

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XXII

Madrid, 15 de Noviembre de 1932.

Núm. 11.

SUMARIO

La organización de la Urología durante la Gran Guerra, por LUIS S. CAPUCHINO.—*Raquianestesia*: Observaciones sobre 2.076 raquianestias lumbares con estovaina (conclusión), por LEANDRO MARTÍN SANTOS.—*Varietades*.—Angel Enciso ha muerto..., por Rafael Vara López.—Destinos vacantes.—*Prensa médico-farmacéutica*: El alcoholismo y la procreación.—La hiperglicemia postoperatoria.—La aplicación de la urotropina en dermatología.—Tratamiento de la pelagra.—*Prensa militar profesional*: Breves notas históricas de Cirugía Militar.—El mal de los aviadores.—*Bibliografía*: ¿Qué debe ser un Sanatorio Psiquiátrico y su organización general?, por el doctor Pedro A. Nouvilas.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 Noviembre 1932.

La organización de la Urología durante la Gran Guerra.

La primera especialidad que organizaron los norteamericanos en Francia durante la última Gran Guerra, fué la de Urología.

Por sugerencias del Cirujano Jefe de las Fuerzas Expedicionarias Americanas, se creó la "División de Urología" y se nombró una Comisión encargada de redactar un libro sobre esta especialidad, que constaba de 300 páginas, para uso del Cuerpo Médico de las F. E. A.

El eminente urólogo Young, con sus colaboradores Keyes, Davis, etc., fueron los autores de dicha obra, titulada Manual de Urología Militar. En dicho volumen se trata todo lo referente a organización, tratamiento, sistematización de los procedimientos empleados, enfermedades de la piel, cirugía del aparato génito-urinario, etc., siendo de un gran valor para la standardización de los trabajos de los Oficiales Médicos. Una gran literatura apareció desde el año 1917, sobre dichas materias, que demuestran la magnífica organización de los yanquis en estas cuestiones sanitarias.

El Cuerpo Médico de los Estados Unidos había obtenido un excelente resultado en su lucha contra las enfermedades

venéreas desde hacía quince años antes de la última guerra, por medio de la educación y de la profilaxis. Pero en Francia, a la F. E. A. se le agravó este problema de un modo extraordinario, para évitarse que esta serie de enfermedades disminuyese los efectivos en el frente y obtener un tratamiento del soldado sin necesidad de evacuarlo en la misma zona de avance, ahorrando la necesidad de grandes bases hospitalarias para el tratamiento de las enfermedades venéreas.

A pesar de la gran masa de hombres que se movilizaron en el último conflicto guerrero y su conveniencia con la población civil, gracias a la incesante actividad del General Pershing, se redujo la morbilidad a un 16 por 1.000 y por año las enfermedades venéreas en las Fuerzas Expedicionarias Americanas.

El vasto programa trazado comprendía lo siguiente:

1.º Higiene social: Con el propósito de proporcionar recreos y de disminuir el número de contactos sexuales.

2.º Tratamiento profiláctico: Para evitar el desarrollo de enfermedades venéreas después del contacto sexual.

3.º Inspección física de las tropas: Con el objeto de descubrir los afectos de venéreo e instituir un tratamiento rápido y eficiente y reducir la duración de la enfermedad, restringiendo en estos casos la concesión de permisos para evitar la extensión de la infección.

4.º Represión de la prostitución.

5.º Información de fuentes de contagio y Dispensarios para el tratamiento de la población civil.

6.º Implantación de leyes relativas al alcoholismo.

7.º Tribunales militares para las enfermedades venéreas.

8.º Tratamiento con los equipos venéreos: Para reducir la pérdida de efectivos y evitar que la enfermedad venérea sea una excusa para librarse del servicio.

9.º Casas de prostitución del Ejército: Sobre este asunto se redactó un interesante cuestionario entre Médicos y Sacerdotes, para poder llevarlo a la práctica, pero no pudo hacerse porque, entre otras razones, suponía un roce con las leyes francesas sobre prostitución.

Unidad profiláctica: Toda organización debe disponer de un local en el cuartel o de tienda en el campo, con su equipo profiláctico. Se empleaba la solución de protargol al 2

por 100 y la pomada de calomelanos. Más tarde se dió también al soldado el tubo profiláctico, que tiene la composición de la pomada de Metschnikoff, más ácido carbónico y alcanfor. El tubo va envuelto en un papel con instrucciones para su uso.

El Departamento de Salud adoptó un paquete profiláctico standard, que tenían las estaciones profilácticas, suministrándolos al precio de coste, y las farmacias y droguerías sólo podían aumentar un 2 ó 3 por 100 de beneficio. Contenia lo siguiente: Un tubo de pomada de calomelanos al 33 $\frac{1}{2}$ por 100, un tubo de solución de argirol al 10 por 100 en igual parte de glicerina y agua; una tableta de bicloruro de mercurio; una pastilla de jabón blanco, una venda de algodón de una yarda.

El Oficial Médico está encargado de la instrucción e inspección de los sargentos encargados de las estaciones profilácticas y de los hombres alistados para estas necesidades. Impone correctivos y restringe la concesión de licencias a los soldados. Denuncia las casas de prostitución "fuera de límites" y las cantinas donde se expenden bebidas alcohólicas declaradas ilegales.

Se controla, por medio de estadísticas, la labor de los Oficiales Médicos, teniendo en cuenta que los efectivos de personal son el índice de su eficiencia.

Control de prostitutas.—Las casas de prostitución están muchas veces enmascaradas en forma de music-halls, siendo las mujeres que en ellos trabajan verdaderos "tubos de cultivo humanos". Por eso se procuró alejar lo más posible estos centros de atracción de los campos de concentración. Todos los esfuerzos se encaminaron a establecer, dentro de las zonas militares, departamentos con habitaciones ocupadas por mujeres alistadas en la prostitución.

Investigación y tratamiento de las mujeres infectadas.—Ningún esfuerzo se economizó para que tales mujeres fueran sometidas a su apropiado tratamiento, incluso a la fuerza, bajo la pena de multas o expulsión de la zona militar. Hospitales civiles se establecieron para este objeto.

Leyes relativas al alcoholismo.—Las leyes prohibían la venta a los soldados de whisky, aguardiente y licores. La policía militar y civil puede cooperar a la efectividad de esta

ley, cerrando comercios y expulsando a los recalitrantes expendedores.

Tratamiento de las enfermedades venéreas.—Se tuvieron en cuenta los tres principios siguientes:

1.º Tratar al soldado lo más cerca posible de su organización para que no emplee la enfermedad como excusa para escapar del servicio militar.

2.º Tratar pronto y eficazmente las manifestaciones agudas de la infección, tanto en interés del mismo soldado, como para seguridad de sus compañeros de armas.

3.º Reducir al mínimo las últimas y más peligrosas consecuencias de la enfermedad venérea.

El primer año, el Ejército norteamericano tenía 112.000 enfermos de venéreo, que ocupaban 18.000 camas de hospital constantemente. Quince hospitales estaban dedicados al tratamiento de estos enfermos. Como el soldado permanece unas seis semanas en el hospital, más otras tantas mientras regresa al frente, uniéndose a esto los gastos de transporte, se comprenderá el excesivo coste, resultando desmoralizador entre la tropa y el que muchos soldados se inocularan voluntariamente para darse de baja en el servicio. Hubo que establecer premios para los no infectados.

Este tiempo de permanencia hospitalaria es insuficiente para los sifilíticos. Así se dió un porcentaje elevado de recidivas, paresias, ataxia locomotriz, etc.

Como muchos soldados no permanecen en sus regimientos y como, además, para ponerles una serie de inyecciones, no es cosa de hacerles volver de sus campos de instrucción, de descanso, etc., se decidió organizar equipos regimentales especiales de enfermeros para tratamiento de los venéreos.

Se destinó un Urólogo para cada división, que estaba bajo las órdenes del Director de Urología de la F. E. A. para vigilar todos estos trabajos.

Se estableció un coordinado servicio con el objeto de descubrir, tratar o eliminar los enfermos venéreos entre la población civil de las regiones ocupadas por las F. E. A. atacando las fuentes de infección de las tropas.

Este "American Medical Service for the Civil Population" (como se llamaba) consistía en un Hospital civil erigido por la Cruz Roja Americana, con sus "teams" consistentes en un

Oficial Médico, una enfermera visitadora, un chauffer y automóvil, que visitaba diariamente una cadena de clínicas situadas en las ciudades y villas próximas, en las que se había fijado sus horas respectivas. Esto fué muy útil para la población civil.

Los resultados obtenidos se publicaron en un rapport de Young, después de la guerra, en *Journal of the American Association*, 1919.

Entre 100.000 casos de profilaxis hechos en la base de Burdeos, el porcentaje de fracasos fué de 1,7 por 100. Un análisis entre las tropas estacionadas en París, cuando la profilaxis se hizo entre tres horas y menos del contacto sexual, de un 0,5 por 100.

Mientras las tropas permanecían en sus campos de instrucción o quietas en sus respectivos sectores, pocas dificultades se experimentaron en las enfermerías regimentales; pero cuando un sector estaba en plena actividad, el Oficial Médico no podía atender a todas sus obligaciones, fué necesario entonces organizar labores en el campo con todos los enfermos de venéreo dentro de la División.

Observando la escasa cantidad de enfermos, ninguna de estas divisiones venéreas excedía de 180 hombres, aun cuando casos de gonococia crónica y de sífilis latente eran requeridos para su tratamiento. El 60 al 80 por 100 de estos hombres hacían importantes trabajos para la División, reparación de carreteras, construcción de barracas, trabajos sanitarios, mecánicos, etc. Esto mostró que las complicaciones de los que trabajaban no era más frecuente que en los hospitalizados, y que el activo ejercicio y vida al aire libre ejercían maravilloso resultado en el mantenimiento de su salud y moral. Cuando una ofensiva era planeada, a menudo eran enviados con sus camaradas a la línea de fuego, muchos de ellos hacían el supremo sacrificio, pero había que mostrarles debían ir al campo de la lucha como los otros.

Entre las Divisiones del frente, la cantidad de enfermedades adquiridas mensualmente era escasa. La 42 División tenía solamente seis nuevos casos de venéreo en un mes, entre 26.000 hombres. El General Pershing mostró gran interés en la lucha antivenérea, como lo atestigua la gran cantidad de órdenes que dictaba constantemente en tal sentido.

Al comienzo de las hostilidades, por las dificultades que se encontraron en St. Nazaire, la proporción de **afectos de venéreo** fué de un 85 por 1.000, en Noviembre sube a un 200 por 1.000, decreciendo a un 16 por 1.000 y por año en 1918. Esto marca un enorme contraste con el Ejército estacionado en Norte América que alcanzó en el mismo Octubre del 18 un 310 por 1.000. Las estadísticas muestran que por cada caso adquirido en el Ejército, cinco venían del reclutamiento.

Los preparativos que se hicieron fueron de una base hospital de 1.000 camas para enfermedades venéreas por cada 100.000 hombres del Ejército que permanecía en Francia.

El personal y equipos de estos hospitales se organizó en los Estados Unidos y 8 de estos se enviaron a Francia. Se proyectaron 20 hospitales para venéreo en sus fuerzas expedicionarias de 2.000.000 de hombres. Gracias a la enorme labor desarrollada en los equipos venéreos, no hubo necesidad de emplear tanto hospital y destinarse estos al tratamiento de heridos.

LUIS S. CAPUCHINO,

Teniente Médico.

RAQUIANESTESIA

Observaciones sobre 2.076 raquianestesis lumbares con estovaina La percaína como anestésico raquidiano. Sus resultados en 70 casos.

(CONCLUSIÓN)

En los enfermos de hígado en que los pigmentos biliares no pasaron al líquido céfalo-raquídeo, la anestesia raqui es normal; he operado numerosos abscesos de hígado, quistes hidatídicos, coleditiasis, con buen resultado anestésico, encontrando la raqui cómoda para el cirujano, y su escasa toxicidad, así como la rareza en ella de vómitos post-anestésicos de congestiones pulmonares, que hacen menos peligrosa para el enfermo.

Las contraindicaciones de la raqui son para nosotros escasas: desde los tres años de edad en los niños, que al no sufrir suelen estar muy tranquilos, hasta las mayores edades en que se opera, la hemos empleado.

Por debilidad general o cardíaca nunca dejamos de emplearla, pues la consideramos menos tóxica y menos hipotensora que las anestésias generales, lo mismo que consideramos nunca está justificado su empleo, donde la local puede ser suficiente. En ciertos casos particulares debe ser rechazada; no se nos ocurrirá hacer una raqui en enfermos con estado septicémico o con ulceraciones en región lumbar o con hernias estranguladas, por la facilidad de reducción incompleta que ya mencionamos.

RAQUIANESTESIA CON PERCAÍNA

Con lo expuesto con la estovaina deberíamos terminar estas notas y mejor haber suprimido todo ello y hablar tan sólo de nuestra impresión sobre el nuevo anestésico LA PERCAINA.

Creíamos la mejor raqui la obtenida por la estovaina, pero nunca la considerábamos perfecta, siempre pensamos era susceptible su mejoramiento, la demasiada frecuencia de la cefaleas, el período de excitación bulbar durante la ejecución de la intervención, las parálisis vesicales post-anestésicas nos recordaban a diario la frase de Tuffier, que escribió hace veinte años: "La estovaina no es el producto soñado".

Bajo esta impresión vimos con alegría el pasado año los primeros trabajos sobre la percaína; anestésico descubierto por Carlos Miescher, derivado del grupo quinoleico, como la quinina y el Yatren, diferente su composición química en todos los anestésicos conocidos, derivados a su vez del grupo benzólico que se creía el único con esa propiedad.

Es un polvo cristalino, incoloro, inodoro e insípido, fácilmente soluble en el agua, muy sensible a los álcalis, en cuya presencia se precipita, no se descompone con la ebullición, es vasodilatador, no envejece con el tiempo de preparación, ni se descompone uniéndole con la adrenalina;

pero la propiedad que le diferencia en su gran poder anestésico, superior en intensidad a todos los antes conocidos, afirman es diez veces mayor que el de la novocaína y en duración del efecto que nosotros calculamos de seis veces superior a la misma novocaína.

Su toxicidad es también mayor; Uhlman, Lipschitz y Lanbender, que son los que mejor la han estudiado y de quienes tomamos estos datos, la hacen subir de dos a cinco veces sobre la cocaína; a pesar de ella como se emplea en soluciones diez veces menos concentradas, prácticamente resulta menos tóxica.

Dejando a un lado todas estas condiciones que ustedes conocerán mejor que yo, lo mismo que los excelentes resultados que produce en la anestesia local efectuada al 0,5 ó 1 por 1.000, y que duran más de tres horas, pasemos al estudio de su efecto sobre las raíces raquídeas.

De los trabajos que hemos logrado encontrar sobre ella, resaltan por su importancia los de Howard Jones, Cirujano anestesista del Hospital Charin Cross en Londres; del profesor B. Quarella, del Hospital de Saint- Jean, de Turín, y los Heckenbach, en Alemania, y un trabajo de Basalla, de Buenos Aires.

Los resultados que ellos dicen haber obtenido son muy diferentes, tanto cual distintos fueron, las concentraciones, cantidades y técnicas de empleo. Howard Jones emplea un método nuevo, y hasta el momento no usado con ningún otro anestésico. En la raquí, cuando nos proponemos actuar sobre los troncos que forman la cola de caballo, el problema se resuelve haciendo la punción en cualquiera de los espacios intervertebrales de región lumbar; pero si deseamos que la anestesia llegara a las raíces dorsales, a los esplácnicos, entonces, y para huir de las punciones altas, se pretendió resolverlo acudiendo a las diferencias de peso específico de las soluciones al barbotage o la reinyección de grandes cantidades de L. C. R.; todos estos métodos inciertos y peligrosos están abandonados.

Howard Jones pretende resolver este problema tratando el espacio subaracnoideo de la misma manera que los tejidos de la anestesia local e inyectar bajo presión y sin retirar previamente L. C. R. una gran cantidad de solución anesté-

sica, hasta el límite exigido por la intervención. Siguiendo este proceder se inyecta de 15 a 20 c. c. de solución de percaína al 1,2000; es decir, de 7 mlg. a 10 mlg. de anestésico, si bien empezó usando soluciones al 1 por 1,000, es decir, el doble.

Considera el autor de una gran importancia el peso específico de la solución con relación al de el L. C. R.; manejando la solución en agua hervida al 1 por 1,000 tiene de densidad 1,0001; en solución de ClNa al 05 por 100 que tiene la densidad del 1,0033 y en solución de ClNa al 0,9 por 100 que tiene la densidad de 1,0062. Como el L. C. R. varía según los individuos de 1,001 a 1,009, todas ellas serán en general de menor densidad que ésta; a pesar de ello, emplea los términos de Hiper-iso e Hipebares, y considera posible tener accidentes con las Hiper-iso si es preciso dar al enfermo posición Trendelemburg.

Las anestias logradas con este proceder llegan, según el autor, empleando de 15 a 18 c. c. de solución a las raíces D^a 2 a D^a 5; con 12 c. c., entre D^a 7 y D^a 8; con 10 c. c. a la D^a 10, y con 6 c. c., bloqueo caudal, sin llegar a los nervios dorsales.

El proceder de B. Quarella es diferente: emplea soluciones mucho más concentradas; 1,200 en solución fisiológica de ClNa al 0,9 por 100, ligeramente acidulada, empleando de esta solución, que tiene aproximadamente el mismo peso específico que el líquido c. r. de 1 a 2 c. c., o sea, de 5 miligramos a 1 ctg. de sustancia.

Este autor da grande importancia a la preparación del enfermo, al que administra una hora antes morfina-escopolamina y efedrina; en estas condiciones, el autor, después de efectuar 400 raquianestias, se encuentra muy conforme de sus resultados, que los considera superiores a los restantes anestésicos, si bien no dice altura a que alcanza, expresando sólo va bien en intervenciones abdominales.

Nuestra experiencia.—La casa Ciba puso a nuestra disposición la percaína precisa a nuestras experiencias. Las primeras raquis las verificamos con soluciones de percaína en suero salino, ligeramente acidulado, estableciendo las dosis por las condiciones del producto, que parecían fijamente calculadas por diferentes autores; su poder anes-

tésico afirman es diez veces mayor que el de la novocaína, nosotros empleábamos 6 ctg. de esta sustancia para una anestesia normal, pues calculamos 6 mlg. de percaína, y como somos partidarios de hacer los menores cambios en la presión del L. C. R., preparamos solución al 5 por 1.000, y de ella inyectamos un c. c., es decir, 5 mlg.

En esta forma realizamos 20 raquianestias; posteriormente, la mismo casa, preparó unas ampollas de 2,3 c. c. de solución de percaína a 10,5 por 100, ligeramente acidulada en solución, al 0,9 por 100 de ClNa, en ello han seguido un criterio casi idéntico al de Quarella y al por nosotros empleado, del que sólo se diferencia en emplear la solución al 0,9 por 100 de ClNa, en lugar de suero fisiológico, aumentando con ello un poco la densidad de la solución. Con estas ampollas hemos realizado 50 raquis; en ellas no hemos empleado de una manera sistemática ni la morfina-escopolamina, ni la efedrina; la primera la usamos en los enfermos de temperamento marcadamente nervioso, sobre todo si su cultura les hacía conocer los efectos de los medicamentos, pues tenemos la persuasión; el éxito de las anestias locales y raquídeas guarda una inversa proporción con la cultura de los enfermos; la efedrina se empleó en los enfermos debilitados, cuya tensión máxima no pasara de los 10 de Pacho.

Dosis y técnica.—Hemos oscilado de los 5 mlg. al centigramo de sustancias en soluciones al 0,7 por 100 ó al 0,9 por 100 de ClNa, ligeramente aciduladas.

La punción la hicimos en región lumbar; en las primeras que ejecutamos, colocamos los enfermos en decúbito supino, cual es la costumbre natural y generalmente seguida, apreciando que la parálisis era mayor que la anestesia en donde tuvimos que recurrir a otra anestesia, algo extrañados al observar sus miembros inferiores y pared muscular del abdomen paralizados, y, sin embargo, sentía el dolor; ello nos hizo pensar en la localización preferente en esos casos, casi exclusiva, en las raíces anteriores, mientras las posteriores quedaban casi indemnes.

Referente a ello, nada menciona Quarella en sus 400 casos, no parece haberla observado; Howard, por el contrario, sí lo refiere, considerando evidente que la percaína en solu-

ción Hipobare tiene una predilección sobre las raíces anteriores, al contrario que la novocaína y estovaína, que parece tenerla sobre las posteriores.

Desde aquellos fracasos, colocamos a los enfermos un momento en decúbito-ventral, cuando la dosis es pequeña, es decir, de 5 mlg., y continuamos en la forma normal, cuando colocamos el centigramo, y de esta manera no hemos visto gran predominio anestésico sobre las unas u otras raíces; por lo cual tenemos la creencia de ser cuestión física la causa de ese aparente predominio. La cantidad de anestésico inyectado es reducidísima; si la solución es de menor peso específico que el L. C. R., es lógico que marche a la parte alta del conducto medular, que estando el enfermo en decúbito supino, es el sitio que ocupan las raíces anteriores, y con poca absorción o fijación de sustancia que realicen, no queda nada para las posteriores; la difusión de la misma no tiene tiempo de realizarse. Los 5 mlg. fueron absorbidos antes de llegar a las raíces posteriores.

Vemos que aumentando la cantidad de anestésico o cambiando la posición del enfermo, el fenómeno no se aprecia, lo cual parece ser buena contraprueba. La anestesia percaínica es algo más lenta que las efectuadas con estovaína, la cual sabemos que se presenta antes de los cinco minutos en la mayor parte de los casos; con la percaína, de ordinario transcurren algunos más, pero una vez realizada, es lo cierto que su duración es mucho mayor; con las dosis citadas no vimos ninguna menor de dos horas y algunas pasaron de las seis; el término medio con ocho a 40 mlg. fué de cuatro horas. Esta duración tiene dos grandes beneficios: el primero, que el cirujano no tiene prisa en la ejecución de la intervención; el segundo, que el enfermo pasa las primeras horas de la intervención sin dolor ni molestia alguna, y con los restantes anestésicos eran las más penosas de los enfermos.

En la poca experiencia que aún tenemos, no vimos nunca la excitación bulbar tan frecuente con la estovaína: las náuseas, los vómitos, los momentos de ansiedad respiratoria, ni la incontinencia de heces que presentaron en los 70 casos que con la percaína realizamos.

La hipotensión que produce es muy parecida a la obser-

vada con la estovaina; mas la efedrina, al impedir la parálisis de los nervios vasoconstrictores, hace desaparecer este peligro, con éste como con los restantes anestésicos.

En los accidentes post-anestésicos es aún más favorecida; no hemos tenido ni cefaleas, ni parálisis vesiculares, ni trastornos nerviosos, ni motores; los enfermos pasan las primeras horas siguientes a la intervención sin molestias físicas, eufóricos; sólo es preciso no olvidar los caloríficos.

Terminamos estas notas, que no aspiramos sean definitivas, y sólo un comienzo de experimentación, creyendo que la percaina puede ser empleada en raquianestesia, y dentro de ella la creemos un paso más hacia su perfeccionamiento; con ella podemos obtener anestésias largas en duración, sin peligro para el enfermo.

Referente a su altura, continuamos pensando, para la raqui es suficiente campo en lumbar, no creyendo deben seguirse las sujeciones de Jonesco primero, ni las actuales de Howard.

No debemos olvidar esa predilección por las raíces anteriores y colocar a los enfermos 3° en decúbito ventral, inmediatamente de aplicar el líquido anestésico.

Es superior a los otros anestésicos, por su menor toxicidad, en las dosis empleadas, por dar lugar a menos accidentes y por producir más duraderos y seguros efectos.

BIBLIOGRAFIA

Abadie.—Rachianalgésie et Azotémie.—Bull. Acad. Médec. 13 oct. 1925.

Arce, J.—Raquianestesia en cirugía.—Bol. Inst. de chi. quir. Buenos Aires, 1926. T. II, 163-168.

Arnaud.—(Rapport Cattalorda).—Céphalée rebelle après R. A. Soc. Chir., Marseille, 6 Avril 1925, in Arch. franco-belges de Chir., 28 année, núm. 8, aout 1925.

Arnaud, M. et Cremieux, A.—A propos des cephalées "secondaires" de la rachianesthésie.—Marseille Méd., t. LXIV, 1.º janv., 1927, p. 31-40.

A. Ritter.—A propos d'un nouvel anesthésique local "Ciba". (La Percaine.)

Barco, P.—Considerazioni sopra mille casi di rachianestesia.—*Minerva Med.* Torino, 1926. T. VI, 908-913.

Bartrina, M.—Valeur de la Méthode d'anesthésie par injection intrarachidienne.—*Presse Méd.*, Paris, 1914. T. XXII, 15-17.

Bello, A.—La anestesia raquídea en cirugía ginecológica.—*Semanana Médica*, Buenos Aires, 1926. T. XXXIII, p. 1-1.255.

Bérard, L.—Pour la rachianesthésie.—*Presse Méd.*, 29 Juin, 1927. T. XXXV, p. 817.

Besson, A.—Relation d'un accident rachianesthésique chez un ié-térique: syncope respiratoire grave. Guérison par respiration artificielle ininterrompue pendant plus d'une heure et demie.—*Rev. de Méd. y Cirug. Pract.*, Madrid, 1918. T. CXVIII, 257-267.

Bloch, R; Camus, J., et Herz.—Rachistovainisation et rachisyn-cainisation expérimentales; leurs accidents, les moyens d'y rémédier.—*C. r. Soc. de Biol.*, Paris, 1921. T. LXXXV, 297-299.

Brouca, R.—La raquistovocainización como método de elec-ción en la cirugía de abdomen, cavidad pelviana y miembros in-fteriores.—*Sem. Méd.*, 20 Janv, 1927, p. 129-135.

B. Quarella (Profeseur).—La rachianesthésie a la percaïne.

Castro, C. A.—Estadística sobre 118 casos de anestésias raquí-deas, según la fórmula y técnica del profesor Jonnesco, efectuadas en este Hospital con el 99,82 por 100 de éxito absoluto.—*Sem. Méd.*, Octubre, 28, 1926. T. II, p. 1.158-1.159.

Chalier.—La rachianesthésie haute dans les operations de l'ab-domen supérieur.—*Lyon Chir.*, Mars-Avril 1924.

Chaput, M.—L'anesthésie lombaire continuée á la clorethilisa-tión courte.—*Rev. de Gynéc. et de Chir. Abd.*, Paris, 1913. T. XXI, 187-190.

Cheng, H. A.—Spinal anaesthesia with tropococain.—*Nat. M. J.* China, Shanghai, 1917. T. III, p. 17-19.

Conejero, A.—La raquianestesia en el Hospital Militar de Ca-rabanchel.—*Rev. San. Mil.*, Madrid, 1920, 3. T. X, p. 131-137.

Daniel.—Nouvelle méthode de prophylaxie des accidents ra-chianesthésiques (par injections intraveineuses de liquide céphalo-rachidien).—*Bull. Acad. d. Méd.*, Paris, 1926, 3 s. T. XCVI, 105-110.

Démas, P.—De la rachianalgésie générale.—*Monde Médical*, Paris, 1918. T. XXVII, p. 97-103.

Desplas, B.—Technique de la rachianesthésie.—*Paris Méd.*, 1922. T. XLIII, p. 209-212.

Domenech Alsina, F.—Estudio experimental y clínico de la ac-

ción de la anestesia raquídea sobre la motilidad intestinal.—Rev. Méd. de Barcelona, 1927, p. 132-227.

Dorso.—Sur 325 rachianesthésies pratiquées à l'Hôpital Maritime de Lorient.—Arch. de Méd. et Pharm. Nav., Paris, 1919, T. CVII, p. 81-105.

Duvergey.—Rachianesthésies.—J. de Méd. de Bordeaux, 1921, T. L, p. 323 (discussion) 324.

Duvergey.—Réflexions sur 1.600 rachianesthésies.—Bull. et Mém. Soc. d. Méd. et Chir de Bordeaux (1921), 1922; p. 305-313 (discussion), 331-379.

Duvergey.—Réflexions sur 1.600 rachianesthésies.—Gaz. Heb. d. Soc. Méd. de Bordeaux, 1921, T. XLII, p. 377-381 (discusión); 406-439.

Duvergey.—Six cents nouvelles rachianesthésies.—Bull. et Mém. Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux, 1925, 1924; p. 198-201.

Erwin Beck.—Operaciones de vientre indoloras por anestesia combinada para vertebral y lumbar.—Berlín.

Forgue.—L'anesthésie lombaire avec la novocaine, XXIVe Congrès franc. de Chir. Oct. 1911, et XXVe Congrès franc. de Chir., Oct. 1912.

Forgue.—Du choix de l'anesthésie en gynécologie.—Paris Médical, núm. 32, 1920.

Forgue et Basset.—La rachianesthésie, état actuel de la question.—Rapport au XXXVII Congrès Franc. de Chirurgie, Octobre 1928.

F. Sanz de Frutos.—Clínica Olivares, Madrid.—Estudio comparado de la tutocaína y de la estovaina como raquianestésicos.

Forgue et Basset.—La raquianestesia 1930.

Fr. Uhlmann.—Basilea.—Narkose und anaesthésie, 1929.

Uler Percain, ene nenes Lokalanaesthetikum, Junio de 1929.

Groos.—Lesión de la moelle a la suiet de l'anesthésie lombaire. Zentralbl. fur Gynaehol, 17 Juin 1925.

Hair (C. H.).—The Barker's method of special anesthesia. Canad. Pract. et Rev., Toronto, 1916, t. XLI, 5.

Hamant (A.).—Les céphalées suites de rachianesthésies; leur traitement.—Rev. méd. de l'Est, Nancy, 1923, t. II, 199-202.

Hartmann.—La rachianesthésie, l'anesthésie lombaire. Reo. gen. de Chir. et de Therap., Paris, 1919, t. XXXIII, 17-19.

Jonnesco.—La rachianesthésie générale, 1 vol., Paris, chez Masson, édit.

Nouvelle techniq. de la rachianesthésie générale, XXXI Congr. Chirurgie, Paris, 1922, p. 221.

Jonnesco.—La rachianesthésie à la stovaine caféine (discussion Dujarier).—B. M. Soc. Chir., t. XLIX, núm. 26, 23 Oct. 1923.—La rachianesthésie généralisée à la stovaine caféine.—B. M. Soc. Chir., t. LI, núm. 29, 1925.

Lefebvre (C.).—A propos de la technique de la rachianesthésie.—Evolution méd. chir., Paris, 1923, núms. 37-40.

Lerèche.—A propos de la rachianesthésie (discussion Paitre, Santy, Cotte-Berard Gayet).—Soc. Chir. Lyon, 7 Février 1924, in Lyon Chir., t. XXI, núm. 3, 1924.

Leriche.—Des quelques faits utiles à connaître pour la pratique de la rachianesthésie.—Presse Medic, 22 Février 1928.

Louis Felip.—Lyon.—La percaine, son utilisation en Urologie, Junio 1930.

Martin (J. L.).—Etude comparée des rachianesthésies à la cocaïne, stovaine, novocaïne.—Paris These, 1919, núm. 297, 48 p.

Moncany.—Resultats de 300 rachianesthésies (rapport de Zislin).—Paris Chirurg., 1921, t. XIII, 499-203.

Montanari (E.).—Contributo clinico all'anestesia spinale da stovaina.—Clin. Chir. Milano, 1914, t. XXIII, 224-238.

Palacios (G.).—Raquianestesia por novocaína.—Semana Méd., Buenos Aires, 1918, t. XXV, 337.

Pauchet (V.).—Rachianesthésie (Casse, Haute, generale). Rev. gen. de Clin. et de Therap. Paris, 1918, t. XXXII, 20-24.

Pauchet (V.).—Rachianesthésie.—Gaz. d. hôp. Paris, 1919, t. XCII, 346-348.

Anesthésie epidurale et rachianesthésie.—Paris Chirurg., 1924, t. XVI, 430-432.

Piola (C.).—Raquianestesia con tutocaina.—Rev. Med. del Rosario, Juin 1927, t. XVII, 306-308.

Quarella (B.).—Sulla rachianestecia.—Minerva Med., Torino, 1922, t. II, 226-234.

Richard (A.).—La rachianesthésie: indicatin techniques, resultats.—Rev. Méd. Franc. Paris, 1925, t. VI, 44-47.

Riche (V.).—Rachianesthésie basse et rachianesthésie générale à la novocaïne par la voie lombaire (1.000 observations nouvelles). Monpell. Méd., 1919, t. XLI, 32-43.

Rivero (L.).—Resultados obtenidos en 26 casos de raquianestesia.—Rev. de Med. y Cirug. Caracas, 1923, t. LXXVI, 91-99, 1 pl.

Rocher.—La rachianesthésie chez enfant et adolescent.—XXX Congr. Chir., 1921, Strasbourg, p. 329.

Turner (B. W.).—The advantages of lumbar anesthesia in urology.—Med. Rec. a Ann. San Antonio, 1922, t. XVI, 206-209.

Valdés (V.).—La raquíanestesia como medio curativo del íleus dinámico.—Rev. Med. Mex., t. V, Marzo 1927, págs. 129-134.

Werner Lipschitz und Walther Sanbender.—Die Phormakologischen Wirkungen des Percaine eines neuen lokal-anästheticum.—Klinische Wochen-schrift, Julio 1929.

M. Prevot.—Marsella.—Quelques avantages de la Percaine en oto-rhino-laringologie, Marzo 1931.

LEANDRO MARTÍN SANTOS,

Capitán Médico.

VARIEDADES

Por Decreto Presidencial, de nueve del corriente, le ha sido concedida la Gran Cruz de la Orden Militar de San Hermenegildo al Excmo. Sr. D. Mariano Estevan Clavillar, Inspector de Sanidad Militar de la 2.^a Inspección General del Ejército.

Enviámosle con este motivo nuestra más cordial felicitación.

* * *

En otro lugar de este número publicamos un sentido artículo acerca del Capitán Médico recientemente fallecido don Angel Enciso, debido al Médico civil de Burgos D. Rafael Vara López.

* * *

Damos el más sentido pésame al Excmo. Sr. Inspector de Sanidad Militar D. José González Granda, al Teniente Coronel Médico D. Paulino Fernández Martos y al Capitán Médico D. Enrique Blasco Salas por las sensibles desgracias de familia que les afligen.

* * *

El II Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía

Ortopédica, tendrá lugar en Londres del 19 al 22 de Julio de 1933.

Para informes, dirijanse al Secretario general de la Sociedad, calle de Montoyer, 34, Bruselas.

* * *

Ha trasladado su residencia, de Burgos a Madrid, el Excelentísimo Sr. D. Angel Rodríguez Vázquez, Inspector Médico de primera clase en situación de reserva.

* * *

Ha regresado de Ginebra el Teniente Coronel Médico, retirado, D. Agustín Van-Baumberghen, que ha tomado parte como vocal en la última reunión anual sobre estandarización de material sanitario, celebrada en dicha capital a fines del pasado Octubre.

ANGEL ENCISO HA MUERTO...

Angel Enciso ha muerto víctima de una de sus múltiples actividades, quizá la menos desarrollada, pues Angel Enciso era un formidable trabajador y, sobre todo, un hombre que sentía un amor inmenso por todo lo que investigación significaba.

Durante su permanencia en Africa se dedicó a estudiar el paludismo, recopilando con una paciencia de benedictino, digna de toda loa, diversas formas de este parásito, dando a luz uno de los trabajos más interesantes y más completos que hay sobre esta enfermedad en el Norte de Africa.

Posteriormente, en Burgos, hizo diversos estudios sobre anatomía patológica, en diferentes procesos, haciendo observaciones verdaderamente interesantes sobre alteraciones hemáticas de la antigua agranulocítica, sobre málacias locales, especialmente la condromalacia rotuliana, sobre alteraciones anatomo-patológicas que producen la corriente eléctrica de alta tensión, sobre el tejido conjuntivo en los tumores, sobre la fisiología del sistema retículo-endotelial y, últimamente,

encontró una serie de lesiones de los nervios frénicos en la tuberculosis pulmonar.

Toda esta labor, aparte de la histopatología clínica diaria, la hizo gracias a un trabajo callado, lento y constante.

Su entusiasmo por la investigación era tan grande que aprovechó hasta las vacaciones del último verano, pocos días antes del trágico accidente, para trabajar cerca del Prof. Del Río Hortega en la Casa Salud de Valdecilla (Santander), sobre histopatología de tumores del sistema nervioso.

Este hombre modesto, que efectuó una labor desinteresada, y por completo extra-oficial, ha muerto al comienzo de su vida científica, cuando sus trabajos y desvelos habían empezado a dar frutos en el terreno árido de la Histopatología.

Angel Enciso, quizás por la vida sedentaria a que le obligaban las investigaciones microscópicas, tuvo un entusiasmo enorme por el deporte de la montaña, pues le interesaba todo lo que significaba hacer un esfuerzo para recoger una recompensa íntima, y desgraciadamente ésta le ha causado una muerte horriblemente trágica.

Es imposible llenar el vacío que deja entre nosotros el hombre bueno y el amigo cariñoso que se llamó Angel Enciso.

RAFAEL VARA LÓPEZ.

Destinos vacantes

Publicados por Orden circular de 3 del actual (D. O. 260).

Sanidad Militar (Medicina).—Regimiento de Infantería núm. 1, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 9, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 14, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 25, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 33, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 34, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 36, dos Capitanes Médicos.—Regimiento de Infantería núm. 37, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 39, dos Capitanes Médicos.—Batallón de Montaña núm. 1, un Capitán Médico.—Batallón de Montaña núm. 4, un Capitán Médico.—Bata-

lón de Montaña núm. 6, un Capitán Médico.—Regimiento de Carros de Combate núm. 2, un Capitán Médico.—Regimiento de Caballería núm. 5, un Capitán Médico.—Regimiento de Caballería número 8, un Capitán Médico.—Regimiento de Artillería ligera número 3, un Capitán Médico.—Regimiento de Artillería ligera número 8, un Capitán Médico.—Regimiento de Artillería a pie número 2, un Capitán Médico.—Regimiento de Artillería de Costa número 2, un Capitán Médico.—Regimiento de Artillería de Costa número 4, un Capitán Médico.—Batallón de Zapadores Minadores número 2 un Capitán Médico.—Regimiento de Artillería a caballo, un Teniente Médico.—Grupo Mixto de Zapadores y Telégrafos número 1, un Capitán Médico.—Grupo mixto de Zapadores y Telégrafos núm. 2, un Teniente Médico.—Grupo Mixto de Zapadores y Telégrafos núm. 3, un Capitán Médico.—Grupo Mixto de Zapadores y Telégrafos núm. 4, un Capitán Médico.—Tercera Comandancia de Intendencia (primer grupo), un Capitán Médico.—Tercera Comandancia de Intendencia (segundo grupo), un Capitán Médico.—Compañía de Automóvil de Víveres, un Teniente Médico.—Primera Comandancia de Sanidad Militar (primer grupo), un Teniente Médico.—Primera Comandancia de Sanidad Militar (segundo grupo), cuatro Tenientes Médicos.—Primera Comandancia de Sanidad Militar (cuarto grupo), tres Tenientes Médicos.—Segunda Comandancia de Sanidad Militar (primer grupo), cuatro Tenientes Médicos.—Segunda Comandancia de Sanidad Militar (segundo grupo), un Capitán y un Teniente Médicos.—Segunda Comandancia de Sanidad Militar (tercer grupo), cuatro Tenientes Médicos (dos Sección Hipomóvil).—Segunda Comandancia de Sanidad Militar (cuarto grupo), cuatro Tenientes Médicos.—Servicio de Aviación (escuadra núm. 2, un Capitán Médico.—Hospital Militar de Barcelona, dos Tenientes Médicos.—Hospital Militar de Burgos, un Teniente Médico.—Clínica Militar de Santander, un Comandante Médico.—Clínica Militar de Palencia, un Comandante Médico.—Asistencia al personal de Estado Mayor, Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la sexta división orgánica y a Generales, Jefes y Oficiales en reserva y disponibles en Burgos, un Comandante Médico.—Hospital Militar de Valladolid, un Comandante Médico.—Clínica Militar de Oviedo, un Comandante Médico.—Hospital Militar de Mahón, un Comandante Médico.—Depósito de Recría y Doma de Jerez, un Teniente Médico.—Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la segunda división orgánica, un Comandante Médico.—Jefatura de

los Servicios Sanitarios Médicos de la tercera división orgánica, un Teniente Coronel Médico.—Hospital Militar de Melilla, un Comandante Médico.—Necesidades y Contingencias del Servicio en Melilla, un Teniente Médico.—Hospitales y Enfermerías del Rif, un Comandante, dos Capitanes (uno radiólogo), y dos Tenientes Médicos.—Necesidades y Contingencias del servicio en el Rif, dos Tenientes Médicos.—Hospital Militar de Ceuta, un Capitán Médico.—Hospital Militar de Tetuán, un Comandante Médico.—Enfermería de Xauen, un Capitán Médico.—Necesidades y Contingencias del servicio en Ceuta-Tetuán, un Teniente Médico.—Necesidades y Contingencias del servicio en Larache, un Teniente Médico.—Batallón de Cazadores de Africa núm. 1, un Teniente Médico.—Batallón de Cazadores de Africa núm. 3, un Capitán Médico.—Batallón de Cazadores de Africa núm. 4, un Teniente Médico.—Batallón de Cazadores de Africa núm. 8, un Teniente Médico.—Comandancia de Artillería de Melilla, un Teniente Médico.—Comandancia de Artillería de Ceuta, un Teniente Médico.—Agrupación de Radiotelegrafía y Automovilismo de Tetuán, un Teniente Médico.—Tercio, dos Capitanes Médicos.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas núm. 3, un Teniente Médico.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas núm. 4, dos Tenientes Médicos.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas núm. 5, un Teniente Médico.—Comandancia de Sanidad Militar de Melilla, tres Tenientes Médicos.—Comandancia de Sanidad Militar de Ceuta, cuatro Tenientes Médicos.

Por O. G. de 8 de Noviembre actual (D. O. núm. 264) ha sido ampliada la anterior relación en una vacante de Capitán Médico en el Segundo Grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar.

Sanidad Militar (Farmacia).—Tercera Inspección general del Ejército (Inspección de Farmacia), una de Subinspector Farmacéutico de segunda clase.—Farmacia Militar de la segunda división, una de Farmacéutico Mayor Jefe.—Farmacia del Hospital Militar de Las Palmas, una de Farmacéutico primero, Jefe.—Farmacia del Hospital Militar del Rif, una de Farmacéutico primero.—Farmacia del Hospital Militar del Rif, una de Farmacéutico segundo.

PRENSA MÉDICO-FARMACEUTICA

EL ALCOHOLISMO Y LA PROCREACIÓN.—El Dr. A. Flores Cadena, de Méjico, ha publicado en *La Salubridad*, un trabajo muy interesante sobre este tema, en el cual dice lo siguiente: La influencia del alcoholismo sobre la raza es muy importante, no sólo por su acción sobre el individuo mismo, sino, sobre todo, por su acción sobre la descendencia. La facultad de procrear no es en los alcohólicos disminuída, como en los sífilíticos, pero sus hijos son degenerados. El alcohol es un veneno que ataca todo el organismo; pero, sobre todo, el sistema nervioso. La presencia del alcohol ha sido demostrada en el esperma de las personas que hacen uso de él.

Stockard, estudiando la acción del alcohol, a débil dosis, sobre los huevos de los peces, ha reconocido la existencia de alteraciones de estructura del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos en los seres salidos de esos huevos.

En el hombre, es cierto que los hijos de alcohólicos presentan, en los primeros meses de la vida, una gran facilidad a contraer las diversas infecciones, porque ellos son débiles y enfermizos; por lo que la mortalidad es muy grande entre ellos.

Según las estadísticas de Demme, en las familias de temperantes la proporción de niños muertos por debilidad congénita es de 8 por 100; mientras que

en las familias de alcohólicos es de 50 por 100.

A la degeneración moral de los descendientes de alcohólicos se debe la progresión de delitos y crímenes cometidos por sus hijos. En 250 familias de alcohólicos, estudiadas por Legrain, hubo 32 casos de locura y 13 de impulsiones malignas en la primera generación; 23 casos de locura en la segunda; y en la tercera generación hubo 17 niños, todos débiles de espíritu, imbéciles o idiotas.

En resumen: la ingestión habitual del alcohol por los padres, aumenta la mortalidad infantil, disminuye la capacidad intelectual y moral de sus descendientes, y hace progresar la criminalidad. La acción del alcohol se extiende hasta la tercera generación. En la sociedad moderna puede decirse que el alcoholismo es la plaga más temible.—M. M. S.

* * *

LA HIPERGLICEMIA POSTOPERATORIA.—Aunque es bien sabido que la hiperglicemia (muestra de un gran trastorno en el metabolismo del azúcar en el organismo) e a s i constantemente sigue a las intervenciones quirúrgicas, es cierto que conocemos muy poco de su íntimo mecanismo. El Dr. J. P. Lamare (*C. Soc. de Biologie*, 1 de Julio de 1932) da cuenta de un estudio de esto, en 86 casos de va-

riadas operaciones, en las cuales 77 revelaron marcada hiperglicemia postoperatoria, y en el resto quedó igual o disminuida el azúcar de la sangre. La insulina fué dada antes de la operación en 41 enfermos; y aunque no previno por completo la hiperglicemia, disminuyó notablemente su dosis. De estas observaciones, el autor dedujo las siguientes conclusiones: 1.^a existe una relación estrecha entre el *shock operatorio* y el aumento de la glicemia; 2.^a una elevación mayor ocurre cuando el azúcar de la sangre es originalmente escasa; y 3.^a, una mayor intensidad de glicemia, cuanto mayor es la duración de la intervención quirúrgica. Además, las infecciones agudas producen una mayor cantidad de azúcar que las crónicas. La hi-

perglicemia puede ser debida a una afección del simpático, que se previene con la inyección de *insulina*.—M. M. S.

* * *

LA APLICACIÓN DE LA UROTRÓPINA EN DERMATOLOGÍA.—El doctor Goldstein (*Med. Journ. and Record*, 20 Julio 1932) manifiesta que después de haber usado la urotropina, o su combinación con el salicilato de sodio, en forma de inyección intravenosa, en el tratamiento de la pielitis y pielocistitis, decidió tratar con este medicamento las enfermedades de la piel. El obtuvo excelentes resultados en el *herpes zoster* y eritemas multiformes, por inyección intravenosa de 5 a 100 c. c. de una solución de urotropina y de salicilato de sodio; y después mos-

“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 & Canivel :: Málaga.

tró las ventajas que había observado en el eritema nudoso, y en otras más afecciones de la piel, como son: el pénfigo, impétigo, tricofitosis, viruela, varicelas y angina agranulítica, quedando demostrado, según Goldstein, la utilidad de la aplicación de la utrotropina en dermatología.—M. M. S.

* * *

TRATAMIENTO DE LA PELAGRA.

El Dr. Sabry (*Journ. Egyptian Med. Assoc.*, Junio 1932) cree que la hiperpigmentación en la pelagra es una reacción cutánea para neutralizar la toxina y hacer esta sustancia menos dañosa. Asimismo sostiene este autor que la interpretación de la naturaleza química de esta toxina, con arreglo a la teoría de la

reacción de Bloch-Dora, explica ciertos hechos oscuros referentes a la pelagra, como son su periodicidad y su presentación en consumidores de ciertos alimentos. Los experimentos hechos con el *tiosulfato de sodio* han dado los resultados siguientes, en muchos casos en que han sido usados: el eritema y demás lesiones de la piel, los síntomas gastro-intestinales, el marasmo, insomnio y melancolía, desaparecen por completo, o son muy mejorados. Sabry recomienda una inyección intravenosa diaria de 10 c. c. de una solución de la sal pura indicada, al 10 por 100, bien esterilizada.

Si la solución del tiosulfato de sodio está impura o mal esterilizada, da lugar a escalofrío y trastornos generales.—M. M. S.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

BREVES NOTAS HISTÓRICAS DE CIRUGÍA MILITAR.—El Coronel Médico inglés Mr. Cowell, ha dado en Londres una conferencia notable sobre Historia de la Cirugía Militar, de la cual extraemos los siguientes datos interesantes.

En el antiguo Egipto, dice el insigne historiador, los cirujanos militares eran tenidos en una gran estimación y gozaban de grandes privilegios. No así, por cierto, en la antigua Grecia, donde Hipócrates tuvo que recomendar que las tropas lleva-

ran consigo cirujanos inteligentes. En el ejército romano, Julio César concedía el derecho de ciudadanía a los médicos que se distinguían en la guerra; y los cirujanos navales recibían doble paga, porque, según parece, los romanos sentían cierto temor a los mares. En el tiempo de plenitud del Imperio, cuando la organización de los ejércitos romanos llegó a su más alto nivel, fueron instituidos verdaderos cuerpos médico-militares, que cuidaban de la salud de las tropas. Las Cruzadas no

contribuyeron en nada al avance de la cirugía militar; si bien, cuenta el Coronel Cowell, que en el siglo XI fué fundada la Orden de Caballeros de San Juan, que era una especie de la Cruz Roja actual, que prestó a las tropas muy humanitarios servicios. También señala Cowell el rasgo de Eduardo I de Inglaterra, que se hizo acompañar de muchos cirujanos militares en la conquista de Escocia. Más tarde, en el siglo XVI, se hizo notar Francia por la creación de numerosos hospitales militares; y España, en el tiempo de la conquista de América, fundó centros hospitalarios para atender a la marina militar, que prestaron muy excelentes servicios. Durante el gobierno del Cardenal Richelieu, hubo en Francia un mejoramiento notable de los servicios médico-militares. Por último, hace Cowell un relato elocuente de la guerra franco-prusiana desde el punto de vista quirúrgico, ensalzando los cirujanos militares de uno y otro bando, y termina con la historia quirúrgica de la última gran guerra europea, que ha superado, con mucho, en medios materiales de cura, y en capacidad profesional de los cirujanos que han intervenido en ella, a todo lo acontecido en la historia del mundo.—M. M. S.

. . .

EL MAL DE LOS AVIADORES, por el Coronel Médico M. Beyne (extracto).—Según el autor de este interesante artículo, el "mal de los aviadores" debe definirse así:

el conjunto de trastornos provocados en el aviador por las condiciones de vida en la altura, que le impone el vuelo en avión, bien que estos trastornos sean inmediatos o pasajeros, o tardíos y crónicos.

La navegación aérea impone al organismo humano condiciones de funcionamiento excepcionales; de aquí que exija de él una adaptación artificial y rápida a las influencias anormales y variables. El mal de los aviadores es la consecuencia de esta adaptación, que puede ser inmediata o tardía y que justifica la subdivisión de este estudio en dos grandes capítulos: los trastornos inmediatos o agudos y los desórdenes.

Los primeros se manifiestan *en el curso de la ascensión* (trastornos circulatorios: aceleración cardíaca, palpitaciones, irregularidades; disminución de la fuerza muscular, cefalea y algunas veces náuseas, vómitos y abultamiento ventral, muy penoso, y zumbidos de oídos.

Cuando cesa la elevación y se *mantiene* la misma altura, estos trastornos se atenúan y el organismo se equilibra en cierto modo cuando la altitud no pasó de 5.000 metros, pues de lo contrario se notan agravaciones debidas a la falta de oxígeno.

En el descenso, los trastornos respiratorios disminuyen, pero las palpitaciones se acentúan si el descenso es rápido.

Después del *aterrizaje*, se observa una excitación nerviosa pasajera con pequeños temblores de las extremidades y exa-

geración de los reflejos tendinosos, el corazón recobra su ritmo, pero la hipertensión de la presión arterial mínima es constante y persiste más o menos tiempo. Los zumbidos y la percepción de ruidos subjetivos, la fatiga nerviosa y la necesidad de dormir suelen ser características después de los grandes vuelos.

Para luchar contra la acción de la disminución de presión atmosférica en los vuelos, el organismo pone en juego diversos mecanismos de defensa (poliglobulia pasajera, aumento de la ventilación pulmonar, vaso-dilatación general).

Otros factores, además, se combinan con los precedentes (el frío, la ventilación, los ruidos y la deficiente eliminación de los

productos de desgaste del organismo).

En cuanto a los trastornos tardíos o crónicos pueden afectar distintos grados: 1.º Fatiga intensa, aumento de la emotividad, locuacidad exagerada, necesidad imperiosa de sueño, hipertensión arterial. 2.º *La astenia de los aviadores de Jonié* (pérdida de apetito, pesadillas, fascies demacrada y plumiza, cefaleas, pulso débil, blando e irregular, presión arterial baja, toxicidad urinaria aumentada).

Los médicos españoles D. César Juarros y D. Antonio Pérez Núñez, consideran este estado patológico como un síndrome nervioso de orden neurasténico (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Octubre 1931).—J. P.

BIBLIOGRAFIA

¿Qué debe ser un Sanatorio Psiquiátrico y su organización general?.—Por el Dr. Pedro A. Nouvilas, Jefe de Clínica de la Militar de Ciempozuelos.

La reciente renovación del Reglamento sobre admisión y salidas en la asistencia del enfermo mental, da ocasión al ilustrado autor de este trabajo, publicado en nuestro colega profesional, *Medicina*, para aconsejar el estudio por etapas del problema psiquiátrico en España, a fin de que nuestra nación pueda ponerse a tono con lo ejecutado por otras más progresivas y llevar a cabo una reglamentación definitiva, debidamente encauzada.

El Dr. Nouvilas hace historia de cómo viene asistiéndose al

enfermo mental desde los tiempos primitivos, hasta nuestros días, deduciendo de su estudio, que en nuestro país, nos hallamos en pleno período de organización encaminada a la iniciación de la etapa científica.

En tanto llegan mejores tiempos, el autor aboga por llevar a la mayor perfección posible nuestros Sanatorios para que rindan labor más útil; y, a este efecto, da las normas para su organización y mejoras, detallando los servicios, y apoyándose en razonamientos muy pertinentes, hijos de su experiencia y dominio de estas cuestiones.—*J. P.*

SECCION OFICIAL

5 Octubre.—Orden (D. O. núm. 238) concediendo las condecoraciones que se indican a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Teniente Coronel, activo, D. Miguel Parrilla Baamonde, plaza. Comandante, retirado, D. Manuel Garriga Rivero, cruz. Otro, activo, D. Juan Arzidone Guijarro, cruz. Otro, activo, D. Estanislao Cabanes Badosa, cruz. Otro, retirado, D. Ignacio Bofill Combellas, cruz. Otro, activo, D. Jaime Prat Solé, cruz. Otro, activo, D. Felipe Pérez Alvarez, cruz. Otro, activo, D. Carlos Pérez Serra, cruz. Otro, activo, D. Tomás López Mata, cruz. Otro, retirado, D. Juan Pomar Taboada, cruz. Otro, activo, don Juan Allube Fernández, cruz. Otro, activo, D. Alfonso Areces Matilla, cruz. Otro, activo, D. Manuel Bastos Ansart, cruz. Otro, activo, D. Gustavo Martínez Manrique, cruz. Capitán, activo, D. Domingo Sierra Bustamante, cruz. Otro, activo, don Marcelo Berbiela Tavar, cruz.

Farmacia.—Subinspector de segunda, activo, D. Félix Ruiz Garrido Saucedo, plaza. Mayor, activo, D. Eliseo Gutiérrez Alamo García, cruz. Farmacéutico mayor, retirado, D. Luis Benito Campomar, cruz.

5 Octubre.—Orden (D. O. núm. 240) disponiendo que asistan al curso especial de Farmacia los Farmacéuticos primeros D. Andrés Cenjor Llopis y D. Augusto Alcaraz Fernández.

16 Octubre.—Orden (D. O. núm. 245) concediendo el empleo superior inmediato al Capitán Médico D. Rafael Díaz Alcrudo y a los

Tenientes Médicos D. Federico Poveda Modesto, D. Pablo Leocadio Martínez Santos, D. José Sánchez Galindo y D. Isaac Encinas Rodríguez.

- 15 Octubre.—Orden (D. O. núm. 245) concediendo la Placa de San Hermenegildo al Teniente Coronel retirado D. Juan Barcia Eleicegui y la Cruz de la misma Orden a los Comandantes Médicos D. Narciso Fuentes Márquez, retirado; D. Nicolás Tello Peinado y D. Juan Pellicer Escalona, en activo, y al Farmacéutico Mayor, retirado, D. Santiago Aparicio Llorente.
- 18 Octubre.—Orden (D. O. núm. 247) disponiendo que el Capitán Médico D. Antonino Saro Cano forme parte de la ponencia del Cuerpo en la Comisión de Táctica.
- 18 Octubre.—Orden (D. O. núm. 247) concediendo al Teniente Coronel Médico retirado D. Laureano Cáceres Ponce la pensión de 1.200 pesetas correspondiente a la Placa de San Hermenegildo.
- 18 Octubre.—Orden (D. O. núm. 247) concediendo al Farmacéutico primero D. Juan Casas Fernández el premio de efectividad de 1.200 pesetas anuales.
- 19 Octubre.—Orden (D. O. núm. 247) autorizando al Inspector Médico de primera clase, en reserva, D. Angel Rodríguez Vázquez para trasladar su residencia a Madrid.
- 19 Octubre.—Orden (D. O. núm. 247) designando para el Curso de Especialidades Médicas a los Capitanes y Teniente Médico siguientes:
Cirugía general: D. Anastasio Martín Pérez y D. Fernando Conde López.—*Cirugía Ortopédica y Reeducación de Inválidos:* D. Joaquín D'Harcourt Got y D. Juan Pruneda Cornago.—*Higiene y Bacteriología:* D. Florencio Montero Romero y don Fernando Fernández Bierbela.—*Radiología:* D. Vicente Tinaut del Castillo.—*Otorrinolaringología:* D. Cándido Alvarez de la Cruz.—*Oftalmología:* D. Carlos Tello Peinado.—*Urología:* don Fabriciano García Cienfuegos.—*Tisiología:* D. José Téllez Lafuente.—*Psiquiatría:* D. Luis Alonso Alonso.—*Dermatología y Sifiliografía:* Teniente Médico D. José Madariá Garriga.
- 17 Octubre.—Orden (D. O. núm. 249) destinando en comisión como Profesores a la Academia de Sanidad Militar, sin perjuicio de su destino y con derecho a la gratificación de profesorado, al Veterinario Mayor D. Victorio Nieto Magaz y al Veterinario primero D. Francisco Menchén Chacón.

- 19 Octubre.—Ordenes (D. O. núm. 248) concediendo la cruz de San Hermenegildo a los Comandantes Médicos D. Antonio Montaño Melero y D. Daniel Paul Goyena.
- 20 Octubre.—Orden (D. O. núm. 249) concediendo el distintivo de las Fuerzas Regulares Indígenas al Teniente Médico D. Rafael Rodríguez de León.
- 26 Octubre.—Orden (D. O. núm. 253) disponiendo que el Subinspector Farmacéutico de primera D. Rafael Candel Peiró quede en situación de disponible forzoso en la primera división.
- 25 Octubre.—Orden (D. O. núm. 253) concediendo al Comandante Médico D. Nemesio Díaz Mena pensión de Cruz de San Hermenegildo.
- 27 Octubre.—Orden (D. O. núm. 253) disponiendo que el Teniente Médico D. César González del Pino pase "al Servicio del Protectorado" por haber sido destinado a las Intervenciones Militares del Rif.
- 27 Octubre.—Orden (D. O. núm. 253) disponiendo que el Capitán Médico D. Manuel López del Rey quede disponible en la octava división.
- 26 Octubre.—Orden (D. O. núm. 253) concediendo al Comandante Médico D. Mariano Puig Quero la cruz de San Hermenegildo.
- 26 Octubre.—D. O. núm. 253) concediendo al Comandante Médico D. Francisco Gómez Arroyo la Placa de San Hermenegildo.
- 28 Octubre.—Orden (D. O. núm. 256) disponiendo que el Capitán Médico D. Enrique Lefler Benito asista al curso de Higiene y Bacteriología y el Teniente Médico D. José Velasco Escasi al de Psiquiatría.
- 29 Octubre.—Orden (D. O. núm. 256) destinando a los Jefes y Oficiales Farmacéuticos siguientes:

Subinspectores Farmacéuticos de segunda clase.—D. Adolfo Martínez López, de la Inspección de Farmacia de la tercera Inspección general del Ejército, a la de la primera (V.), y don Joaquín de Cortada Gaya, de disponible en la cuarta división a Jefe de los servicios farmacéuticos de la misma (V.).

Farmacéutico Mayor.—D. José Martín Lázaro, de Jefe de la Farmacia Militar de la segunda división, a Jefe de los servicios farmacéuticos de la octava, en las condiciones en que se encontraba en 16 de Agosto último, continuando en su actual destino hasta que se incorpore su relevo.

Farmacéutico primero.—D. Rafael Gálvez Lancha, de la Farmacia del Hospital del Rif, a la del Grupo de Hospitales de Ceuta (V.).

Farmacéuticos segundos.—D. Manuel Orense Rosende, de la Farmacia Militar de la segunda división, a la de la sexta, en las condiciones en que se encontraba en 16 de Agosto último continuando en su actual destino hasta que se incorpore su relevo; D. José Morell López, de la Farmacia del Hospital Militar de Las Palmas, a la Militar de la segunda división (V.); D. Luis Gaya Fernández, de la Farmacia Militar de la segunda división, a la de la séptima, en las condiciones en que se encontraba en 16 de Agosto último, continuando en su actual destino hasta que se incorpore su relevo; D. José Piña Valls, de Necesidades y Contingencias del servicio en Ceuta-Tetuán, a la Farmacia Militar de la cuarta división (V.), y D. Antonio Isasi-Isasmendi López, de la Farmacia Militar de la sexta división, a la de la segunda (V.).

Relación de solicitantes a los destinos que se adjudican por antigüedad.

Inspección de Farmacia de la primera Inspección general del Ejército: Subinspectores Farmacéuticos de segunda.—D. Félix Ruiz Garrido y Saucedo y D. Francisco de Cala Martí.

Farmacia del Grupo de Hospitales Militares de Ceuta: Farmacéutico primero D. Antonio Sánchez-Capuchino y Alderete.

Farmacia Militar de la cuarta división: Farmacéuticos segundos D. Isidro Bultó Blafel y D. Juan Santaló Sors.

29 Octubre.—Orden (D. O. núm. 256) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Comandantes.—D. Rafael Díaz Alcrudo, ascendido, del primer Grupo de la tercera Comandancia de Intendencia, a Asistencia del Personal de Estado Mayor, Jefatura de los Servicios y Generales, Jefes y Oficiales disponibles y en reserva en Burgos (F.).

Capitanes.—D. José Frapolli Ricca, del Regimiento de Caballería núm. 8, al de Infantería núm. 9 (V.); D. Guzmán Ortuño Ortuño, del Batallón de Montaña, núm. 1, al Hospital Militar de Pamplona (V.); D. Gonzalo Martínez Caminero, del Regimiento de Artillería de Costa núm. 2, al Servicio de Aviación en la es-

cuadra núm. 3 (Logroño) (V.); D. José Bañón Jiménez, del Regimiento de Infantería núm. 33, al Hospital y Enfermería del Rif, en plaza de cirujano; D. Marcial Gómez Naveira, del Regimiento de Artillería ligera núm. 3, al Regimiento de Infantería núm. 15, en las mismas condiciones que se encontraba en 15 de Agosto próximo pasado, continuando en su actual destino hasta la incorporación de su relevo; D. Joaquín Montañés del Olmo, del Batallón de Zapadores Minadores núm. 2, al Regimiento de Infantería núm. 24 en las mismas condiciones que se encontraba en 15 de Agosto próximo pasado, continuando en su actual destino hasta la incorporación de su relevo; don Fernando García Doctor, del segundo Grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, al Regimiento de Infantería, número 20 (F.) y en la Escuela Central de Gimnasia, según circular de 13 de Julio próximo pasado (D. O. núm. 170); D. Federico Poveda Modesto, ascendido, del Hospital Militar de Madrid, al Regimiento de Infantería núm. 11 (F.); D. Pablo Martínez Santos, ascendido, en situación de reemplazo por enfermo en Madrid, a la misma situación en su actual empleo; D. José Enrique Sánchez Galindo, ascendido, del Hospital Militar de Madrid, al Regimiento de Infantería núm. 11 (F.), y D. Isaac Encinas Rodríguez, ascendido, del cuarto Grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, al cuarto Grupo de la segunda Comandancia de Sanidad Militar (F.).

Tenientes.—D. José Martín Gregorio, de "Al Servicio del Protectorado" en las Intervenciones Militares de Yebala Central, al Batallón de Ingenieros de Tetuán (V.); D. Teodosio Antonio Infante Venero, del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas núm. 2, al Hospital Militar de Madrid (V.); D. Francisco Ferre Riado, de los Hospitales y Enfermería del Rif, al Hospital Militar de Madrid (V.), y D. Enrique Obregón Fernández, del Batallón de Cazadores de Africa núm. 1, al Hospital Militar de Barcelona (V.).

Relación de los Jefes y Oficiales Médicos que han solicitado los destinos anteriormente provistos con carácter voluntario.

Regimiento de Infantería núm. 9: D. Hedefonso Villoria García.—Servicio de Aviación. Escuadra núm. 3 (Logroño): Don Juan Antonio Valderrama y Calder Smit.

28 Octubre.—Orden (D. O. núm. 256) concediendo a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes el premio anual de efectividad que a cada uno se indica:

Comandantes.—D. Antonio Vallejo Nájera, D. Máximo Martínez Zaldívar y D. Tomás López Mata, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Octubre de 1932.

Capitanes.—D. José Buera Sánchez, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Octubre de 1932; D. Federico Jiménez Ontiveros, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1.º de Octubre de 1932, y D. Alberto Cortés del Egado, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1.º de Julio de 1932.

Teniēntes.—D. José Fontán Maqueira, D. Jerónimo Fernández Illán, D. Luis Sánchez de Enciso y Enciso, D. Luis Ortega Ceballos, D. Juan de Prado Pinto, D. José Martín Gregorio, don Eduardo Fernández Vivar, D. Luis Sánchez Capuchino y Alderete, D. Estanislao Orero Chávarri, D. Juan José Hernández Lozano, D. Pablo Hurtado Miguel, D. Venancio García Rodríguez, D. Teodosio Antonio Infante Venero, D. José Sánchez Díaz, D. Antonio Maté Alonso, D. Fernando Llorente Sanz, don Eduardo Sánchez Borja, D. Ildelfonso Jiménez Porrás, D. Federico Uya Besó, D. Francisco Ferré Riado, D. Angel Soutullo López, D. Antonio García Baquero García Baquero, D. José Aparicio de Santiago, D. Santiago Pérez Castillo, D. Zacarías Mínguez Biel, D. Rafael Rodríguez de León y D. Antonio Torres Salas, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1.º de Octubre de 1932.

29 Octubre (D. O. núm. 257) disponiendo que pasen a la situación de "Al Servicio de otros Ministerios" los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Comandantes.—D. José Ruiz Jaén, del Colegio de Guardias Jóvenes de la Guardia Civil; D. Julio Ortiz de Villajos Muller, del primer Tercio de la Guardia Civil; D. Juan Ardizzone Guijarrero, del 14.º Tercio; D. José Ristol Vidiella, del 21.º Tercio, y D. José Serret Tristany, del 29.º Tercio.

Capitanes.—D. Rafael Alvarez Pérez, del Colegio de Guardias Jóvenes; D. Manuel Sanjuán Moliner, del 27.º Tercio; D. Julián Obiol Porxas, del 28.º Tercio, y D. Federico Arteaga Pastor, del Tercio Móvil.

- 2 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 260) concediendo al Teniente Médico D. Fernando Lorente Sanz tres meses de licencia para Madrid.
- 3 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 262) aprobando los precios señalados por el Instituto Llorente a sus productos que pueden ser suministrados para los servicios de las Farmacias Militares.

Correspondencia administrativa de la Revista.

Sres. Onsaló, Jimeno y López Pérez (Mallorca).—Abonado el segundo semestre del corriente año.

Sres. Riera y Apellániz (Mahón).—Idem id.

Sr. Barros (Pontevedra).—Idem id.

Sres. Larrosa, Martín Santos y Lacumberri (San Sebastián).—Idem id.

Sres. D'Harcourt y Martín (Getafe).—Idem id.

Sres. Cortés, Soriano y L. Colarelo (Oviedo).—Idem id.

Sr. Rozas (Segovia).—Idem id.

Sr. Boyero (Salamanca).—Idem id.

Sr. Arias (Huesca).—Idem primero y segundo semestre del corriente año.

Sr. Roldán (Murcia).—Idem el segundo semestre de id.

Sr. Bravo (Orense).—Idem id.

Sr. Encalado (Castellón).—Idem id.

Sr. Martín Moazón (Medina).—Idem id.

Sres. Peña, Crende y Sierra (Bilbao).—Idem id.

Sr. Urgel (Pamplona).—Idem. Subvención Julio a Diciembre del Hospital Militar.

Sr. Amieva (Tánger).—Idem segundo semestre del año actual.

Sr. Martínez (Ferrol).—Idem id.

Sr. Jiménez (Ubeda).—Idem id.

Sr. Orlega (Estella).—Idem id.

Sr. Sanz (Tánger).—Idem id.

Sres. Hurtado y Martínez (Alicante).—Idem id.

Sr. Villabona (Vigo).—Idem id.

Sr. Alvarez (Valdemoro).—Idem el año actual.