

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XII.

Madrid, 15 de Febrero de 1922.

Núm. 4.

SUMARIO

Los grandes oculistas de Europa (Impresiones de un viaje), por **Jerónimo Sal Lences**.—*Observaciones sobre cirugía de guerra* (continuación), por el **Dr. Nabuco de Goubea**.—*El Cuerpo de Sanidad Militar, el Estado Mayor Central del Ejército y los Ministros de la Guerra*, por **X. X. X.**—*Undocumento interesante*.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Epilepsia metatraumática.—*Prensa militar profesional*: El tanque de guerra considerado desde el punto de vista médico.—*Bibliografía*: El servicio farmacéutico del Ejército francés durante la guerra de 1914-18, por el **Dr. Antonio Moyano Cordón**.—*Sección Oficial*.
SUPLEMENTOS.—*Escaia del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Febrero de 1922*.—*Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar*.

LOS GRANDES OCULISTAS DE EUROPA

(IMPRESIONES DE UN VIAJE)

Hacia aproximadamente quince años que yo había estado en Burdeos al lado del profesor Lagrange, y mis deseos de saludarle nuevamente eran grandes, como también grande mi entusiasmo por recoger sus sabias enseñanzas. El tiempo pasa y los años han marcado su huella en el noble semblante del maestro; sin embargo, su inteligencia y su espíritu siguen teniendo toda la agilidad y toda la agudeza de sus mejores días.

El profesor Lagrange me recibió amablemente invitándome a que acudiese al Hospital de St. André. Allí, en medio de alumnos franceses y de médicos de todos los países, nos dió una conferencia sobre tumores malignos intraoculares, acompañada de explicaciones microscópicas, de proyecciones cinematográficas y de excelentes dibujos que el maestro iba trazando cuidadosamente en la pizarra. El profesor Lagrange, al llegar a los períodos más culminantes de su discurso, parece superarse a sí mismo, y los alumnos,

entusiasmados, le hacen objeto de una espontánea ovación. Esto es algo nuevo para los españoles, ya que en nuestro país no es costumbre aplaudir en clase a los maestros, siquiera éstos tengan el alto relieve científico del sabio profesor de Burdeos. En Francia, sin embargo, el hecho se repite, y yo pude otra vez observarlo en presencia del profesor Lapersonne, del Hotel Dieu de París.

Lagrange se esfuerza en presentarnos casos de glaucoma operados según su procedimiento de fistulización de la esclerótica; todos tienen un admirable aspecto y una espléndida agudeza visual y todos presentan una bolsita subconjuntival en el punto correspondiente a la escleroiridectomía, por la cual se escapa el humor acuoso, evitando así los terribles efectos de una presión intraocular excesiva.

Lagrange viene realizando con éxito creciente su operación desde 1906, y la hace con una precisión y una rapidez jamás superadas. A pesar de ser esta intervención muy discutida por algunos oftalmólogos, puede asegurarse que en Francia ha llegado a ser clásica, realizándose también en otras importantes clínicas de Europa y América.

Yo en París se la he visto practicar a los profesores Lapersonne y Terrien; por cierto que aquél diseca el colgajo conjuntival y después de haber seccionado un trozo de esclerótica y de iris, sutura cuidadosamente la conjuntiva, lo cual no hace en ningún caso Lagrange.

Lagrange no se muestra partidario de la trepanación de Elliot, que considera una imitación de su procedimiento, juzgándola peligrosa por el riesgo que con ella se corre de herir intempestivamente los cuerpos ciliares. A este respecto, nos dice, con frase gráfica, «que el Elliot ciertamente es una operación fácil, pero que el caso no es de hacer una operación fácil, sino una operación buena».

Otra de las grandes especialidades de Lagrange es la cura operatoria del estrabismo. Asombra ver el número de casos que aparecen registrados en el libro del maestro; todos, por cierto, con fotografías hechas antes y después de la intervención. Nosotros tuvimos la suerte de verle operar un estrabismo convergente muy graduado en un joven de diez y ocho años. La maestría y la extraordinaria rapidez con que Lagrange practicó la sección del recto interno y el avanzamiento del externo, es algo peculiar y exclusivo del sabio profesor.

En cuanto a la operación de la catarata, Lagrange sigue haciéndola por el procedimiento clásico, sin que se muestre partidario de la sutura corneal, ni tampoco del puente conjuntival, que algunos oftalmólogos han adoptado.

Desde Burdeos pasé a París, adonde también fué el profesor Lagrange, con objeto de asistir al Congreso Oftalmológico de 1921 que allí se celebraba. El Congreso estuvo animado, concurriendo a él muchos oculistas franceses y algunos belgas, turcos, serbios, americanos y españoles. Desgraciadamente, figuraron ausentes los alemanes y suizos, que tan brillante cooperación hubiesen podido prestar a esta Asamblea científica. En ella se debatieron temas interesantísimos, tales como «El examen microscópico en el ojo vivo» (método de Koepe por Gallemarts y Kleffel, de Bruselas). «Indicaciones y técnica de la extirpación del saco lagrimal», por Rollet, de Lyon. «Resultados de una inspección oculística general en 2.000 alumnos de las Escuelas de Belgrado», por Kortich. «Resultados lejanos de la esclero-iridectomía», de Lagrange y Elliot, con amplia discusión de Morax Abadie-Bounefou y Aubaret. (Aquí el profesor Lagrange insiste en demostrar que la operación de Elliot puede determinar una hipotonía grave, si el cuerpo ciliar es lesionado.

También manifiesta que él hace en algunos casos la ciclo-dialisis de Heine). «Efectos de la trepanación descompresiva en dos síndromes de hipertensión, uno con ceguera completa, y el otro en un acromegálico con ceguera progresiva» por Perrin, de Lyon. «Efectos tardíos del colmatage o calfeutrage en la hipotonía ocular y desprendimiento de la retina», por el Dr. Pesme, de Burdeos, con intervención del profesor Lagrange. «Facoiresis», del Dr. Barraquer (hijo), de Barcelona. El Dr. Barraquer hace una gran propaganda de su procedimiento de la ventosa para operar la catarata, y es justo confesar que, debido a ella, lo mismo en los hospitales de Francia que en Suiza e Italia, me han preguntado con avidez por la suerte que este método operatorio había corrido en las clínicas españolas; cierto, también, que los eminentes oftalmólogos de aquellos países con quien tuve el honor de ponerme al habla, se muestran muy reservados respecto a esta intervención, que en principio rechazan por estimarla peligrosa y sin ventajas positivas sobre los demás métodos operatorios.

Otros muchos fueron los temas y casos presentados, pero nos-

otros renunciamos a describirlos aquí, por no consentirlo la índole de este trabajo.

En París he asistido durante una larga temporada al Servicio Oftálmico, que sabiamente dirige el Profesor Laperssonne, del Hôtel Dieu. Laperssonne es un operador habilísimo e insuperable. Extremadamente cuidadoso de la asepsia, nos hace el efecto de un ser extraño metido en su blusa, con su gorro blanco hundido hasta las orejas y su antifaz de gasa, tapando toda la cara y cuello, con la única excepción de los ojos; un fotoforo frontal, que él se hace poner cuidadosamente por sus ayudantes, le da todo el aspecto de un cíclope, y completa el cuadro de aquella extraordinaria figura alrededor de la cual se agrupan médicos de países tan distintos y apartados, que entre ellos ni siquiera faltan representantes de las razas negra y amarilla. Tal es la fama merecida de que en el mundo científico goza este eminente oftalmólogo.

Laperssonne opera casi siempre la catarata con sutura corneal. Sin embargo, él mismo hace constar que no es sistemático, ya que de ninguna ciencia puede, como de la Oftalmología, decirse que es la ciencia de las indicaciones; y con esto quiere significarnos que no renuncia en absoluto a los antiguos métodos operatorios. Después de hecha la sutura, introduce delicadamente la cucharilla por debajo del segmento corneal que aquella deja libre, extrayendo los últimos restos de masas hasta comprobar el color negro de la pupila.

El Dr. Terrien, primer jefe del Servicio oftálmico del profesor Laperssonne, opera también las cataratas con sutura de la córnea. En este mismo servicio hemos visto al Dr. Baché hacer esta operación dejando un puente conjuntival, que él cree llegará a sustituir con ventajas la sutura. Ciertamente, el método del puente conjuntival no nos ha convencido, y de este mismo modo de pensar participaban los oculistas que con nosotros presenciaron aquella intervención. En dos casos que hemos visto operar a Baché, el traumatismo sobre el ojo fué grande, la maniobra pesada y tosca, y después de fuertes presiones ejercidas para lograr la salida del cristalino, pudimos observar que el humor vítreo se escapaba en gran cantidad.

Los servicios de Morax en el Hospital Lariboisière (por cierto uno de los mejor instalados de Francia); el de Cantonnet, en el Hospital Cochin; el de Poulard, en el Hospital Necker, y el de

Rochon Duvigneau, en el Hospital Laenec, fueron también objeto de mi especial visita. En todos estos centros puede asegurarse que ha desaparecido, o por lo menos quedó reducida a casos muy limitados, la anestesia general. El cloroformo fué reemplazado con ventajas grandes por la anestesia regional o local. Con ella hemos visto realizar enucleaciones y exenteraciones del globo ocular, extensas blefaroplastias, extirpaciones del saco lagrimal y escleroindectomías antiglaucomatosas. Sólo por excepción en algunos niños pocos dóciles se emplea todavía el cloroformo. Claro que esto no constituye una novedad en España, donde hace ya mucho tiempo que venimos utilizando la novocaína asociada a la adrenalina para aquellas intervenciones; pero lo que sí es peculiar de estos hospitales, lo mismo que de las clínicas similares de Suíza, las que también visitamos, es *la sistematización* con que las inyecciones de novocaína se aplican, y aun la dosis de medicamento empleada. En este sentido, los estudios y observaciones de Cantonnet y Duverger nos parecen muy interesantes.

El Dr. Morax, del Hospital Lariboisière, es sin duda uno de los oftalmólogos contemporáneos de más sólida reputación, y su clínica modelo de orden y limpieza. Morax es un operador seguro y rápido, que trabajó considerablemente durante la gran guerra. Una de sus especializaciones es el empleo del gran electroimán en la extracción de cuerpos extraños intraoculares. Lo hemos visto diagnosticar con toda precisión mediante los rayos X un caso de cuerpo extraño situado detrás del cristalino; aplicar luego, previa anestesia del ojo y dilatación de la pupila, el electroimán, y arrastrar así hasta la cámara anterior un pequeño trozo de hierro, que desde allí extrajo con unas pinzas de indectomía, después de abierta la córnea convenientemente.

Rochon Duvigneau puede decirse que bate el record de la velocidad en sus intervenciones. Jamás hemos visto operar a nadie con tanta rapidez una catarata: por cierto, que sólo emplea el blefarostato en el primer tiempo de esta operación; es decir, durante la sección de la córnea; después, los dedos, manejados hábilmente, reemplazan hasta el final aquel instrumento; esta es una de sus notas peculiares.

Poulard y Cantonnet, sobre todo este último, son, a no dudarlo, los dos oftalmólogos jóvenes que hoy en París tienen asegurado un porvenir más brillante. Cantonnet trabaja infatigablemente en

el Hospital Cochin, y después atiende a las exigencias de una consulta privada, numerosa y escogida, en su lujosa instalación del boulevard St. Germain. Los estudios detenidos que hizo sobre la visión binocular, y lo que él llama la experiencia del «agujero en la mano», puede decirse que han popularizado su nombre en Francia. Es además un espíritu abierto a todas las modernas conquistas de la Oftalmología, y en la actualidad consagra sus energías al estudio y a la práctica del descubrimiento del profesor Vogt, de Basilea: nos referimos, claro es, al oftalmoscopio de la luz verde, que él llama *sans rouge*. Más adelante volveremos a aludirle con motivo de este precioso medio de exploración, en el cual Cantonnet pretende introducir ciertas modificaciones.

Entretanto, séame permitido enviarle desde aquí el testimonio de mi reconocimiento por la buena acogida que me dispensó, no sólo en el Hospital Cochin, sino también en su clínica privada, a la cual, amablemente invitado, asistí una tarde.

El Dr. Darier es una de las figuras más interesantes de la Oftalmología francesa: autor de la Terapéutica ocular más completa y más moderna que figura en la mesa de los oculistas, es también director de la *Clinique Ophthalmologique*, publicación importantísima y muy leída en toda Europa y América. Tiene este profesor un espíritu de tal modo independiente, que por no someterse a las rigurosas disciplinas de la vida hospitalaria, renunció gustoso a la dirección de los más importantes centros nosocomiales de Francia; sin embargo, cuenta con una de las clínicas más concurridas de París en su instalación privada de la rue Buffault: a ella acuden millares de enfermos, atraídos por la indiscutible fama de este sabio. Yo no sé qué admirar más en Darier, si su pasmosa cultura y su gran erudición oftalmológica, o las excelencias imponderables de su trato ameno y sencillo. Invitado por él asistí a su clínica, en donde me enseñó el manejo del *microscopio binocular de Czapski Zais* y la *lámpara de Gullsstrand*. Trátase del asunto más interesante de la moderna Oftalmología, aquel que, sin duda, en unión del *oftalmoscopio a la luz verde*, constituye en los actuales momentos el tema hacia el cual converge la atención de los más sabios oculistas del mundo: es la *microscopia del ojo vivo*, a la cual Koeppe, de Halle; Vogt, de Basilea, y Henker, de Jena, han dedicado, y todavía dedican, lo mejor de sus actividades. La extensión que ya alcanza la bibliografía de esta materia, puede de-

cirse que, con relación a la Oftalmología, constituye una ciencia dentro de otra ciencia.

Pero registremos con pena un hecho: hemos visitado muchas clínicas; creemos habernos puesto al habla con los más sabios oculistas franceses. De todos ellos, sin embargo, sólo el Dr. Darier posee una instalación completa de microscopia ocular, siendo un activo propagandista de este maravilloso descubrimiento. La herida de la gran guerra no ha cicatrizado aún en los corazones franceses, y esto disculpa el que se muestren con una indiferencia más fingida que real, ante un invento que, en su casi totalidad, se debe a ilustres sabios alemanes. Convengamos, sin embargo, que hoy como antes del desastre, son estos hombres trabajadores, los que a todas horas nos revelan hasta dónde llega la fecundidad de su inteligencia y la poderosa fuerza de su voluntad, sorprendiéndonos con aparatos y medios exploratorios que causan la admiración del mundo.

La microscopia del ojo vivo está fundada, según las claras explicaciones de Koeppe, en el principio de la iluminación focal. La lámpara de Gullstrand, recientemente modificada por Vogt y Henker, envía un poderoso haz lumínico al ojo observado, que corta la córnea conforme a una sección rectangular (1); este haz, adentrándose en las zonas más profundas de aquel órgano, nos recuerda un rayo de sol que se introdujese en una habitación oscura a través de la rendija de una puerta. Todos cuando niños hemos realizado esta entretenida experiencia, y pudimos observar cómo, gracias a ella, la zona iluminada en medio de la obscuridad, ofrecía a nuestra consideración finísimas e innumerables partículas de polvo suspendidas en el aire, que hasta entonces pasaban desapercibidas. Supongamos ahora que para analizar en detalle aquellas tenues partículas nos valiésemos de todo el poder amplificador de un sistema de lentes, que a tanto equivale el gran microscopio binocular de Czapski-Zais; y éste y no otro viene a ser en síntesis el fundamento de la microscopia en el ojo vivo.

Con el microscopio ocular han llegado a descubrirse lo mismo en el ojo normal que patológico, cosas insospechadas que en mu-

(1) Débese esto, a que la luz procedente de aquella lámpara, es filtrada, antes de llegar al ojo, por una *hendidura* que tiene la forma de rectángulo y que actúa a manera de diafragma, justificando el nombre que también se da al aparato de *lámpara de hendidura*.

chas ocasiones nos permiten el diagnóstico precoz de las más distintas afecciones.

Los espacios y lagunas linfáticas de la córnea fueron claramente analizados por Koeppé, gracias a este medio de exploración. Igual ocurre con los nervios corneales a los cuales se les ve desprenderse de su envoltura de mielina en llegando al limbo esclerocorneal y conservarla tan sólo en algunos casos de queratocono. Los vasos capilares aparecen en el mismo limbo, en forma de asas, en comunicación unas con otras. El mosaico exagonal formado por las células endoteliales de la córnea se aprecia con toda claridad.

En el cuerpo vítreo pueden llegar a apercibirse restos de la arteria hialoidea y de la cápsula vascular embrionaria del cristalino. También se observan delicadísimas fibras entrecruzadas en ángulo recto, formando un fino retículo y constituyendo por su dirección dos sistemas: uno vertical y otro horizontal. Entre estas fibras nótanse en la retinitis pigmentaria, células y corpúsculos de pigmento, que constituyen un síntoma precoz de aquella enfermedad. En las contusiones débiles del ojo se aprecian al mismo nivel glóbulos rojos que acusan una hemorragia intraocular, tan insignificante a veces, que de otro modo pasaría desapercibida; si esta hemorragia es antigua, aquellos glóbulos pueden aparecer reemplazados por cristales rojos de hematoïdina (Koeppé) o de hemosiderina (Vogt). En los casos de éstasis papilar se observa, ya transcurrido algún tiempo, la destrucción de las fibras del cuerpo vítreo; y en la neuritis óptica aparecen en determinadas ocasiones glóbulos blancos, ocupando las mallas del retículo vitriano. Estos glóbulos no suelen faltar y constituyen un síntoma precoz de las inflamaciones del cuerpo vítreo, determinadas por uveitis o retinitis. En la miopía maligna aquel sistema de fibras es reemplazado, después de un proceso destructivo de evolución más o menos rápido, por celdas llenas de líquido.

En la retina se observan los vasos rodeados de una zona blanca que es la envoltura linfática; las fibras ópticas se ven con perfecta claridad en la región comprendida entre la papila y la mácula; la ausencia de aquéllas en la fovea y el reflejo especial que esta porción retiniana ofrece, son también objeto de segura comprobación. En la papila óptica pueden llegar a observarse las travéculas de la lámina cribosa y las fibras que la atraviesan. La

membrana limitante interna aparece despegada sobre la excavación papilar en los casos de éstasis de la papila.

No he de terminar este capítulo de la microscopia en el ojo vivo, sin hacer constar que siempre tendré muy presente la atención y el detenimiento con que el sabio profesor Darier me obsesó con una conferencia práctica sobre tan interesante método exploratorio. También debo gratitud al ilustre oftalmólogo parisiense por las frases de inmerecido elogio que para mi libro *Refracción ocular* tuvo en las columnas de su gran revista *La Clinique Ophtalmologique*. Reciba por todo ello, desde aquí, el reiterado testimonio de mi admiración y reconocimiento.

JERÓNIMO SAL LENCE,
Comandante Médico.

(Continuará.)



OBSERVACIONES SOBRE CIRUGIA DE GUERRA

(CONTINUACIÓN)

II

HERIDAS DEL TÓRAX

La cirugía del tórax despertó mayor preocupación que la cirugía abdominal durante el período de guerra. Hasta la terminación de la guerra, las opiniones se dividieron entre intervencionistas y antiintervencionistas, aunque este último grupo hacía muchas veces excepciones en favor de la abstención operatoria.

Al paso que se constata que no hay ejemplo de cura espontánea de una herida del intestino delgado sin intervención quirúrgica, son mientras tanto comunes los casos de heridas pulmonares que se curan por enquistamiento del proyectil en el parénquima pulmonar sin perturbación seria de las funciones del órgano respiratorio...

Ya antes de la guerra, en tiempo de paz, la opinión de los cirujanos había establecido ese criterio conservador para los heridos torácicos, en contraposición con el criterio intervencionista observado para las heridas del vientre. Verdad es que en tiempo de paz las heridas del tórax eran producidas por bala de revólver, heridas consideradas relativamente benignas siempre que no afectasen los órganos vasculares, para lo cual bastaba conservar el herido en posición de Fowler (tronco elevado), y el uso de calmantes como la morfina por vía hipodérmica en un cuarto de temperatura uniforme, con la herida yodada y protegida con gasa aséptica, y el tórax envuelto en pasta de algodón.

En la clínica civil sólo se intervenía cuando sobrevenia una complicación: pleuresía purulenta o absceso de pulmón.

Durante la primera parte de la guerra, mientras no existían formaciones quirúrgicas bien organizadas en las proximidades de las líneas; mas cuando esas formaciones permanecían a una distancia mínima de 10 a 12 kilómetros de las líneas de fuego, los únicos heridos del tórax que allí se veían eran los que más o menos correspondían al tiempo de paz, esto es, heridos por balas o pequeños estilazos de granada, sin lesiones importantes.

Todas las grandes heridas del tórax, producidas por fragmentos de obuses, pertenecían al grupo de intransportables hemorrágicas; los pacientes morían en el campo de batalla, en el puesto de socorro, o, agravados por el shock, del transporte, eran desembarcados agonizando en los puntos de parada establecidos a lo largo del camino entre las dos formaciones.

Los heridos del tórax que llegaban hasta las ambulancias eran por pequeñas heridas, y aun éstos, al llegar a las ambulancias del interior, eran retirados de los carros en estado lamentable, como moribundos en verdadero estado de shock. Ese estado de shock que les daba tan triste aspecto, era la consecuencia de tres elementos:

- 1.º El shock nervioso, siempre muy acentuado en los heridos del tórax, a causa del ávalo propagado al trama nervioso, vagosimpático del pulmón.

- 2.º La perturbación mecánica causada a la respiración por el neumotórax, en vista de no estar todavía establecida la respiración de substitución por el pulmón no afectado, y no haber todavía adaptación a las nuevas condiciones respiratorias.

- 3.º El transporte, que los heridos del tórax soportan menos que

cualquier otro herido, a causa de la trepidación, que aumenta las dificultades respiratorias, que los pobres heridos se sienten en la inminencia de la asfixia.

Pues bien; esos enfermos que parecían estar muriendo siendo puestos en posición de Fowler con el tórax bien elevado, amparados y recostados en un soporte móvil guarnecido de almohadas; la cabeza levantada y bien calzada, con un poco de morfina para calmar la tos, que los fatiga mucho, o aceite alcanforado, suero subcutáneo y sin muchas auscultaciones para no cansarlos, respirando sin dificultades, con el pulso y la tensión arterial restablecidas, con la mirada natural y apenas con algunos esgarros de sangre muy discretos, en estado, por cierto muy diferente, de aquel en que se habían presentado la víspera al ser admitidos en la ambulancia.

Habiendo sido ordenado a los camilleros y a los conductores de ambulancias del Ejército francés que dejasen a los heridos del tórax en la primera formación sanitaria que encontrasen, por pertenecer al grupo de intransportables, así se hacía. Una vez desembarcados, no eran examinados quirúrgicamente, ni operados, porque tales heridos se curaban por la abstención operatoria, al paso que una intervención los exponía a una muerte segura; el tratamiento se hacía más como en tiempo de paz, la cura del shock, que la herida propiamente dicha. Estos enfermos, como dijimos, beneficiaban extraordinariamente de esta terapéutica expectante, y es en ellos que se observaban sobre todo el contraste entre la agonía de la llegada y la calma conseguida pocas horas después de instituido el tratamiento reparador a que nos referimos.

Esta transición brusca de escenario de la entrada de un agonizante y de su restitución casi a la normalidad poco tiempo después, llevó muchas veces a los cirujanos a notificar inmediatamente al Estado Mayor de su sección de Ejército un grave caso de inminencia de muerte por heridas del tórax, o como era de práctica hacerse en el Ejército francés siempre que se trataba de un herido moribundo, a fin de que le fuese entregada antes de morir la medalla militar o de la Legión de Honor.

Ocurría, sin embargo, que muchas veces, horas después, cuando un oficial encargado de entregar las condecoraciones se presentaba delante del herido, éste estaba ya tan bien, que el oficial no podía ocultar su sorpresa, con un gesto de censura al cirujano, que

le parecía tan pródigo en conceder honras supremas a heridos de poca importancia.

Para que la cirugía de guerra en los heridos del tórax pudiese entrar en actividad, le fueron necesarias dos órdenes o factores:

1.º Que formaciones quirúrgicas bien aparejadas y provistas de equipos de cirujanos de carrera, experimentados y audaces, fuesen llevados hasta las líneas del frente, tan cerca de las líneas de combate, que los heridos, con el tórax abierto por los gruesos proyectiles, víctimas de grandes hemorragias, casi asfixiados, llegasen todavía con vida a esas formaciones.

2.º Cuando las operaciones múltiples tentadas en los hospitales del interior para la extracción de cuerpos extraños enquistados en las paredes del pulmón hubiesen entrenado los cirujanos en esta práctica, libertándolos del recelo excesivo del neumotórax, que hacía que no se osase a abrir la pleura en las formaciones un tanto primitivas de los hospitales improvisados del interior. Mientras tanto había en Francia cirujanos que habían empleado deliberadamente, y sin accidentes, la vía transpleural en numerosas intervenciones para la extracción del proyectil del pulmón; pero la mayoría, a despecho de estos ejemplos, había quedado sugestionada por los métodos alemanes de Baranarconse. Parecía que no era posible abrir la pleura e intervenir en el pulmón sin riesgo de asfixia, si no fuesen empleados los aparatos de hiperpresión o de hipopresión del tipo de la cámara de Sanabruch.

.....

Conducta a seguir ante las distintas variedades de heridas del tórax.

1.º En el puesto de socorro: Para los tórax cerrados, una inyección de morfina, un poco de aceite alcanforado, un buen curativo aséptico que cierre y proteja la herida, y después enviarlo, lo más pronto posible, a la formación quirúrgica más próxima, donde encontrará organización material, abrigo, cama confortable y calma, que tiene imperiosa necesidad.

Recomendar a los conductores de vehículos de ir a marcha moderada, a fin de evitar fuertes balanceos a que esos heridos son muy sensibles; nunca está demás insistir en esta recomendación.

Siempre que sea posible, prevenir por teléfono a la ambulancia más próxima, si no hubiere gran afluencia de heridos, a fin de que a su llegada encuentren ellos cama y abrigo prontos.

Para los tórax abiertos obturará las brechas de la pared torácica, cueste lo que cueste, para remediar la asfixia que amenaza y parar la hemorragia externa. Larrey, Cirujano-jefe del grande armée, ya obturaba los heridos del tórax en época del primer Imperio.

Tuffier y Thévanot piensan que sería conveniente suturar la herida en el puesto de socorro con un surjet de seda núm. 2, operación simple y al alcance de todos. En realidad, en un momento de gran actividad, es preciso que se haya visto lo que es un puesto de socorro, la acumulación y el desorden que allí reina, para verificar la menor intervención quirúrgica, aun la más simple, no es posible ni aun una sutura para cerrar una pared torácica.

Es forzoso limitarse a cerrar el orificio por medio de un curativo oclusivo, como se hace para parar una hemorragia por un taponamiento y despachar el herido lo más rápido posible a la formación quirúrgica más próxima.

2.º En la ambulancia: Repito que en esta primera formación quirúrgica deben quedar retenidos todos los heridos del tórax, a menos que se esté en la inminencia de un movimiento de avance o que sea de temer una retirada rápida.

Para eso es necesario que una sala, tienda o barraca sea preparada para ellos. Esa sala debe ser abrigada y provista de aparatos de calefacción de Tanton y de dos o tres camas preparadas con lámparas eléctricas de calor.

La sala debe ser preparada de tal manera que no haya polvo y mantener una atmósfera cargada de efluvios balsámicos, haciendo hervir hojas de eucaliptos. Cada cama debe ser munida de respaldares móviles susceptibles de mantener el herido sin fatiga medio sentado, en posición de Fowler.

Todo el personal debe estar al corriente de los cuidados especiales que necesitan esa clase de heridos. Sólo enfermeros prácticos saben colocar estos enfermos en posición de Fowler, apoyados y mantenidos por las almohadas de manera que se acomoden bien; sólo con un golpe de vista al entrar en una enfermería se puede reconocer por el aspecto confortable, o, por el contrario, por las actitudes incómodas que presentan los heridos, si allí hay personal idóneo para estas maniobras de acomodamiento.

Las señoras francesas que adquirieron la práctica de estas

maniobras, prestaron los más relevantes servicios en las ambulancias y aun en las formaciones más avanzadas.

CONCLUSIÓN

1.º Los heridos de tórax son los más intransportables, y por lo tanto, deben quedar en la formación quirúrgica más próxima de las líneas de combate.

2.º Lo casi shok nerviosos agravados por el transporte, existen constantemente en estos heridos, a tal punto, que no es posible juzgarse la gravedad real por el aspecto del herido a su llegada a la ambulancia, y sí después de veinticuatro horas de reposo, dado a que la medicación calmante, el calentamiento por el aparato de Tanton y la terapéutica cardiotónica hayan producido el efecto deseado.

3.º Es preciso hacer una distinción capital entre los heridos por balas o por pequeños estilazos de granada de orificio estrecho sin traumatopea o tórax cerrado de los heridos abiertos y respirantes producidos por gruesos proyectiles de artillería, aun cuando el herido no sucumba a la asfixia o a la hemorragia.

TRANSFUSIÓN DE SANGRE

La transfusión de sangre, que ya antes de la guerra era un problema de la más palpitante actualidad, se hizo importantísimo durante la guerra, por dos razones:

1.^a Porque en todas las formaciones del frente abundan, en los períodos de actividad militar, hombres jóvenes y sanos que mueren de hemorragias producidas por heridas que, aparte de la pérdida de sangre, no traducen por sí ninguna otra lesión incompatible con la vida.

2.^a Porque en tiempo de paz era muy difícil encontrar, aun entre los parientes más próximos, quien tuviese la generosidad de darle su sangre como supremo recurso. Durante la guerra se operó tal cambio en la mentalidad humana, en materia de solidaridad entre camaradas y en materia de actos de heroísmo, que suscitó la posibilidad de encontrar a cada paso esa prueba de altruismo.

El primer tratamiento empleado generalmente para reanimar esta especie de heridos, eran las inyecciones de suero endovenoso.

Otras veces, el pulso, reanimado por la inyección, caía de nuevo. Es entonces que la transfusión de sangre se indicaba como último recurso de salvación para el herido. La observación probó muchas veces que después de haberse tentado en vano el suero, en algunos casos, una transfusión de sangre inmediatamente practicada dió los mejores resultados, levantando definitivamente la tensión arterial.

Con todo, hasta 1917, a pesar de numerosas comunicaciones, especialmente de Guillet y Debelly, la transfusión de sangre era una operación bien rara.

La transfusión se efectuaba directa o indirectamente por procedimientos minuciosos y difíciles de hacer durante los períodos de acción militar muy intensos, cuando centenas y a veces millares de heridos esperan los cuidados del cirujano. A más de esto, sólo existían datos muy inciertos respecto a la cantidad de sangre transfundida; admitíase que en 20 ó 30 minutos pasaban 500 a 600 gramos de sangre; pero en realidad sólo se tenían dos especies de datos informativos, de un lado el receptor, cuyas orejas y labios se coloreaban poco a poco, a medida que su tensión arterial iba subiendo, sacándolo del sopor en que se hallaba, y cuyo pulso se iba animando; de otro lado, el dolor, que comenzaba a dar señales de sufrimiento y anemia indicadores de que era preciso suspender la operación.

Con la posibilidad de usar inyecciones de sangre estabilizada por la técnica de Jeanbrau, hubo una verdadera revolución en este extremo recurso de la cirugía de guerra.

No era la primera vez que se había tentado el empleo de sangre estabilizada; en la República Argentina ya Levisson había transfundido sangre estabilizada. Depage y Jaussen habían repetido ese proceso en 1916, en La Pavone, pero en realidad esa técnica sólo fué reglada en todas sus menudencias, y se hizo fácilmente aplicable por Jeanbrau.

DR. NABUCO DE GOUBEA,

Jefe de la Misión Médica especial Brasileña en Francia.

(*Revista de Sanidad Militar*, de Buenos Aires.)

(Continuará.)

El Cuerpo de Sanidad Militar, el Estado Mayor Central del Ejército y los Ministros de la Guerra

A LA OPINIÓN PÚBLICA

Consecuentes con las aspiraciones generales del Ejército, las de la opinión pública reflejadas en la Prensa y las del Poder legislativo en los discursos pronunciados en el Senado y en el Congreso, sobre la necesidad urgente de mejorar los servicios sanitarios del Ejército, formulamos la presente Ponencia, con el fin de organizar los mencionados servicios.

Hagamos historia previamente de los anhelos del Cuerpo de Sanidad Militar acerca de su reorganización, orientando a la opinión militar sobre los trámites que han seguido los distintos proyectos e impresiones que se han publicado y presentado sobre cuestiones sanitarias del Ejército.

El año 1908 fuimos destinados al Hospital militar de Carabanchel; allí nos hicimos cargo de varias clínicas, entre ellas la de dementes, la policlínica de presos y la primera y segunda de Medicina. En la asistencia cotidiana de aquellas clínicas pudimos comprobar importantes deficiencias de organización sanitaria hospitalaria, especialmente en la sala de dementes, y la falta de elementos hidroterápicos para la limpieza corporal de los enfermos, medios para filtración y esterilización del agua para la bebida de los enfermos y ciertas dificultades en el petitorio farmacológico de los hospitales para la administración de determinados sueros, vacunas, hipodérmicos y comprimidos para los soldados, dificultades debidas a ser muy imperfecto el nomenclátor vigente de medicamentos para los enfermos. Estas deficiencias, no imputables al Cuerpo de Sanidad Militar, dieron origen a emprender una campaña periodística en *La Correspondencia Militar*, con el epígrafe «Cuestiones sanitarias en el Ejército». Estos trabajos fueron más tarde recopilados y publicados en una obra científica, que fué premiada con una cruz del Mérito Militar pensionada; dicha obra se ocupaba: 1.º, de asuntos relacionados íntimamente con la organi-

zación de los servicios de Sanidad Militar; 2.º, de vulgarizar importantes conocimientos médico-quirúrgicos e higiénicos; y 3.º, una extensa información de los servicios sanitarios y de higiene profiláctica del Ejército de Africa, deducida de la experiencia y deficiencias sanitarias desprendidas de las campañas de Cuba y Filipinas, a las cuales concurrimos.

Pedíamos reformas sanitarias urgentes, sintetizando las aspiraciones del Ejército, y especialmente las mantenidas por el Cuerpo de Sanidad Militar; patentizábamos el alto grado de intelectualidad alcanzado por nuestro Ejército, abogando al propio tiempo porque al referido Instituto se le proveyese de un copioso material científico, para que la notable labor que realiza fuera fecundísima para el Ejército, más de lo que es en la actualidad, en lo que respecta a la sueroterapia, vacunoterapia, análisis bacteriológicos y medios físicos y químicos de diagnóstico. Esta indicación y proyectos consecutivos, presentados por el ilustre Director de dicho Instituto, Sr. Pérez Noguera, cuya pérdida todos lamentamos, está aún por resolver, con detrimento del buen servicio de higiene profiláctica.

Hicimos resaltar la gran trascendencia e importancia de la organización de los Practicantes profesionales del Ejército, demostrando de modo evidente las deficiencias del servicio sanitario regimental en lo que respecta a los Practicantes de batallón y Practicantes enfermeros del Ejército en general, con la descripción sobria, pero intensa, de numerosos hechos de armas de nuestras pasadas guerras coloniales, y con referencias palpitantes de serios desastres sanitarios por no tener el correspondiente servicio regimental suficientemente capacitado. Esta reforma, tan solicitada de los altos Poderes durante tres años consecutivos, al fin ha sido realizada por el Sr. La Cierva, con motivo de la actual campaña de Africa, reforma que no es nueva, pues existía ya en nuestra Armada con brillantísimos resultados; tanto es así, que los ingleses copiaron dicha organización para los servicios sanitarios de su escuadra.

En otro artículo mencionábamos, con el epigrafe «Adquisición que se impone. Las ambulancias automóviles», la necesidad imperiosa de adquirir para nuestro Ejército los modernos medios de transporte para los enfermos y heridos, tanto en épocas de guerra como para los servicios de guarnición y maniobras, sistemas de

locomoción ya empleados en todos los Ejércitos modernos bien organizados.

Interpretamos las aspiraciones del Cuerpo de Sanidad Militar solicitando la creación de las especialidades médico-quirúrgicas más importantes en el Ejército y la reorganización de la Academia de Sanidad Militar en forma similar a las de los demás Cuerpos y Armas, tanto en las plantillas de personal como en la dotación de material para enseñanza. Este asunto, de tanta importancia, aún está por realizar, a pesar de la necesidad reconocida por todo el Ejército de la existencia en todas las capitales de Región y en el Ejército de Africa de las especialidades de oftalmología, otorinolaringología y vías urinarias.

En otro artículo hablábamos de los profesores clínicos, y se ponía de relieve la gran importancia que tiene para el buen éxito de las intervenciones quirúrgicas el hecho de que los cirujanos de los Hospitales militares dispusiesen siempre de valiosos auxiliares técnicos e inamovibles (en esta forma hemos organizado en la actual campaña los importantes equipos quirúrgicos).

En otros trabajos tratamos de sanatorios militares para los presuntos tuberculizables del Ejército, y de las colonias para convalecientes del mismo, análogos a los que existían en Inglaterra, Alemania y Francia. Mediante esta campaña se logró la creación de la primera casa de convalecientes para nuestro Ejército, a cuyo fin cedió el Ayuntamiento de Alicante el bonito edificio situado en la orilla del mar, llamado «Chalet de Mancha», que inauguró Su Majestad el Rey en Febrero de 1911, y que luego, por incompatibilidades burocráticas, no llegó a prosperar su funcionamiento.

Comentábamos también la perentoria necesidad de la higienización de los cuarteles y de los elementos hidroterápicos, para que existiese en ellos una perfecta higiene individual y colectiva.

También proponíamos el que a los soldados se les proporcionase cuanto fuese necesario para combatir sus distintas dolencias, y el uso de las aguas de todos los establecimientos termales de la Península.

Indicábamos, hablando del Laboratorio Central de Medicamentos, la necesidad de la modificación, con frecuencia, del formulario de medicamentos de los Hospitales militares, en el sentido de que a los soldados, sin restricción de ningún género, se les facilitase

todos los medicamentos que se venden al público en las Farmacias militares.

Recordábamos los distintos informes que se habían emitido sobre la creación de un Manicomio militar.

Hablando de la higiene cuartelaria, citábamos la urgencia de buenos cuartos de reconocimiento en los cuarteles, con modernos botiquines de campaña y carros sanitarios de batallón, como también de todo el material moderno de curación y transporte, a más de la conveniente dotación de arsenal quirúrgico, autoclaves, aparatos de esterilización y desinfección, mesa de operaciones, etcétera.

Y terminamos esta primera parte del trabajo insistiendo en la importancia de la organización de las formaciones sanitarias y las revistas higiénicas mensuales en el Ejército, a más del magno problema de la eliminación y la educación física en el mismo.

Ya nos ocupamos entonces de las enfermedades que diezman a los Ejércitos en campaña, hablando del tifus exantemático, la disentería y sífilis, que son la secuela de todo el Ejército.

Uno de los trabajos que más conmovieron a la opinión fué el del tratamiento de las pulmonías en los Hospitales militares de Carabanchel, porque con él se demostró por primera vez los brillantes resultados que se obtenían con el empleo del suero de Roux en el tratamiento de las bronconeumonías infecciosas, tratamiento que consecutivamente fué de dominio general y de gran beneficio para la Humanidad.

Indicábamos ciertos consejos higienicos para el Ejército, y hablábamos del importante problema sanitario de Melilla, poniendo de manifiesto las medidas profilácticas que se debían adoptar durante la vida de la campaña. Se hacía resaltar la importante relación y armonía que debían existir entre los servicios de las armas combatientes y los Cuerpos auxiliares del Ejército, poniendo de relieve la necesaria y justa intervención de la Sanidad en todos los actos higiénicos de la vida militar.

Ya enumerábamos entonces todo lo referente a la necesidad de adquirir material sanitario moderno para los Hospitales militares y ambulancias de Sanidad Militar, como también nos ocupamos de los buques y trenes hospitales y de la actuación de la Sanidad Militar en Melilla.

Terminamos, por fin, todas las impresiones publicadas con un

sentido artículo honrando la memoria de los compañeros muertos en campaña en el cumplimiento de su sagrado deber.

Esta exposición demuestra hasta la saciedad que Sanidad Militar viene pidiendo hace muchísimos años la reorganización de sus servicios, en armonía con los progresos científicos.

X. X. X.

(De *La Correspondencia Militar.*)

UN DOCUMENTO INTERESANTE

COMUNICACIÓN DEL MINISTERIO DE ESTADO EN 31 DE DICIEMBRE DE 1921

El Embajador de S. M. en Bruselas dice a este Departamento, con fecha 23 de los corrientes, lo que sigue: Tengo la honra de poner en el superior conocimiento de V. E. que el Sr. Ministro de Negocios Extranjeros de S. M. el Rey de los belgas, me informa, por nota que acabo de recibir, que su colega el Ministro de la Defensa Nacional le participa haber remitido el día 5 del corriente mes el material destinado al Museo de Sanidad Militar, cuya relación es adjunta, y que fué solicitado por esta Embajada de S. M., del Gobierno de Bélgica, a ruego del Comandante Médico D. Agustín Van-Baumberghen, comisionado del Gobierno español en el Congreso Internacional de Medicina y Farmacia, celebrado en esta capital en el mes de Julio último.

Relación que se cita:

1.º Una colección de elementos del material de curación aséptico, tipo A. B., que comprende 10 paquetes de cura individual, cuatro paquetes de curaciones de cada uno de los cuatro tamaños, tres curaciones esterilizadas de cada uno de los cuatro tamaños.

2.º Una colección de vendajes, tipo A. B.; dos cuadrangulares, dos de cuerpo, dos en T, dos triangulares para la cabeza y dos pañuelos triangulares.

3.º Un equipo sanitario de camillero.

4.º Una mochila de ambulancia.

- 5.º Una bolsa de socorro, aséptica M. 1895.
- 6.º Un par de bolsas de grupa.
- 7.º Tres tipos de botiquines con toda su dotación. *a)* del modelo de aviación, de camión automóvil y de compañía ciclista. *b)* modelo de los establecimientos de artillería y del servicio de alimentación. *c)* De carruaje técnico de artil.
- 8.º Un estuche de socorro a los ahogados.
- 9.º Un neceser para análisis rápido del agua en campaña.
- 10 Un aparato esterilizador por la ebullición del Dr. Heyne.
11. Un aparato de suspensión, sistema Simonis, para tren sanitario, provisto de su camilla M. 1893.
12. Un álbum fotográfico de los automóviles de farmacia, de material de curación y del material de Ambulancias de las divisiones de Caballería.
13. Relación de las dotaciones de los botiquines reglamentarios y de los furgones de farmacia y del material de curación, así como del material hospitalario.

Todo este material no sólo ha sido regalado, sino transportado por su cuenta hasta Madrid, constituyendo este espléndido donativo una nueva demostración de las simpatías del Cuerpo de Sanidad Belga, que viene a sumarse a las innúmeras atenciones que fueron prodigadas a los Delegados de nuestro Cuerpo que concurrieron al Congreso Internacional de Sanidad Militar de Bruselas, celebrado en el pasado mes de Julio. Y como único medio de corresponder por nuestra parte a las expresadas atenciones, demostrando al propio tiempo nuestra gratitud por su generosidad, se ruega a la Superioridad la concesión de Cruces del Mérito militar, blancas, a los que más se distinguieron en las primeras, o más directa intervención han tenido en la donación, formulando para ello la siguiente

Propuesta de recompensa:

Excmo. Sr. D. Ernest Wibin, Inspector general del Servicio de Sanidad Militar, Presidente del Congreso, Gran Cruz.

Excmo. Sr. D. Thesdou Vandermissen, Coronel Director general en el Ministerio de la Defensa Nacional, Cruz de tercera clase.

Sr. D. Emile Lajeot, Farmacéutico principal, Director de este Servicio en el mismo Ministerio, y Sr. D. Ernest Herman, Teniente coronel de la Inspección general de los Servicios de Sanidad Militar, Cruz de segunda clase.

Sr. D. Robert Voncken, Médico de Regimiento de segunda clase, Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital militar de Lieja, y señor D. Charles De Block, Médico de Regimiento de segunda clase, Profesor de Higiene en la Escuela Militar, Cruz de primera clase.

V A R I E D A D E S

En la noche del 4 del corriente se celebró en el Restaurant Tournié el homenaje que la clase médica civil y militar dedicó a nuestro querido compañero de redacción el Capitán Médico D. Fidel Pagés, por su brillante actuación en la campaña de Melilla al frente de un equipo quirúrgico.

La numerosa concurrencia que llenaba materialmente los amplios comedores, demostró la admiración y simpatía que los profesionales sienten por nuestro distinguido compañero.

Además de escogidas representaciones de la clase, honraron el acto con su presencia algunos Jefes y Oficiales del Ejército, varios de ellos heridos, que quisieron testimoniar su gratitud al doctor Pagés.

Brindaron elocuentemente los Dres. Mateo Milano, Castelo, Olivares y Gómez Ulla, y el Teniente coronel, Jefe del Tercio extranjero, Sr. Millán Astray, y se leyeron sentidas adhesiones al acto que se realizaba, del cual puede estar orgulloso el homenajeado, que con su reconocida modestia dió las gracias a los concurrentes en términos de gran delicadeza.

*
* *

El Vizconde de Eza, exMinistro de la Guerra, correspondiendo al banquete con que fué obsequiado por los Comisionados para el Congreso de Medicina y Farmacia militares de Bruselas, invitó a comer en el Nuevo Club a los Excmos. Sres. Teniente general Primo de Rivera e Inspector Jefe de la Sección de Sanidad Militar Sr. Valdivia, y a los referidos comisionados Sres. Van-Baumberghen, Gómez Ulla y González.

Los Inspectores del Cuerpo Exemos. Sres. D. Pedro León y

D. Bartolomé Aldeanueva, que también estaban invitados, no pudieron asistir, por hallarse enfermo el primero y ausente el segundo.

*
**

El eminente Cirujano y exMédico militar Dr. Slocker pronunció, el 9 del corriente, una interesante conferencia en el Instituto Rubio, sobre las heridas del cráneo y la hernia cerebral, siendo muy aplaudido por la distinguida concurrencia que asistió al acto.

*
**

Ha sido nombrado Cirujano de la Asociación de la Prensa nuestro querido compañero de redacción D. Fidel Pagés.

*
**

Se encuentra mejorado de la afección gripal que le retuvo en cama el Excmo. Sr. Inspector, en comisión, de la primera Región, D. Pedro León Jiménez, a quien deseamos un completo restablecimiento.

*
**

Publicamos con mucho gusto el siguiente documento que hace honor a nuestro Cuerpo y al distinguido Teniente Médico Sr. Río Pérez:

«JEFATURA DE SANIDAD MILITAR DE CEUTA.—ORDEN DE 14
DE DICIEMBRE DE 1921.

El Teniente Coronel primer Jefe del Tercio de Extranjeros, en escrito de 3 del actual, me dice lo siguiente: «Señor Coronel: Tengo el alto honor y la satisfacción de dar cuenta a V. S. de que con esta fecha, y con carácter extraordinario, digo al Excmo. Señor Comandante General lo siguiente:

Tengo el honor de poner en conocimiento de V. E. lo siguiente: La conducta observada por el Teniente Médico D. Angel del Río Pérez, durante el tiempo que prestó espontáneamente sus servicios en este Cuerpo, merece tan especialísima mención que es el motivo por el que curso a V. E. esta comunicación. Este Teniente

Médico se incorporó como agregado al destacamento del Tercio de Extranjeros en Melilla el día 29 de Julio de 1921, a prestar voluntaria y espontáneamente sus servicios después de haber conseguido la autorización correspondiente, pero sin que para este destino hubiese habido ni gestión por mi parte ni petición de otros Médicos, o sea que este Médico se ofreció él espontáneamente, y al hacerlo en momentos tan críticos y de verdadero peligro inherente al servicio que había de prestar, es ya una prueba de su entusiasmo militar y espíritu profesional. Asistió a diez y siete combates, que relacionados son los de los días 30 de Julio, 1.º, 7, 8, 15, 21, 25, 27, 28 y 31 de Agosto, 4, 8, 17 y 23 de Septiembre y 2, 5, 8 y 10 de Octubre, que llevan, respectivamente, por nombres Atalayón, Sidi-Hamet, Sidi-Hamet, Atalayón, Atalayón, Sidi-Amazani, Sidi-Hamet, Tisza-Ismoat, Atalayón, Sidi Hamet, Taquil Maviu, Ismoat, Casabona, Nador, Tauima, Uad-Dau, Atlaten, Segangan y Taxuda núm. 1; en todos estos combates, excepto en los de Tisza-Ismoat y Segangan, en 25 de Agosto y 8 de Octubre, respectivamente, hubo bajas por heridas, y por lo tanto, tuvo que intervenir como Médico en quince combates en el lapso de tiempo comprendido entre 30 de Julio y 10 de Octubre, o sea dos meses y diez días.

El día 8 de Septiembre di cuenta de la conducta del Teniente Médico Del Río, en los términos siguientes: «El Teniente Médico agregado a este Cuerpo y perteneciente a la Policía Indígena de Centa, D. Angel del Río Pérez, es objeto en este parte de señaladísima mención. Su elevado espíritu, su exaltado valor, entusiasmo que le hace estar siempre propicio a los más peligrosos servicios, da ocasión a que se encuentre en ellos, y en este día sus condiciones llegaron a una verdadera exaltación, y lo demuestra el hecho de que, por las condiciones del lugar del combate, todo el terreno en que se desarrollaba éste, era batido eficazmente por el enemigo y, en consecuencia, el puesto de socorro también lo era, y en este medio ambiente atendió y curó, con sus propias manos, el total de heridos, que ascendió a 106 bajas, de ellos 22 muertos, pero algunos después de ser curados, habiendo momentos en que tenía a su alrededor demandándole apremiantemente sus valiosos servicios hasta 15 ó 16 heridos graves que necesitaban urgente cura; a todos atendió, empleando en algunos casos curas difíciles que requieren suma tranquilidad, como la ligazón de arterias; el

puesto de socorro siempre estuvo ordenado, los heridos marcharon con la máxima posible atención, con el máximo posible cuidado, y, en resumen, fué tal su comportamiento, que le considero acreedor a una elevadísima recompensa y solicito para él la apertura del oportuno expediente contradictorio para el empleo inmediato. De igual importancia fueron los combates de Uad-Lau y Taxuda, por el gran número de bajas y duración de la lucha, y en todos los demás ya mencionados, si se exceptúan los dos que fueron incruentos, en todos ellos se distinguió igualmente y en parecida forma el Teniente D. Angel del Río Pérez. Fué su característica personal en todos el espíritu de sacrificio y ofrecimiento, unidos a un exaltado valor personal y distinguidísima aptitud profesional, acompañada de la serenidad suficiente que nos ha ahorrado muchas vidas a este Cuerpo del Tercio de Extranjeros, por la intervención del citado Médico. Ante los hechos relatados y las condiciones verdaderamente excepcionales de este Médico militar, cumple a mi deber el ponerlo en el superior conocimiento de V. E., por considerarlo, como dije en el parte de Casa-Bona, acreedor a una elevadísima recompensa. Dios, etc. Lo que me honra de manera extraordinaria comunicarlo a V. E. para su conocimiento y debida satisfacción del Cuerpo que tan dignamente representa en este territorio. Dios guarde a V. S. muchos años.—Ceuta, 3 de Diciembre de 1921.—El Teniente coronel, Jefe del Tercio de Extranjeros, *José Millán*. Rubricado.—Señor Coronel Jefe de Sanidad Militar del territorio de Ceuta.

Lo que se publica en la orden del Cuerpo para conocimiento y satisfacción de todos y del interesado.—El Coronel Jefe de Sanidad, *Marcial Martínez*.

*
* *

Han aprobado el segundo ejercicio de las actuales oposiciones a ingreso en la Academia del Cuerpo, nueve aspirantes.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Epilepsia metatraumática. — M. Mandaire refiere una observación de Ferrari (de Argelia): herida de cráneo, esquillectomizado poco después del accidente, persistencia de una fistula ósea y aparición, al cabo de un año, de crisis jacksonianas, cuya frecuencia aumentó muy rápidamente; después, limpieza del foco y ablación de un secuestro. M. Ferrari encontró un proyectil situado a cuatro centímetros de pro-

fundidad en la región parietal izquierda (el sujeto había tenido una hemiplejía y afasia antes de la primera intervención); descubrió, a tres centímetros de profundidad, un núcleo fibroso, que, una vez extirpado, contenía un proyectil con un poco de pus. Curación muy simple, que se mantiene al cabo de cinco años, en los cuales el herido no sufrió ninguna crisis. — (*La Presse Medical*, 4 Junio 1921.)— J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

El tanque de guerra considerado desde el punto de vista médico. — El Dr. Broster (*Journal of the Royal Army Medical Corps*) se pregunta si podría tener aplicación en la guerra un tanque médico provisto de camillas, que pudiera contener seis hombres acostados o veinte sentados. Durante el combate maniobraría en relación con las ambulancias divisionarias, y vendría a representar un puesto de socorro avanzado móvil y protegido. Además, por la noche, podrían emplearse en las evacuaciones, hasta enlazar con los automóviles sanitarios, lo que simplificaría grandemente la penosa misión de los camilleros. En fin, el tanque médico se impone cuando deba operar sola una brigada de tanques en combate descubierto. Hasta el presente, los tanques que entraron en acción prestaron gran-

des servicios conduciendo los heridos.

Sin embargo, la prolongada permanencia en estos vehículos ocasiona trastornos y afecciones profesionales, tales como opresión, sensación de quemadura en las fosas nasales y garganta, dermatitis, debidas a los vapores de petróleo; y si la vida en el interior de estos medios de ataque se hiciese habitual, sobrevendrían trastornos más graves (cefalea, vértigo, palpitaciones, vómitos, confusión mental, pérdida de conocimiento, colapso, convulsiones, etc.), debidos, probablemente, a la presencia del protóxido de carbono, debiéndose estudiar, en consecuencia, la manera de asegurar y mejorar la ventilación. — (*Office International d'Hygiene Publique*, Noviembre 1921.)— J. P.

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA

IBYS

MADRID.—BRAVO MURILLO, 45

Director: Dr. J. Durán de Cottes

NEFROSERUM

Suero de vena renal de cabra.
En las albuminurias, nefritis y uremias.

Sueros IBYS

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

ANTIGONOS

Vacuna de gran eficacia en blenorragias, epididimitis, artritis y orquitis blenorragias.

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).

GINORMIN

Poliglandulina para tratamiento de los síndromes genitales.

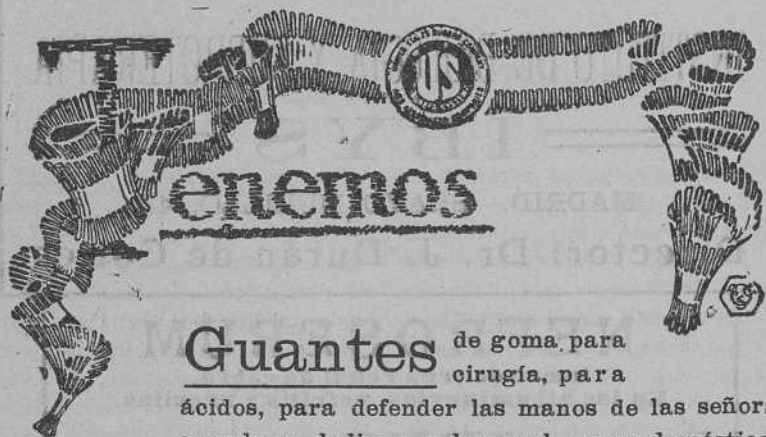
Opoterapia IBYS

Tiroidina.—Ovarina.—TURNINA.—EPIRRÉNINA.—Nefrina.—Hepatina.—EUGASTROL.—Pancreatina.—Pancreokinasa.—Extracto de lóbulo anterior de hipófisis.—Prostatina.—Extracto de glándulas timo.—Paratirodina.—Paracalcina.—GALACTOGENOL.—GINORMIN.—Tiro-ovarina.—BELLADOVARINA.—ARSIFERROVARINA.—LIPONINA.—GLUCOSERUM

PÍDANSE MUESTRAS Y LITERATURA

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

TELÉFONO 17-41 J.



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: Castillo, 9
Bilbao: Gran Vía, 31

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



BIBLIOGRAFÍA

El servicio farmacéutico del Ejército francés durante la guerra de 1914-18, por el Dr. Antonio Moyano Cordón, Farmacéutico primero comisionado en Francia.

Esta concienzuda Memoria, derivada del estudio realizado por el autor, como comisionado oficial del Ministerio de la Guerra de nuestro país en Francia, describe muy metódica y detalladamente el servicio farmacéutico del Ejército de la nación vecina, durante la memorable y reciente contienda de 1914-18.

Inicia su trabajo el Sr. Moyano estableciendo un parangón entre el escaso ascendente que concedía al papel del farmacéutico el Reglamento sobre el servicio de Sanidad Militar en campaña, de dicho país al principio de la guerra, y la gradual amplitud con que fué desarrollándose su importante cometido durante los años de lucha, al final de la cual alcanzó gran preponderancia.

Para facilitar dicho estudio divide el autor la indicada misión en dos grupos: el primero constituido por los servicios del interior, y el segundo por los prestados en la zona de los Ejércitos, perteneciendo a aquél los Establecimientos farmacéuticos centrales (farmacias de aprovisionamiento, regionales y de los hospitales), y a éste el de las formaciones sanitarias de vanguardia y retaguardia. Los diversos incisos comprendidos en esas dos partes de la Memoria, están descritos con gran acopio de datos y de manera tan clara como ordenada.

Lo mismo podemos decir de lo referente al «Servicio químico de las aguas de alimentación del Ejército francés», que constituye la última parte del trabajo, tratada con gran extensión y competencia.

La Memoria, que se halla perfectamente editada e ilustrada con interesantes grabados, refleja con la mayor propiedad el asunto de que trata, enriqueciendo nuestra bibliografía profesional aplicada al Ejército, con un valioso aportamiento.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 30 Enero—Real orden (*D. O.* núm. 25) disponiendo que el Capitán Médico D. José Segoviano Rogero desempeñe el cargo de observación de la Comisión mixta de reclutamiento de Santander.
- 31 » Real orden (*D. O.* núm. 25) concediendo el pase a situación de reserva con su actual empleo al Farmacéutico mayor D. Luis Bescansa Casares.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 26) disponiendo que el Teniente Médico D. Luis Muñoz Mateo-Montoya pase destinado al grupo de Fuerzas regulares indígenas de Tetuán número 1.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 26) disponiendo que el Teniente Médico D. Emilio Granados Gómez pase destinado a las Tropas de Policía indígena de Melilla.
- 2 Febrero—Real orden (*D. O.* núm. 28) concediendo licencia al Farmacéutico primero D. Teófilo Pérez Cuenca para contraer matrimonio con D.^a Dolores Más y Botella.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 28) disponiendo se observen las reglas que se citan para regularizar la forma de proceder a la evacuación de enfermos y heridos del Ejército de Africa y limitar la concesión de licencias por enfermo.
- 3 » Real orden (*D. O.* núm. 28) concediendo la gratificación de efectividad que se señala al Jefe y Oficiales farmacéuticos siguientes:
- Farmacéutico mayor D. Emilio Salazar Hidalgo, 500 pesetas por un quinquenio; Farmacéuticos primeros: D. Fernando Jiménez Martí, y D. Santiago Aparicio Llorente, 1.000 pesetas por dos quinquenios, y D. José Mazón de la Herrán, 500 pesetas por un quinquenio.
- 4 » Real orden (*D. O.* núm. 29) concediendo el empleo superior inmediato al Jefe y Oficiales Médicos siguientes:
- Comandante D. Eliseo Rodríguez Sayans, reemplazo por enfermo en la octava Región, Capitanes: Disponible en la octava Región y en comisión Hospital

militar de Coruña, D. Elío Díez Mato, y Compañía mixta Sanidad Militar de Ceuta, D. Francisco Gómez Arroyo.

- 4 Febrero—Real orden (*D. O.* núm. 29) concediendo el empleo superior inmediato al Farmacéutico primero D. Manuel Fontán Amat.
- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 31) disponiendo que el Capitán Médico D. José Palanca y Martínez Fortún se incorpore a su destino de plantilla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 31) estableciendo provisionalmente, e interin se crea definitivamente el servicio, dos equipos de odontología: uno en el Hospital de Carabanchel, y otro en los Hospitales de Melilla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 32) disponiendo que el día 1.º de Marzo próximo dé comienzo en el Parque de desinfección de esta Corte el segundo de los cursos de manejo de material de desinfección.
- 10 » Real orden (*D. O.* núm. 34) anunciando concurso para la provisión de la plaza vacante de Jefe del Laboratorio de Análisis de Larache, que puede ser solicitado por Comandantes o Capitanes Médicos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 34) concediendo la gratificación de efectividad de 1.100 pesetas anuales al Farmacéutico primero D. Manuel Fontán Amat.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 34) nombrando Ayudante de Campo del Inspector Médico D. José Salvat y Martí, al Comandante Médico D. Elío Díez Mato.
- 11 » Real orden (*D. O.* núm. 35) concediendo la separación del servicio activo al Capitán D. Benjamin Bonet Jordán.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 35) disponiendo que el Capitán Médico D. Pedro Zarco Bohórquez se incorpore a su destino de Jefe del Laboratorio de Análisis de la segunda Región, cesando en el que desempeñaba en Larache.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 35) concediendo el retiro al Teniente coronel Médico D. Antonio Sola Huerta.

CENTRO TÉCNICO DE FUMIGACIÓN

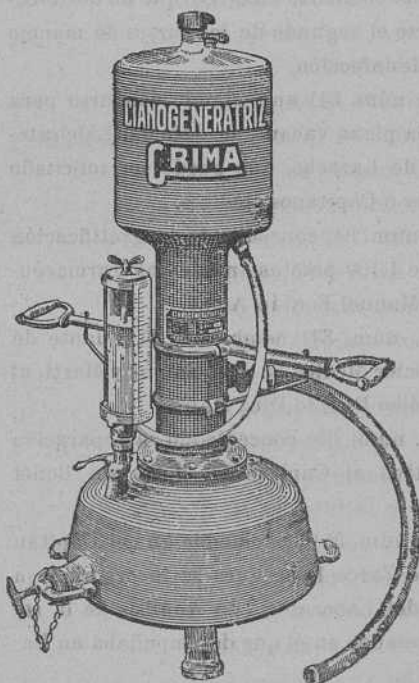
C. GRIMA

Director técnico, químico
DR. JOSÉ M. ROCA
Catedrático de Química
de la
Escuela Central de Ingenieros
Industriales.



Despacho Central: Leña, 4.
Dirección telegráfica: GRIMA } VALENCIA
Teléfono núm. 14-58.

Con las desinsectaciones cianhídricas, mediante la **CIANOGENERATRIZ**



GRIMA, se consigue una absoluta y completa extinción de toda clase de insectos (*chinches, piojos, pulgas, cucarachas, etc.*), y es, por lo tanto, el elemento único e indispensable para desinsectar toda clase de locales y efectos, como cuarteles, hospitales, tiendas de campaña, trenes y buques-hospitales, ropas y efectos de enfermos, objetos del uso personal de tropa, atalajes, etc., etc.

Con nuestra **CIANOGENERATRIZ GRIMA** se practica de una manera rigurosamente científica, cómoda y segura, la cianhidrización.

Con nuestros **ALOLHIDROS TRINITAS** se transforma el gas cianhídrico en una sustancia completamente inofensiva, asegurando la inocuidad completa de los locales cianhidrizados.

El Ministerio de la Guerra, por Real orden de 7 de Noviembre de 1921, ha adoptado la cianhidrización en el Ejército, y emplea para cumplimentarla la **CIANOGENERATRIZ GRIMA** y los **ALOLHIDROS TRINITAS**

Informes y correspondencia en MADRID
ANTONIO SERRANO: Cardenal Cisneros, 70, 3.º