáculo que se encuentra en forma de la resistencia descrita es el ligamento amarillo. Cuando la sensación es de hueso, rectifíquese la dirección de la aguja, para evitar las láminas, ateniéndose en todo a los detalles técnicos de la punción raquídea. Los dos chasquidos que se producen al paso del instrumento por el ligamento amarillo y por la duramadre son tan perceptibles, que pueden oírse por las personas que están en la más inmediata proximidad del enfermo. Los internos que nos auxilian en la sala de operaciones los perciben con frecuencia, y el operador, que asocia su impresión auditiva a la táctil, siempre está en condiciones de localizar con la punta del instrumento las mencionadas estructuras.

En la punción central, las sensaciones varían por completo. Como la densidad del ligamento interespinoso y la del amarillo son iguales, no notamos con la aguja un aumento de resistencia a nivel de éste, sino una brusca cesación cuando lo hemos atravesado. El paso de la duramadre determina una resistencia no tan perceptible como en la punción lateral, acompañada de pequeño chasquido.

La punción epidural puede practicarle en la línea media y a los lados, y tanto en un caso como en otro, pueden seguirse dos procedimientos:

1.º Hacer una punción aracnoidea y retirar la cánula, poco a poco, hasta que deje de salir líquido; entonces, para convencernos más, aspiramos con una jeringa, y si no sale nada, podemos afirmar que estamos en espacio epidural, a no ser que se haya retirado mucho y nos encontremos en el espesor del ligamento amarillo, o en el del triceps espinal o ligamento interespinoso (punción lateral o central). La mejor manera de sacar la aguja del espacio aracnoideo para llevarlo al espacio epidural, es acompañar las maniobras de tracción con movimientos de rotación de derecha a izquierda como para quitar un tornillo; ¿cómo adquirir la seguridad de que la punta del instrumento se encuentra en el tejido epidural, y no en las estructuras del raquis o del extrarraquis? Esta seguridad la tendremos al inyectar el líquido, que penetra en la cavidad epidural con la misma suavidad que en la subaracnoidea, y, en cambio, hay que apretar mucho el émbolo y hacer presión para vencer la resistencia, tanto de los ligamentos como del triceps. En este último caso basta empujar de nuevo la aguja hasta que se llegue al sitio en que la inyección es fácil y no sale líquido céfaloquídeo.

Una objeción nos hicimos en un principio contra este procedimiento de transformar una punción subaracnoidea en perimeníngea, saber: la posibilidad de que el líquido anestésico penetrase en parte por el orificio dural fraguado por la aguja, y, por lo tanto, de que resultase una raquianestesia corriente; pero la forma de presentarse la analgesia y la distribución de la misma nos convencieron bien pronto de que el taladro meníngeo debía ocluirse inmediatamente.

2.º El segundo procedimiento de punción de cavidad epidural es positivamente más elegante, y no resulta difícil, una vez adqui-

rida cierta práctica en estas maniobras. Consiste en detenerse una vez atravesado el ligamento amarillo, e inyectar la solución anestésica correspondiente, lo cual puede hacerse tanto por punción central como lateral.

La técnica que hasta ahora sigo, después de algunos tanteos, es la siguiente:

Amplia esterilización de la piel dorsal en la región elegida; referencia de la apófisis espinosa, correspondiente al par raquídeo central de los que inervan la región operatoria. Por ejemplo: para operaciones de estómago (inervado por las raíces dorsales de la 6.<sup>a</sup> a la 12.<sup>a</sup>), se refiere la apófisis espinosa de la 8.<sup>a</sup> dorsal, a cuyo nivel sale del raquis la 8.<sup>a</sup> raíz, inyectando a este nivel para blo-



FIG. 2.<sup>a</sup>—Trócar de raquipunción.

quear las raíces 6.<sup>a</sup>, 7.<sup>a</sup> y las 9.<sup>a</sup>, 10.<sup>a</sup>, 11.<sup>a</sup> y 12.<sup>a</sup>, contando con que generalmente se extiende más la anestesia hacia abajo que hacia arriba. Referida la apófisis espinosa correspondiente, se clava la aguja a un centímetro o centímetro y medio por fuera de ella, dirigiéndola hacia adelante, en busca del ligamento amarillo, que se encuentra a distancias variables de la piel (algunas veces hasta 12 y más centímetros). En las punciones en columna dorsal, tendremos en cuenta la imbricación de las láminas, que nos obligarán a dar al instrumento una dirección muy ascendente.

Nosotros, generalmente, cuando la operación ha de recaer en un solo lado del cuerpo, elegimos el mismo lado para hacer la punción, porque hemos observado que casi siempre se presenta la anestesia en la mitad del cuerpo en que recayó la inyección de un modo más precoz y más extenso; pero no hay inconveniente ninguno en practicarla en el lado contrario.

Teniendo en cuenta que los ligamentos amarillos están orientados de atrás adelante y de dentro afuera, procuraremos que la parte puntiaguda del pisel esté hacia afuera, con lo que lograremos un cierto paralelismo entre éste y el plano de los ligamentos indicados. Este detalle técnico da por resultado que se aprecie más fácilmente la perforación ligamentosa necesaria para situar la in-

yección en el interior del raquis, y, además, aun cuando toquemos la duramadre con el trócar en la dirección indicada, resbalaremos sobre su superficie convexa sin atravesarla, desplazándose ligeramente al contacto del instrumento. Una punción, según esta técnica, evita también el inconveniente de que parte del bisel quede por fuera de la cavidad raquídea, y la inyección no se realiza totalmente dentro de éste (figs. 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup> y 4.<sup>a</sup>).

El líquido anestésico debe depositarse en un espacio limitado: por delante, por el plano frontal de las raíces espinales; por den-

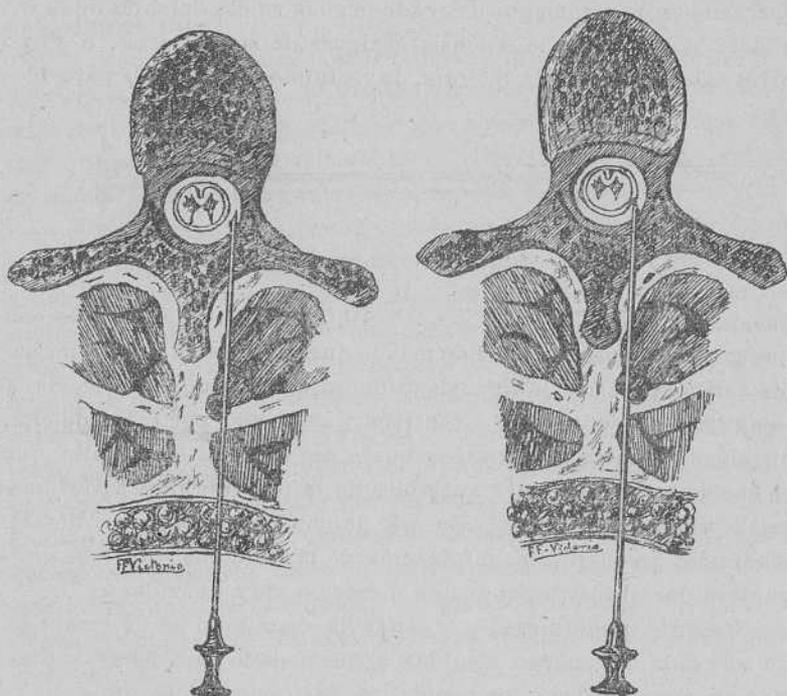


FIG. 3.<sup>a</sup>—Aguja en buena posición. FIG. 4.<sup>a</sup>—Mala posición del trócar que favorece la penetración de la duramadre.

tro, por la cara lateral convexa de la duramadre raquídea, y por detrás, por las láminas vertebrales del lado correspondiente, unidas por sus ligamentos amarillos. Estas formaciones limitan un espacio, de sección triangular con dos hiatus, uno en la parte anterior, entre cada dos raíces, y otro en la parte postero-externa, entre la superficie posterior de la duramadre, y un poco por fuera

del punto de implantación de las apófisis espinosas. Por estos dos hiatus se difunde el líquido anestésico empleado infiltrando el tejido celular perimeníngeo en toda la altura de un segmento raquídeo determinado (figs. 5.<sup>a</sup> y 6.<sup>a</sup>).

*Instrumental.*—El más apropiado es una cánula de raquianestesia corriente, con bisel muy corto y no muy afilada, de calibre

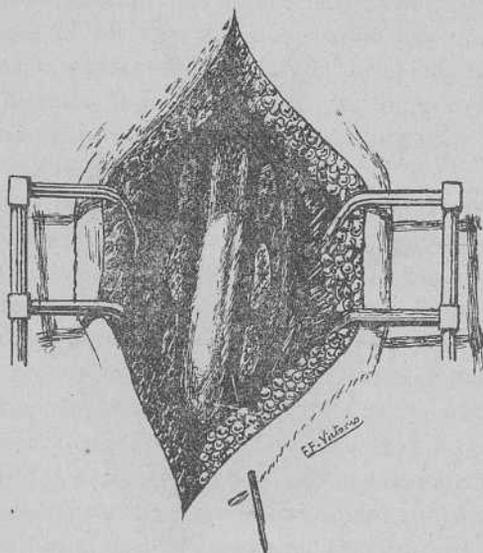


FIG. 5.<sup>a</sup>—Un aspecto de la punción en la anestesia metamérica.

mediano, sin alcanzar los grosores de las de Delmas y Le Filiatre (1,4 y 1,2 mm., respectivamente).

Un calibre de 0,8 mm. es suficiente, y tiene ventajas indiscutibles sobre otros mayores, pues permite introducir lentamente la solución anestésica, con lo que se consigue una difusión uniforme (figura 2.<sup>a</sup>).

Una jeringa Record de 20 c. c., una cápsula para preparar la solución anestésica o verterla, si está ya preparada y una copa graduada, completan todo el instrumental necesario para hacer una anestesia metamérica.

*La solución anestésica.*—Al emprender nuestros primeros ensayos, siempre tuvimos en cuenta que la anestesia metamérica era, ante todo, una anestesia de la conducción nerviosa de los pares espinales, y que el hallarse éstos envueltos por una prolongación

dural, era un factor que debía intervenir en nuestra manera de concentrar el anestésico.

El bloqueo perineural de las raíces lo hemos llevado a cabo con soluciones de novocaína suprarrenina (pastillas de Braun) al 1, 1  $\frac{1}{2}$  y 2 por 100, y aun cuando con todas ellas hemos logrado el resultado apetecido, la presentación de la analgesia ha sido más

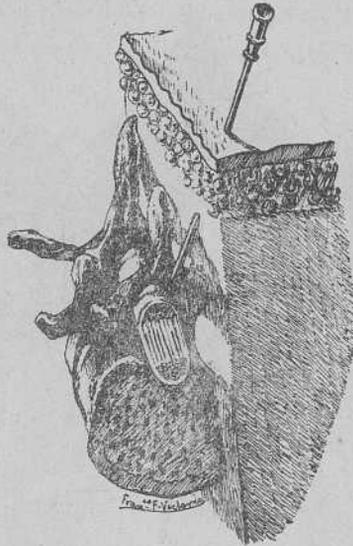


FIG. 6.ª—Representación esquemática del camino recorrido por la aguja en la punción perimeningea.

rápida con la solución al 2 por 100. La solución al 1 por 100 nos ha proporcionado en dos casos anestias incompletas (hipoestias) de la región operatoria; en cambio, en los restantes casos, la intervención pudo practicarse a completa satisfacción del enfermo. Las altas concentraciones, hasta de 4 por 100, empleadas en el bloqueo de gruesas ramas nerviosas, no me parecen necesarias. Tampoco hemos llevado a la práctica el uso del bicarbonato de novocaína, recomendado por Laewen, ni la adición del sulfato potásico que emplean Hoffmann y Kochmann para aumentar el poder anestésico de las soluciones de novocaína.

La solución preferible nos parece una al 2 por 100, obtenida con las pastillas de Braun, esterilizada, según los preceptos de dicho autor, por ebullición, con una mezcla de ácido clorhídrico en

suero (tres gotas de ácido por litro de suero) e hipertónica, lo que se logra utilizando como disolvente el agua salina al 4 por 100.

La suprarrenina, estrechando los vasos, retarda la absorción y permite un contacto más prolongado del anestésico con las raíces nerviosas, y la propiedad hipertónica del líquido también retarda su absorción, por determinar una corriente de extravasación plasmática isotonzadora, que impide la incorporación de los agentes anestésicos al torrente circulatorio. No hay que olvidar, sin embargo, que la extravasación líquida mencionada determinará una ligera dilución de la mezcla analgésica; pero la novocaína, permaneciendo *in situ* sin absorberse, desplegará toda su acción sobre las fibras radicales.

En cuanto a la cantidad de solución necesaria para producir la anestesia, hemos tenido que obtenerla por tanteos, pues como la consistencia de las dos superficies cilíndricas que limitan el espacio perimeníngeo no es rígida, su capacidad es variable. En efecto; la introducción de un líquido en el espacio epidural va acompañada de un rechazamiento de su pared interior, formada por la duramadre, que conduce a un aumento de su capacidad en el sitio de la inyección. Como la pared exterior es invariable, el aumento segmentario de la cavidad epidural sólo puede realizarse mediante un desplazamiento del líquido cerebroespinal subyacente al lugar donde se deposita el líquido anestésico. Con 20 c. c. de la solución de novocaína, inyectados entre la 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> lumbar, anestesiamos a ambos lados una zona comprendida entre las raíces 9.<sup>a</sup> dorsal y 4.<sup>a</sup> lumbar, ambas inclusive, sirviéndonos perfectamente para operaciones de apendicitis y hernias (fig. 7.<sup>a</sup>) (no prolongar la incisión hasta el escroto innervado por el tercer par sacro); 25 c. c. inyectados entre la 8.<sup>a</sup> y 9.<sup>a</sup> dorsal producen un amplio cinturón anestésico, utilizable en las operaciones del estómago y tórax inferior. En una intervención motivada por litiasis biliar, utilizamos, para practicar la inyección, la jeringa de raquianestesia de Le Filliatre, y pensando inyectar 25 c. c., o sea cinco jeringas hasta la división 5 c. c., el ayudante llenó cinco veces la jeringa, pasando, por lo tanto, de la división mencionada, por lo que calculamos haber introducido involuntariamente una masa líquida en espacio epidural de 45 a 50 c. c. de solución al 1 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> por 100, o sea una dosis de novocaína de 75 cg.; a los doce minutos, la insensibilidad era completa, y pudimos extraer, sin la menor molestia para la en-

ferma, una vesícula biliar, con dos cálculos muriformes, y hacer una detenida exploración del resto de vías biliares, que resultó negativa. Durante la intervención se exploró la sensibilidad de todo el cuerpo, y pudimos convencernos de que la solución de novocaína

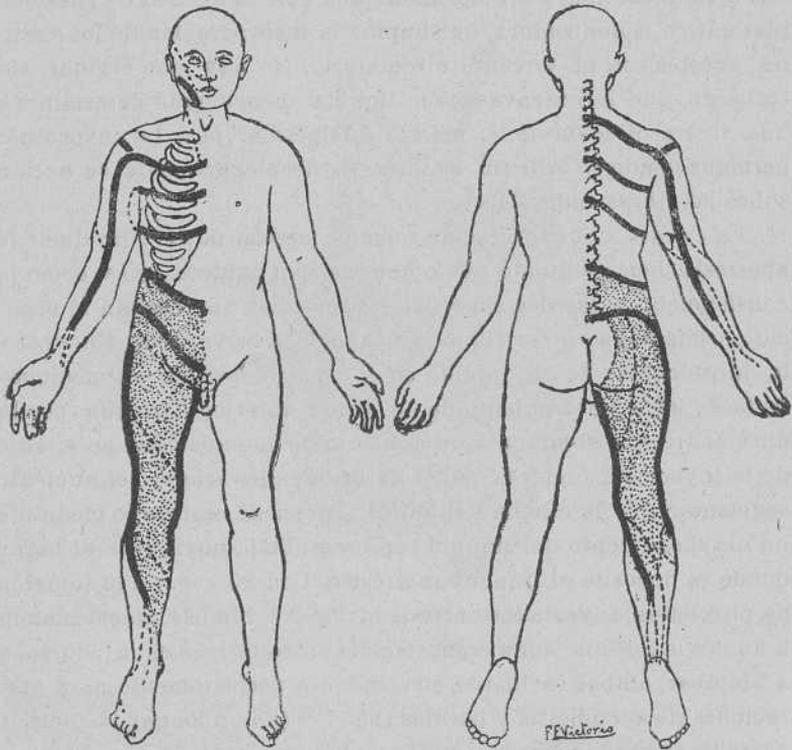


FIG. 7.<sup>a</sup>—Zona de anestesia que se alcanza con la inyección de 20 c. c. de solución entre las vértebras lumbares 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup>, aprovechable principalmente para hernias y apendicitis (analgesia bilateral).

había bloqueado todos los nervios raquídeos en toda la altura de la medula, pues la enferma sólo acusaba sensibilidad en territorio de nervios craneales (lengua, cara). El occipucio, el cuello, brazos, tronco, miembros inferiores y periné estaban completamente anestesiados, y la enferma, convencida de ello, nos rogó, ya que estaba anestesiada, que aprovecháramos la ocasión para operarle unas hemorroides que le molestaban mucho. Nosotros, accediendo a sus deseos, le hicimos una cauterización de tres voluminosos paquetes

hemorroidales. Curso post-operatorio normal. siendo dada de alta a los diez días de operada.

FIDEL PAGÉS,  
Capitán Médico.

(Concluirá.)

---

## LA CLÍNICA MILITAR EN PSIQUIATRÍA

---

El Capitán Médico D. Julio Camino, distinguido entre los psiquiatras, publica en el número de esta REVISTA, correspondiente a 1 de Junio actual, un artículo, titulado «El problema de los Manicomios civiles y militares de España».

De cuanto en el mencionado artículo se dice respecto a manicomios civiles, no he de ocuparme yo; es tema que está sobre el tapete; de él han escrito ya sendos artículos, publicados en la Prensa profesional y política, las primeras autoridades españolas de psiquiatría; la Real Academia Nacional de Medicina se interesa en el estudio y solución del asunto, y, por lo tanto, mi modestísima opinión representaría menos que una gota de agua en el Océano.

Algo pudiera decir sobre la necesidad, que señala el distinguido psiquiatra, de que el Ejército posea un Manicomio independiente y propio; pero este problema está ya en vías de solución, puesto que, como el mismo Sr. Camino reconoce, las altas Autoridades militares, asesoradas por las de nuestro Cuerpo, tienen ya decidida la construcción y hasta anunciada la subasta para la adquisición de terrenos. Después del estudio hecho por varias Comisiones de Sanidad Militar, ¿qué ideas podremos aportar que sean más convenientes que las que consignen en sus respectivos informes las competentísimas Comisiones nombradas? Nada, pues, debo decir sobre este asunto, que está ya resuelto por quien tiene mucha más autoridad científica que yo. No debemos olvidar que el Cuerpo de Sanidad Militar hace ya mucho tiempo que se preocupa del problema psiquiátrico, hasta el punto de que la única enseñanza oficial de psiquiatría que se da hoy en España es la que en nuestra Acade-

mia hay establecida, cuya cátedra explicó brillantemente, durante ocho años, el hoy Coronel del Cuerpo y eminente especialista, doctor D. Antonio Fernández-Victorio, y que desempeña en la actualidad, con no menos brillantez, el Comandante Médico D. César Juarros.

Pero el Sr. Camino, al ocuparse en su artículo del estado actual en que se encuentran nuestras Clínicas de dementes, emite juicios equivocados, que deseo rectificar, sobre la única Clínica militar de dementes (que radica en la actualidad en el Manicomio de Ciempozuelos), y de la cual soy el Jefe único.

Afirma el distinguido psiquiatra que «el mejor Manicomio español tiene mucho que envidiar respecto a organización, cuidados y consideraciones humano-sociales, a algunos de nuestros *presidios*, a pesar de que éstos constituyen otro de nuestros *invis* más vergonzosos». Establece luego un parangón entre las atenciones que se guardan al *tuberculoso* y al *loco*; y dice, entre otras cosas: «... para el otro (el loco) aún siguen reservadas las mazmorras, las murallas, las ataduras y hasta los castigos de nuestros tiempos inquisitoriales». Más adelante afirma que «el pobre alienado militar se halla tan desamparado como el *civil*, ya que nuestra única *Clínica militar de dementes* se halla en la actualidad agregada al *Manicomio civil de Ciempozuelos*.. »

Yo ignoro lo que el Sr. Camino habrá visto en los Manicomios que dice haber visitado; pero lo que sí puedo afirmar, y afirmo rotundamente, es que en el Manicomio de varones de Ciempozuelos no ha podido ver esos inquisitoriales tormentos. Y digo que no los ha podido ver, en primer lugar, porque no existen, y en segundo lugar, porque no ha visitado nunca nuestra actual Clínica de dementes.

Si la hubiese visitado, habría podido ver que dispone de un hermoso pabellón, de recientísima construcción, quizá el mejor del Establecimiento, dedicado exclusivamente para ella e independiente del resto del Manicomio; hubiere recorrido los tres pisos de que consta, viendo los excelentes salones-dormitorios, con cubicación que excede a la necesaria; hubiera visto también el espacioso comedor, sala de baños y salón para estancia, por el cual circulan los enfermos, lo mismo que por el patio-jardín, con árboles y horizonte amplio y despejado, completamente libres, sin rejas, ni cadenas, ni candados, ni grillos. Si yo tuviera condiciones literarias ha-

ría ahora una completa descripción que evocara en la mente del Sr. Camino una representación exacta de lo que es nuestra Clínica militar; pero como carezco de dichas condiciones, me limito a invitarle (haciendo extensiva esta invitación a todo Jefe u Oficial Médico del Cuerpo) a que le visite, y después podrá, ya con conocimiento de causa, señalar los defectos que encuentre y proponer sus remedios.

Para terminar, copiaré un trozo más del comentado artículo: «... los enfermos se hallan supeditados al reglamento de unos *frailes*, cuyos métodos de *psicoterapia* y *disciplina* resultan hoy bastante anticuados, y contra cuyos tradicionalismos supongo yo se estrellarán alguna vez los dignos y competentes psiquiatras que allí desempeñan la función facultativa».

Aun cuando lo de «competentes psiquiatras» no reza conmigo, sin embargo, tengo que darme por aludido, porque este trozo copiado es parte del párrafo dedicado a comentarios sobre la Clínica militar; en él demuestra el Sr. Camino, que no conoce el reglamento del Manicomio de Ciempozuelos, ni las condiciones del contrato existente entre el ramo de Guerra y la Orden de San Juan de Dios, y que parece también ignorar que existe un regimiento de Hospitales militares y otro de dementes militares, y que a ellos está sometida esta Clínica militar y el Comandante Médico, Jefe de la misma. Cumpliendo con estos reglamentos, no me he *estrellado* nunca con lo que él llama *tradicionalismo* de los *frailes*, y que no sé a qué pueda referirse, pues yo siempre encontré en ellos un carácter bondadoso, sencillo y franco, y un trato afable, cortés, correcto y cariñoso. Y no hablemos de los sanitarios que prestan sus servicios en la Clínica militar, porque éstos son tan disciplinados, subordinados y obedientes como lo es siempre el soldado español. En cuanto a la *psicoterapia* y *disciplina*, yo soy, como Jefe Médico, el único responsable, y sigo siempre los métodos y procedimientos que mi leal saber y entender me aconsejan, con arreglo a los principios de la ciencia.

En resumen: Yo afirmo que los «alienados militares» se encuentran en esta Clínica, en cuanto a «organización, cuidados y consideraciones *humano-sociales*», en tan excelentes condiciones como pueda estar el resto de los enfermos comunes en el mejor de nuestros Hospitales militares; y si me fuera permitido, apelaría al testimonio de los compañeros que han visitado esta Clínica.

El Sr. Camino ha escrito sobre el estado actual de nuestra Clínica de dementes sin haberse documentado previamente; yo creo que tan distinguido psiquiatra procurará rectificar sus juicios sobre este asunto, una vez leídas las anteriores consideraciones.

JOAQUÍN GONZÁLEZ ALBERDI,  
Comandante Médico.

---

## V A R I E D A D E S

---

Como de costumbre, en estos últimos años se han verificado por la Academia de Sanidad Militar, en Villaviciosa de Odón, las prácticas reglamentarias de fin de curso.

Lo reducido del número de los Alféreces-alumnos, pues bien saben nuestros lectores que componen sólo catorce la promoción que está en estudios, no ha impedido que dichas prácticas se hayan realizado con el mismo brillante éxito de años anteriores.

Desde la marcha de la columna, realizada en forma que a la brevedad del tiempo empleado en el recorrido se unió lo bien dispuestos de los servicios de la misma, hasta las instalaciones del campamento, cuidando en todos los detalles de sus condiciones higiénicas, los estudios sobre el terreno del supuesto táctico que iba a celebrarse al siguiente día de la llegada, los servicios del campamento y todo cuanto contribuye al buen régimen y policía del mismo fué llevado a cabo por los alumnos con todo detalle y perfección.

El día del supuesto hizose la instalación de los escalones sanitarios, montando rápidamente el hospital móvil y multiplicándose nuestros futuros compañeros de Cuerpo en acudir de un sitio a otro para atender debidamente a los distintos servicios, sin que ninguno de ellos quedara indotado de personal y material; así pudo verse que al comenzar la supuesta acción, que esta vez pareció más real, pues se emplearon cartuchos de fogeo; como los simulados heridos eran rápidamente curados de urgencia y transportados al puesto de curación, donde, preparados convenientemente, se conducían por los elementos de la ambulancia de montaña al hospi-

tal móvil; allí se rectificaba, si procedía, la cura; se operaba si se hacía preciso, y se disponía, por último, la evacuación al hospital fijo, instalado, como siempre, al pie del castillo de Villaviciosa.

Ocupaciones inaplazables del cargo impidieron presenciar las prácticas al General Jefe de la Sección de Instrucción y al Inspector Jefe de la de Sanidad Militar, no concurriendo tampoco, a causa de pasajera indisposición, el Inspector de Sanidad Militar de la Región, que había anunciado su propósito de acompañar a la Academia. Las presenciaron, entre otras distinguidas personalidades, el Coronel Médico D. Félix Echevarría, Jefe de la primera Comandancia de tropas del Cuerpo y el reputado Dr. Slocker, que siempre recuerda con cariño la época en que vistió nuestro honroso uniforme.

El Coronel Director de la Academia, en sentidas frases, agradeció a los Profesores el brillante resultado obtenido en la instrucción de los Alféreces-alumnos, esforzándose en hacerles, en un curso abreviado, aptos para el importante servicio que han de desempeñar; trasladó a ellos las felicitaciones recibidas y exhortó a los que pronto ostentarán las insignias de Tenientes, a imitar a sus Profesores ejerciendo la profesión como un verdadero sacerdocio. Hizo presente que estas prácticas son las últimas en que interviene, puesto que en este mismo año ha de cesar en el cargo que ejerce, y pronunció frases de agradecimiento para la primera Comandancia de tropas por el auxilio tan eficaz que presta a la Academia, y para las Autoridades y vecinos de la localidad que tantas facilidades dan y tan cariñosa acogida la dispensan.

El Sr. Echevarría contestó a las palabras de gratitud pronunciadas por el Sr. Sánchez, reiterando su felicitación por el resultado de las prácticas, y recabando para él el honor de ser el primero en ceñir la faja de Inspector al actual número uno de los Coroneles Médicos, pues creía firmemente que el sólido prestigio conquistado en el Cuerpo, por las altas dotes del Sr. Sánchez, han de verse recompensadas en hondo espíritu de justicia al llegar a alcanzar aquel importante empleo de la escala activa.

El día 11 levantóse muy de madrugada el Campamento, emprendiendo el regreso a esta Corte, llegando sin novedad alguna la columna que, como a la ida a Villaviciosa, y durante su estancia en este pueblo, estuvo mandada por el Comandante Médico D. Jesús de Bartolomé Relimpio y por el Capitán Médico D. Fede-

rico Ramos de Molíns, Profesor y Ayudante de Profesor de Arté militar, Instrucción y Ambulancias, respectivamente.

\* \* \*

Según parece, en breve será presentado a las Cortes el proyecto de reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar, por el que tanto interés han demostrado el Ministro de la Guerra, Jefe de la Sección de Sanidad Militar y las entidades y Comisiones que han intervenido en su tramitación y desarrollo.

\* \* \*

Por Real decreto de 8 del corriente le ha sido concedida la Gran Cruz de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo al Excmo. Sr. Inspector Médico de segunda clase, en situación de reserva, D. José Tolezano, a quien con este motivo enviamos nuestra afectuosa felicitación.

\* \* \*

El día 1.º del corriente se celebró, con la solemnidad acostumbrada, el acto de jurar la bandera la nueva promoción de Farmacéuticos segundos de nuestro Cuerpo.

Para festejar tan patriótica fecha se reunieron los Jefes y Oficiales de dicha Sección del Cuerpo, en unión de los nuevos Farmacéuticos militares, en fraternal banquete, servido por el Casino Militar, y bajo la presidencia del ilustre Dr. Carracido y de los Generales Valdivia y Aldeanueva.

\* \* \*

Damos el más sentido pésame a nuestros queridos compañeros de redacción, D. José Potous y D. Saturnino Cambronero, por las desgracias de familia que acaban de experimentar.

\* \* \*

Hemos recibido el programa del Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares, que se celebrará en Bruselas desde

el 15 al 20 de Julio del corriente año, y que, como saben nuestros lectores, tendrán en él representación oficial las dos Secciones de nuestro Cuerpo.

\*  
\* \*

Ha llegado a esta Corte, invitado por el Dr. Recaséns, el eminente radiólogo alemán Dr. Dessauer, encargado de dar tres importantes conferencias en nuestra Facultad de Medicina acerca de la radioterapia profunda.

\*  
\* \*

La Asociación para el Progreso de las Ciencias, que, como es sabido, celebrará su próximo Congreso en Oporto, entre otros trabajos preliminares, acordó que el discurso inaugural de las sesiones médicas estuviese a cargo del Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona D. Augusto Pí Suñer, el cual titula su trabajo «La glucemia y el hambre local». Pronunciarán también otras conferencias los Dres. Recaséns y Peset, y aportarán otros trabajos los Dres. Simonena, Pittaluga, Compaired, Bellido, Lafora, Torremocha, Sáinz de Aja, Navarro Fernández, Novoa Santos, Crende, Buendía, Olea, Sicilia, López Muelledes, Vega, Sánchez-Covisa, Clemente Romeo y otros muchos.

El Secretario general de dicha Asociación, Subinspector Farmacéutico de primera clase, D. Ricardo García Mercet, ocúpase activamente de organizar los trabajos del futuro Congreso, cuya labor promete ser muy brillante.

\*  
\* \*

#### **Congreso Internacional de Sanidad Militar de Bruselas.**

Deseando la Secretaría del Congreso internacional de Sanidad Militar de Bruselas, que las comunicaciones, traducidas a tres idiomas, se encuentren publicadas antes de comenzar la celebración del mismo, se ruega a todos los compañeros, tanto de la Sección de Medicina como de la de Farmacia, que hayan presentado o piensen presentar algún trabajo, tengan la bondad de remitir a la Academia de Sanidad Militar (Altamirano, 33) los originales, para

su remisión, y una nota con su nombre y un extracto de las materias objeto de la comunicación, para que en el índice de la ponencia figuren reunidas todas las presentadas por autores españoles.

Como el Congreso debe inaugurarse el día 15 del mes próximo, se precisa que las Memorias se encuentren en la Academia antes del día 25 del corriente, en cuya fecha se hará el envío de todas las recibidas.

\*  
\* \*

**Asociación Filantrópica de Sanidad Militar.**

*Balance de Caja por fin del primer trimestre de 1921.*

DEBE	Pesetas.
Existencia del año anterior.....	69.048,97
Recaudado en el trimestre.....	10.504,30
Importe del cupón de 1.º de Abril.....	296,25
<i>Total.....</i>	<u>79.849,52</u>
HABER	
Por seis cuotas funerarias y giros de las mismas.....	9.031,00
Por gratificaciones de los auxiliares.....	360,00
Por tres libros, 10.000 recibos, circulares y una estampilla para el Tesorero.....	525,25
<i>Total.....</i>	<u>9.916,25</u>
RESUMEN	
Importa el Debe.....	79.849,52
Importa el Haber.....	9.916,25
<i>Existencia en Caja.....</i>	<u>69.933,27</u>
DETALLE DE LA EXISTENCIA	
En títulos de la Deuda, pesetas nominales... ..	37.500,00
En Cuenta corriente en el Banco de España.....	31.895,02
En recibos pendientes de cobro en Tesorería.....	538,25
<i>Total.....</i>	<u>69.933,27</u>

Madrid, 31 de Marzo de 1921.—V.º B.º El Presidente, *Valdivia*, El Tesorero, *Joaquín Aspiroz*. — El Contador, *Alfonso [Moreno López]*.

\*  
\* \*

### Concursos.

Por Real orden circular de 4 de Julio actual (*D. O.* núm. 122) se anuncia la provisión de una plaza de Farmacéutico mayor Profesor de plantilla, vacante en el Colegio de Huérfanos de la Inmaculada Concepción. La clase que ha de desempeñar corresponde a la Sección de Ciencias del Bachillerato.

Los que deseen tomar parte en el concurso promoverán sus instancias en el plazo de un mes, a contar desde el día 5 del presente, acompañadas de las copias íntegras de sus hojas de servicios y de hechos, y demás documentos justificativos de su aptitud, cursándolas con urgencia al Ministerio de la Guerra.

---

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

---

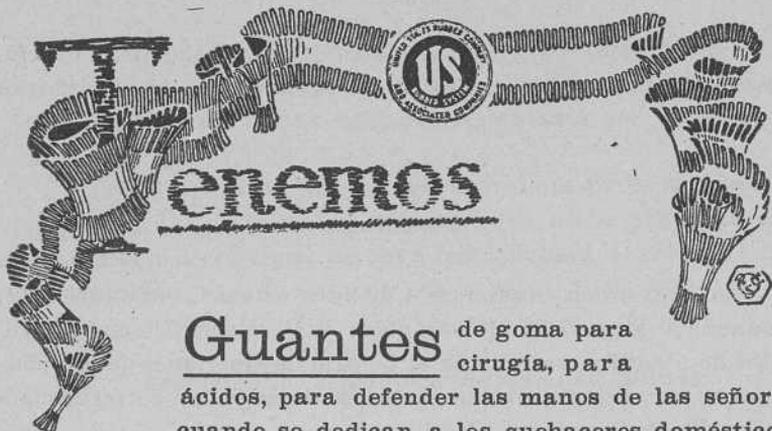
**Del diagnóstico de la peste bubónica.**—El Dr. Violle manifiesta que en la peste bubónica las aglutininas, es decir, los anticuerpos que se ponen más en evidencia, se encuentran al nivel del bubón. Las aglutinaciones hechas con el líquido extraído de este bubón son positivas. El método es el de la seroaglutinación, en el cual el suero está reemplazado por el pus bubónico. La reacción es positiva con el pus de la lesión que data de muchos días, y hasta de muchas semanas. La reacción es negativa con las serosidades de bubones muy recientes, y no aparece con el pus de adenitis de origen extraño (estafilococos, estreptococos, etc.).—*Bu.*

*Uetln des Séances de la Société de Biologie*, Octubre 1920.)—*J. P.*

\* \* \*

**Sobre un nuevo procedimiento de diagnóstico de la sífilis.**—El doctor Gaston Odin, después de numerosas investigaciones en sífilíticos, ha llegado a instituir un método preciso de diagnóstico de la sífilis.

Este procedimiento consiste en colocar en un tubo esterilizado a 180° C., en el horno Pasteur, 50 ó 60 centímetros cúbicos de sangre del sujeto enfermo, y dejar reposar esta sangre veinticuatro o cuarenta y ocho horas, repartiendo este suero en tres ampollas esterilizadas de un contenido de 5 ó 6 c. c., y añadir



Guantes de goma para  
cirugía, para  
ácidos, para defender las manos de las señoras  
cuando se dedican a los quehaceres domésticos.



Botellas para agua  
caliente.



Irrigadores cánulas, sondas y demás artículos  
de goma y ebonita :::::::::::::::



Ebonita en barras y  
planchas.



Alfombras tapices, limpia-barros y mosaicos de  
goma en varios colores y dibujos.

India Rubber Products Co. Ltd

Castelló, 9: Madrid

Rambla de Cataluña, 123: Barcelona

una o dos gotas de sangre del frasco receptor, adicionando el contenido de cada una de estas ampollas de 1 c. c. de la solución siguiente:

Fluoruro de sodio . . . 1 gramo,  
Suero fisiológico a 7  
gramos 50 p. 1.000. 1.000 »

Se obtiene así un suero exaltado que, inyectado en dos o tres sesiones, a razón de una ampolla por día, provoca rápidamente una exaltación de los accidentes que presenta el enfermo, hasta el punto de que sobreviene su reaparición en sífilíticos que habían logrado hacerlos desaparecer; en los secundarios, la roseola y las placas mucosas, y en los terciarios, sífilides papulosas, dolores fulgurantes, etc., dándose el caso de obtener estos resultados

en individuos que jamás presentaron estos accidentes y que ignoraban su sífilis.

El número de enfermos en los cuales aplicó el autor este método fué de una centena, próximamente, y siempre obtuvo resultados.

Añade que ciertos enfermos son tan sensibles, que la inyección de su propia sangre, adicionada de la solución fluorada, dió los mismos resultados.

Se podría creer que existe un peligro positivo en reactivar de este modo una afección como la sífilis; pero desde que los accidentes aparecen, basta tratar los enfermos por los métodos en uso para que aquéllos desaparezcan.—(*Comptes Rendus des séances de l'Académie des Sciences*, Noviembre 1920.)—J. P.

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

**Administración Central.—Sanidad Militar en Italia.**—Se crea una Dirección Central del Servicio de Sanidad Militar, en sustitución de la Inspección de Sanidad Militar que ha funcionado durante la guerra.

A su frente estará un Mayor General Médico, con funciones y atribuciones de Director general del Ministerio de la Guerra.

Pertenece a ella: Un Brigadier General Médico, Presidente de la Junta médica superior.

Dos Brigadieres Generales Médicos: uno para la inspección del servicio de hospitales y otro para el de profilaxis.

Un químico Farmacéutico.

La Junta Médica superior tendrá a su cargo todas las funciones que le asigna el art. 36 de la ley de Pensiones civiles y militares, y además los informes médico-legales o de otro orden que se le pidan.

Formaran parte de ella: Un Coronel Médico, Vicepresidente; un Jefe Médico, Secretario, y cuatro Jefes (Comandantes o Tenientes coroneles). Excepcionalmente podrá disponer el Mayor General Médico que se agreguen a la misma otros Jefes Médicos.

De la Dirección Central de Sanidad dependerán dos Comisiones mixtas permanentes: la primera para las cuestiones generales del

servicio de Sanidad, programas de enseñanza en la Escuela de aplicación, reglamentos sanitarios, etc.; y la segunda para apreciar los méritos de los aspirantes a ingreso y su idoneidad; declarar la aptitud para el ascenso, lo mismo del servicio activo que de complemento.

Además del Presidente, que para ambas será el Director general del Servicio de Sanidad, formarán parte: de la primera, tres Generales o Jefes Médicos, nombrados por el Ministro de la Guerra; dos Profesores de la Facultad de Medicina, nom-

brados por el Ministro de Instrucción Pública, y un funcionario técnico, designado por la Inspección de Sanidad civil.

La segunda la formarán tres Brigadieres Médicos o Jefes y dos profesores de la Facultad de Medicina.

La Dirección Central del Servicio de Sanidad Militar tiene cuatro secciones: 1) Personal de Sanidad. 2) Servicios técnicos (reclutamiento, cuestiones médico-legales, etc. 3) Administración y Material sanitario. 4) Instrucción, Higiene, Estadística.

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

- 25 Mayo.....—Real orden (*D. O.* núm. 115) concediendo la separación del servicio activo al Médico provisional D. Joaquín Coll Forest.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 115) concediendo la gratificación de efectividad de 500 pesetas anuales al Comandante Médico D. Joaquín de Benito Azorín, y al Capitán Médico D. Victoriano Peche Blanco.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 115) concediendo el pase a supernumerario sin sueldo, en la primera Región, al Capitán Médico D. Salvador Sanz Perea.
- 27 » Real orden (*D. O.* núm. 115) concediendo la separación del servicio activo al Médico provisional D. Rafael Cañadas Salcedo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 115) disponiendo se anuncie concurso para la provisión de una plaza de Capitán Médico, Jefe del Gabinete radiológico del Hospital militar de Málaga.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 115) concediendo licencia al Capitán Médico D. Carlos Sánchez Mesa para contraer matrimonio con D.<sup>a</sup> Francisca Jiménez Sánchez.

- 28 Mayo.....—Real orden (*D. O.* núm. 116) disponiendo que el Teniente Médico D. Juan González Álvarez pase destinado al Grupo de fuerzas regulares indígenas de Centa, número 3.
- 31 » Real orden (*D. O.* núm. 119) disponiendo que una Comisión compuesta por los Jefes y Oficiales que a continuación se indica, efectúe una detenida revisión del Petitorio-formulario de medicamentos:
- Coronel Médico D. Emilio Pérez Noguera, Director del Instituto de Higiene militar.
- Comandante Médico D. Emilio Soler Rodríguez, del Hospital militar de Madrid-Carabanchel.
- Subinspector Farmacéutico de segunda clase, don Antonio Casanovas Llovet, de la Junta facultativa de Sanidad Militar.
- Farmacéutico mayor D. Joaquín Más Guindal, del Laboratorio central de medicamentos de Sanidad Militar.
- Veterinario mayor D. Pedro Rincón Rodríguez, del Ministerio.
- Veterinario primero D. Silvestre Miranda García, del Escuadrón de la Escolta Real.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 120) disponiendo que el crédito de 21.000 pesetas para Escuelas prácticas de las Comandancias y Secciones de Sanidad Militar se distribuya conforme se indica, y dictando prevenciones para el desarrollo de dichas Escuelas.
- 1 Junio.....—Real orden (*D. O.* núm. 120) concediendo al Capitán Médico D. León Romero Corral la Cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, y pasador de «Industria Militar.»
- » » Real orden (*D. O.* núm. 120) concediendo al Capitán Médico D. José Palanca Martínez Fortún la Cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, y pasador de «Industria Militar.»
- 2 » Real orden (*D. O.* núm. 122) concediendo Cruces del Mérito Militar, con distintivo rojo, de la clase correspondiente, a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes, por operaciones de campaña en África: Coronel D. Fran-

- cisco Triviño Valdivia; Comandantes D. Paulino Paredes Pereda y D. Emilio Alonso García Sierra; Capitanes D. Fernando López Laza, D. Victor García Martínez, D. Mariano García Navarro y D. Carlos de la Calleja Hacar, y Tenientes D. Simplicio Vidal Portela, D. Adrián López Orozco, D. Antonio Vázquez Bernabeu, D. Joaquín D'Harcourt y Got, D. Primitivo Jiménez Urtasum, D. Gome Cortés Aguilar, don Gracián Triviño Sánchez, D. Juan Pereiro Courtier, D. Enrique Videgain Aguilar y D. José Robert Mothe.
- 4 Junio.....—Real orden (*D. O.* núm. 122) anunciando a concurso la provisión de una plaza de Farmacéutico mayor, Profesor del Colegio de Huérfanos del Cuerpo.
- 6 » Real orden (*D. O.* núm. 123) confiriendo el empleo superior inmediato a los Tenientes Médicos D. José Téllez Lafuente, D. José Pieltain Manso y D. Gaspar Gallego Matheos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 123) confiriendo el empleo superior inmediato al Subinspector Farmacéutico de segunda D. Félix Gómez Díaz, y al Farmacéutico mayor D. Francisco García García.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 124) concediendo un mes de licencia por asuntos propios, para Francia y Bruselas, al Farmacéutico primero D. Rafael Roldán Guerrero.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 124) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.<sup>a</sup> Rosario Argüelles Longoria al Capitán Médico D. Cándido Soriano Catalán.
- 8 » Real orden (*D. O.* núm. 125) concediendo la Gran Cruz de San Hermenegildo al Inspector Médico de segunda clase, en situación de reserva, D. José Tolezano Mercier.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 126) concediendo al Farmacéutico primero D. Juan Casas Fernández mención honorífica sencilla por el folleto de que es autor, titulado *Análisis de las aguas del cercado bajo de Cartuja y de la Casería del puente de las Campanas.*