

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XI.

Madrid, 1 de Agosto de 1921.

Núm. 15.

## SUMARIO

*El servicio sanitario en el territorio de Melilla*, por E. A. García Sierra.—*Prácticas radiológicas*, por el Dr. Miguel Benzo.—*Arrancamiento de un menisco semilunar*, por Leandro Martín Santos.—*Proyecto de Cooperativa militar* (conclusión).—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Investigaciones experimentales sobre el virus del herpes.—*La bacterioterapia (vacunoterapia) de las neumonías gripales*.—*Prensa militar profesional*: Tratamiento de ciertas mutilaciones parpbrales de guerra por el procedimiento autoplástico de Syndacker.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

## El servicio sanitario en el territorio de Melilla

«El heroísmo en las tinieblas: Así es la campaña que está llevando a cabo el Ejército español en Marruecos.»—ORTEGA MUNILLA.

(A B C 28 Junio 1921.)

Séale permitido a un Médico militar recabar para sus compañeros del Ejército de Africa, y especialmente para aquellos que prestan sus servicios en el campo, la parte que les corresponde de ese heroísmo de que habla el escritor insigne, con una elevación de concepto sólo propia de su altísima mentalidad.

Aunque cuanto se dice aquí lo mismo comprende a Melilla que a Larache o que a Tetuán o Ceuta, he de referirme solamente al primero de los territorios citados, para que mis observaciones, a falta de otros, tengan todo el valor de lo realmente vivido y expuesto con la sinceridad a que se halla obligado quien escribe para compañeros, a los que rindo desde estas columnas todo el testimonio de su admiración y de su cariño.

La labor que por su mediación realiza por España el Cuerpo de Medicina Militar en Africa, es sencillamente admirable.

No se trata ya solamente de llenar la misión eminentemente humanitaria a que el Médico militar está obligado como soldado y como técnico, ni que dejen de ser justamente reconocidos los beneficios que de su acción se derivan como primordial elemento de atracción para la población indígena. Es, además de todo eso, que la profesión médica a la edad que la ejercen los Tenientes y Capitanes Médicos, encerrados en una posición meses y meses, supone ya la anulación de todo un más allá profesional, el sacrificio de no poder en algunos años, los mejores de la vida, especializarse en una orientación definida, supone, en fin, consagrarse por entero y para siempre al servicio del soldado de España.

Porque ese servicio no es de un día, sino de tres turnos, que para los Tenientes y Capitanes Médicos supone una estancia en Marruecos de seis años comprendidos entre los veintitrés a los treinta, generalmente de un modo tal, que en ningún Arma ni Cuerpo se presta de igual modo (como no sea voluntariamente), por razones de todos conocidas, y cuyas causas no es menester puntualizar aquí.

Mas en tanto que el legislador pone remedio a tal estado de cosas, es de gran conveniencia darse exacta cuenta de la índole del servicio que en el campo se presta y puede servir para demostrarlo el plan que acompaña. La zona de Melilla se va extendiendo de un modo considerable, y los compañeros que haga tiempo salieron de ella comprenderán, al revisar el plano, la verdad de cuanto decimos. El avance, dominando nuevas posiciones exige para éstas el establecimiento de servicios facultativos en sus múltiples aspectos, poniendo a prueba la reconocida competencia y pericia técnica de la Jefatura de Sanidad para organizarlos de un modo equitativo para todos.

Ello es fácil de apreciar leyendo las distancias en kilómetros, no sólo a la plaza, sino entre las distintas posiciones, y que se salvan para resolver los problemas de evacuación, por todos los medios utilizables: mar, ferrocarril, ambulancia rodada, transporte a lomo, y hasta el aeroplano se emplearía si la urgencia del caso lo hiciera menester.

La evacuación por mar comprende solamente SIDI HOSSAIN

(Afrau) y SIDI DRIS, pues Cabo de Agua, Chafarinas, Alhucemas y el Peñón tienen Hospitales propios.

En SIDI DRIS, como en SIDI HOSSAIN, hay un Teniente Médico, y pueden evacuarse los enfermos hoy solamente por mar, aunque dentro de poco podrán serlo por tierra (línea Sidi Dris, Talilit, Anual).

Los fuertes de Rostrogordo y Cabrerizas están afectos al servicio de plaza.

Zoko EL ARBÁ, donde hay un Consultorio indígena a cargo de un Capitán Médico, puede evacuar sus enfermos por Mar Chica (20 millas), o a lomo hasta Nador (22 k.), y en el ferrocarril a Melilla.

A 7 kilómetros de la plaza se halla EL ZOKO EL HAD con un Consultorio indígena a cargo de un Capitán Médico, radicando, además, en él la cabecera de la tercera Mía de Policía indígena.

Por ambulancia pueden evacuarse también a Melilla los enfermos de SAMMAR (28 k.), donde existe un Consultorio indígena a cargo de un Teniente Médico, y donde pueden acudir los enfermos de YAZANEM (4 k.) o venir directamente a la plaza.

ISHAFEN puede evacuar sus enfermos a lomo por Sammar (9 k.) haciendo el transporte a lomo, o puede enviarlos por la ambulancia automóvil a SEGANGAN (16 k.), estación en comunicación con Melilla por ferrocarril, donde hay un Teniente Médico. A SEGANGAN llegan los enfermos de TAURIA HAMED, cabecera de la 5.<sup>a</sup> Mía.

SEGANGAN recibe también los enfermos de KADUR (19 k.), pudiéndose hacer el transporte por ambulancia. En KADUR hay enfermería fija a cargo de un Teniente Médico. Tiene como posiciones afectas IMARUFEN (6 k.) y NUEVA TEXDRA (5 k.).

ZELUÁN, donde existe un Teniente Médico con Enfermería fija y estación de ferrocarril, es punto donde pueden acudir por ambulancia los enfermos del ZAÍO y REYEN (Hassi-Berkan), y del Zoko de JEMIS, que dista unos 5 kilómetros de Zeluán y está la cabecera de la 4.<sup>a</sup> Mía.

En ZAÍO, a 26 k. de Zeluán hay un Consultorio indígena, a cargo de un Teniente Médico, radicando la cabecera de la 1.<sup>a</sup> Mía, y en HASSI-BERKAN (29 k.) el Consultorio está a cargo de un Capitán, existiendo la cabecera de la 7.<sup>a</sup> Mía.

La Enfermería de MONTE ARRUIT ha sido trasladada a Dardrius, quedando solamente en Arruit el Consultorio indígena, a

cargo de un Capitán Médico. En la posición se halla la cabecera de la 6.<sup>a</sup> Mía.

TISTUTÍN constituye eventualmente el límite del ferrocarril de Melilla, y es, por lo tanto, la estación por donde se evacuan los enfermos y heridos de AFSÓ, ZOKO DE TELATA, la línea QUEBDANI, KANDUSSI, BATEL y la línea DRIUS-ANUAL, que es donde se concentra en estos momentos el interés máximo de las operaciones en el territorio.

En Tistutín hay un Capitán Médico, fijo, a cargo del Hospital de evacuación.

AFSÓ, a 18 kilómetros de Tistutín, recibe los enfermos de la posición afecta ARNET. En Afsó está el Teniente Médico de la 8.<sup>a</sup> Mía.

En ZOCO DE TELATA hay dos Médicos: el de la 9.<sup>a</sup> Mía de Policía y el afecto a la columna, radicando en la cabecera de dicha Mía. Esta posición tiene como afectas para el servicio sanitario: ARREYEN (8 k.), TIXERA (9 k.), TASARUT (14 k.) y REYEN DE GUERRA (10 k.).

Desde Zoko de Telata a Tistutín, evacuación por ambulancia automóvil (30 k.).

En BATEL hay un Teniente Médico, pues dicha posición es centro de evacuación; por ferrocarril (Tistutín) de las posiciones afectas siguientes: MESAITA (21 k.), TENIA EL HAMARA (14 k.), SIDI-YAGUD (9 k.), BUSADA (9 k.) e IFRAMBUASA (10 k.).

Desde todas ellas la evacuación es a lomo hasta Batel. De aquí a Tistutín apenas hay dos kilómetros.

KANDUSSI es otra importantísima posición que aloja aún gran contingente de fuerzas, por lo que, a más del Teniente Médico, encargado de la enfermería fija, existen los Médicos de las columnas. Los enfermos de Kandussi pueden evacuarse a Batel y Tistutín y a su vez Kandussi, cuenta como posiciones afectas a este servicio las siguientes: TIKERMIN (9 k.), TISINGAR (4 k.), YASF EL BAA (9 k.), CHEMORRA (7 k.), DRAÁ (10 k.), BUESBÁ (2 k.) y AIN-MESAUDA (4 k.).

De todas estas posiciones afectas a Kandussi, la más importante es YASF-EL-BAÁ, donde hay un Teniente Médico que tiene a su cargo el Consultorio indígena (antiguo de Tikermin), y el Teniente Médico de la 11.<sup>a</sup> Mía, con su cabecera.

QUEBDANI, situada a 15 kilómetros de Kandussi, tiene un Capitán Médico afecto a la columna, contando para el servicio con las

siguientes posiciones que evacuan los enfermos a lomo sobre Quebdani: TERBIBIN (9 k.), ULAD-AISA (12 k.), TIMOREN (6 k.), DAR BUZIÁN (Alcazaba roja) (8 k.) y TIMAYÁST (6 k.).

La línea Tistutín-Drius-Anual, marcada por una carretera habilitada entre las dos primeras posiciones desde hace meses, y entre las dos últimas desde hace días, constituye una zona de gran actividad camino de Alhucemas y, por tanto, de gran servicio sanitario.

DAR-DRIUS, posición de concentración y depósito para subvenir a las necesidades del Ejército de vanguardia, cuenta como elementos sanitarios: un Hospital fijo con todos los servicios quirúrgicos perfectamente montados (el local está terminándose y actualmente los servicios se han organizado en grandes barracones de madera), y un Hospital de evacuación, una ambulancia automóvil, sección montada, y el personal correspondiente técnico administrativo y dependencias. Un Capitán Médico dirige el Hospital y, además, en Drius se hallan los Médicos correspondientes a la columna de la posición, a más del Teniente Médico que manda la Sección montada.

En época de operaciones asume la Jefatura en esta posición un Comandante Médico.

Dar-Drius, por su especial situación, tiene afectas para los fines de evacuación de enfermos, gran número de posiciones: BUHAFORA antiguo Tafersit), (16 k.), donde hay un Teniente Médico de la Policía, el de la 12.<sup>a</sup> Mía, radicando aquí su cabecera; HAMUDA (13 k.), CHEIF (8 k.), con el Teniente Médico de la 10.<sup>a</sup> Mía (la cabecera de esta Mía está en casa Drius); AZRÚ (14 k.), AZIB DE MIDAR (16 k.), con el Teniente Médico de la 14.<sup>a</sup> Mía; YSEN-LASEN (18 k.), AIN-KERT (6 k.), CARRA-MIDAR (7 k.), HAF (10 k.), TAMASUSÍN (5 k.), HAMAN (2 k.) y UESTIA (4 k.). Por otro lado están: DAR-AZUGAJ (8 k.) y ICHTIUEN (8 k.).

BEN-TIEB, posición de paso (Drius a Anual), tiene importancia para el servicio nuestro por evacuarse por ella a Drius-Tistutín, los heridos y enfermos de las siguientes posiciones: TUGUNZET (10 k.), ADIRASSÚS (7 k.), YEMAÁ DE NADOR (4 k.), HALAUT (5 k.), POSICIÓN a (5 k.), MORABO (7 k.), DAR-MISSIAN (2 k.) y MENHAYÁST (12 k.).

En Ben-tieb hay un Teniente Médico con puesto de socorro. En Dar-Missian se encuentra el Teniente Médico y cabecera de la



13.<sup>a</sup> Mía; y el Médico de Menhayast ha sido hace poco trasladado a IZUMAR (posición intermedia), pudiendo los enfermos de Menhayást ser evacuados a lomo a Izumar (6 k.), o mejor a Ben-Tieb (12 k.), por ser más fácil el camino.

IZUMAR, posición intermedia, ha tenido hasta la terminación del ramal de carretera Izmar-Anual, una gran importancia para el servicio sanitario, porque era el punto de enlace entre la evacuación a lomo y la rodada. Pudiendo llegar las ambulancias automóbiles a Anual, la conserva todavía por albergar fuerzas y tener que prestar asistencia facultativa a los moros que trabajan en los caminos que construye el Cuerpo de Ingenieros, así como por ser centro de evacuación para YEBE-LUDIA, (6 k.), y POSICIÓN B (2 k.). En Izumar presta sus servicios un Capitán Médico con puesto de sócorro.

ANUAL constituye actualmente la posición militar más importante de la línea de avance hacia Alhucemas. Desde el punto de vista sanitario, ha de ser, por tanto, la posición donde existan cuantos elementos requieran las contingencias que en el avance puedan sobrevenir, y al efecto tenemos un Capitán Médico con un Hospital fijo de campaña, los Médicos afectos a las columnas, dos secciones de ambulancias y cuanto material pueda precisarse.

A Anual vienen a lomo los enfermos de IGUERIBEN, DAX-BUI-MEYÁN y TALILÍ, distantes de Anual 4, 5 y 6 kilómetros, respectivamente. En las tres posiciones hay Médico, pero muy especialmente BUI MEYÁN, donde radica el Teniente Médico y la cabecera de la 15.<sup>a</sup> Mía, y en donde tienen fuego con mucha frecuencia por hallarse muy cerca de la avanzada enemiga.

Yo quisiera que se grabase bien el nombre de esta Posición en la mente de los Médicos militares españoles. Un compañero nuestro, el Teniente Médico D. ANTONIO VÁZQUEZ BERNABEU, demostró en ella el 16 de Junio próximo pasado, cómo la Cruz de Malta, que es en el cuello de nuestro uniforme emblema del técnico, la llevan también los Médicos militares sobre el corazón como emblema del soldado.

Curó en primera línea a gran número de soldados; retiró, cargándolos sobre sí, a multitud de heridos entre una lluvia de balas; cuando el enemigo atacó la posición, disparó cuantas veces fue preciso para defenderla; arengó con la voz y el ejemplo a los defensores, contribuyendo al éxito de nuestras tropas, y se retiró el

último entre la admiración de cuantos vieron de cerca la conducta ejemplar de este Médico militar. Para este compañero se solicita la laureada, y aunque el hecho en sí nada significaría para la colectividad si fuese único, se repite con muy honrosa frecuencia.

La Prensa acaba de dar cuenta de otra acción semejante, realizada por el Capitán Médico Sr. Malva, en Beni-Arós, y el número de laureadas que el Cuerpo tiene arroja una proporcionalidad que ahorra todo comentario.

Pero éste es el heroísmo que se ve. Y en la vida de campaña, por lo que se refiere a los Médicos militares, al servicio días y días de una posición perdida allá en las soledades del campo de África, hay también muchos heroísmos que no se ven, y, sin embargo, existen.

He tenido la suerte de que me corresponda en el turno reglamentario, y cumpliendo órdenes de la Jefatura de Sanidad del Territorio, visitar las posiciones más pequeñas de la línea de vanguardia, y he tenido el honor de compartir con los compañeros del campo todas las modalidades de su penosísimo servicio. Me acompañaba, como el más valiosísimo elemento, el Capitán Médico señor Blaseo Salas, cuya ilustración, sólo comparable a su modestia, nos permitió el más perfecto cometido de la misión que se nos confió.

Cierto que los peligros, las privaciones, los sufrimientos de todo género son la característica de la vida militar en campaña, y en sufrirlos y en vencerlos está precisamente el mayor galardón del soldado. Pero si ello es digno de admiración en quien por ser lo todo ya, es también altamente meritorio en quien es militar, por ser Médico, y desempeña con la más perfecta adaptación en ambas cosas.

Y cuando se aprecia de cerca la labor de esos compañeros que se pasan semanas y meses sin comodidades para el cuerpo ni ilusiones para el alma; cuando se les ve prodigar con su juvenil decisión cuanto son y puedan ser en beneficio del soldado, sin una queja, sin una protesta, y se oye a los demás ponderar lo que ellos callan, se siente uno orgulloso. Sí, orgulloso de ser Médico militar, por ser compañero de quienes tan en alto saben poner el distintivo de nuestra profesión y de nuestro uniforme.

E. A. GARCÍA SIERRA,  
Comandante Médico.

# PRÁCTICAS RADIOLÓGICAS

---

## I

### DOBLE LOCALIZACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN UNA SOLA SESIÓN

Entre otros varios, se nos ha presentado un caso de localización de cuerpos extraños que no deja de ser interesante. Se trata de un Suboficial del grupo de Fuerzas regulares indígenas de Melilla, que ingresó en el 2.º grupo de Hospitales de dicha plaza, presentando un orificio de entrada de un proyectil en la pared costal derecha a nivel del borde inferior del pectoral mayor y sin presentar orificio de salida. La herida había sido producida casualmente mientras el herido examinaba una pistola que creía descargada. No había síntomas funcionales de aparato respiratorio, lo que hacía suponer que el proyectil no había penetrado en cavidad torácica, cosa que se pudo comprobar en un examen radioscópico, que practicamos a modo de previa orientación, encontrándonos, además, con la inesperada presencia de dos fragmentos del proyectil relativamente bastante alejados entre sí: uno, el mayor, situado aparentemente sobre el borde interno del húmero a nivel de su tercio superior (brazo extendido), y otro, algo más pequeño, sobre la pared lateral del tórax a unos seis o siete centímetros por debajo del primero, en pleno hueco axilar. Dada la complejidad anatómica de la región y la necesidad de la extracción de estos trozos de proyectil, se hacía precisa una exacta localización de los mismos, a cuya operación procedimos utilizando la técnica del Comandante Médico Dr. Navarro Cánovas, cuyo excelente procedimiento da innegablemente al cirujano referencias matemáticas, prestando servicios de gran valor reconocidos por cuantos radiólogos han empleado dicho método.

Creemos innecesario recordar la técnica citada en la que, como es sabido, hay que hacer tres radiografías, dos de ellas sobre una misma placa. El Jefe de la clínica de Cirugía deseaba, naturalmente, hacer en una sola intervención la extracción de ambos



cuerpos extraños, y nosotros pensamos también en la conveniencia de *hacer la doble localización en una sola sesión*, y, en su consecuencia, decidimos proceder como si se hubiera tratado de localizar un solo proyectil (caso ordinario), que suponíamos próximamente situado en un punto equidistante de los dos cuerpos extraños que el enfermo tenía alojados.

Siguiendo rigurosamente «el método de la cuadrícula», colocamos el herido en posición operatoria, la ampolla a 50 centímetros y bien nivelada y centrada. Tiramos una primera radiografía, e inmediatamente, previo un desplazamiento sobre el plano de 20 centímetros, una segunda sobre la misma placa, siendo idénticos los demás factores (posición del enfermo, etc.). En esta placa aparecieron, como era natural, cuatro imágenes, dos de cada cuerpo extraño y la imagen doble, borrosa, de los huesos correspondientes de la región. Cambiamos el chasis, colocamos sobre el enfermo el cuerpo de referencia, y cayendo sobre éste el rayo de incidencia normal, tiramos la segunda placa en la que apareció la imagen del cuerpo de referencia (un trocito de plomo al que se dió una silueta caprichosa) y las de los dos trozos del proyectil. Hicimos enseguida los cálculos oportunos, procediendo aisladamente con cada trozo de proyectil y *habiendo, por tanto, obtenido en una sola sesión la situación de ambos* en relación cada uno con sendos puntos de la piel marcados con lápiz dezmográfico, de tal modo que el herido fué a la sala de operaciones con dos señales, y al lado de cada una de ellas llevaba inscripta la profundidad que en aquel punto tenía el respectivo cuerpo extraño. Como la desinfección preoperatoria de la región podía borrar nuestras referencias, fueron estas substituidas al iniciarse la anestesia por agrafes.

El herido fué operado por el Profesor de los cursos de Cirugía, Sr. Herránz, ante los Comandantes y Capitanes Médicos que asisten al mismo, y, desde luego hubo que vencer las dificultades anatómicas peculiares de la región sobre que se intervenían, ya que dar radiológicamente la situación exacta de un cuerpo extraño no quiere decir que el operador vaya ciegamente a incidir los tejidos hasta la profundidad indicada, la que debe ser buscada a través de las vías de acceso anatómicas esquimando órganos cuya integridad es preciso respetar. El radiólogo, sea cualquiera la técnica que haya usado, dice al cirujano: *estando el herido en esta posición, a tantos centímetros de una perpendicular que pase por este punto,*

*se encuentra el cuerpo extraño buscado.* Y el cirujano hace su composición de lugar y llega a aquel punto por la vía que le parece más fácil, más corta y más racional. Nos ha parecido conveniente hacer esta observación.

En nuestro caso fueron hallados ambos trozos del proyectil *exactamente* donde habían señalado las radiografías. El caso, en realidad, no tiene, pues, otra particularidad que la de señalar una mayor amplitud del «método de la cuadrícula» y ser el primero de *localización doble en una sola sesión*, de que incluso el mismo autor del método tenía noticia, según nos manifestó cuando le comunicamos el caso y le mostramos las positivas de los clichés. Es, además una amplia confirmación de la exactitud de un procedimiento de autor español, y, para mayor satisfacción nuestra, Jefe del Cuerpo. Es indudable que la anatomía de la región aportaba complicaciones radiológicas y quirúrgicas, lo que realza el éxito que había sido más sencillo en cuanto a la técnica, de haberse tratado de una extremidad cualquiera.

Un inconveniente tiene, a nuestro juicio, el «método de la cuadrícula», si bien no inherente a él. Hemos pensado muchas veces en lo beneficioso que sería reducir la duración de la operación que es excesiva siendo incómodo para el herido y también en lo que, puede falsear el resultado el tener que cambiar el chasis, pues inevitables movimientos del enfermo que han de falsear algo el resultado de la localización *que técnicamente debe ser matemática*. Las dos cosas creemos nosotros que tienen en muchos casos fácil y simultánea solución, pues pensamos que pudieran hacerse *sólo dos radiografías sobre una placa única, en vez de tres sobre dos placas distintas*.

Esta modificación, que repetimos no es más que una nueva técnica, sería solamente una simplicidad del método original que podría esquematizarse diciendo que era «dos radiografías en una placa, en vez de tres en dos», sin detrimento del resultado final y con vistas al ahorro de tiempo, de material y de incomodidades, así como de alguna de las posibles causas de error. De ello nos ocuparemos más detenidamente en nuestro próximo artículo.

DR. MIGUEL BENZO,  
Capitán Médico.

---

CASO CLÍNICO IMPORTANTE

## ARRANCAMIENTO DE UN MENISCO SEMILUNAR

Las lesiones poco frecuentes suelen tratarse con ligereza excesiva, aun por otros consideradas clásicas y de consulta, lo cual hace colocar al médico en trance apurado cuando la casualidad le depara un enfermo de esta naturaleza, y ante el cual sólo por su criterio personal, muchas veces, tiene que resolver.

En la Clínica de Cirugía del Hospital militar de Madrid, dirigida por el reputado Dr. Gómez Ulla, hemos tenido ocasión de ver un enfermo afecto en la rodilla derecha de rotura del menisco interarticular interno, en su parte anterior; como es de los casos comprendidos en el párrafo anterior, vamos a darle a conocer en breves palabras.

El enfermo, joven de veintidós años, dice: Que verificando ejercicios gimnásticos hace seis meses, y en ocasión de dar un salto, notó un violentísimo dolor en la rodilla derecha, que le impedía todo movimiento, notando, con gran extrañeza por su parte, que la pierna estaba inclinada con relación al eje del muslo; en la enfermería, el médico logró colocarla en su lugar, y después de unos días en que le aplicaron calor y completo reposo, pudo volver a andar, si bien aún estaba algo inflamada la articulación, y le dolía al hacer fuerza o apoyarse violentamente en ella.

Estos dolores en inflamación fueron bajando, hasta desaparecer por completo; pero hace veinte días, verificando otro salto, le ocurre igual fenómeno: dolor violentísimo e imposibilidad de mover la pierna; mas ni por colocarla en buena posición, ni el reposo absoluto, ni las aplicaciones de calor logran apaciguar su inflamación, y a pesar de los días transcurridos le es casi imposible el andar, cambiando esta dificultad de grado de intensidad con gran facilidad; en ocasiones le parece ya estaba curado, podía andar, y un paso más le hacía imposible todo movimiento.

Por inspección aparece engrosada la articulación en todo su contorno, y por palpación no puede descubrirse más que la hirsutosis que la inspección mostraba, y un punto más doloroso que el

resto de la articulación, situado en el borde anterointerno del reborde articular de la tibia.

La temperatura es de 37,8.

La radiografía muestra en el lado interno de la articulación, inmediatamente por encima del platillo tibial, una ligera sombra, como si estuviese engrosado el cartilago, que contrasta con el limpio contorno del lado opuesto.

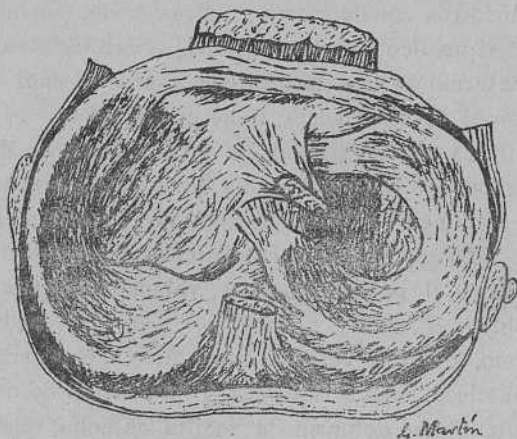


FIG. 1.ª—Cara superior y articular de la tibia.—Estado normal.

El *diagnóstico* resultaba evidente, con el recuerdo del accidente y datos expuestos; el enfermo padecía la luxación del fibrocartilago interno, por arrancamiento del extremo anterior del mismo, en la rodilla derecha, con una artritis traumática consecutiva. Ninguna otra lesión podía explicarnos aquel cuadro sindrómico, ni es preciso insistir en diferenciarle de la relajación lenta de Allingham, del esguince, de una fractura yuxtaarticular, ni de cuerpos extraños intraarticulares.

Ahora bien; lo poco frecuente de la lesión hacía pensar en el caso con cierta fijeza, y hacer de él las siguientes consideraciones:

La cara superior y articular de la tibia se encuentra formada (fig. 1) por las dos cavidades glenoideas separadas por la espina tibial, con sus dos tubérculos (interno y externo), y sus dos superficies triangulares (preespinal y retroespinal), donde se insertan los ligamentos de los meniscos semilunares y los ligamentos cruzados de la articulación; toda la superficie articular se encuentra

revestida de gruesa capa de tejido cartilaginoso hialino, de mayor espesor en los puntos que sufren más considerable presión, durante la posición (situación) vertical.

Para agrandar estas superficies articulares, dice Testut, se encuentran recubiertos por los fibrocartilagos (meniscos semilunares o interarticulares), que tienen una forma de media luna, si bien el externo es muy cerrado, por lo que se le compara a una *O*, mientras el interno, más abierto, se le compara a una *C*. Éste, que es el

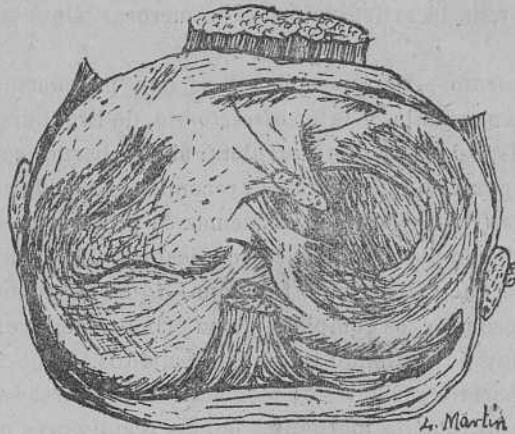


Fig. 2.<sup>a</sup>—Cara superior y articular de la tibia.—Con la rotura del fibrocartilago interno.

que más nos interesa, se une por su extremidad posterior a la superficie retroespinal de la tibia, y por la anterior, al reborde anterior del platillo tibial, posee otra unión, pequeña en consistencia, con el cuádriceps (aletas menisco-rotulianas de Pausatz); otros con el del lado opuesto (ligamento yugal de Luschka), y, por último, su circunferencia periférica guarda adherencias ligeras con la cápsula articular; esta abundancia en medios de unión indica claramente no posee ninguno fuerte, y en realidad no parece precisarles, ya que su misión consiste en permanecer tenso y seguir al fémur en sus movimientos, yendo hacia atrás en la flexión y hacia adelante en la extensión.

*Etiología.*—La rotura de estos meniscos sólo se explica como lo hizo Forque (fig. 3.<sup>a</sup>), suponiendo una flexión pronunciada, seguida de una brusca y fuerte extensión, en la cual el menisco, no llevan-



do tanta velocidad, es cogido entre las superficies articulares, y no pudiendo seguir su marcha hacia adelante y siguiendo aún el movimiento de extensión el fémur sobre la tibia, rómpense los medios de unión anteriores o el borde del mismo donde se hallan insertados.

De este modo, libre el fibrocartilago, no sigue los movimientos de las piezas óseas entre las que se halla situado, y constituye un cuerpo extraño de la articulación, sin contar que sus choques y pellizcamientos sucesivos le originan un estado irritativo que se propaga a toda la articulación y numerosas sinoviales de la rodilla.

*Tratamiento.*—Dos operaciones se han propuesto: la *meniscopexia*, de Annaudale, y la *meniscectomía*, de Brodhurst; con ambos se citan casos de curación completa; sin embargo, se va alejando la meniscopexia, que hoy sólo se recomienda en los casos de relajación lenta (Allingham); en los demás se prefiere la extirpación, a ser posible completa, del menisco desprendido de alguna de sus uniones, ya que el resultado funcional (que teóricamente parecía natural fuese peor) es completo, como primeramente expuso Bruns y siguen hoy defendiendo todos los cirujanos. Paul Mathieu dice que en los heridos recientes de meniscos semilunares se intentará la reposición por medios incruentos; en las recidivas es preciso el tratamiento operatorio; la meniscopexia con lógica fisiológica parecía lo mejor; en la práctica, la meniscectomía da resultados mucho mejores.

Hay aún otro problema: esta afección aparece casi siempre unida con artritis de la articulación, y las inflamaciones de la rodilla hacen aún temblar a muchos médicos; el tratarles (según Willems) abiertamente, sin lavado de ninguna clase, pero con movilización activa inmediata, hace rebajar esos temores.

En el caso que motiva estas notas, y que padecía cual decimos al principio la rotura del menisco (fig. 2.<sup>a</sup>) y una artritis serosa de origen traumático y amicrobiana, el Dr. Gómez Ulla abrió la articulación por el lado interno con incisión vertical, reseco el fibrocartilago interno en su totalidad, procuró hacer la hemostasia más completa y cerró sin drenaje en dos planos.

A las veinticuatro horas el enfermo aquejaba molestias en la articulación, con temperatura de 38°,5, no tocándose el apósito en vista de que tanto el dolor como la reacción febril eran atenuados.

El segundo día la temperatura en algunas décimas más elevada, el enfermo pasó muy mala noche. Quitado el apósito, aparece la articulación globulosa llena por abundante derrame, dolorosa a la presión, y cuando se pretende estirar la pierna en semiflexión sobre el muslo, la piel roja y caliente, signos evidentes de que a la hemartrosis existente antes de la operación se había añadido el cultivo de algún germen.

Siguiendo los consejos de Willems, se levanta la sutura y se

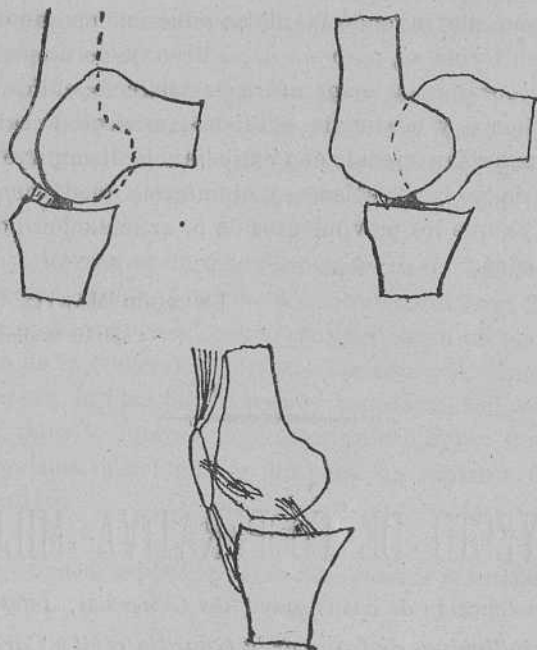


Fig. 3.ª

abre ampliamente la articulación, dando salida a gran cantidad de líquido serosanguinolento ligeramente turbio, que el laboratorio demostró contener estafilococos; en el fondo de saco lateral externo existían algunos coágulos.

Inmediatamente que salió el líquido y desapareció la tensión intraarticular cesaron los dolores, pudiendo el enfermo practicar todos los movimientos que se le ordenaban, sin temor alguno cuando se convenció de que no provocaban dolor.

Se le aconsejó hiciere cada dos horas un número determinado

de movimientos para dar salida a los exudados por expresión de todos los fondos de saco de la sinovial, lo cual verificaba el enfermo sin molestia alguna durante el día, refiriendo que el único ejercicio que resultaba doloroso era el que hacía al despertarse, seguramente porque habiendo transcurrido unas horas sin movilización, habíanse acumulado exudados en la cápsula determinando cierta tensión.

Las curas reducíanse a lavado de la piel, bordes de la herida con alcohol y tintura de yodo e impedir que los bordes de la herida se uniesen, destruyendo las flojas adherencias que de un día a otro podrían formarse, pero sin dejar drenaje de ninguna clase.

A los pocos días la temperatura desapareció; el líquido seropurulento, primero, y la sinovia, después, cesaron de salir; los mamezones que habían crecido con exuberancia disminuyeron bajo la aplicación de los rayos solares, y el enfermo quedó completamente curado, ya que los movimientos de la articulación no fueron en nada limitados.

LEANDRO MARTÍN SANTOS,  
Capitán Médico.

---

## PROYECTO DE COOPERATIVA MILITAR

*para la construcción de casas para los Generales, Jefes, Oficiales, clases e individuos de tropa de la Guardia civil y Carabineros.*

---

### (CONCLUSIÓN)

Para que pueda ser esto, cada asociado deberá satisfacer conjuntamente con la cuota de amortización de su casa, otra pequeña cantidad en concepto de seguro colectivo.

De este modo, nosotros pagaremos el valor exacto de lo que vale cada una de nuestras casas; como la entidad constructora emplea un capital que no recibe en el acto de entregar la casa, sino en el transcurso de veinte años, tiene derecho a percibir un

interés; el importe de éste habrá de pagarlo el Estado; esta es la ayuda que se solicita.

Después de todo, nada nuevo hay en este proyecto; no se hace otra cosa que aplicar con ciertas modalidades lo que sobre construcciones colectivas hay legislado; beneficiándose al llevarlo a cabo el individuo militar, la familia, la colectividad toda, el Estado y la Nación.

Con esta obra que vamos a acometer, se resuelve en todas las guarniciones el problema de la vivienda (que no es de menor cuantía ciertamente), y queda completamente resuelto el intercambio entre las guarniciones.

Todos cuantos problemas se presentan respecto a casa, cambio de guarnición, mejora de casa, abono en menor plazo, etc., etc., están estudiados y resueltos, dándoseles forma en el reglamento que se redacta, y se dará a conocer una vez se cuente con la adhesión a la idea.

Y ahora interesamos de todos los espíritus de buena voluntad, lean el proyecto de bases, que va a continuación, y el cálculo de costo de las construcciones (cuyos escritos obran en poder del señor Ministro de la Guerra), mediten sobre ello y si, como no dudamos, encuentran la idea beneficiosa y hacendera, den su apoyo y se adhieran, para lo cual no hace falta más que un sano y bien entendido egoísmo individual y un poco de espíritu de mejoramiento colectivo.

*Proyecto de bases de Cooperativa Nacional de construcciones militares.*

A) Esta entidad estará constituida por los Generales, Jefes, Oficiales, clases del Ejército e individuos de tropa de la Guardia civil y Carabineros, que voluntariamente deseen pertenecer a ella.

B) Su objeto es facilitar en todas las guarniciones de España, dentro de muy breve plazo, de habitación que, reuniendo todas las condiciones de higiene y comodidad, le permitan vivir con arreglo al decoro indispensable a su clase.

C) Para conseguir esto bastará abonar durante un plazo máximo de veinte años las mensualidades correspondientes al cinco por ciento anual del capital de valoración de la casa por cada uno elegida, de entre los modelos que se presenten, con la inmen-

sa ventaja de que, liberado aquél, pasará el inmueble a ser de la pertenencia del asociado. Estas construcciones, durante el período de veinte años, desde sus comienzos disfrutarán de cuantos beneficios el Estado ha concedido y conceda a las asociaciones similares a ella.

*D)* Sacadas a concurso las construcciones, y adjudicadas éstas a la Casa o Casas que con las suficientes garantías se comprometen a llevar a cabo aquéllas, financiando por su parte el capital necesario al efecto, comenzarán las edificaciones por las guarniciones en que más perentoriamente se deje sentir la necesidad de viviendas.

*E)* El interés anual del capital empleado será como subvención facilitada por el Ministerio de la Guerra; quedando hipotecadas cada una de las construcciones efectuadas a favor de la entidad constructora, mientras dure la total amortización del capital respectivo.

*F)* Los precios de estas casas variarán entre límites de economía (hasta un máximo de 25.000 pesetas), pudiendo ser elegido a voluntad el modelo por cada asociado, con arreglo a sus necesidades y posibilidades económicas.

*G)* Una vez elegido un tipo de casa, no podrá el asociado cambiarlo por otro de inferior precio; pero sí tendrá opción a hacerlo por otro de mayor cuantía, siempre que de una sola vez abone las diferencias de cuotas mensuales transcurridas desde que tomó posesión de la primera o desde el último cambio.

*H)* Los socios no pagarán cuota alguna hasta el momento de entrar en posesión de la casa adjudicada.

*I)* Cada socio será poseedor de una libreta, en que se consignará las cuotas o cantidades que entregue, para amortizar el inmueble que ha elegido; lo que puede efectuar en veinte años o en un plazo menor a su voluntad.

*J)* Si algún socio, una vez liberado el capital de su casa, quisiera venderla, tendrá preferente derecho a adquirirla nuevamente la Cooperativa, en la misma cuantía que el capital desembolsado, deduciendo de él la cantidad precisa para la reparación del inmueble.

*K)* Al cambiar de guarnición un asociado, ocupará casa de igual o aproximado tipo al elegido; si accidentalmente no la hubiera, cesará en la obligación de pagar cuota, hasta tanto se le



facilite nuevamente su casa, aplicándole, como es consiguiente, el pago de cuotas ya efectuado a la amortización.

L) Al pasar a situación de reserva o retirado se seguirá disfrutando de los mismos derechos y deberes que en activo, sujetándose a lo expresado en la base K).

M) Si un asociado falleciese sin haber terminado la liberación de su casa, pasará ésta, sin subsiguiente abono de cuota alguna, a ser propiedad de sus herederos, en la misma extensión y con las mismas reglas por que se rigen las pensiones del Estado a que tuvieran derecho, ampliado a todas aquellas personas que legalmente dependían de aquél a su fallecimiento.

N) Para llevar a cabo lo expuesto en la base M), todo asociado contrae la obligación de pagar desde su primera cuota, otra de seguro colectivo, que vendrá determinada por la edad y empleo del asociado.

O) Los terrenos para las edificaciones los adquirirá la Sociedad Cooperativa por donaciones y por compra directa. Las donaciones se interesarán del Estado, provincia, municipio o entidades particulares. Las compras serán efectuadas por la Sociedad constructora, la cual prorratará el gasto hecho entre todas las construcciones que se hagan, beneficiándose, por tanto, de aquéllas, no sólo las casas construídas en la localidad donde se hizo la donación, sino el total de la Asociación Cooperatista.

P) Todas las preinsertas bases serán aplicadas en su desarrollo, según detallado reglamento, por el que se regirá la Cooperativa, redactado por la Comisión que al efecto se nombre.

*Consideraciones sobre el cálculo de costo de las construcciones  
y subvención necesaria.*

Si partimos de la base de que el total de construcciones sea el correspondiente a la cifra absoluta de Generales, Jefes, Oficiales y clases, la cantidad de aquéllas y su costo sería muy importante; pero

Considerando que ninguna Empresa, por poderosa que sea en todos los órdenes, será capaz de hacer de una vez el total de edificaciones.

Considerando que este proyecto, cuyo objetivo puede dividirse en dos, inmediato uno y mediato otro; siendo el primero la cons-

trucción rápida, en brevísimo plazo, de viviendas para salvar la verdaderamente angustiosa situación que este aspecto de la vida crea en las grandes poblaciones a los Generales, Jefes, Oficiales y clases del Ejército, y que parte de este personal y precisamente en las guarniciones de importancia, cuenta por el momento con habitaciones o pabellones del ramo de Guerra, por lo cual el número de aquellos que necesitan casa inmediatamente, queda disminuído:

Considerando que personal en número apreciable de Generales y Jefes (cuya cuantía no puede de momento precisarse, pero sí asegurar que es importante en número), no serán socios por no interesarles la construcción de sus viviendas, por no necesitarlas ni en el presente ni en el porvenir, pues sus condiciones de estado civil, económico, etc., hace que no les interese este proyecto:

Considerando que una obra de la magnitud de la que se trata no puede tomarse desde luego en su máximo desarrollo, sino por partes, y que aun dentro del espíritu que informa esta idea, que es de totalidad, forzosamente para el cálculo es más fácil y seguro partir de la base de necesidades conocidas y calculadas, para guarniciones de importancia, que casi en absoluto corre parejas con las más necesitadas de vivienda.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, vamos a partir del cálculo hecho para la guarnición de Barcelona. En ésta, después de minuciosos cálculos, considerando el personal de plantilla en los Cuerpos, organismos y Dependencias de Guerra; aplicando a las distintas clases militares el tipo de casa que se calcula ha de pedirse; sumadas las cantidades parciales y promediando su coste (después de restar el número de los que de momento no necesitan vivienda), se puede muy aproximadamente calcular que se necesitan ochocientas viviendas, que unas con otras a 10.000 pesetas; importan ocho millones. Así, pues, sentamos la base: guarnición de Barcelona necesita un capital de ocho millones; Madrid necesita mucho más; pero, en cambio, Valladolid, Zaragoza, Sevilla, Coruña, Valencia, etc., etc., hasta diez guarniciones, las más importantes, no llega en cada una de ellas, ni con mucho, a aquella cifra y, por tanto, se puede afirmar que con un capital inicial de ochenta millones, hay muy holgadamente para en grande hacer la obra.

Como la garantía de estas construcciones, hechas con arreglo

al plan ya descripto, es máxima, no es un sueño el suponer, que esos millones se encontrarán dándoles un cinco por ciento de interés, cuya cuantía total anualmente es de cuatro millones. Esta cantidad es lo que se considera necesario como subvención anual.

La idea que se persigue con el proyecto presente no quedaría completa si no se procurase también la construcción de viviendas para los Oficiales que por razones de índole particular, como temporal separación de la familia o estado civil de aquéllos, viven en pensiones o casas de huéspedes.

Altas indicaciones, que si siempre son atendibles, en este caso constituyen para nosotros grato deber que cumplir, y motivo de gratitud por el interés que demuestran, nos han hecho estudiar la construcción del *Hotel o Casino Militar* para solteros. Estos casinos atenderían a la necesidad, cada día más sentida, de proporcionar alojamiento decoroso y económico a aquéllos. Su construcción entraría en el total de edificaciones, y constarían de higiénicas habitaciones individuales, baños, comedor, escritorio, sala de lectura, etc.

El objeto es que cuantos pertenezcan a guarniciones de cierta importancia, sin familia en ella, puedan vivir económicamente, con la más completa independencia, y en aquellas condiciones de decoro y prestigio que el uniforme y la calidad social de la Oficialidad del Ejército imponen.

Tratado este asunto en principio y en líneas generales con una entidad constructora, se ha visto la posibilidad de llevarlo a cabo con facilidad y economía; y, seguramente, a la vez que las casas para Oficiales, se podrán hacer los hoteles o casinos militares para solteros.

Con los planos o diseños de casas-tipos se acompaña un proyecto para *Casino Militar*. Como se ve, se atiende a todas aquellas necesidades de la habitación para el que viva fuera de la residencia de sus familiares.

Naturalmente que esos Casinos se harán con el número de habitaciones proporcionado a la importancia de la guarnición y consiguientemente probable número de personas en condiciones de servirse de ellos.



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

Como verán nuestros lectores, en este número publicamos un interesante artículo de nuestro querido compañero de redacción Sr. García Sierra, acerca de los Servicios Sanitarios en la zona de ocupación de Melilla, antes de los últimos y dolorosos sucesos.

Acompañaba a dicho trabajo un excelente croquis de los puestos sanitarios en las distintas posiciones, hecho por dicho compañero en unión del Capitán Médico Sr. Blasco Salas, y que no publicamos por dificultades materiales de tiempo y por razones fáciles de comprender, siguiendo autorizados consejos, dados los tristes y gloriosísimos hechos ocurridos en aquel territorio, que han hecho modificar las circunstancias.

Vaya, sin embargo, nuestro sincero aplauso y nuestra más viva admiración a quienes, con su inteligente y entusiasta esfuerzo, han sabido colocar tan alto el pabellón de nuestro Cuerpo en Africa; dedicando asimismo un cariñoso recuerdo a nuestros abnegados compañeros cuya suerte aún se ignora en el territorio de Melilla, y a los que en dicha Plaza con ímproba labor cuidan actualmente de las múltiples incidencias sanitarias de tan reñidos combates.

\*  
\* \*

El Capitán Médico D. José Palanca acaba de obtener un nuevo éxito científico, alcanzando el número uno en las últimas oposiciones a Inspectores provinciales de Sanidad.

Sea enhorabuena.

\*  
\* \*

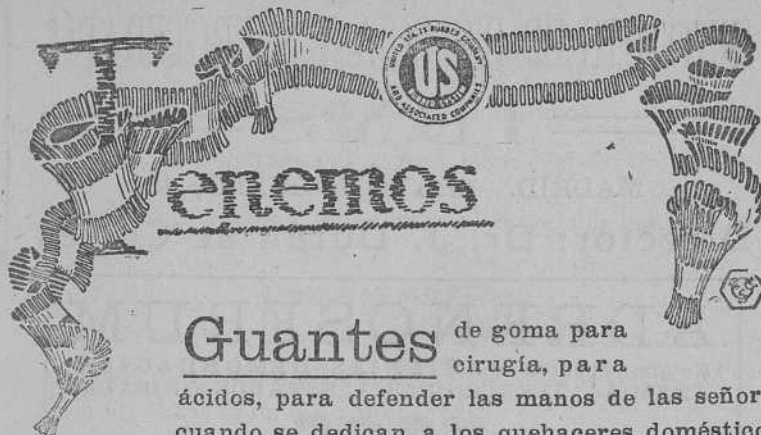
Proyéctase un homenaje a los Capitanes Médicos Sres. Palanca, Bertoloty y Cordero, con motivo de su brillante actuación en recientes oposiciones.

Se cuenta ya con numerosas y entusiastas adhesiones.

\*  
\* \*

Ha fallecido en Zaragoza el Inspector Médico de segunda clase, en situación de primera reserva, Excmo. Sr. D. Luis Martí y Lis. En el próximo número publicaremos la correspondiente nota necrológica.

\*  
\* \*



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.

United States Rubber Co. Ltd.

antes  
India Rubber Products Co. Ltd

Madrid: Castelló, 9  
Bilbao: Gran Vía, 31

Barcelona: Rambla de Cataluña 123  
Sevilla: Julio César 3 y 5





# INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA

## IBYS

MADRID.—BRAVO MURILLO, 45

Director: Dr. J. Durán de Cottes

### ADRENOSERUM

De gran eficacia en ASTENIAS - HEMORRAGIAS - ANEMIAS - INFECCIONES Y ESTADOS GRIPALES

☉ ☉ ☉ ☉

#### Sueros IBYS

ADRENOSERUM.—Antidiftérico.—Normal equino.—Antiestreptocócico polivalente.—Antiestreptocócico puerperal.—Antimaltense caprino.—Antimaltense equino.—Antineumocócico.—Antimeningocócico.—Antitiroideo.—ANTITIRO-OVARINA (asociación de sueroantitiroideo y ovarina).—NEFROSERUM (de vena renal de cabra).

### = AGRIPTOL =

::: Vacuna preventiva y curativa de la GRIPE :::

☉ ☉ ☉ ☉

#### Vacunas IBYS

Tífica preventiva.—Tífica curativa.—Tifo-paratífica (T. A. B.) preventiva.—Paratífica polivalente.—Estafilocócica.—Estreptocócica.—Anti-acné.—Maltense. ANTIGONOS (Gonocócica).—AGRIPTOL (Antigripal) curativa y preventiva.

### ARSIFERROVARINA

En las CLOROSIS - ANEMIAS - HIPOOVARISMO, etc.

☉ ☉ ☉ ☉

#### Opoterapia IBYS

Tiroidina.—Ovarina.—Turmina.—Epirrenina.—Nefrina.—Hepatina.—Hipofisina. EUGASTROL.—Pancreoenterina.—Tiro-ovarina. BELLADOVARINA.—ARSIFERROVARINA. PARACALCINA.—GLUCOSERUM.—PROSTATINA.

PÍDANSE MUESTRAS Y LITERATURA

Apartado de Correos 897.—Dirección telegráfica y telefónica: IBYS Madrid.

TELÉFONO 17-41 J.

Colegio de Huérfanos de la Inmaculada Concepción.

INSTITUTO DEL CARDENAL CISNEROS

*Curso de 1920 a 1921.*

Alumnos presentados: 87.—Sobresalientes, 36; notables, 30; aprobados, 21.

ACADEMIAS MILITARES

*Infantería.*

Alumnos presentados al primer grupo: 6.—Aprobados, 6.

Idem íd. al segundo: 1.—Aprobados, 1.

*Ingenieros.*

Alumnos presentados al primer grupo: 3.—Aprobados, 2; suspensos, 1.

*Artillería.*

Alumnos presentados al primer grupo: 4.—Aprobados, 3; suspensos, 1.

FACULTAD DE MEDICINA

Alumnos presentados al primer año: 3.—Aprobados, 3.

Idem íd. al primero y segundo: 1.—Aprobados, 1.

Madrid, 25 de Junio de 1921.—V.º B.º—El Coronel Director, León.—El Jefe de Estudios, *Félix Lázaro*.

Como se ve por los precedentes datos, el resultado de dichos exámenes ha sido excelente, siendo digno de todo elogio el personal docente de dicho Establecimiento.

\*  
\* \*

El Excmo. Sr. Jefe de la Sección de Sanidad Militar, con motivo de los sucesos de Melilla, no descansa por atender, en la medida de lo posible, las necesidades de dicha Plaza, a cuyo efecto, constantemente se circulan órdenes al Parque y Laboratorio de Sanidad Militar, en cuyos Centros se imprime el mayor celo y actividad para los envíos que demandan de aquel territorio.

Asimismo se ha efectuado con rapidez la movilización de ambulancias y el nombramiento de personal de Plana mayor y menor de nuestro Cuerpo.

\*  
\* \*

Hasta ahora sólo han sido presentadas en la Academia de Sanidad Militar cinco instancias de aspirantes para tomar parte en las próximas oposiciones a Alféreces Médicos-alumnos de dicho Establecimiento de enseñanza.

\*  
\*\*

Al cerrar este número se ha publicado una lista oficial de bajas en el Ejército de Melilla, en la cual aparecen como fallecidos en el campo de batalla los Tenientes Médicos D. Juan Bercial Esteban y D. Wenceslao Perdomo Benítez, figurando entre los heridos el Teniente Médico D. José Rover Motta.

Como era de esperar, ha corrido la sangre generosa de nuestros compañeros en los luctuosos sucesos ocurridos últimamente en aquel territorio.

También se sabe que se halla prisionero, en la cabila de Beni-Bugafar, el Capitán Médico D. Manuel Peris Torres.

---

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

---

**Investigaciones experimentales sobre el virus del herpes.**—El doctor Georges Blanc ha verificado en el Instituto de Atenas ciertas investigaciones que le conducen a establecer una aproximación entre el virus de esta afección banal y el virus aislado por Levaditi y Harvier en la encefalitis epidémica. El herpes es para el autor una enfermedad infecciosa; el virus, según el lugar de la circulación determina una keratitis o una encefalitis, ambas transmisibles en serie. El virus es filtrante.

La diferencia entre los dos virus consistiría en que el del herpes produciría una menor virulencia por

escarificación de la córnea. Esta diferencia tendería a un poder neurotrópico más grande, adquirido por el virus de la encefalitis epidémica, poder que adquiriría, según las experiencias del autor, por su paso a los encéfalos de conejos.—(*Comptes rendus hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences*).—J. P.

\*  
\*\*

**La bacterioterapia (vacunoterapia) de las neumonías gripales.**—Bacethelein y Thoma emplean una autovacuna, de la cual refieren los autores el buen resultado obtenido en muchos casos, ilustrando con curvas la descripción de la acción

del remedio. Insisten en el hecho de que una autovacunación es preferible a la heterovacunación o a la inyección de proteína (leche, etc.), pudiendo de este modo estimular el proceso de inmunización específica en el organismo.

La vacuna ha sido preparada rápidamente con las principales bacterias encontradas en el esputo (en la práctica, el laboratorio puede reenviar la preparación al día siguiente de haberse recibido la

muestra del esputo; los gérmenes se calientan a 53-56° C. durante una hora. La vía intramuscular es la preferida para la inyección.

Los autores han comprobado, cinco o seis horas después de la inyección, un descenso crítico de la temperatura y del pulso, sin colapso, seguido de convalecencia y sin que sobreviniese ninguna complicación. (*Munch. Mediz. Wochen. Office International d'Hygiène Publique, Septiembre 1920.*)—J. P.

---

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

---

**Tratamiento de ciertas mutilaciones parpebrales de guerra por el procedimiento autoplástico de Syndacker.**—Dr. J. P. de Carvalho.—Trabajo basado sobre tres casos de esta naturaleza, operados con resultados satisfactorios por el Dr. Morax en el Hospital de Laribosiére, auxiliado por el autor.

Este comienza recordando los casos publicados de blefaroplastias, que han sido operados por el procedimiento de Syndacker (doce en total), entre los que ocupa el sexto lugar uno de nuestro compatriota y amigo el Dr. García del Mazo.

Describe a continuación los tiempos de la operación de una manera detallada, con las consideraciones especiales que le sugiere la observación de los tres casos que motivan la publicación, así como la modificación introducida en la forma del colgajo (de base ancha, en vez de ser de bordes paralelos como el

proceder original) por el Dr. Morax, para mejor asegurar su nutrición.

La técnica por él recomendada es la siguiente: 1.<sup>a</sup>, *anestesia clorofórmica*; 2.<sup>a</sup>, *preparación de la superficie cruenta*, disecando un poco los bordes de la pérdida de substancia resultante para evitar la menor tracción, y tarsorrafia; 3.<sup>a</sup>, *extracción del colgajo cervical*, a todo lo largo del músculo esternocleidomastoideo, procurando la menor torsión en la base del pedículo y la forma apropiada en la extremidad distal del mismo, con relación a la superficie cruenta que ha de cubrir; 4.<sup>a</sup>, *sutura de la herida cervical*, mediante puntos entrecortados con crin de Florencia, y algunos de refuerzo en forma de U; 5.<sup>a</sup>, *fijación del injerto con sutura entrecortada empleando la seda*; 6.<sup>a</sup>, *apósito* consistente en un tul grueso en contacto con la herida y puente del injerto, cubierto por compresas de

gasa y algodón y vendaje, en forma de ancha faja de Velpeau, que cubre la cabeza, cuello y espalda; 7.<sup>a</sup>, *sección del pedículo* de los nueve a los catorce días, término medio, y 8.<sup>a</sup>, *autoplastia secundaria* (imaginada por Morax) cuando existe otra pérdida de substancia en la que puede injertarse el pedículo una vez seccionado por el cuello, y conservando su adherencia en el sitio trasplantado.

Los resultados, dice, son excelen-

tes; las *indicaciones* serán las grandes pérdidas de superficie cutánea, cuando no sea posible obtener piel de las proximidades o quieran evitarse las cicatrices en la cara, y las *contraindicaciones* los casos en que no sean posibles los procedimientos más sencillos y cuando existan grandes cicatrices (entonces son más de recomendar los injertos dermoepidérmicos).—(*Archivos de Oftalmología.*)

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

- 12 Julio.....—Real orden (*D. O.* núm. 154) disponiendo que para el tratamiento por los rayos ultravioletas a los enfermos [no hospitalizados se establezca la misma tarifa vigente para las del tratamiento radioterapéutico.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 154) concediendo veinticinco días de licencia por asuntos propios, para Bruselas y Francia, al Comandante Médico D. Fernando Fernández Buelta.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 154) concediendo licencia al Capitán Médico D. Juan López Pérez para contraer matrimonio con D.<sup>a</sup> Rosario León Muñoz.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 154) concediendo autorización al Capitán Médico D. Tomás Rallo Colandrea para usar sobre el uniforme la Medalla de la Cruz Roja Española.
- 13 » » Real decreto (*D. O.* núm. 154) disponiendo que el Inspector Médico de segunda D. José Tolezano Mercier pase a la segunda reserva.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 194) disponiendo que el Inspector Médico de segunda D. Indalecio Blanco Paradelá pase a la segunda reserva.



- 13 Julio. . . . .—Real orden (*D. O.* núm. 154) concediendo la Cruz del Mérito Militar, con distintivo blanco y pasador de Industria Militar al Comandante Médico D. Nomesio Agudo de Nicolás.
- 14 » Real orden (*D. O.* núm. 155) concediendo la Cruz del Mérito Militar, con distintivo rojo, al Capitán Médico D. Domingo Sierra Bustamante.
- 15 » Real orden (*D. O.* núm. 157) disponiendo, en virtud de instancia del Capitán Médico D. Carlos Pérez Serra, lo siguiente:
- 1.º Que al referido Capitán Médico se le cuente como valedero para Africa el tiempo servido en Baleares como voluntario con anterioridad al 21 de Enero de 1916.
- 2.º Que a los Jefes y Oficiales Médicos que se encuentren en análogas condiciones les sea concedido el mismo beneficio.
- 3.º Los Jefes y Oficiales Médicos que, en cumplimiento del citado art. 18, hayan sido destinados al territorio de Africa, podrán cursar papeleta solicitando su regreso a la Península en las condiciones reglamentarias: y
- 4.º Las plazas que por este concepto queden vacantes en Africa se cubrirán, según está dispuesto, con el Jefe u Oficial del mismo empleo que el que deje la vacante que lleve menos turnos cumplidos en aquel territorio o en Baleares o Canarias, en las condiciones que se señalan en el citado Real decreto de 30 de Junio próximo pasado, por orden de moderno a antiguo.
- 16 » Real orden (*D. O.* núm. 158) disponiendo que el personal del Cuerpo de Veterinaria Militar ingrese en la Asociación del Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 158) disponiendo que el Capitán Médico D. Fernando Fernández Berbiela desempeñe el cargo de Vocal de la Sección delegada de Lanzarote en la Comisión mixta de reclutamiento de Canarias.

- 20 Julio.....—Real orden (*D. O.* núm. 161) disponiendo que los Comandantes Médicos que se encuentren en la segunda mitad de la escala pueden solicitar ser nombrados alumnos del Instituto de Higiene Militar, lo mismo que los Capitanes Médicos, en la proporción de dos plazas para cada una de esas categorías; que las plazas de Jefe de Laboratorio puedan ser concursadas por Comandantes y Capitanes Médicos diplomados; y que para obtener el diploma de especializado en Bacteriología e Higiene, sufran los alumnos un examen de reválida al finalizar los estudios reglamentarios en el expresado Instituto.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 161) concediendo veinticinco días de licencia por asuntos propios al Teniente coronel Médico D. Francisco Ibáñez Aliaga.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 161) concediendo veinte días de licencia por asuntos propios, para Berlín, al Capitán Médico D. Leocadio Serrada Diaz.
- 22 » Real orden (*D. O.* núm. 162) concediendo al Capitán Médico D. Francisco Luque Beltrán dos meses de licencia, por asuntos propios, para Alemania.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 163) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos que se indican pasen a servir los destinos siguientes:

*Artículo décimo.*

Comandantes: D. José Luis Saavedra, de disponible en la quinta Región, al Hospital militar de Pamplona, y D. Mariano Escribano Alvarez, del grupo de Hospitales de Ceuta, a disponible en la séptima.

*Real decreto de 30 de Junio del año actual*

(*D. O.* núm. 143).

D. Babil Coiduras Maza, del Hospital militar de Pamplona, al grupo de Hospitales de Ceuta (voluntario).

*Artículo primero.*

Capitanes: D. Francisco Castejón Laclaustra, de la Jefatura de Sanidad Militar de Menorca, al Regimiento Infantería de Galicia, 19.

*Artículo décimo.*

D. Angel Martín Monzón, del Hospital militar de Alcazárquivir, a la Jefatura de Sanidad Militar de Menorca; D. Elías Nager Martínez, del Consultorio de Reyén, al Regimiento Infantería de Mahón, 63; don José Espina Rull, del Consultorio y enfermería de Monte-Arruit, al Regimiento Infantería de Valladolid, 77, y D. César Yaque Laurel, del Batallón Cazadores de Fuerteventura, 22, al mismo.

*Real decreto de 30 de Junio del año actual*

(D. O. núm. 143).

(Voluntarios.) D. Augusto Díaz y Díaz, del Regimiento Infantería de Galicia, 19, al Hospital militar de Alcazárquivir, y D. Manuel Muñoz y Núñez del Prado, del Batallón Cazadores de Las Navas, 10, al Consultorio y enfermería de Monte-Arruit.

(Forzosos.) D. Pedro Alvarez Nouvilas, ascendido, de los grupos de Hospitales de Melilla, al Batallón Cazadores de Ciudad Rodrigo, 7; D. Isidro Rodríguez Mediano, ascendido, de los grupos de Hospitales de Melilla, al Batallón Cazadores de Las Navas, 10, y don Salustiano Más Cleries, ascendido, del grupo de Hospitales de Ceuta, al Consultorio de Reyén.

*Artículo primero.*

Tenientes: D. Antonio Grau Pujol, de los grupos de Hospitales de Melilla, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Inca, 62, y D. José Rocandio Martín, del Hospital militar de Alhucemas, al Hospital militar de urgencia de Madrid.

*Real decreto de 30 de Junio del año actual*

(D. O. núm. 143).

(Voluntarios.) D. Gome Cortés Aguilar, del grupo de Fuerzas regulares indigenas de Melilla, 2, al grupo de Hospitales de Centa; D. José Mañas Jiménez, del Hospital militar de Alcazárquivir, a los grupos de Hospitales de Melilla; D. Andrés Hernández Vázquez, de la compañía mixta de Sanidad Militar de Melilla, al Hospital militar de Alcazárquivir; D. José Rover Motta, al tercer batallón del Regimiento Infantería de Melilla, 59, a la compañía mixta de Sanidad Militar de Melilla; D. Jaime Koig Padró, de las Tropas de Policía indígena de Melilla, a los grupos de Hospitales de Melilla; D. José Ventosa Punsoda, del Consultorio Ras-Tikermin, a los grupos de Hospitales de Melilla; D. Pablo Bilbao Lumbreras, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42, al Consultorio de Ras-Tikermin; D. Manuel Bermúdez Pareja, de la Comandancia general de Larache, para consultorios, a los grupos de Hospitales de Melilla; D. Carlos Puig Quero, del grupo de Fuerzas regulares indigenas de Melilla, 2, al Hospital militar de Alhucemas, y D. Fernando Montilla Escudero, de las Tropas de Policía indígena de Larache, a la Comandancia general de Larache, para consultorios.

(Forzosos.) D. Luis Méndez León, de la primera Comandancia de tropas de Sanidad Militar, al tercer batallón del Regimiento Infantería de Melilla, 59, y don Luis de la Calle Mongero, de la primera Comandancia de tropas de Sanidad Militar, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42.