

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XX.

Madrid, 15 de Septiembre de 1930.

Núm. 9.

## SUMARIO

*Sobre los diversos tratamientos del desprendimiento retiniano*, por MARIO ESTEBAN.—*Modalidad clínica de la sífilis en los indígenas del Protectorado español de Marruecos* (conclusión), por VENANCIO GARCÍA RODRÍGUEZ.—*Campaña antipalúdica*, por LUIS ALONSO ALONSO y FEDERICO GONZÁLEZ AZCUNE.—*Necrología*: Excmo. Sr. D. Víctor Izquierdo Mariño.—Excmo. Sr. D. Justo Martínez Martínez.—Sr. D. Emiliano Quintana Barragán.—D. Celso Sicilia y Sicilia.—D. Arturo Alaejos García.—D. Jaime Olea Herráiz.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Infección experimental y Avitaminosis C.—La inmunidad contra el cáncer.—Tratamiento de la Pneumonia por inyecciones de quinina.—La encefalitis post-vacunal.—Aplicación local del antivirüs de Besredka.—Tratamiento del chancro blando por su vacuna específica.—*Prensa militar profesional*: Utilización de los trineos indígenas como medios de transportes sanitarios en los Alpes, durante el invierno.—Tuberculosis y gases de guerra.—*Bibliografía*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 Septbre. de 1930.

## Sobre los diversos tratamientos del desprendimiento retiniano

Las primeras observaciones de desprendimiento de retina fueron hallazgos en el cadáver por diversos anatómicos, al final del siglo XVIII; entre ellas sobresalen las de Haller y Morgagni.

Clínicamente no se describieron síntomas de esta afección hasta el siglo pasado. Fué Beer quien, en 1817, habló de una forma especial de amaurosis, a la que daba el nombre de "ojo de gato". Bien es verdad que la interpretación de los reflejos amarillento-rojizos del fondo ocular distaba mucho de ajustarse a la realidad. Unos—Beer, Weller, Andrae—creían que el fenómeno era debido a falta de pigmento corioideo; otros—Carrón du Villards—lo atribuían a una coloración cetrina del cristalino; algunos—Himly, Ruetz—a la presencia de exudados; los menos—Chelius, Sichel, Desmarres—a la lesión conocida con el nombre de hidropeía de la coroides.

Las observaciones eran detalladas; pero incompletas, por

faltar el examen oftalmoscópico. Coccius, en 1853, dió la primera descripción del desprendimiento retiniano visto con el oftalmoscopio, a la cual siguieron, en años sucesivos, las de Van Trigt y De Graefe.

En resumen, el desprendimiento de retina no fué bien conocido hasta la segunda mitad del siglo pasado, en que se empezaron a emitir las teorías patogénicas que han servido de inspiración para los diversos tratamientos.

Antes de pasar adelante hemos de expresar que el desprendimiento de retina no es una entidad nosológica, sino una alteración que puede obedecer a diversas causas, de donde se deduce lo falso que resultaría un único criterio terapéutico para todos los casos.

Es preciso diferenciar el desprendimiento (mejor debiera llamarse desdoblamiento, puesto que el epitelio pigmentario queda adherido a la coroides) del levantamiento de la retina por tumores, hemorragias, cisticercos, etc. En estos casos no interesa realmente el desplazamiento de la membrana, sino su causa. Si se trata de un tumor "no cabe más que un tratamiento: la enucleación inmediata" (Velter). Si es una hemorragia, un cisticercos, etc., emplear los recursos correspondientes, que no hemos de enumerar siquiera para no extendernos demasiado apartándonos del tema. Concretándonos, pues, al desprendimiento que se ha dado en llamar idiopático, pasaremos revista a los diversos tratamientos médicos y quirúrgicos.

#### TRATAMIENTOS MÉDICOS

Nunca debe el oftalmólogo dejar de prestar atención al estado general del enfermo. Muchos desprendimientos retinianos son consecutivos a un acúmulo seroso, bien de origen inflamatorio, bien de origen vascular.

Investiguemos la sífilis. Un enfermo de mi clínica, miope, en un combate de boxeo sufrió fuertes contusiones en los ojos, que le provocaron un doble desprendimiento. Negó la sífilis; pero en el curso del tratamiento con inyecciones hipertónicas pude descubrir unos focos de coroiditis exudativa. Ordené Wassermann y resultó fuertemente positivo. Se asoció al tratamiento local el tratamiento específico y se

consiguió la curación. Al año espontáneamente se le volvió a desprender la retina, y con el mismo tratamiento (local y general) volvió a curarse. Ahora está en tratamiento por tercera vez. En este caso es evidente la influencia de la sífilis, pues si bien la primera vez el diagnóstico fué de desprendimiento traumático en un miope, es lo cierto que sin haber atendido a la coroiditis exudativa nunca hubiera curado. Las recidivas se explican porque en cuanto la sífilis hace acto de presencia la exudación reaparece y despega la retina que quedó débilmente adherida.

La nefritis puede ser causa de extravasaciones que determinen un acúmulo de líquido seroso detrás de la retina.

Teniendo en cuenta la influencia que la miopía tiene en los desprendimientos (más del 60 por 100 son en miopes), aunque para algunos la causa sea anatómica por alargamiento del ojo, al que la retina se le queda corta—valga la frase—, debe ser corregido el defecto con los cristales cóncavos convenientes.

Asimismo, se procurará el reposo de la retina enferma, cesando el trabajo, y se protegerá de la luz mediante cristales oscuros.

El tratamiento de Samelsohn consiste en la permanencia en cama, suprimiendo cualquier esfuerzo o sacudida, y vendaje compresivo. Se busca que mecánicamente la retina vuelva a su posición. Indudablemente se consiguen buenos resultados, pues coloca al ojo en condiciones apropiadas; pero no suele bastar, siendo preciso asociarle a otros métodos para favorecer la reabsorción del líquido retro-retiniano y lograr el contacto y la adherencia de la membrana desprendida.

Otros procedimientos tienden a la desaparición del líquido retro-retiniano, tales como las revulsiones que recomendaba el mismo Samelsohn, y los masajes del globo ocular aconsejados por Gradénigo. Pueden ser elementos auxiliares, al igual que los purgantes drásticos, los diuréticos y los diaforéticos. Dianoux y Guaita preconizaron las inyecciones de pilocarpina con este fin.

Localmente, algunos emplean la dionina como derivativo. Otros utilizan instilaciones de eserina (Gracélément) por su acción de facilitar el desagüe de los líquidos intra-

oculares. Muchos, en cambio, aplican atropina, fundándose en que generalmente los desprendimientos recaen en ojos hipotensos, creyendo que la hipotensión es causa de que la retina no se sostenga aplicada contra la coroides.

No hay que ser exclusivistas; yo no doy gran valor terapéutico, cuando la tensión es normal, ni a los mióicos ni a los midriásicos; pero ante un ojo hipotenso aplico atropina, y ante un ojo hipertenso aplico eserina o pilocarpina, por entender que en uno y otro caso se facilita la circulación.

Uno de los tratamientos más empleados en la actualidad son las inyecciones subconjuntivales o subtenonianas de soluciones salinas concentradas (Door, Bourgeois, etcétera) que actuarían por ósmosis. Las soluciones corrientemente empleadas son del 5 al 10 por 100, rara vez al 15 por 100, y se asocia novocaína o acoína, pues son dolorosas. Una fórmula habitual es:

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| Cloruro sódico ..... | 0,05 gramos. |
| Novocaína.....       | 0,02    "    |
| Agua destilada ..... | Un c. c.     |

Cantonet aconseja la siguiente:

|                         |              |
|-------------------------|--------------|
| Cloruro sódico .....    | 0,08 gramos. |
| Azúcar .....            | 0,04    "    |
| Clorh. de cocaína ..... | Un c. c.     |

Se han señalado casos de hipersensibilización a las inyecciones salinas. En mi práctica no he tenido ninguno, a pesar de que las he utilizado mucho, bien como único tratamiento, bien asociado a alguno de los métodos quirúrgicos que después indicaremos. Con todo, no acostumbro a pasar de 20 a 30 inyecciones (2 ó 3 semanales), pues dado lo inseguro del resultado, no es cosa de prolongar indefinidamente el tratamiento.

#### PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Expondremos someramente los métodos propuestos.

*Punción de la esclerótica.*—Tiene por objeto la evacuación del líquido retro-retiniano. Las primeras tentativas las

hizo Sichel (padre). Después, cuando el oftalmoscopio permitió advertir que si había una rotura retiniana no progresaba el desprendimiento, se le ocurrió a Bowmann crear dicha rotura con dos agujas de disección que atravesasen la esclerótica. “Estas tentativas—dice Wecker—de obrar sobre la retina dislacerándola, pueden considerarse enteramente echadas al olvido, pues en pocos casos han producido alivio, y sí a menudo la destrucción rápida de la visión.” Wecker ideó la evacuación del líquido subretiniano a través de la cánula de un trócar introducido por encima del desprendimiento, método que el mismo autor calificó de malo, porque desorganizaba el vítreo.

La punción, según Sichel, consistía en introducir un cuchillete estrecho por la esclerótica, penetrando hasta más allá de la retina desprendida. Haciendo girar un cuarto de vuelta al cuchillo, se realizaba una evacuación de los líquidos situados por encima y por debajo de la retina.

Fué De Graefe quien indicó que era preciso limitarse a hundir el cuchillete por debajo de la retina desprendida sin atravesar esta membrana.

La evacuación del líquido subretiniano alivia mecánicamente el desprendimiento; pero el líquido reaparece y el resultado es nulo. Y se comprende: es lo mismo que si pretendiéramos curar una cirrosis hepática con sólo puncionar la ascitis.

De Wecker llegó a dejar un hilo de oro con el fin de obtener un drenaje permanente.

Ante los fracasos, no es de extrañar la severa crítica que hizo Poncelet cuando dijo que “todos los métodos operatorios tienen de común el conducir a la atrofia y a las oftalmías simpáticas”.

Esto no quiere decir que la simple punción deba proscribirse. Yo la he practicado en casos de desprendimiento amplio, y desde luego favorece la curación, pues, por lo menos, se consigue disminuir la masa de líquido, que es un obstáculo a la reposición de la retina.

No practico la punción clásica con cuchillete al que se da el cuarto de rotación, sino con una aguja de las de inyección intravenosa, que clavo frente al desprendimiento, realizando la aspiración del líquido con la jeringa corrien-

te. Es más sencillo, más inócuo y más eficaz. Debe procurarse elavar la aguja en dos tiempos: primero atravesar sólo la conjuntiva y después cambiar la disposición de la aguja de modo que la puntura escleral no caiga enfrente, con lo que se evita dejar una comunicación directa que pudiese dar entrada a una infección. Después de practicada la punción, continúa tratamiento con inyecciones hipertónicas.

La *Operación de Deutschmann* no es más que una modificación de la paracentesis. Con un cuchillete de doble filo se penetra cerca del fondo de saco inferior y se hace la transfusión completa del globo, atravesando todas las membranas oculares de un lado, el vítreo y todas las capas menas la conjuntiva del lado opuesto.

Esta operación tendría por objeto no sólo el equivalente a la paracentesis, sino también desbridar el vítreo. Es decir, cumpliría una indicación con arreglo a la teoría secretoria de Arlt vaciando el líquido seroso, y otra indicación con arreglo a la teoría de Müller, según la cual el desprendimiento se debe a la retracción fibrosa del vítreo que tira hacia delante de la retina.

Según Deutschmann puede repetirse la maniobra hasta 20 ó 30 veces, y si no obtuviera resultado cabe inyectar vítreo de ternera o de conejo, diluido en suero fisiológico. Este líquido supliría el enrarecimiento del vítreo y sostendría la retina adosada a la coroides, teóricamente; pero los resultados son muy dudosos en la práctica y produce intensa reacción, por lo que está desechado.

*Resección de la esclerótica.*—Müller atribuye el desprendimiento a que el continente del globo ocular es demasiado grande con relación al contenido que se retrae. En consecuencia, parece indicado excindir un segmento de esclerótica (previa resección de Kronlein, según Müller; previa cantotomía simplemente, según Czermack).

Volviendo al ejemplo de la ascitis, aunque no sea aplicable a todos los casos, piénsese en el absurdo de pretender curarla resecando un colgajo de pared addominal.

*Cauterización de la esclerótica.*—(Cheval Doereau). Se busca establecer una inflamación adhesiva entre la retina y la coroides. Después de incidir la conjuntiva para des-

cubrir la esclerótica, se cauteriza ésta en cinco o seis puntos, sin perforarla, mediante galvano.

Puede asociarse la paracentesis, antes o después, e incluso perforar la esclerótica con la misma punta del cauterio (De Wecker) para obtener el desagüe del espacio subretiniano.

También, con el fin de establecer adherencias corio-retinianas, se han empleado inyecciones yodadas (Scholer, Abadie), electrolisis (Terson) e incluso sutura de la retina (Galezowski). Rubbrecht sustituye con sangre el exudado subretiniano. Surdille busca el mismo efecto con cianuro de mercurio.

No tengo experiencia sobre estos métodos, que no he empleado por parecerme que, aunque se consiguiera la reposición de la retina, ésta quedaría tan alterada anatómica y funcionalmente que más valiera hubiese seguido desprendida.

La *Operación de Gonin*, que cuenta en España con paladines como Pérez-Buñill y Arruga, se funda en la teoría de Leber: el vítreo condensado ejercería tracción sobre un punto de la retina que acabaría por romperse; el vítreo penetraría a través de esta perforación insinuándose entre las dos hojas retinianas. La operación consiste en cauterizar el sitio mismo de la rotura para provocar su oclusión.

Este método para algunos no tendría otros efectos que los de una cauterización de esclerótica, en tanto que para otros constituye el procedimiento mejor de cuantos se emplean en la actualidad.

Lagrange ideó el *blindaje ocular*, consistente en cauterizar el limbo esclero-corneal para provocar la oclusión del canal de Schleen, y como consecuencia un aumento de tensión que sostenga la retina contra la coroides. El Prof. Blanco, de Valencia, hace la operación en dos veces, primero en la mitad superior, y, si es preciso, en otra sesión, en la mitad inferior, para evitar posibles crisis de hipertensión y para no alterar la nutrición de la córnea. Equivale a un efecto permanente de atropina, útil como aquella en los casos de hipotensión.

En un enfermo que empleé este procedimiento obtuve éxito, que no sé si atribuir a la operación o al reposo sub-

siguiente que ordené. Se trataba de un ojo hipotenso en extremo y, ciertamente, conseguí elevar la tensión a cifra normal, cifra que se mantiene; pero el desprendimiento ha recidivado. En otro caso de mi clínica, el resultado, en cuanto al desprendimiento, ha sido nulo, a pesar de haberse modificado la tensión.

En oposición al blindaje de Lagrange, Bettremieux preconiza una *esclerotomía no perforante* alrededor de la córnea, que daría lugar a anastomosis venosas con la conjuntiva favoreciendo la circulación intraocular, mejor dicho, el desagüe, e impidiendo que se estanque el líquido detrás de la retina. Cumple, pues, la indicación de la pilocarpina o de una iridectomía antiglaucomatosa.

\* \* \*

Después de pasar revista a los diversos tratamientos, hay que llegar a la conclusión de que no disponemos de ninguno curativo, que algunos son perjudiciales y otros son útiles en tanto favorecen el proceso de curación espontánea.

En resumen:

| Método.                           | Cuándo es aplicable.   | Resultado a esperar.      |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Tratamiento general.              | En los enfermos cardíacos, renales, sífilíticos, etc.  | Favorable.                |
| Reposo                            | Siempre que el estado general no lo contraindique, en los D. R. recientes y como auxiliar de los tratamientos quirúrgicos. | Idem.                     |
| Derivativos                       | Idem.  | Relativo.                 |
| Atropina                          | En ojos hipotensos, como auxiliar.   | Idem.                     |
| Eserina                           | En ojos hipertensos, ídem.   | Idem.                     |
| Inyecciones salinas               | Siempre, como tratamiento único o asociado.  | Incierto.                 |
| Punción escleral                  | Cuando haya mucho líquido.   | Transitorio.              |
| Discisión de retina               | Nunca.   | Perjudicial.              |
| Drenaje, sutura, etc.             | Idem.  | Idem.                     |
| Op. de Deutschman                 | Idem.  | Idem.                     |
| Inyección de vítreo               | Cuando haya fracasado todo.  | Malo.                     |
| Resección de escler. <sup>a</sup> | Nunca.   | Perjudicial.              |
| Cauterización                     | Cede el puesto a la operación de Gonin.  | Incierto.                 |
| Op. de Gonin                      | Si se descubre desgarro asequible.   | Favorable.                |
| Blindaje                          | En ojos hipotensos.  | Incierto, pero favorable. |
| Op. de Bettremieux                | En ojos hipertensos.   | Idem.                     |

MARIO ESTEBAN,

Capitán Médico.

Oftalmólogo de los Hospitales Militares  
y de la Cruz Roja (Melilla).

## Modalidad clínica de la sífilis en los indígenas del Protectorado español de Marruecos

### (CONCLUSIÓN)

Este es un hecho, a nuestro modo de pensar, digno del mayor estudio e interés; es, quizás, lo que nos ha llevado a la publicación de este modesto trabajo.

Ya durante el período secundario se observa la falta de iniciación de lesiones de sistema nervioso; de esas lesiones que pudieran ulteriormente constituir o, mejor, caracterizar la patología del sífilítico. No hemos observado parálisis ni neuritis de facial, ni de motores oculares; de acústico, un caso solamente. Tampoco de los restantes nervios, cuyas lesiones revelan (aunque con menos frecuencia que las anteriores) la existencia de meningitis craneales de tercio medio de base. Ni observamos alopecias de tipo areolar, sífilides pigmentaria ni metaméricas.

Lesiones de sífilis ocular hemos visto dos casos (Iritis).

Vemos, pues, que ya en el período secundario no abundan en estos enfermos esos síndromes que en otras razas se ven con más frecuencia, y que indican que el enfermo es neurosífilítico o un candidato a la sífilis nerviosa cuaternaria. Hecho que se confirma al no existir apenas entre ellos paralíticos generales ni tabéticos. Si a todo esto se añade el que ya se trata de individuos que hasta hace pocos años no han comenzado a ser tratados y, además, su ignorancia, como es lógico, en éstas como en otras enfermedades, que ocasionan la tardanza en acudir a tratarse, por lo que puede decirse que los sífilíticos antiguos, que hoy vemos un escaso número de ellos, han sido sometidos a tratamiento en sus períodos primarios y secundarios (no hablemos del prehumoral), se comprenderá lo interesante y digno de observación que es el hecho de que no se observe neurosífilis en individuos tan incompleta o nulamente tratados.

Sólo queda el factor individual de raza, como explicación a esta falta de receptividad del sistema nervioso para el treponema.

*Heredosífilis.*—En 25 casos de heredosífilis (de medio a seis años), hemos observado diez con dientes normales, dos casos de tubérculos de Carabelli y un caso de microdontia; los restantes presentaban los dientes convergentes o con muescas. Esto, por lo que se refiere a anomalías dentales.

En un recién nacido observamos una manifestación lúctica cutánea penfigoide.

#### NOTA CLÍNICA

M. B. S., un mes. Tagsá.—Antecedentes: Padre y madre sífilíticos (la madre en tratamiento).

Este niño, al nacer, presentaba una sífilides papulosa localizada en regiones glúteas, parte inferior de surco interglúteo y región escrotal. Los espacios de piel interpapulares infiltrados. A los pocos días fué despegándose la epidermis de dichas pápulas, dando al conjunto de la manifestación aspecto de pénfigo. Fué tratado con fricciones mercuriales y localmente con una pomada a base de minio (sin precipitado blanco), observando que el carácter flictenoide de las lesiones mejoró rápidamente, lo que no ocurrió al mismo tiempo con la manifestación en conjunto, pues la infiltración sólo desapareció muy posteriormente con el tratamiento mercurial. Esto nos hace creer que más bien que pénfigo sífilítico, se trata en estos casos sencillamente de una asociación de gérmenes banales a su lesión propiamente sífilítica; asociación que ocasiona, junto con la maceración cutánea propia de esas regiones tan influenciadas por el contacto con las excreciones, la lesión epidérmica (flictena) sobreañadida a la manifestación específica (pápulas, infiltración).

Resumiendo, pues, nos encontramos ante una forma, variedad o modalidad de la sífilis; modalidad cuyos rasgos más característicos y diferenciales son: 1.º Un período secundario atenuado, poco abundante en manifestaciones, y las escasas que presenta, poco aparatosas, de corta duración 2.º Un período terciario diverso del anterior, en el

que se observa una tendencia a la malignidad de sus manifestaciones, sobre todo cutáneas. 3.º Escasez de localizaciones nerviosas.

La causa de esta variedad de sífilis debe ser estudiada, a nuestro modo de pensar, entre los siguientes factores: 1.º Germen. 2.º Individuos (raza). Y dentro del factor individual cabe pensar en las condiciones orgánicas de la raza; o bien, en caracteres adquiridos en el transcurso del tiempo, sobre todo en lo que se refiere a los inmunológicos, pues se trata de individuos entre los que la vacunación por sífilis en sus ascendientes es la regla.

Una vez planteada de esta manera la cuestión, constituyen, a nuestro modo de ver, un vasto campo de investigación y observación.

En tres casos de contagio de mujer indígena a español, en éste se desarrolla tanto el período prehumoral como el primario y secundario, serológica y clínicamente, de forma análoga a los observados en nuestra raza. Aunque faltan observaciones de esta clase de enfermos en sus ulteriores períodos (por la necesidad de tratamiento inmediato), el hecho de que su secundarismo se presentara con la riqueza y agudización de manifestaciones que en nuestra raza hace ya inclinarse más hacia la importancia del terreno (raza indígena), sobre la modalidad clínica de esta enfermedad, teoría que actualmente es sostenida por algunos autores (Sédillot, Papel del terreno en la evolución de la sífilis, 1928).

Así es que, sin descartar la posibilidad de la existencia de diversas razas del treponema, a nuestro modo de pensar, esta modalidad de la sífilis hay que imputarla a la intervención de las condiciones orgánicas especiales de la raza; una verdadera idiosincrasia debida a alteraciones humorales persistentes ocasionadas quizás por las vacunaciones por sífilis, que la generalidad de las familias que la constituyen han sufrido en el curso de los años.

VENANCIO GARCÍA RODRÍGUEZ,  
Teniente Médico.

MEHAL-LA JALIFIANA DE TETUAN NÚM. I

## CAMPAÑA ANTIPALÚDICA

Instrucciones, planes, órdenes, desarrollo,  
enseñanzas y deducciones clínicas,

por

LUIS ALONSO ALONSO,  
Capitán Médico.

FEDERICO GONZÁLEZ AZCUNE,  
Teniente Médico.

He aquí esquemáticamente expuesto el desarrollo de la campaña antipalúdica en las fuerzas de esta Mehal-la en el año actual.

Nos hemos limitado a referirla de acuerdo con la realidad. Y su lectura dice bien a las claras cuanto puede esperarse de una verdadera y entusiasta colaboración, prestada por cuantos nos han secundado: Jefes, Oficiales, Kaïdes y personal sanitario.

A ellos queremos testimoniar en primer término nuestra gratitud y reconocimiento, ya que nuestra misión fué tan sólo de orientación, de marcar normas y de indicar el plan. Ellos fueron los ejecutantes, y a ellos corresponde la satisfacción y el orgullo del éxito obtenido.

A nosotros, nos queda la íntima y confortadora convicción, de haber acertado a sintonizar nuestros entusiasmos con sus voluntades. Y de esa unión, brotaron espléndidos los frutos que en justicia les ofrecemos.

Con respeto de subordinados; con lealtad y cariño de compañeros.

Tetuán, Noviembre de 1928.

. . .

Como Médicos, tenemos que dejar sentado previamente, que para lograr la *definitiva* desaparición del paludismo, nuestra actuación es más bien secundaria. Mirado el pro-

blema desde ese punto de vista—el que está de acuerdo con los conceptos actuales de la enfermedad que nos ocupa—corresponde al Ingeniero la labor de ejecución. Hay que empezar por sanear el terreno, para impedir la reproducción de las larvas y la difusión de los mosquitos, y en ese trabajo le toca al Médico tan sólo el papel de indicador de los focos, para que después el Ingeniero actúe.

Pero mientras esto no sea posible en nuestra zona, en gran escala, creemos es deber nuestro contribuir, aunque modestamente, a la atenuación de los efectos de la epidemia, al menos con pequeños intentos de medidas profilácticas y curativas que compensen en parte sus estragos.

Y con estas ideas y proyectos redactamos como orientador de nuestros propósitos y como programa de iniciativas a seguir en nuestra limitada esfera de acción durante la época de incremento de la morbosidad palúdica el siguiente Informe, que fué aprobado íntegramente por el primer Jefe de la Mehal-la.

## SERVICIOS SANITARIOS

### CAMPAÑA DE PROFILAXIS PALÚDICA

(Normas, orientaciones y proyectos del plan a seguir.)

La idea de que prevenir vale más que curar, es tan antigua en el mundo, que ya se cita en los albores de las obras galénicas. Es incuestionable que prevenir es mejor que curar, y además cuesta menos. La labor del Médico en todos los sectores sociales, ha de ser cada vez más preventiva. Es preferible aconsejar a los sanos, que tratar enfermos, aunque el éxito de galería no sea ruidoso. No hay medio más eficaz para producir riqueza, que fomentar la salud. La enfermedad y la muerte prematura son además de un gran dolor, un mal negocio para todos.

\* \* \*

Consecuentes con las ideas anteriores y convencidos de que el paludismo es una de las afecciones incluidas por derecho propio en el grupo de las enfermedades evitables, ya que al conocimiento exacto de sus causas determinantes

añadimos que nos hallamos en posesión de poderosos remedios que lo curan y evitan con seguridad, juzgamos un deber primordial, intentar llevar a la práctica esos recursos científicos para lograr una labor de eficaces resultados, aun dentro de nuestra limitada esfera de acción. No olvidemos que toda magna empresa, es resultado de la colaboración de varias pequeñas.

Siendo el fin primordial del presente Informe dar pautas breves, sencillas y eficaces para primeramente prevenir la infección palúdica, y después curarla, si fallaran aquellas, se omitirá todo intento—aún breve—de divulgación del contagio, limitándonos a exponer lo que consideramos indispensable, a los fines antes mencionados.

#### MEDIDAS PROFILÁCTICAS CONTRA EL MOSQUITO

Toda campaña profiláctica ha de ir encaminada a destruir el agente causal de la enfermedad.

Dedúcese, por tanto, que a lo primero que se debe tender es a la destrucción del mosquito en estado de larva. Para ello, en las proximidades de los destacamentos, y en un radio no inferior a dos kilómetros, se procederá a desecar todas las charcas, bien rellenándolas de tierras, o cuando esto no sea posible, dando salida al agua estancada a favor de convenientes drenajes o canalizaciones, y en último caso, se recurrirá a la petrolización, utilizando quince centímetros cúbicos de petróleo por metro cuadrado de superficie de agua estancada, limpiando previamente la vegetación de las charcas para que el petróleo pueda cubrir toda la superficie del agua. Esta petrolización hay que repetirla cada quince días, pues el petróleo desaparece por evaporación. Si el número de charcas es considerable o el gasto de petróleo resulta desproporcionado a las ventajas que haya de rendir, es preferible el alejamiento de las personas y animales a una distancia no inferior a dos kilómetros y en alturas, mejor que en el terreno llano.

Una estrecha y constante colaboración con un Ingeniero ha de ser muy beneficiosa, ya que en muchas ocasiones la labor del higienista se estrellará sin el auxilio de este importante colaborador. Este debe dar las orientaciones pre-

cisas en cuanto afecte a encauzamiento de agua, drenajes, terraplenados, movimientos de tierras, y, en general, todo cuanto tienda a obtener la desecación de los terrenos.

Hay que actuar, pues, intensamente sobre los focos palúdicos latentes y sobre las larvas, pues cada una de éstas, destruidas, supone la suspensión de centenares de descendientes, que de otro modo se desarrollarían al llegar la época favorable por la temperatura. Esta labor preventiva de saneamiento de terrenos y petrolización, debe empezar a realizarse en la primera quincena de Abril.

Contra el mosquito adulto, tenemos menos garantías de éxito, pero recordemos que pica después de la puesta del sol y que prefiere habitar a poca altura del suelo de los edificios. Es, por tanto, indispensable dotar a puertas y ventanas (donde esto sea posible) de enrejado de tela metálica tupida que adapte perfectamente a los quicios y marcos de unas y otras. También es necesario el empleo de pulverizaciones de gases adecuados que destruyan rápidamente los mosquitos, en el interior de los locales.

Otro inconveniente de la lucha contra el mosquito adulto, es su prodigiosa y rápida reproducción que hace prácticamente casi estéril toda medida de destrucción contra él.

#### MEDIDAS CONTRA EL ENFERMO PALÚDICO

El tratamiento ha de ser dirigido por el Médico y vigilado muy estrechamente. Hay que hacerlo con dosis grandes de quinina, a fin de esterilizar pronta y totalmente el organismo de los enfermos, sosteniéndolos además el tiempo suficiente para que la curación ofrezca garantías. Dosis pequeñas y no constantes hacen que el organismo adquiera resistencia a la quinina, dificultad grande cuando el parásito se esconde en el bazo, dando lugar a las formas viscerales crónicas. Por esta razón, hay que insistir en la importancia que ofrece un racional y completo tratamiento, toda vez que el paludismo se cura tanto mejor, cuanto más pronto se somete el enfermo a él.

A estos fines, precisa conocer y clasificar individualmente los enfermos palúdicos latentes de todas y cada una de las Unidades, para someter a cada uno de ellos al

tratamiento adecuado (cuya técnica no es preciso exponer en el presente informe), de acuerdo con la exploración clínica de cada caso. Estos tratamientos se llevarán a cabo simultáneamente en todas las Unidades, durante los meses de Abril y Mayo.

(Continuará.)

---

  


## NECROLOGÍA

---

EXCMO. SR. D. VICTOR IZQUIERDO MARIÑO

*Inspector Médico de primera clase, de la Reserva.*

Nació en Cáceres, el día 6 de Junio de 1838. Verificó los estudios de la carrera de Medicina en la Universidad de Valladolid, obteniendo el grado de Licenciado en la de Sevilla, en 27 de Septiembre de 1861. Previa oposición, ingresó en el Cuerpo con el empleo de segundo ayudante Médico, en 4 de Abril de 1862, pasando a la isla de Santo Domingo como primer ayudante Médico, en Junio siguiente. En esa isla asistió a diferentes operaciones de campaña, siendo recompensado con el grado de Médico mayor. En Enero de 1864 ascendió a primer ayudante Médico efectivo, pasando, al evacuar la isla, a la de Cuba, donde prestó servicios de campaña, alcanzando el empleo personal de Médico mayor por la gracia general de 1868.

En Mayo de 1872 regresó a la Península y estuvo destinado en los regimientos de Albuera y la Constitución, operando en las Provincias Vascongadas contra los carlistas, alcanzando, por su comportamiento, el grado de Subinspector Médico de segunda clase, el empleo personal de este grado y el grado de Subinspector Médico de primera clase. Sirvió también, hasta Julio de 1878, en los hospitales de Sevilla, Cádiz y Haro. Por antigüedad, ascendió a Médico mayor efectivo en los mencionados mes y año. Colocado

en el Hospital Militar de Cádiz, pasó a las Islas Filipinas, en Abril de 1886, con el empleo de Subinspector Médico de segunda clase que, en Diciembre siguiente, obtuvo en la escala general.

En dichas islas fué Jefe de Sanidad Militar de Mindanao, Director de los Hospitales Militares de Zamboanga y Manila y Subinspector interino de Sanidad Militar de las islas. En Octubre de 1890 ascendió a Subinspector Médico de primera clase, empleo que se le otorgó, por antigüedad, en Junio de 1891. Regresó a la Península en Junio de 1892, quedando de reemplazo hasta Abril de 1893, que fué nombrado Director del Hospital Militar de Valencia, y en Julio de 1894, del de Vitoria.

En Diciembre de 1897 fué promovido a Inspector Médico de segunda clase, nombrándosele Inspector de Sanidad Militar de la séptima región. A Inspector Médico de primera clase se le promovió en 20 de Septiembre de 1903, siendo nombrado Inspector de Sanidad Militar de la cuarta región, cuyo cargo desempeñó hasta su pase a la reserva.

Estaba en posesión de la Cruz y Encomienda de Isabel la Católica, Cruz y Encomienda de Carlos III, Cruz de Epidemias, Cruz roja de segunda clase y otra blanca del Mérito Militar, Gran Cruz de la misma Orden y Cruz, Placa y Gran Cruz de la de San Hermenegildo.

Medallas de Bilbao, Guerra Civil y Alfonso XII.

Ha fallecido el día 23 de Agosto último, en Valladolid, donde residía.

#### EXCMO. SR. D. JUSTO MARTINEZ MARTINEZ

*Inspector Médico de segunda clase de la Reserva.*

Nació en Santiago, provincia de la Coruña, el día 6 de Agosto de 1842, en cuya Universidad se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía, el día 21 de Junio de 1866. Previa la oposición correspondiente, fué nombrado segundo ayudante Médico en 1.º de Agosto de 1866, obteniendo el grado de primer ayudante Médico, por gracia general, en Septiembre de 1868, y en Noviembre, el mismo empleo supernumerario; el de Médico mayor por mérito de guerra en Junio de 1872; en Octubre del mismo año, y por igual

concepto, el de Subinspector Médico de segunda. En Febrero de 1873 se le concede el empleo de Médico mayor supernumerario en permuta de la Cruz de Carlos III, que se le concedió por los sucesos ocurridos en el Ferrol. En Octubre del mismo año obtuvo el empleo de Médico primero, por antigüedad, y en Diciembre el grado de Subinspector Médico de primera clase por mérito de guerra. También por méritos de campaña obtuvo el empleo personal de Subinspector Médico de segunda clase y el de Subinspector Médico de primera clase en Octubre y Diciembre de 1875. Por antigüedad fué Médico mayor en Diciembre de 1886, y en Julio de 1895, Subinspector Médico de segunda clase, ascendiendo a Subinspector Médico de primera clase en Julio de 1897.

El empleo de Inspector Médico de segunda clase lo obtuvo en Abril de 1905.

Estuvo destinado en el Regimiento de Infantería Zamora, Escuadrón Cazadores de Galicia, Hospital Militar de la Coruña y de Vigo, Regimiento Infantería de Córdoba, Hospital Militar de Chafarinas, Batallón Cazadores de Vergara, Regimiento de Infantería de Murcia, Batallón Cazadores de Mendigorria, Regimiento de Caballería de Alfonso XII, Parque Sanitario de Madrid, Ambulancia de la Primera Brigada de Sanidad Militar, Hospital Militar de Alfonso XIII, de la Habana, Parque Sanitario de la Habana, Segunda Brigada de Sanidad Militar, Instituto Anatómico-patológico, después de Higiene Militar, Academia de Sanidad Militar, Inspección general de la Comisión Liquidadora de las Subinspecciones de Ultramar y Primera Brigada de Sanidad Militar. En el empleo de Inspector Médico desempeñó la Jefatura de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra. Por Real decreto de 6 de Agosto de 1908 pasó a situación de reserva.

Desempeñó numerosas e importantes Comisiones del servicio. Fué Diputado a Cortes y Senador del Reino electivo y vitalicio.

Poseía una cruz de primera clase del Mérito Militar con distintivo rojo, dos de segunda clase y otras dos de tercera de la misma Orden y distintivo, y una de ellas pensionada, otra blanca de tercera clase, cruz de primera clase del Mé-

rito Naval, cruz de segunda clase de Maria Cristina; cruz, placa y Gran Cruz de San Hermenegildo, Gran Cruz del Mérito Militar. Medallas de Cuba, de Alfonso XII, de la Guerra Civil y Cantones, de Bilbao y de la jura de S. M. Encomienda de número de Isabel la Católica.

Falleció en Oleiros (Coruña), el día 27 de Agosto próximo pasado.

SR. D. EMILIANO QUINTANA BARRAGAN

*Coronel Médico.*

Nació en Granada, el día 13 de Abril de 1870. En Febrero de 1894 se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de dicha ciudad, y en Marzo de 1895, previa oposición, ingresó en el Cuerpo con el empleo de Médico segundo. En igual mes del año 1897 ascendió a Médico primero, a Médico mayor en Agosto de 1908, a Subinspector Médico de segunda clase en Enero de 1917 y a Coronel Médico en Abril de 1927.

Ha prestado servicios en el regimiento de Infantería San Marcial, en el de Alfonso XIII del Ejército de la Isla de Cuba, Batallón provisional de Puerto Rico y Batallón de Ferrocarriles con el que efectuó operaciones de campaña. En la península en los regimientos de Caballería Dragones de Santiago y Cazadores de Victoria, Fábrica de Pólvoras de Granada, regimiento de Infantería Soria, Fábrica de Armas de Trubia, Hospital Militar de Ceuta, 2.º Grupo de Hospitales militares de Ceuta, como Director, Hospital Militar de Madrid, Hospital Militar de Logroño, Primer Jefe de la Tercera Comandancia de Sanidad Militar y Director del Hospital Militar de Málaga.

Había desempeñado numerosas comisiones del servicio.

Poseía dos cruces de 1.ª clase del Mérito Militar, rojas, una de ellas pensionada, otra de 2.ª clase, roja, también pensionada. Había sido significado al Ministerio de Estado para la Cruz de Isabel la Católica, Medallas de la Jura de S. M., de la campaña de Cuba, de las Cortes de Cádiz y la de Africa; Cruz y Placa de San Hermenegildo.

Su fallecimiento ocurrió el día 23 de Agosto último, en Málaga.

## D. CELSO SICILIA Y SICILIA

### *Capitán Médico.*

Nació en Pampliega, provincia de Burgos, el día 10 de Mayo de 1894. Estudió la carrera en la Universidad de Valladolid, licenciándose en Medicina y Cirugía el día 8 de Junio de 1918. Ingresó, previa oposición, en la Academia de Sanidad Militar en 25 de Septiembre de 1918 con el empleo de Médico alumno, siendo promovido en Junio de 1919 a Teniente Médico, ascendiendo a Capitán Médico en Julio de 1922.

Estuvo destinado en Montenegro (Ceuta), Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Ceuta, Hospital Militar de Larache, Batallón Cazadores de Tarifa, regimiento de Artillería de Ceuta, regimiento de Artillería de Montaña de Ceuta, 11 regimiento de Artillería Ligera, regimiento de Artillería Ligera número 6.

Estaba condecorado con una Cruz roja del Mérito Militar y Medalla de Marruecos, con pasador de Tetuán.

Falleció en Burgos el día 27 de Agosto último.

## D. ARTURO ALAEJOS GARCIA

### *Capitán Médico.*

Nació en Monsagro, provincia de Salamanca, el día 9 de Junio de 1896. Hizo los estudios de Medicina y Cirugía en la Universidad de Madrid, terminándolos en 1922 e ingresando en Febrero de 1923, previa oposición, en la Academia de Sanidad Militar con el empleo de Alférez Médico alumno, siendo promovido a Teniente Médico en Junio del mismo año. Ascendió a Capitán Médico en Junio de 1928.

Estuvo destinado en Ceuta para el servicio de Necesidades y Contingencias, en el Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Tetuán, núm. 1, en el Regimiento de Infantería Infante, en el Regimiento de Cazadores de Alcántara, en las Intervenciones Militares de Tetuán, en el Hospital Militar

de Urgencia, en el Regimiento de Infantería de Albuera y en el de Bailén, que servía a su fallecimiento, ocurrido en un pueblo de la provincia de Salamanca, donde disfrutaba permiso, el día 27 de Agosto anterior.

Poseía una Cruz de 1.<sup>a</sup> clase del Mérito Militar con distintivo rojo, la Medalla Militar de Marruecos con pasadores de Tetuán y Melilla y distintivo de Regulares de Infantería, con dos barras rojas.

#### D. JAIME OLEA HERRAIZ

##### *Farmacéutico Primero.*

Nació en Madrid el día 11 de Diciembre de 1893. Se graduó de Licenciado en Farmacia en la Universidad Central, en Mayo de 1917, ingresando, previa oposición, en el Cuerpo de Sanidad Militar con el empleo de Farmacéutico segundo, en 19 de Abril de 1918, ascendiendo a Farmacéutico primero en 14 de Marzo de 1923.

Prestó sus servicios en las Farmacias de los Hospitales de Badajoz, Larache y Algeciras y en las Militares de Madrid números 1 y 4 y de Toledo, en la que servía al ocurrir su fallecimiento en 13 de Agosto próximo pasado.

Se hallaba en posesión de la Medalla de Africa.

¡Descansen en paz tan estimados Generales, Jefe y Oficiales de nuestro Cuerpo!

---

## VARIEDADES

---

En el pasado mes regresaron de su excursión a Tenerife y de su comisión oficial a París, respectivamente, el Excmo. Sr. Inspector Médico de 1.<sup>a</sup> clase D. José Masfarré y el Comandante Médico D. Heliodoro del Castillo.

\* \* \*

Reina gran entusiasmo entre los profesionales para asistir al próximo Congreso español de Fisiología Médico-So-

cial, primera reunión de este género que se celebrará en esta Corte, habiéndose recibido numerosas adhesiones de significadas personalidades y entidades médicas.

Para cuantos detalles se juzguen necesarios pueden dirigirse los que deseen adherirse al citado Congreso, al doctor D. Tomás de Benito, Avenida Reina Victoria, 17. Madrid.

\* \* \*

Damos el más sentido pésame al Subinspector farmacéutico de 1.<sup>a</sup> clase D. Gregorio de Olea, por el fallecimiento de su hijo D. Jaime, Farmacéutico primero de nuestro Cuerpo, cuya nota necrológica aparece en el presente número.

También expresamos nuestro sentimiento al Capitán Médico D. Ignacio, hermano del fallecido.

\* \* \*

Hemos sabido con profunda pena el fallecimiento del ilustrado Coronel Médico, retirado, D. Wistano Roldán Gutiérrez (D. E. P.).

\* \* \*

Ha fallecido en Melilla, el 8 del corriente, el Teniente Médico D. Luis Pérez García.

En el próximo número publicaremos la correspondiente nota necrológica.

\* \* \*

Se han presentado 58 aspirantes a ingreso en la Academia del Cuerpo. En el primer ejercicio de las oposiciones, que dieron principio el día 1.<sup>o</sup> del actual, aprobaron 27 opositores; en el segundo ejercicio, 20, y en el tercero, 15. A la hora de cerrar este número se verifica el cuarto ejercicio.

---

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

---

INFECCIÓN EXPERIMENTAL Y *Chir. degli Organi di Movimento*,  
AVITAMINOSIS C.—El Dr. Baj (*La* Enero 1930) ha investigado ex-

perimentalmente el escorbuto y los cambios que experimenta la avitaminosis C., cuando ésta es complicada con diversas infecciones. Los experimentos fueron hechos en cobayas, y la condición escorbútica fué producida por la alimentación exclusiva con trigo y cereales secos, que es una dieta desprovista de vitamina C. Los animales elegidos fueron adultos y casi del mismo peso, dividiéndose en cuatro grupos:

1.º Aquellos en que el régimen escorbútico no es acompañado de tratamiento; estos animales mueren todos con síntomas pronunciados de escorbuto.

2.º Animales en que sobre la dieta escorbútica son inyectados con *Staphylococcus pyogenes albus*; estos animales mostraron en el examen postmortem pocas o ningunas muestras de escorbuto.

3.º Animales en que sobre la dieta escorbútica y marcados síntomas de escorbuto reciben una infección estafilocócica; en éstos se muestran agravados los síntomas de la infección y del escorbuto, y mueren de piemia.

En los animales con avitaminosis C., los síntomas más salientes son los que afectan a los huesos, que llegan a inflamarse y supurar en casos de infección estafilocócica. En cambio, en los animales infectados, parece disminuir la avitaminosis, como si el microorganismo diera lugar a una sustancia que poseyera propiedades anti-escorbúticas. — M. M. S.

\* \* \*

LA INMUNIDAD CONTRA EL CÁNCER.

—En el *British Medical Journal* (13 Julio 1929) viene un estudio interesante sobre la inmunidad contra el cáncer. El sarcoma de las ratas de Jensen puede ser curado por inyecciones de formalina al 1 por 100, dentro del tumor, y el animal curado queda inmune a la trasplatación artificial del sarcoma o carcinoma de las ratas. Los fragmentos de ciertos tumores cancerosos de los pollos inyectada a las ratas producen en éstas anticuerpos específicos que pueden servir de vacuna inmunizante contra el mismo tumor. Estos estudios representan una orientación nueva en la prevención y cura del cáncer, que acaso dé más resultados que los anteriores. — M. M. S.

\* \* \*

TRATAMIENTO DE LA PNEUMONIA POR INYECCIONES DE QUININA.— El Dr. L. H. Van der Velde (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 16 de Febrero 1929), recuerda sus observaciones en casos de neumonía lobar, tratados por inyecciones intraglúteas de quinina.

Las dosis son las siguientes:

Para los niños de edad de uno a doce meses, 60 a 80 miligramos; de uno a dos años, 100 a 140 miligramos; de dos a cinco años, 140 a 200 miligramos; de diez a quince años, 300 a 400 miligramos; de quince años en adelante, 500 miligramos.

La acción favorable de la inyección es descrita de la manera siguiente: rápida caída de la temperatura, acompañada por bienestar general y vuelta del apetito.

La gran ventaja del tratamiento se revela por la disminución notable de la mortalidad, que de 25 por 100 desciende a 5 ó 6 por 100.

Para evitar el dolor de la inyección, la quinina puede ser combinada con 250 miligramos de urethano.—M. M. S.

\* \* \*

#### LA ENCEFALITIS POST-VACUNAL.

La rara ocurrencia de los casos de encefalitis post-vacunal no es motivo para desatender su estudio, sobre todo en el Ejército, donde la aplicación de la vacuna es general en los reclutas. La presentación de este accidente no puede obedecer más que a dos causas: o la linfa vacuna va contaminada de gérmenes extraños que engendren el padecimiento, o el germen vacunógeno se desarrolla por modo inusitado en el interior del organismo, hasta invadir el encéfalo por una verdadera infección general. El modo de prevenir esta contingencia no puede ser más que por la conservación de la más alta pureza de la linfa vacuna, y por el cuidado en la cantidad de gérmenes vacunógenos inoculados, que no debe traspasar los límites reaccionales convenientes.—M. M. S.

\* \* \*

APLICACIÓN LOCAL DEL ANTIVIRUS DE BESREDKA.—El Dr. Denes (*Studium*, 10 Abril 1929), da cuenta de los buenos resultados que ha obtenido por medio de tapones de algodón empapados en caldo de cultivo preparado con los gérmenes de las lesiones infectivas locales que se quie-

ren tratar, y aplicados al sitio de dichas lesiones. El autor refiere haber curado con este método infinidad de casos de otitis, foruncúlosis, erisipela, blefaritis, etc., sin producir reacciones generales y disminuyendo los exudados inflamatorios seguidos de rápidas curaciones.

Los resultados obtenidos parecen ser más frecuentes en los procesos morbosos subagudos o crónicos.—M. M. S.

\* \* \*

TRATAMIENTO DEL CHANCRE BLANDO POR SU VACUNA ESPECÍFICA.—El Dr. Lassen, de Copenhague, ha hecho estudios interesantísimos sobre la vacunoterapia del chancre venéreo por medio de una vacuna preparada con cultivos muertos del *bacillus de Ducrey*. El citado doctor, da esta vacuna en dosis creciente por inyecciones intravenosas, siendo guiado por reacciones intradérmicas provocadas por su inyección previa debajo del epidermis de la parte superior del brazo.

La reacción intradérmica era siempre negativa en pacientes que no sufrían la úlcera venérea, en cambio era positiva en los que padecían el chancre blando, siendo el grado de reacción proporcionado a la intensidad de la úlcera y más intensa la reacción en los casos de hubón supurado.

La reacción intradérmica se hace negativa después de la cuarta inyección intravenosa de la vacuna dada en dosis crecientes. Mientras más violenta era la reacción intradérmica más efectiva y rápida era la acción

terapéutica de las inyecciones intravenosas. Cuando la reacción local no era positiva, la úlcera resultaba insensible a la acción de las inyecciones intravenosas de la vacuna. El autor recomien-

da con entusiasmo su método de vacunoterapia a todos los medios clásicos de tratar el chancre blando por los éxitos obtenidos con las inyecciones intravenosas de su vacuna.—M. M. S.

---

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

---

UTILIZACIÓN DE LOS TRINEOS INDÍGENAS COMO MEDIOS DE TRANSPORTES SANITARIOS EN LOS ALPES, DURANTE EL INVIERNO.—El Capitán Médico Girod manifiesta que existen dos clases de trineos indígenas alpinos:

1.º Un trineo ligero de pequeñas dimensiones que puede ser conducido por hombres.

2.º Un trineo pesado, más grande, tirado por animales.

Sólo los primeros han sido estudiados experimentalmente como transportes militares.

El autor, después de una minuciosa descripción de estos medios, llega a las siguientes conclusiones:

En resumen, la camilla trineo realizada por la fijación de la camilla reglamentaria sobre el pequeño trineo ligero, alpino, que existe en casi todas las casas o chalets de los altos valles de los Alpes, es un aparato de transporte sanitario sólido y ligero, y ofrece la ventaja de poder circular en casi todos los terrenos y en las diferentes especies de lugares nevados, necesitando muy poco personal para su empleo: uno o dos hombres para el descenso y tres o cuatro en las ascensiones.

No puede, ni debe, ser utilizado, fuera de los caminos, más que en las líneas de gran pendiente. Exige la fijación del herido sobre la camilla, para hacer cómodo el transporte.

Como para todos los demás medios de transporte sanitarios, en la estación invernal, no debe perderse de vista la protección del transportado contra el frío.

(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Janvier, 1930).—J. P.

\* \* \*

TUBERCULOSIS Y GASES DE GUERRA.—El Teniente Coronel Médico del Ejército italiano, G. Delogu, publica una extensa relación de los trabajos presentados en el XXXV Congreso italiano de Medicina interna, que tuvo lugar en Génova, en Octubre pasado.

Entre los diversos e interesantes trabajos a que aludimos, escogemos el que encabeza esta nota, como derivación del estudio de la guerra química.

El uso inesperado de los gases produjo en la opinión pública de todos los países acentos de indignación y protesta, y

bien pronto se pensó en el espectro pavoroso de la tuberculosis.

Estas aprensiones y preocupaciones, no sólo afectaron a los profanos, sino también a un considerable número de médicos, atribuyendo en los primeros tiempos a los efectos de los gases sobre el pulmón, una mayor predisposición a la tuberculosis, al menos como reactivante de los procesos específicos latentes. Las ulteriores observaciones modificaron notablemente estas concepciones apriorísticas de la tuberculosis del gas, demostrándose que la infección tuberculosa no fué más frecuente entre los militares que hubieron inhalado gases. En el tiempo que inmediatamente siguió a la guerra, sobre todo, como resultado de observaciones y estudios, apareció una ingente casuís-

tica basada en una extensa experiencia clínica y en investigaciones de laboratorio, de la cual se obtuvo el convencimiento de que la tuberculosis pulmonar no era provocada por los gases, ni aun tardamente.

A continuación se expresan los resultados clínicos y experimentales de la actuación de los gases de guerra en las fábricas, especialmente en las inglesas, así como las inoculaciones en el cobayo, seguidas, sobre todo, en los Estados Unidos; de las que se deduce la menor sensibilidad a los efectos del gas y a contraer la tuberculosis y las infecciones influenciales, merced al hábito adquirido por la acción de pequeñas y repetidas dosis de gases.

(*Giornale de Medicina Militare*, Gennaio - Febbraio, 1930).—  
J. P.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

*Profilaxis social, familiar e individual de la tuberculosis*, por el Dr. M. Benzo, Capitán Médico, Inspector Provincial de Sanidad.

Trátase de una conferencia pronunciada por el autor en el Ateneo médico de Córdoba, en la cual se encauza muy bien el problema de la profilaxis, después de estudiar detenidamente las causas de difusión de la enfermedad en medio tuberculoso. Las consideraciones dedicadas a la alergia, vacunas preventivas, estadística y valor del contagio, llevan un sello práctico y convincente, así como las derivaciones de dicho estudio (dispensarios, sanatorios, etc.) y las consagradas a la obra de preservación de la infancia.

El trabajo que nos ocupa está dedicado especialmente a la provincia de Córdoba, y va precedido de un prólogo muy interesante de D. Luis Jiménez Asúa, acerca de las relaciones de la tuberculosis con la delincuencia, y en el medio penal, e Instituciones establecidas en Suiza, Norte América y otros países (Penitenciarias-Sanatorios) que sirvan de orientación para lo que debe hacerse con el preso fímico en España.—*J. P.*

*Oftalmología clínica para el médico práctico*, por el Doctor Martín Renedo, Jefe del servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel.

Trabajo consagrado al estudio de las vías lagrimales, especialmente desde el punto de vista clínico y operatorio, en el que el autor ofrece los frutos de su experiencia en la clínica de dicha especialidad de nuestro principal nosocomio militar y la que le brinda su clientela particular.

Los apartados del trabajo que nos ocupa no pueden ser más interesantes: "El lagrimeo y las inflamaciones del saco lagrimal. ¿Qué entendemos por cura radical? Nuestra ex-

---

---

## "CEREGUMIL" FERNÁNDEZ

---

**Alimento completo vegetariano a base de cereales  
y leguminosas.—Mejor que la carne y la leche.**

---

**Especial para niños, ancianos, enfermos del estómago y convalecientes.  
Insustituible, como alimento, en los casos de intolerancia  
gástrica y afecciones intestinales.**

---

**Fernández & Canivell. :: Málaga.**

perencia sobre la dacriocistorrinostomía y Método seguido para vencer una obstrucción de la vía lagrimal en un enfermo anteriormente dacriocistorrinostomizado.”

Algunos grabados ilustran este meritorio trabajo.—*J. P.*

*Explicación patogénica muy verosímil de un edema traumático de la retina, por el mismo autor.*

Esta interesante historia clínica publicada como el trabajo anterior en *El Siglo Médico*, da ocasión al autor a deducir enseñanzas basadas principalmente en el concepto anatómico de la irrigación angiológica de la venilla que procedente de la parte superior de la mácula, después de describir un ligero arco, desemboca en la rama temporal superior en las inmediaciones del entrecruzamiento arterio venoso, lo que explicaría la aparición del edema; para demostrar lo cual y sin afirmaciones categóricas, hace el Dr. Renedo lucidas consideraciones, respondiendo, a su juicio, de la extensión de aquél, tal vez algún trombo incompleto que, dificultando la circulación, favoreciase la extravasación.

Dos figuras, de gran perfección, de fondo de ojo, debidas al Dr. Escobar, hacen más gráficas las enseñanzas de esta valiosa monografía.—*J. P.*

---

## SECCION OFICIAL

---

- 13 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 181) nombrando al Comandante Médico D. Bernardo Areces Matilla para ocupar la vacante de Médico urólogo del Hospital Militar de Carabanchel.
- 14 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 182) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo hecha a favor del Comandante Médico D. Manuel González Jaraba con residencia en Las Palmas.
- 14 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 182) concediendo la separación del servicio activo al Farmacéutico segundo D. Francisco Solduga Castells.

- 14 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 182) concediendo al Farmacéutico Mayor D. José de la Helguera Ortiz el pase a situación de supernumerario sin sueldo con residencia en Bilbao.
- 14 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 183) concediendo al Teniente Coronel Médico D. José Serret Tristany un mes de licencia por asuntos propios, para Suecia, Noruega, París y Londres.
- 20 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 186) concediendo al Farmacéutico primero D. Juan Casas Fernández el premio anual de efectividad de 1.000 pesetas.
- 21 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 188) disponiendo que el Teniente Coronel Médico D. Sebastián Galligo Elola y el Farmacéutico primero D. Manuel Pomares Sánchez Rojas pasen en Comisión al Hospital de Arehena.
- 21 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 188) anunciando concurso para la provisión entre Tenientes Coroneles, Comandantes y Capitanes Médicos de una plaza de dermo-venereólogo vacante en el Hospital Militar de Carabanchel.
- 21 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 188) autorizando al Teniente Coronel Médico D. Rafael Chicoy Arreceigor para usar sobre el uniforme la Medalla de oro de la Cruz Roja Española.
- 21 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 188) concediendo al Capitán Médico D. Rafael Fiol Paredes veinticinco días de licencia por asuntos propios para Génova, Venecia, Grenoble, Montpellier y Pau.
- 21 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 188) concediendo la Placa de San Hermenegildo al Teniente Coronel Médico D. Ricardo Rojo Domínguez.
- 21 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 188) disponiendo el pase a período de observación del Alférez Médico Alumno D. Luis García Morales.
- 25 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 190) nombrando al Teniente Coronel Médico D. Agustín Van-Baumberghen Bardaji para ocupar la vacante de Jefe de estudios de la Academia de Sanidad Militar.
- 26 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 191) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

*Coronel.*—D. José Quintana Duque, ascendido, del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, a disponible en la primera región.

*Teniente Coronel.*—D. Adolfo Chamorro Lobo, ascendido, del

Colegio de Huérfanos de María Cristina (sección de varones), a disposición en la primera región.

*Comandantes.*—D. Juan Pellicer Escalona, de disponible en la primera región, al Colegio de Huérfanos de María Cristina (sección de varones) (V.); D. Vicente Martí Crespo, de disponible en la cuarta región, al Hospital Militar de Vigo (F.), y D. Manuel Traba Roldán, ascendido, del segundo grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, a la Fábrica de Armas de Trubia (F.).

*Capitanes.*—D. Manuel Artacho Galván, ascendido, del primer grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, al Regimiento de Infantería Cantabria, 39 (F.); D. Teófilo Zalaya Clavería, de la Comandancia de Sanidad Militar de Melilla, al segundo grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar (F.), y D. Eduardo Orense Rosende, del Tercio, a la Comandancia de Sanidad Militar de Melilla (V.).

*Tenientes.*—D. Inocente García Montoro, del segundo grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, al Regimiento Infantería Melilla, 59 (F.), y D. Fernando García Doctor, del primer grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, a Necesidades y Contingencias del Servicio en el Rif. (Párrafo segundo del art. 8.º de la Real orden circular de 27 de Junio último, D. O. núm. 142).

*Teniente de Complemento.*—D. José Picazo Braña, adscrito a la Capitanía general de la primera región y afecto a la Inspección de Sanidad Militar de la misma, al Regimiento Lanceros de la Reina, 2.º de Caballería.

*Alférez de Complemento.*—D. Luis Funoll y Hacar, adscrito a la Capitanía general de la cuarta región y afecto a la Inspección de Sanidad de la misma, al primer grupo de la segunda Comandancia de Sanidad Militar.

*Jefes y Oficiales Médicos a quienes comprende la excepción a) del art. 2.º de la Real orden circular de 27 de Junio del año actual*

*(D. O. núm. 142).*

Coroneles, el número 1 de la escala.

Tenientes Coroneles, los números 1 y 2.

Comandantes, del 1 al 3.

Capitanes, del 1 al 7.

Tenientes, del 1 al 10.

*Jefes y Oficiales Médicos a quienes comprende el párrafo 10 del art. 7.º de la mencionada Real orden circular.*

*Tenientes Coronales.*—D. Lucas Zamora Monterrubio y don Modesto Quílez Gonzalvo.

*Comandantes.*—D. José Fernández Casas, D. Servando Barbero Saldaña y D. José Cancela Leiro.

*Capitanes.*—D. José de la Fuente Burges, D. Severiano Bustamante y Fernández de Luco, D. Manuel Bugallo Pita y D. Pedro Gómez Cuéllar.

28 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 194) concediendo al Capitán Médico D. Antonio Rosell Santomá licencia para contraer matrimonio con D.<sup>a</sup> Catalina Vives Roselló.

28 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 194) destinando al Farmacéutico Mayor D. Antonio Xiberta Raig a la Farmacia del Hospital Militar de Sevilla, como Jefe, y al Farmacéutico primero don Fermín Fatou Sánchez-Medina a la Farmacia Militar de Toledo, asimismo, como Jefe.

28 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 194) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo, con residencia en la tercera región, hecha al Capitán Médico D. Cristóbal López Rodríguez.

28 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 194) concediendo el premio de efectividad que se indica a los Jefes y Oficiales siguientes:

*Tenientes Coronales.*—D. Emilio Pacheco Fuentes y D. Francisco Uguet Lostao, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Septiembre.

*Comandantes.*—D. Servando Barbero Saldaña, D. José Crende Martínez y D. Luis Modet y Aguirrebarrena, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad a partir de 1.º de Septiembre.

D. Gregorio Fernández Lozano, D. Eduardo Delgado Delgado, D. Eduardo Sánchez Vega y Malo, D. Emilio Blanco Lon, D. Marcelo Usera Rodríguez, D. Florencio Villa Pérez y D. Joaquín González Alberdi, 1.000 pesetas por dos quinquenios a partir de 1.º de Septiembre.

*Capitanes.*—D. José Segoviano Rogero, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1.º de Septiembre.

D. Cecilio Hernández González, D. Miguel Sayalero Martínez Delgado, D. Narciso Barbero Tirado y D. Fernando López Laza, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad.

D. Manuel Noriega Muñoz y D. José Cartelle Brage, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1.º de Julio próximo pasado.

D. Manuel Boyero García, D. José Oñorbe Danso, D. Luis Cantarino Escamilla, D. Manuel Luzón Linde, D. Juan García Gutiérrez y D. Juan López Pérez, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Septiembre.

- 3 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 198) declarando aptos para el ascenso a los Tenientes Médicos D. Fernando García Santandréu, D. Juan Esteve Abad y D. Carlos Bretón Esteve.
- 3 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 198) concediendo el retiro al Coronel Médico D. José García Montorio, por haber cumplido la edad para obtenerlo.
- 4 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 199) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo con residencia en Tarifa (Cádiz) hecha a favor del Farmacéutico primero D. Benito Casado García.
- 4 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 200) destinando al Teniente Médico D. Carlos Bretón Esteve a las Intervenciones Militares de Tetuán.
- 4 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 200) autorizando al Capitán Médico D. Octavio Sostre Cortés para usar sobre el uniforme la Medalla de plata de la Cruz Roja Española.
- 6 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 201) ascendiendo al empleo superior inmediato al Teniente Coronel Médico D. Eleodoro Palacios Gallo, al Comandante Médico D. Mariano Escribano García, al Capitán Médico D. Manuel Pelayo y Marjín del Hierro y a los Tenientes Médicos D. Vicente Sergio Orbaneja, don Fernando García Santandréu y D. Juan Esteve Abad.

---

### Correspondencia administrativa de la Revista.

---

Hospital Tetuán.—Abonado el primer semestre del corriente año.  
Sr. Rodríguez (Valladolid).—Idem el segundo semestre de ídem.  
Sr. Hernández Marcos (Valencia).—Idem íd. íd.

---