

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año X.

Madrid, 15 de Mayo de 1920.

Núm. 10.

SUMARIO

Análisis de harinas, por **J. López Quelles**.—*Contribución al estudio de la cirugía plástica de la mejilla (conclusión)*, por **Fidel Pagés**.—*Más aportaciones acerca de la enfermedad impropia llamada «Encefalitis letárgica»*, por **Julio Camino**.—*Varietades*.—*El presupuesto de Guerra del ejercicio de 1920-21 (Sanidad)*.—*Prensa Médico-Farmacéutica*: Los sospechosos de tuberculosis y la radiología.—Los puntos de referencia anatómicos y los resultados de la anestesia para vertebral.—*Prensa Militar-Profesional*: Estudio de 109 casos de «fiebre de las trincheras», con especial referencia a la condición de corazón.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Mayo de 1920.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

ANÁLISIS DE HARINAS

Existen numerosos casos en que precisa conocer las cualidades de las harinas, así como la proporcionalidad de sus componentes para juzgar de su calidad; y aun cuando no es asunto de la práctica corriente para el médico militar, no por eso deja de ser útil su conocimiento, ya que algunas veces somos requeridos para informar sobre este punto; de ahí nace el deseo de exponer un procedimiento puesto en práctica casi cotidianamente en este establecimiento fabril militar donde presto mis servicios.

El procedimiento que expongo lleva en sí cuantos detalles precisan para poder juzgar de las buenas o malas condiciones de una harina, existiendo otros datos de menor cuantía que reseñaremos al final de este estudio, más que por su importancia, para su conocimiento, siempre que por circunstancias especiales se precisase un maximum de detalle.

El análisis químico fundamental de toda harina comprende, como datos suficientes para determinar su calidad, los extremos siguientes:

- 1.º Dosificación del agua.
- 2.º Grasas.
- 3.º Almidón.
- 4.º Celulosa.
- 5.º Cenizas.
- 6.º Materias nitrogenadas.
- 7.º Gluten húmedo.
- 8.º Gluten seco y agua de hidratación del gluten.

Los demás datos, como son el grado aleuométrico, gliadina gluteínica, grado de acidez, si bien son útiles cuando concuerdan con los anteriores, muchas veces inducen a error y a interpretar como malas harinas que no lo son, y que la práctica demuestra más tarde cuando se acude a la panificación, como prueba complementaria.

DOSIFICACIÓN DEL AGUA

Práctica del análisis.

- 1.º Pesar 10 gramos de harina.
- 2.º Colocarlos en un vaso bien seco, anteriormente pesado.
- 3.º Poner el vaso en una estufa entre 100 a 110 grados.
- 4.º Quitarlo de la estufa a las cinco horas.
- 5.º Pesarlo después que se enfríe, y el peso n obtenido, menos el del vaso v es el de la harina anhidra contenida en 10 gramos de harina hidratada, y la diferencia $10 - n$ será la pérdida de agua.

Tanto por 100.

El tanto por 100 nos lo da la fórmula

$$(10 + v - n) \times \frac{100}{10} = a 100 + 10 v - 10 n.$$

Precauciones.

Pesar exactamente y enfriar con gran lentitud.

GRASAS

Práctica del análisis.

- 1.º Coger un tubo de vidrio y tapanlo por un lado con algodón hidrófilo.

2.º Colocar lo con esta parte hacia dentro en un frasco, y hacer colocar sobre el algodón una capa de arena lavada en agua primero y alcohol después.

3.º Verter en el tubo 10 gramos de las substancias a examinar que no esté desecada.

4.º Verter 30 ó 40 c. c. de sulfuro de carbono, ligroina o éter a 65º Baumé, y tapar con algodón la parte superior del tubo para que no se evapore el líquido.

5.º Esperar a que el líquido empleado pase el algodón inferior totalmente, y llevar el frasco que lo contiene a la estufa a 100º ó 105º.

6.º Esperar tres o cuatro horas, retirar el frasco; la diferencia de peso entre el frasco vacío y el que se observa ahora es la cantidad de grasa que contienen los 10 gramos de harina.

Tanto por ciento.

El peso hallado por 10 es el tanto por ciento $10 \times n =$ tanto por ciento.

Interpretación.

La cantidad está en razón inversa de la calidad.

Precauciones.

Tener cuidado con los reactivos que se emplean, por forma mezclas explosivas; colocar el vaso estando la estufa fría, y ya éste en su interior, encenderla; no abrirla durante la evaporación; procurar que las grasas adheridas al algodón se disuelvan en el líquido empleado, para lo cual lavarlo en dicho líquido; procurar el buen tiro de la estufa para evitar vapores.

AZÚCAR-ALMIDÓN

Práctica del análisis.

1.º Coger tres tubos de vidrio de paredes gruesas, y cerrarlos por un extremo a la lámpara; dejarlos enfriar.

2.º Introducir en cada uno 0,5 gramos de la substancia a examinar.

3.º Verter en cada tubo 10 c. c. de agua y 1,5 de ácido sulfúrico diluido; cerrar los tubos.

4.º Colocar los tubos en un baño de maría de agua salada a saturación e hirviendo; tener dos tubos seis horas y el tercero sólo tres.

5.º Dejar enfriar; coger el tubo que ha estado tres horas y echar su contenido en agua, de manera que después de neutralizar su acidez con un poco de lejía de sosa resulten 100 c. c.

6.º Medir el poder reductor de la solución cupro-alcalina (100 centímetros cúbicos).

7.º Repetir las operaciones quinta y sexta con los otros dos tubos, primero con uno; si el resultado difiere del primeramente obtenido, calentar el otro tres horas más y verificar después las mismas operaciones.

Sea n el número de c. c. de la solución azucarada contenida en los tubos, que decoloran 10 c. c. de solución cupro-alcalina.

8.º Poner en un frasco de boca esmerilada 20 gramos de la misma substancia a examinar.

9.º Añadir 100 c. c. de agua.

10. Agitarlo durante seis horas varias veces; filtrar después.

11. Medir el poder reductor de esta solución en 10 c. c. de la cupro-alcalina.

Tanto por ciento de azúcar.

Sean a los c. c. de la solución los que reducen 10 c. c. de la cupro-alcalina, $25 \times \frac{1}{a}$ es la proporción por 100 de azúcar que llamaremos A .

Tanto por 100 de almidón.

La proporción por ciento de almidón viene expresada por

$$0,9 \left(\frac{1000}{n} - A \right)$$

Interpretación.

El almidón y el azúcar no deben estar en mayor cantidad que la normal, porque en el caso contrario puede ser originada por estar fermentada la harina.

Precauciones.

Estas operaciones están expuestas a grandes errores, por lo que hay precisión de tener gran cuidado; casi siempre es necesari-

rio, al no hacerlo por resta, la determinación del azúcar para averiguar el almidón.

CELULOSA

Práctica del análisis.

1.º Pesar 25 gramos de la harina a examinar y colocarlo en una cápsula de porcelana.

2.º Agregar poco a poco, agitando con una varilla de vidrio, 150 c. c. de una solución compuesta de 50 c. c. de ClH (D=1,17) por 1000 de agua.

3.º Hacer hervir durante veinte minutos, agitando; hasta que el yodo no demuestre que el almidón está completamente transformado, debe hervir; los veinte minutos bastan; se conoce que el almidón se ha transformado porque el yodo no colorea la solución.

4.º Filtrar con un papel sin pliegues, mojado en agua caliente, y dejar gotear el filtro hasta que no quede apenas agua en él.

5.º Coger la materia que ha quedado en el filtro y ponerla en una cápsula de porcelana con 100 c. c. de solución al 10 por 100 de potasa cáustica.

6.º Poner a hervir durante veinte minutos, agitando; dejar enfriar.

7.º Filtrar como en la operación cuarta.

8.º Lavar lo que quede pegado al filtro con agua hirviendo, después con alcohol y, por último, con éter.

9.º La celulosa queda adherida al filtro, secarla sobre un vidrio, de reloj, previamente pesado, y una vez seca, pesar el vidrio con ella. La diferencia n es la celulosa contenida en 25 gramos de harina.

Tanto por 100.

El peso encontrado por 4 es el tanto por 100 = Tanto por 100 = $n \times 4$.

Precauciones.

El éter debe ser de 65 grados Baumé, y el alcohol de 95 grados. Conviene poner un doble filtro para que no se rompa al lavar; el líquido procedente de filtrar en la operación cuarta puede servir para determinar el azúcar.

CENIZAS

Práctica del análisis.

- 1.º Pesar una pequeña cápsula de incineración y colocar en ella 10 gramos de la harina a examinar.
- 2.º Ponerla a la mufla y moderar el calor para que los cloruros no se volatilicen.
- 3.º Cuando la masa se halla reducida a carbón, elevar más la temperatura para obtener cenizas blancas exentas de puntos carbonosos negros.
- 4.º Después de unas dos horas de calor, apagar la mufla y dejar enfriar; luego pesar, y la diferencia entre la tara de la cápsula y el peso, encontrado son las cenizas de 10 gramos.

Tanto por 100.

El peso hallado por 10 es el tanto por 100.

Interpretación.

Cuanto mayor proporción de cenizas, las harinas son más grises.

Precauciones.

La temperatura de la mufla nunca debe ser el rojo vivo; al terminar debe ser rojo sombrío; para quitar el residuo de la incineración de la cápsula, verter un poco de ClH ; no usar cápsulas de platino, porque la harina puede contener sílice; operar con cuidado, porque si no puede verificarse en la mufla una explosión.

MATERIAS NITROGENADAS

Procedimiento inexacto.

Restando de 100 las halladas anteriormente, nos da, aunque de manera inexacta, la cantidad de nitrogenados.

Procedimiento exacto.—Práctica del análisis.

- 1.º Pesar cincuenta centigramos de la harina a examinar.
- 2.º Ponerlo en un matraz de vidrio de cuello largo, y de unos 300 a 400 c. c. de capacidad.

3.º Añadir 10 c. c. de una solución acuosa de 30 por 100 de oxalato de potasio neutro y 30 c. c. de ácido sulfúrico puro.

4.º Poner el matraz a calentar en un mechero Bunsen o lámpara de alcohol, colocado ligeramente encerrado sobre una tela metálica.

5.º Esperar a que el agua se evapore; entonces la masa espumea un poco; si la espuma aumenta mucho, añadir gota a gota 1 a 2 c. c. de alcohol o disminuir la llama.

6.º Terminada la evaporación del agua, empiezan a salir humos blancos del sulfúrico; esperar a que el volumen del líquido sea disminuído y algo decolorado; entonces poner una bola de vidrio en la abertura del matraz y regular el fuego para que la ebullición sea tranquila; esperar a que no se desprendan vapores; entonces apagar el fuego y dejar continuar la reacción hasta que el líquido esté decolorado totalmente.

7.º Dejar enfriar; verter 20 c. c. de agua tibia y agitar hasta obtener un líquido homogéneo.

8.º Dejar enfriar; añadir 200 c. c. de agua destilada y dos gotas de solución de tornasol, y poner el matraz en agua fría.

9.º Añadir, gota a gota, lejía de sosa (no carbonatada y de $D = 1,33$) hasta el viraje en azul. Restablecer el tinte rosáceo por una o dos gotas de ácido sulfúrico al 1 por 5 de agua.

10. Neutralizar en seguida exactamente con soluciones normales de sosa y ácido sulfúrico. La masa líquida que quede debe ser ligeramente rosada.

11. En otro matraz poner 250 c. c. de agua y dos gotas de solución de tornasol, y por medio de las operaciones del núm. 10 hacer que tome (por comparación) igual tinte que queda en dicha operación núm. 10.

12. Añadir a cada matraz 10 c. c. de solución normal de sosa, y hacer hervir veinte minutos (ver que no haya vapores amoniacales con el papel tornasol).

13. Enfriar, verter en cada matraz 10 c. c. de solución normal de ácido sulfúrico y dos gotas fenolftaleína y hacer que tenga la disolución en cada matraz el mismo tinte usado que en la operación núm. 10, añadiendo, gota a gota, con una pipeta graduada, una solución de sosa.

Tanto por ciento.

Sea a en c. c. la diferencia de volúmenes de solución de sosa medidos con la pipeta, necesarios para dar coloración del número 10 a cada matraz, el tanto por ciento viene expresado por $a \times 17,5 =$ tanto por ciento de materias nitrogenadas.

Interpretación.

La mayor cantidad de sustancias nitrogenadas es señal de bondad en las harinas.

Precauciones y observaciones.

Debe estar al fuego el matraz, en las operaciones 4.^a, 5.^a y 6.^a, una media hora, teniendo especial cuidado al echar el ácido sulfúrico.

También pueden determinarse las m. nitrogenadas determinando el nitrógeno y multiplicando por 6,25, 6,27 ó 5,68, según las harinas.

El procedimiento inexacto, por diferencia entre 100 (total de materias, la que quiere determinarse, que no se conoce), se puede usar con bastante exactitud para determinar el almidón.

GLUTEN HÚMEDO

Práctica del análisis.

- 1.º Hacer una masa en 20 gramos de harinas y 20 gramos de fécula de patata (exenta de acidez), y 20 c. c. de agua.
- 2.º Malaxar la pasta.
- 3.º Operar el lavado con un filete de agua, y recoger el gluten que queda sin arrastrar por el agua (que se lleva el almidón), y pesarlo.

Tanto por ciento.

El peso encontrado, multiplicado por 5, es el tanto por ciento.

Precauciones.

La operación durará seis a siete minutos.

La harina se procurará sea bien tamizada.

GLUTEN SECO

Práctica del análisis.

1.º Llevar el gluten húmedo a la estufa (el precedente de la operación anterior) sobre un cristal de reloj tarado, ligeramente untado de vaselina.

2.º Dejarlo dos horas en la estufa, y al sacarlo, cortarlo con una navaja en trozos lo más delgados posible, que se colocan en un vaso a desecación, tarado, o en el mismo cristal de reloj.

3.º Ponerlo a la estufa, entre 100º y 105º, durante diez o doce horas, al cabo de las cuales ha perdido toda el agua; sacarlo y ver el peso que tiene.

Tanto por ciento.

El peso del gluten por 5 da el tanto por ciento.

Precauciones.

El gluten seco, en peso, es aproximadamente el tercio del húmedo.

El tiempo que se tenga en el lavado el gluten húmedo influye en que sea mayor la cantidad apreciada.

AGUA DE HIDRATACIÓN DEL GLUTEN

Manera de operar.

La diferencia entre el peso del gluten seco y el húmedo se multiplica por 5, y nos dará el tanto por ciento de agua de hidratación.

Como comprobación de todo análisis, siempre es conveniente sumar el total de tanto por ciento de cada una de las substancias: agua, azúcar, almidón, celulosa, cenizas, grasas y nitrogenados, cuyo resultado debe ser superior a 100; si fuese inferior, habíamos operado con equivocación, y precisa repetir para nuestra seguridad.

La diferencia entre el resultado de los sumandos varios que integran el análisis, y 100, nos da cuenta de los pequeños errores sufridos, y pueden añadirse, en partes proporcionales, a las cantidades de los diversos sumandos, para hacer más exacto el procedimiento total.

En otro artículo trataremos del grado aleurométrico, acidez aleurómetro, viscosimiento, gliadina y glutenina, datos más prácticos.

J. LÓPEZ QUELLES,

Capitán médico.

Contribución al estudio de la cirugía plástica de la mejilla

(Conclusión.)

Las violentas maniobras de deslizamiento o torsión de los colgajos, así como el estiramiento de sus pedículos, a que a veces nos obligan la desmesurada extensión de la pérdida de substancia que hay que cubrir, disminuyen la vitalidad de los mismos en forma tal, que pueden ser un motivo de fracaso en nuestras intervenciones, ya que los vasos quedan estrangulados y el pábulo nutritivo que reciben los tejidos es deficiente. Para obviar todos estos inconvenientes, podemos obtener los colgajos frontales por el procedimiento de Dunahn, que proporciona resultados verdaderamente felices. Nosotros lo ponemos en práctica de la manera siguiente: mandamos afeitar completamente la cabeza al enfermo, y una vez hecha la extirpación de la mejilla, medimos la distancia existente entre la parte más posterior de la pérdida de substancia y el trago, y transportamos esta medida al trayecto de la arteria temporal superficial desde el trago hacia arriba, disecando la arteria, siempre muy visible de los tejidos que la rodean, hasta un centímetro por encima del límite superior de la distancia tomada. A partir de este punto, se corta con el bisturí un colgajo de tejidos frontales que comprenda todo el espesor del pericráneo, y cuya forma corresponde a la de la pérdida de substancia que tratamos de llenar, contando previamente con el índice de retracción de aquéllos. El colgajo queda en la extremidad del vaso como una hoja pendiente de su pedículo. Las flexuosidades que describe en su trayecto la arteria temporal superficial permiten un alargamiento una vez disecada, pero es conveniente que no quede tiran-

te, por lo cual se disecciona de los tejidos circundantes en una mayor longitud. Una hemostasia cuidadosa de los bordes del colgajo y de las colaterales de la arteria que dan sangre termina la preparación de aquél. La arteria se incluye en una incisión horizontal, dirigida desde el trago hasta la parte más posterior de la brecha geniana, y que profundiza hasta el tejido celular subcutáneo, dando unos puntos de sutura con los bordes de esta incisión, para ocluírla.

Ya tenemos el colgajo frontal en la nueva posición que ha de

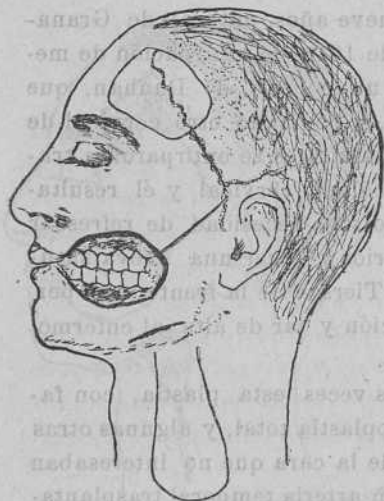


Fig. 12.—Operación de Dunhan.
El colgajo cervical hará las veces de mucosa pasando bajo el puente cutáneo.

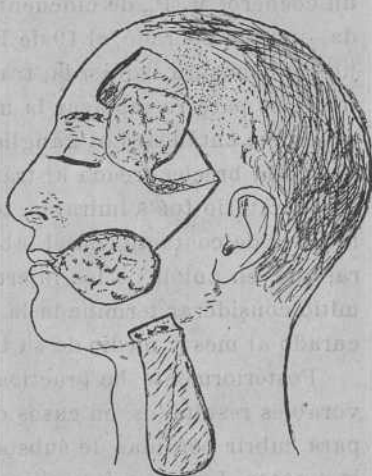


Fig. 13.—Operación de Dunhan.
Formada la cara profunda de mejilla se disecciona el colgajo frontal con la arteria temporal superficial que ocupará la nueva dirección descendente que se ve en la figura.

ocupar, y sólo resta sujetarlo a los tejidos próximos que le sirven de marco y que ha de sustituir, lo cual puede hacerse, bien a modo de Dunhan, implantando este colgajo sobre otro cervical, que reemplaza a la mucosa, o bien colocando el colgajo de Dunhan de revestimiento mucoso, y poniendo otro cervical para la superficie cutánea o cubriendo aquél de injertos epidérmicos. Las partes desnudadas que quedan se recubren de injertos cutáneos a su vez:

Los colgajos tomados con trasplatación de arteria temporal superficial tienen una nutrición excelente, que no sólo sirve para

subvenir a su propia existencia, sino que por las relaciones vasculares que establece con el colgajo que forma la superficie opuesta, asegura en cierto modo la vitalidad de éste. Además, el colgajo de Dunhan tiene unas condiciones de movilidad que le hacen fácilmente adaptarse a las partes próximas, desplazándose sin violencia y pudiendo hacerse girar un ángulo de los grados que juzguemos necesarios. La arteria trasplantada se siente latir en el nuevo lecho que se le ha formado, y esto nos proporciona la medida y la seguridad de que los tejidos que forman el colgajo llevan en sí los elementos que garantizan su capacidad vital.

El primer enfermo a quien practicamos esta intervención era un cochero, M. P., de cincuenta y nueve años, natural de Granada, que fué operado, el 19 de Enero de 1918, de extirpación de mejilla y comisura izquierda, trazando un colgajo de Dunhan, que torcimos para reemplazar la mucosa, y poniendo otro cervical de superficie cutánea. Los ganglios submaxilares se extirparon a través de la brecha creada al trazar el colgajo cervical, y el resultado operatorio fué admirable, teniendo sólo necesidad de refrescar la línea de contacto con el labio inferior y hacer una nueva sutura, que, en unión de los injertos de Tiersch de la frente, nos permitió considerar terminada la operación y dar de alta al enfermo curado al mes y medio de su ingreso.

Posteriormente he practicado seis veces esta plastia, con favorables resultados, en casos de meloplastia total, y algunas otras para cubrir pérdidas de substancia de la cara que no interesaban la mucosa. Los colgajos utilizados con arteria temporal trasplantada garantizan permanentemente la buena nutrición de los tejidos, lo cual es una ventaja inmensa que poseen sobre otros colgajos, en los cuales, al cortar el pedículo en días anteriores, se les quitan todos los elementos propios de nutrición, y no siendo suficientes las relaciones neovasculares creadas en la parte marginal, sucumben a veces a la necrosis, por falta de pábulo nutritivo.

Nunca hemos visto sufrir a estos colgajos los efectos de la deficiencia de riego arterial; pero, en cambio, no es extraño observar en ellos el color y la turgencia motivados por la éxtasis de sangre venosa, y entonces, las medidas terapéuticas que ya hemos indicado en otro lugar serán aplicadas sin pérdida de tiempo, con lo que conjuraremos el peligro de amenaza.

Tanto si se coloca la superficie epitelial del colgajo de Dunhan

hacia fuera, como propone su autor, o hacia adentro, como lo he hecho en algunos casos, los resultados son verdaderamente favorables (figuras 12, 13, 14, 15, 16, y 17).

Los procedimientos de meloplastia por colgajos a la italiana estuvieron muy en boga antiguamente, y han vuelto a ponerse en vigor por algunos cirujanos, que lo utilizan preferentemente para la reconstitución de la comisura bucal y parte de la mejilla; pero las condiciones nutritivas son inferiores a las de los tejidos próximos y la desemejanza del color y del aspecto de la piel del brazo

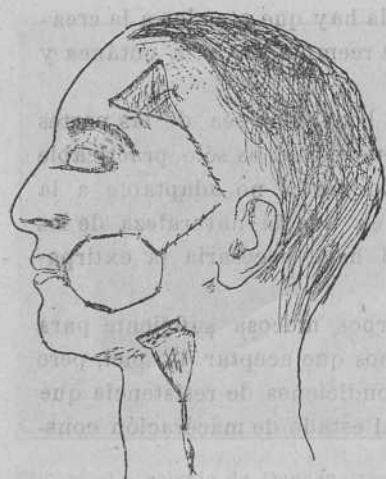


Fig. 14.—Operación de Dunhan.
Resultado final.



Fig. 15.—Meloplastia total a lo Dunhan.

y antebrazo con la de la cara es tan acentuada, que aun cuando la cicatriz que deja la pérdida de substancia producida al tomar el colgajo no es visible, los resultados estéticos no son superiores. Tratándose de reconstrucciones extensas, el colgajo que hay que trazar es muy grande, y no siendo muy abundante la circulación superficial de la piel del miembro superior, nos exponemos a que el pedículo no lleve la cantidad necesaria de materiales para subvenir a la vida del colgajo durante el tiempo que se requiere para el establecimiento de relaciones vasculares con los tejidos que le sirven de lecho. Por las razones apuntadas, nosotros elegimos siempre para la meloplastia zonas muy vascularizadas que puedan

soportar con el menor detrimento la presencia de la flora microbiana que siempre existe en la boca, por muchos cuidados que pongamos en anularla. Un colgajo que no lleve en los elementos sanguíneos de su propia circulación los factores necesarios para defenderse de la sepsis bucal, está constantemente amenazado de infección y puede comprometer el resultado de la plastia.

Como resultado de nuestro trabajo sobre meloplastias, podemos establecer las siguientes conclusiones:

Los métodos indiano y francés proporcionan trasplantados que se adaptan mejor a las nuevas funciones que los obtenidos de partes lejanas por el método italiano.

En toda plastia completa de mejilla hay que atender a la creación de dos superficies epiteliales que reemplacen a la cutánea y mucosa de esta parte de la cara.

La utilización de la mucosa de la boca, bien sea de las partes próximas o de la lengua, como propone Lexer, es sólo practicable en casos de pequeña pérdida, y, por lo tanto, no adaptable a la mayoría de los de la cirugía civil, en que la naturaleza de los procesos que motivan la intervención hace necesaria la extirpación de grandes segmentos.

Dada la dificultad de proporcionarnos mucosa suficiente para las plastias de esta naturaleza, tenemos que aceptar la piel, pero siempre reconociendo las inferiores condiciones de resistencia que tiene frente a la secreción salival y al estado de maceración constante que su adaptación le impone.

La permanencia en contacto con la saliva exige mucha vitalidad por parte del colgajo interno, que se ha de defender de las continuas asechanzas de la infección con que le amenaza el contenido séptico de la boca.

Los tejidos que mejores cualidades presentan a este fin son los de la frente y parte anterior del cuero cabelludo, reuniendo, además, la ventaja de poder encubrir con el pelo del colgajo la deformidad producida por la cicatriz.

Los inconvenientes achacables a los colgajos corrientes de la región frotal quedan completamente corregidos por la adopción de colgajos arterializados a lo Dunhan, que proporcionan trasplantaciones estéticas y firmes.

En toda la cirugía plástica de la cara en que los colgajos hayan de ponerse en contacto de la cavidad bucal, se exigen, además de

los cuidados de asepsia aplicables a toda intervención, unos de asepsización preliminar de la boca, en los que debe practicarse una limpieza minuciosa de los dientes, así como la extracción de las piezas enfermas.

Una hemostasia defectuosa puede ser suficiente para comprometer el éxito de meloplastias, que no presentan, por lo demás' ningún otro defecto.

La mascarilla clorofórmica puede acarrear gérmenes a la he-



Fig. 16.—Un colgajo de Dunhan trasplantado a región palpebral y malar.



Fig. 17.—Un extenso colgajo de Dunhan para cubrir partes superficiales consecutivamente a una extirpación de epiteloma.

rida operatoria, y en este concepto, todo lo que hagamos por administrar el anestésico por la vía extraoral, podemos considerarlo como un perfeccionamiento técnico de importancia.

Los colgajos insuficientes producen en la cara trastornos funcionales más grandes que en otras regiones; por eso nos preocuparemos en todo momento de contar con la retracción cicatricial, evaluada, aproximadamente, en una sexta parte de la extensión del colgajo, para ponernos a cubierto del ectropión, del trimus cicatricial y de otras enojosas consecuencias.

FIDEL PAGÉS,
Capitán Médico.

Más aportaciones acerca de la enfermedad impropiamente llamada "Encefalitis letárgica,"

Con la actual *encefalitis letárgica* está ocurriendo ahora lo que pasó con las tristemente famosas *bronconeumonías* de aquella primera epidemia del año 1918, que todos convinimos en llamar *gripal*, aunque, francamente, no se encontrase en la inmensa mayoría de los casos el bacilo de Pfeiffer por ningún lado.

Todo fueron entonces discusiones, polémicas, cabildeos, etc., y, en su afán de exhibicionismo unos, y por verdadero amor a la Ciencia otros, se formularon los más fantásticos descubrimientos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos, sin que por ellos disminuyese el número de defunciones, hasta que la propia epidemia fué acabando, por selección natural, con todos aquellos sujetos que por predisposición general infecciosa o por meiotragia orgánica, no pudieron defenderse contra ella.

Desde la primavera pasada ha vuelto a recrudecerse esta *convencional epidemia de gripe*, y parece ser que en esta segunda etapa al misterioso microorganismo de ella le dió por afincarse preferentemente en el aparato digestivo, provocando trastornos gastrointestinales tan serios, que a muchos hicieron pensar y creer en que era una terrible epidemia tífica la que nos amenazaba; sin embargo, ésta se dispó como por encanto apenas llegaron los primeros fríos, y a pesar de no haberse tomado medidas serias de profilaxis contra la misma.

Quizá ahora, a ese *invisible microbio*, cansado ya de intestinos y pulmones, le haya dado por hacer una visita (y más en estos tiempos, en que todos parece hemos perdido el seso) a aquellos pobres cerebros afectos de vicios e imperfecciones constitucionales o hereditarias, dando lugar a esa nueva enfermedad que se ha dado en llamar *encefalitis letárgica*, pero que, como luego demostraré, por lo menos debe perder el calificativo de *letárgica* y la pretensión de ser considerada como una nueva entidad morbosa.

Al tomar yo hoy la pluma sobre este asunto, no lo hago a humos de paja, sino basándome en mi propia experiencia personal. Los 5.000 gripales que asistí entre Laredo y la Sierra de Bar-

cina de los Montes (Burgos) cuando el Gobierno me comisionó en Octubre y Noviembre de 1918, mas los incontables enfermos que por mí fueron observados y tratados en clínicas militares, cuarteles y en mi clientela particular, me proporcionaron un rico material de estudio sobre las diversas manifestaciones y formas clínicas con que esta supuesta infección gripal ha ido exteriorizándose hasta el día de la fecha.

En mi estadística de gripales con bronconeumonías encontré apendicitis, infecciones gastrointestinales, septicemias, pueimias y formas esencialmente nerviosas.

Me ocuparé de estas últimas, que son las que más relación pueden guardar con la ya famosa *encefalitis letárgica*.

He aquí el producto de mis observaciones:

Caso primero.—Marinero de Laredo; invasión con los síntomas de reacción general propios de esta infección; a los dos días aparece la bronconeumonía, y cuando ya llevaba cinco mejoradísimo y, al parecer, curado de ésta, le estalla un delirio violento (agitación extrema, ligeras convulsiones, blasfemias y tendencia a la agresión y al suicidio); la temperatura, en progresión ascendente, desde los 38 grados llega a alcanzar hasta 41, y en este estado permanece durante cuatro días, alternando su agitación con períodos de sopor, de insensibilidad y de inmovilidad absoluta, aunque el enfermo abre mucho los ojos de vez en cuando; no comprobé síntomas oculopalpebrales de ningún género ni de parálisis en miembros; el enfermo, afortunadamente, curó, no sé si debido a su robusta naturaleza o a la medicación prescrita.

Segundo caso.—Asilado del Hospital de Laredo; después de dos días con síntomas generales de gripe, y sin localización especial alguna, le aparece un delirio furioso; cuando yo le visito le encuentro amarrado en su cama con unas gruesas cuerdas, cual si fuera una fiera, y en un estado comatoso profundo; el termómetro me marca 42 grados...; no compruebo síntomas paralíticos, y el enfermo muere a las cuarenta y ocho horas de su sopor.

Tercer caso.—Soldado del Hospital de Alcalá de Henares, convaleciente de una infección gripal de forma broncopulmonar; asiste a la visita de la mañana levantado, y conversa normalmente con un compañero de clínica, el Dr. Palacios Gallo, y apenas se trasladada éste a la cama del enfermo inmediato, se arroja rápidamente por una ventana próxima de la clínica, sin casi apercibirse los sa-

nitarios y enfermeros que acompañaban en la visita al referido compañero.

Cuarto y quinto caso.—Dos enfermos de mi clientela particular; ambos los ve en consulta conmigo el Dr. Juarros, hará próximamente un año.

El uno se refiere a una señorita de veinte años, la cual después de salir de un *cine* llega a su casa con un poco de dolor de cabeza, mareos, vómitos y fiebre de 37 grados y medio; su médico de cabecera, el Dr. Clairac, opina que se trata de una ligera infección intestinal, y prescribe un purgante, desinfectantes intestinales y dieta láctea; la enferma mejora al día siguiente y en el sucesivo, y después de esto, casi repentinamente, cae en un profundo letargo, y el termómetro sigue marcando entre 37 y medio y 38 grados. El Dr. Clairac piensa, y hasta cierto punto con razón, si el sopor en que ha caído la enferma será un estado de letargia histérica, y aconseja a la familia recabe mi modesta cooperación.

Cuando yo visito a la enferma, la encuentro sumida en estado comatoso; a fuerza de voces consigo hable conmigo y hasta le hago tomar una taza de leche; se halla inmóvil, insensible, en plena relajación muscular, sin reflejos; no hay parálisis oculares, y sí una ligera dilatación pupilar; la temperatura es de 38 grados y medio, guardando relación con el pulso. Yo, en vista de este cuadro, desde luego descarto la posibilidad de un síndrome histérico, y manifiesto a la familia que nos hallamos en presencia de un proceso cerebral obscuro de origen toxinfecioso, y que sería muy conveniente vieran a la enferma otros compañeros, siendo aconsejado por mi parte el Dr. Juarros, y por la de la familia, el prestigioso clínico D. Camilo Calleja.

Juarros celebró primero una consulta conmigo, y, a la verdad, Juarros quedó confuso y perplejo después de explorar a la enferma, diciendo a la familia: «No puedo decirles a ustedes lo que tiene; esto puede ser sintomático de muchas cosas; cuando veamos lo que dice el laboratorio, entonces podré hablar; ínterin, que siga Camino haciendo lo que se le ocurra.» En la calle discutimos el caso, y Juarros ya me apuntó la idea de si se trataría de una *encefalitis letárgica*. «Esperemos, no obstante—le dije,—a ver lo que dice mañana el Dr. Calleja.» Celebrada la consulta con éste, Juarros defendió un diagnóstico de cosas infectivas intestinales con repercusiones meningoencefálicas contra el de *meningitis tubercu-*

losa, afirmado por el Dr. Calleja. Yo, desde luego, seguí pensando en un proceso cerebral infeccioso de carácter agudísimo y de probable origen gripal (coincidía esto con el mayor apogeo de la epidemia en esta Corte).

Resultado de aquella consulta, extraer líquido céfalo-raquídeo y esperar a ver lo que éste nos decía.

A las cuatro de la tarde, y a presencia del Dr. Coca, practico yo la punción lumbar: el líquido sale claro y cristalino y a gran tensión; Coca lo recoge y lo lleva a su laboratorio.

Aquel mismo día vuelvo a las nueve de la noche, y me encuentro con que la enferma había fallecido. La familia me dice que pocos minutos antes de morir, el termómetro marcaba cerca de 43 grados (a las cuatro de la tarde, cuando yo la dejé, marcaba ya 41 grados y medio.)

Consignaré que desde que yo vi por vez primera a la enferma, en que la temperatura era de 38 grados y medio, ésta fué ascendiendo lenta y gradualmente (durante los tres días de mi observación), hasta llegar a los 43 grados que tenía a la hora de su fallecimiento. El coma, sopor o letargia fué también acentuándose cada vez más a medida que aumentaba la temperatura.

Dijonos después el Dr. Coca que el análisis del líquido céfalo-raquídeo y la inoculación de un cobaya dieron signos positivos de tuberculosis. Esto, por lo menos a mí, me desconcertó por completo, hasta el punto que le dije a Juarros que pensara bien lo que hacía si, como me anunció, presentaba el caso en la Médico-Quirúrgica, consignando como el primero que se daba en España de *encefalitis letárgica*. Juarros, a pesar de ello, allí lo llevó, con otro que más tarde vió también conmigo. Los dos casos se discutieron mucho; pero de allí no salió la confirmación diagnóstica de *encefalitis letárgica*.

El otro caso fué el de un médico amigo mío, joven de veinticuatro años, que después de pasar un día con cefalea intensa y fiebre de 38 grados, le estalla un furioso delirio, agresivo y destructor, acompañado de convulsiones. Pasado éste, que le dura cinco horas, cae en un coma profundo. Yo, que le visité ya en pleno coma, compruebo en él fiebre de 40 grados, dilatación pupilar, resolución muscular completa e insensibilidad absoluta; esto era a las diez de la noche. Al día siguiente, a las nueve de la mañana, el enfermo continúa más comatoso y con 41 grados y medio.

A las once lo ve Juarros, y a las dos de la tarde el enfermo fallece. Más tarde me dijeron que la reacción de Wassermann había dado resultado positivo.

Mas, a pesar de los signos positivos de tuberculosis y sífilis que el laboratorio arrojó en estos enfermos, yo he seguido pensando mucho sobre si el fallecimiento de los mismos sería o no debido a procesos *meningoencefálicos* de esta naturaleza. Y aun es la hora que no he desterrado la idea de si, a pesar de ello, muy bien pudo suceder que sobre el terreno *fímico* y *específico* de estos dos sujetos (los dos con taras neuropáticas) se sumase el *factor gripal*, y que éste, bien independientemente, o porque se asociase a una sífilis o tuberculosis meningocerebral latentes, fuese en realidad no sólo el causante de su muerte rapidísima, sino también del especial cuadro sindrómico que presentaron, muy distinto (como se habrá podido apreciar, sobre todo en lo que a la agudeza y curva térmica se refiere) a como ocurren las cosas en la meningitis tuberculosa y en los procesos cerebrales sífilíticos.

Tanto más cuanto que la afirmación del laboratorio sobre la existencia de tuberculosis y sífilis no excluye el que también pudiera existir el agente causal de la epidemia reinante (llamémosla *gripe*, como hemos convenido), tanto más cuanto que este tampoco ha podido ser hallado hasta la fecha en el líquido *cefalorraquídeo* de otros enfermos afectados de *encefalitis letárgica* que no eran ni tuberculosos ni sífilíticos.

Sexto caso. Tres soldados ingresan este verano en la Clínica de Medicina del Hospital militar de Alcalá de Henares, de la que yo estaba encargado; compruebo en ellos a su ingreso temperatura de 40° y un delirio tranquilo alternado con períodos de *sopor*; no aprecio síntomas paralíticos en miembros ni en globos oculares; el laboratorio, a pesar de los síntomas de ligera infección intestinal que presentan, no acusa la existencia del eslibacilo ni del Eberth; la invasión de la enfermedad en ellos ha sido rápida, y los tres fallecen en un lapso de tiempo que oscila entre tres y cuatro días, con temperatura de 42° en el momento de su defunción.

Séptimo caso. Enferma de mi clientela particular; treinta años; es atacada en Diciembre último de una infección gripal de forma digestiva, no muy intensa; mas, a los tres días de considerarse ya curada, comienza a experimentar cefaleas, vómitos y nueva reac-

ción febril de 38°, y con estos síntomas permanece veinticuatro horas, al cabo de las cuales la fiebre se eleva a los 40°, coincidiendo con la aparición de una parálisis contractural que invade casi todos los músculos de su cuerpo, por cuyo motivo la enferma no puede hablar ni efectuar movimiento alguno.

En esta situación, su médico de cabecera, D. Natalio Díaz, aconseja a la familia debe verla un especialista de enfermedades nerviosas, y con este motivo soy llamado en consulta.

Cuando visito a la enferma, compruebo en ella los síndromes siguientes: intensas parálisis contracturales en todas sus extremidades y en músculos de nuca y cara; en ésta existe un trismus enorme, que impide a la enferma alimentarse ni pronunciar una sílaba; no obstante esto, sus ojos permanecen muy abiertos (sin parálisis óculo-palpebrales), y expresando con ellos que se da cuenta de su estado y de cuanto la rodea; presenta además ligera dilatación pupilar, exaltación de reflejos y fiebre de 40°.

Con estos datos, y de acuerdo con el médico de cabecera, diagnostico el caso de infección gripal de forma *meningo cerebro-medular*.

Al día siguiente vuelvo a visitar esta enferma, observando que su estado contractural ha aumentado en cantidad e intensidad; que un sudor copiosísimo invade todo su cuerpo, y que la fiebre ha ascendido hasta los 41°; con estos síntomas llego a pensar si me hallaré en presencia de un *tétanos*; mas mis sospechas quedan desvanecidas cuando aquel mismo día por la noche la enferma experimenta una mejoría notable en su estado contractural, cosa que la permite moverse, hablar y tomar alimento; su fiebre también remite en un grado; este alivio dura toda la noche; mas al día siguiente entra en un coma profundo, y a las veinticuatro horas de él fallece, marcando el termómetro 42°.

Consideraciones clinicoterapéuticas.—La casuística que acabo de exponer demuestra bien claramente que la llamada *encefalitis letárgica* no merece ser considerada como una nueva entidad patológica, ni tampoco ser conocida por el calificativo de letárgica, con que hoy se la denomina, ya que la *encefalitis* ha mucho tiempo se halla descrita en los libros de Patología, y la *letargia* (si letargia es) cuando se presenta en esta enfermedad no constituye otra cosa que un síndrome más, entre los muchos con que una *encefalitis aguda* pueda hacerse ostensible.

Insistiré en fundamentar estas dos aseveraciones, para lo cual no estará demás que recordemos, aunque no sea más que esquemáticamente, qué debe entenderse por *encefalitis* y qué por *leturgia*.

Encefalitis.—Es la inflamación del cerebro provocada por agentes toxiinfecciosos (puemia, septicemia, gripe, sarampión, tifoidea, neumococia, viruela, escarlatina, etc., etc).

Esta inflamación encefálica podrá aparecer alguna vez como estado primitivo; pero lo más corriente es que sea consecutiva y que aparezca como complicación en el curso de procesos infectivos generales.

Anatomía patológica.—El estado inflamatorio podrá ser más o menos total o parcial, más o menos superficial o profundo, y en todos los casos, raro es que no tomen participación también las meninges; además, la inflamación podrá determinar desde el simple exudado inflamatorio seroso hasta el francamente purulento.

Síndromes.—En consonancia con la difusibilidad o localización de las lesiones *anatomopatológicas* y de la mayor o menor intensidad de éstas, así variará también el cuadro sintomático; pero, en términos generales, la enfermedad comienza por un período de excitación, caracterizado por vértigos, insomnios, trastornos visuales, convulsiones, ligero delirio, y, sobre todo, por cefalea y fiebre, que son los síntomas que más suelen destacarse.

Tras este primer período, que puede ser corto o durar algunos días, suele sobrevenir un alivio ficticio del enfermo; pero esta aparente mejoría no tarda en ser continuada por la aparición de síntomas convulsivos y delirantes, más violentos, que suelen alternarse con períodos comatosos más o menos duraderos, y en esta situación el enfermo puede durar varias semanas o caer bruscamente en un *coma* profundísimo, que casi siempre suele terminar en breve plazo con la vida del enfermo, muchas veces hasta sin haber sido precedido de fase de excitación.

En todos los casos, lo que no falta nunca es la *fiebre*; en ella deberá fijarse preferentemente la atención, porque acompaña al proceso desde sus comienzos, y porque en los casos graves y fatales es siempre de curva progresiva y ascendente hasta llegar a los 42° y décimas, y además porque ningún síntoma como éste sirve mejor para poder diferenciar una *encefalitis infecciosa* de esos otros procesos que también pueden dar lugar a síntomas so-

poríferos y comatosos (uremia, diabetes, histeria, catatonía, intoxicaciones, opio, etc., alteraciones circulatorias cerebrales, post-crisis epileptiforme, etc., etc.).

JULIO CAMINO,
Capitán Médico.

(Concluirá.)

VARIEDADES

Con el presente número publicamos el índice del *Manual legislativo de 1913*, que, como Suplemento, viene apareciendo en nuestra Revista.

* * *
Se ha sacado a concurso entre Inspectores provinciales de Sanidad civil la plaza de Subinspector de Sanidad del Reino, vacante por pase a la Dirección del Instituto de Alfonso XIII del doctor D. Jorge Tello.

* * *
Como verán nuestros lectores en la *Sección oficial*, se ha dispuesto que las Comandancias de tropas de Sanidad Militar de la 4.^a y 6.^a Regiones sean mandadas por Coroneles Médicos, quedando amortizadas las plazas de Teniente coronel de las mismas.

* * *
Han sido objeto de merecidos agasajos por parte de la clase médica los Dres. Gimeno y Verdes Montenegro, con motivo de la jubilación como Catedrático del primero y por los éxitos científicos del segundo.

* * *

El Dr. Sir Charles Valadier, Coronel de Sanidad del Ejército británico, pronunció el día 8 del corriente una interesante conferencia en nuestra Facultad de Medicina, acerca del *Tratamiento de los heridos maxilo-faciales*, dedicada a la Escuela de Odontología de esta Corte.

El disertante, que fué muy aplaudido, hizo un resumen de los procedimientos seguidos en los hospitales de guerra para el tratamiento de dichos traumatismos.

*
*
*

VARIETADES

Concursos.

Por Real orden circular de 29 de Abril último (D. O. núm. 98) se dispone se celebre concurso para la provisión de Jefes de los gabinetes radiológicos de los Hospitales de Badajoz y Melilla. Los Capitanes Médicos que deseen tomar parte en él promoverán sus instancias en el término de veinte días, a partir del día 1.º de Mayo, acompañando a sus instancias copias de sus hojas de servicios y de hechos que serán remitidas directamente al Ministerio de la Guerra por conducto reglamentario.

*
*
*

Han terminado los ejercicios de oposición a plazas de Farmacéuticos segundos, habiendo sido aprobados doce aspirantes, a quienes damos la enhorabuena.

Igualmente felicitamos al Sr. García Mercet, Presidente del Tribunal en dichas oposiciones, por la distinción de que ha sido objeto por sus compañeros de Tribunal, quienes le obsequiaron con un almuerzo en el restaurant Tournié, por el acierto con que desempeñó su cometido.

El presupuesto de Guerra del ejercicio de 1920-21

(SANIDAD)

De las Reales órdenes de 30 de Abril último, dando a conocer detalles del presupuesto de Guerra, entresacamos los siguientes referentes a nuestro Cuerpo:

Aumento de los sueldos de Alféreces a 2.500 pesetas y los Tenientes a 3.000.

Aumento de 25.000 pesetas la gratificación de material de la Academia de Sanidad Militar.

Se señalan 300 pesetas anuales para material de oficinas de la Inspección de los servicios farmacéuticos.

Los Jefes y Oficiales farmacéuticos percibirán el sueldo entero de su empleo por el presupuesto, dejando de ser cargo, por consiguiente, al servicio especial de ventas el $\frac{1}{2}$ de sueldo que venía sufragando.

La gratificación de especialistas concedida al personal del Hospital militar de Carabanchel corresponde única y exclusivamente a los Médicos.

Los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios auxiliares percibirán una gratificación de 75 pesetas mensuales.

Las gratificaciones de Agencias para las Comandancias de tropas de Sanidad Militar será de 300 pesetas.

Desaparece la gratificación para pequeñas reparaciones de material que tenía la Brigada de Sanidad Militar, señalando la de 500 pesetas para cada una de las ocho Comandancias de tropas de Sanidad Militar.

Para gastos de carácter imprevisto y menores que se originen a las Comandancias de Sanidad se asignan a cada una 1.200 pesetas.

Para instalación y entretenimiento de las salas de banderas y estandartes, se asignan a las ocho Comandancias de Sanidad 400 pesetas a cada una.

Para material de oficinas de las Inspecciones de Sanidad Militar se asignan 1.000 pesetas a la 1.^a región, 712 a la 2.^a y 4.^a, 570 a las restantes, 300 a las jefaturas de Mallorca y Tenerife, y 237 a las de Menorca y Gran Canaria.

Para adquisición de material sanitario, se incluyen 410.000 pesetas.

Para fomento de material sanitario de los Hospitales militares, 80.000 pesetas.

Para gastos de remisión de dicho material, etc., 40.000 pesetas.

Para fomento de material de dependencias, 325.000 pesetas.

Para gastos de remisión de dicho material, etc., incluso para recomposición de los carruajes y material de las Comandancias, que no puedan ser sufragados por la partida que para pequeñas recomposiciones de material se asigna a cada Comandancia, 355.000 pesetas.

Para adquisición de medicamentos y transportes de los mismos, etc., del Laboratorio Central de Medicamentos y Farmacias de los Hospitales militares, 887.400 pesetas.

Para fomento, etc., del material farmacéutico de los referidos Establecimientos, 80.000 pesetas.

Para medicamentos sin cargo, 170.000 pesetas.

En la Sección 13 (Africa) se suprime la partida de 5.500 pesetas para entretenimiento de carruajes de Sanidad, señalándose, en cambio, para pequeñas recomposiciones, a cada una de las Compañías mixtas, 250 pesetas.

Para material sanitario se incluyen 300.000 pesetas.

Para fomento del material sanitario de los Hospitales, 80.000 pesetas.

Para conservación y entretenimiento, 50.000 pesetas.

Para material sanitario de dependencias, 340.000 pesetas.

Para conservación y entretenimiento, incluso el de los carruajes a cargo de las tropas de Sanidad cuando no puedan éstas efectuarlo con la partida que tienen para recomposiciones, 130.000 pesetas.

Para medicamentos, 738.000 pesetas.

Para gastos de este servicio, 50.000 pesetas.

Para medicamentos sin cargo, 150.000 pesetas.

La plantilla señalada al Cuerpo de Sanidad Militar en los estados que acompañan a la Real orden circular de 30 de Abril último (D. O. núm. 98), es la siguiente:

*Sección 4.^a (Administración Central, Regional
y Cuerpos armados).*

Inspectores Médicos de 1. ^a clase.....	3
Idem id. de 2. ^a id.....	7
Coroneles.....	21 (1)
Tenientes coroneles.....	63 (2)
Comandantes.....	125
Capitanes.....	304
Tenientes.....	192 (3)
Alféreces.....	17
TOTAL.....	722

Sección 13 (Protectorado de Marruecos).

Coroneles.....	2
Tenientes coroneles.....	6
Comandantes.....	27
Capitanes.....	73
Tenientes.....	98
TOTAL.....	206

Sección 4.^a

Inspector Farmacéutico de 2. ^a clase.....	1
Subinspectores Farmacéuticos de 1. ^a clase.....	4
Idem id. de 2. ^a id.....	15
Farmacéuticos mayores.....	27
Farmacéuticos primeros.....	52
Farmacéuticos segundos.....	42
TOTAL.....	140

Sección 13.

Subinspectores Farmacéuticos de 2. ^a clase.....	1
Farmacéuticos mayores.....	3
Farmacéuticos primeros.....	7
Farmacéuticos segundos.....	17
TOTAL.....	28

- (1) Aumentada en dos. (R. O. C. 5 Mayo.)
- (2) Disminuída en dos. (R. O. C. 5 de Mayo.)
- (3) En estas cifras está incluída la Escala de Reserva (antiguos Ayudantes), no pudiendo precisarse el número en los empleos de Capitán y Teniente hasta que no se conozca la distribución de este personal.

En Real orden circular de 30 de Abril último (D. O. núm. 100) se señalan las plantillas del cuadro orgánico de la Guardia civil, con arreglo a la nueva ley de Presupuestos, asignando a Sanidad Militar ocho Médicos, sin especificar la categoría, distribuyéndolos: en la Dirección general, uno; en el primer Tercio, uno; en el 14.º Tercio, dos; en el 21.º Tercio, dos; en el Colegio de Guardias Jóvenes (Valdemoro), uno, y en la Sección Infanta María Teresa, uno.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Los sospechosos de tuberculosis y la radiología.—Delherm opina que diferenciar los tuberculosos en evolución de los tuberculosos latentes y de los no tuberculosos, no es siempre cosa fácil.

La radiología puede en muchos casos aportar un auxilio de incontestable valor en esta delicada exploración, en la cual no debe despreciarse ningún elemento que pueda esclarecer el problema.

La base de todo diagnóstico descansa siempre en el examen clínico, si bien este examen puede no suministrar pruebas de convicción absoluta. También se admite actualmente por todos los fisiólogos que el examen clínico debe ir acompañado del examen bacteriológico y de la exploración con los rayos X, el cual no debe limitarse el empleo de la radioscopía, sino que dicha exploración debe efectuarse con un aparato de gran potencia que permita la radiografía rápida. Tampoco debe limitarse a una vista de conjunto, sino que debe comprender radiografías localizadas a la región cuyo estudio interesa, debiendo ser completada por la estereoscopia to-

mada de preferencia en posición de pie y en el curso de un mismo año.

El autor pasa revista a las diferentes lesiones tuberculosas del aparato respiratorio, y fija las características radiológicas desde el punto de vista del diagnóstico diferencial.—(*Paris Médical*, Février 1919.)—J. P.

Los puntos de referencia anatómicos y los resultados de la anestesia para-vertebral.—Jentzer (*Revue Médical de la Suisse Romande*) da una clara descripción de la técnica de la anestesia para-vertebral, ilustrada por un esquema, un fotograbado y un resumen, deducido de una experiencia de treinta y dos casos.

Las ventajas del método las enumera por medio de las siguientes conclusiones:

- 1.ª Supresión de las eventualidades de muerte inmediata (cloroformo, 1 por 2.000; éter, 1 por 5.000).
- 2.ª Menor peligro de muerte consecutiva (bronconeumonías, hepatitis agudas, etc.).

3.^a Disminución del shock (comprobado hasta en los casos de amplias resecciones estomacales).

4.^a Posibilidad de hacer grandes intervenciones sobre enfermos debilitados.

5.^a Funcionamiento intestinal post-operatorio más rápido.

6.^a Ausencia de vómitos, algu-

nas veces náuseas, pero muy raras.

7.^a Hasta cuando la anestesia por la novocaina es insuficiente y hay necesidad de emplear el éter, se le administra en una cantidad infinitamente menor que en una narcosis normal.—(*Archives Médicales Belges*, Juin 1919.)—J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Estudio de 109 casos de «fiebre de las trincheras», con especial referencia a la condición del corazón. Crean y Barton (*Journal of the Royal Army Medical Corps*) han estudiado estos casos en una división que permaneció estacionada en Flandes desde el verano de 1915 hasta Febrero de 1916.

Observaron los siguientes tipos de fiebre:

1.º El tipo remitente, de fiebre remitente o intermitente, de cinco a tres semanas de duración.

2.º El tipo de recaídas: fiebre durante veinticuatro a setenta y dos horas, seguida de apirexia durante tres o seis días, con atenuación de los síntomas, y después recaída durante veinticuatro a setenta y dos horas, y así sucesivamente.

3.º El tipo indeterminado en el cual la fiebre toma la forma del tipo de recaídas, seguido del tipo remitente.

Los autores agrupan del siguiente modo los síntomas subjetivos y objetivos de la enfermedad:

Síntomas subjetivos.—Principio brusco, acompañado de cefalalgia

frontal, vértigos, debilidad y dolores en las piernas (sobre todo en las tibias), la espalda y más rara vez los muslos. Con frecuencia se quejan los enfermos de dolores de vientre. Dichos dolores se exasperan durante la noche, volviendo a presentarse con regularidad hacia las seis de la tarde. Constipación habitual, diarrea ocasionalmente, tos ligera.

Síntomas objetivos.—Pulso: 90 a 110, algunas veces con hipotensión. Herpes labial y facial en los casos graves. Alguna vez bronquitis. El corazón al principio no está afectado, pero al cabo de una semana se puede apreciar su dilatación o un primer sonido sordo en la punta, o ya este mismo sonido brusco con fuertes latidos. Rara vez un murmullo sistólico en la punta que no se propaga hacia la axila. Otras veces los síntomas (taquicardia, vértigos) no aparecen hasta que el enfermo se levanta para desaparecer cuando vuelve a acostarse.

El bazo se hace muy manifiesto en ciertos casos.

La enfermedad dura por término

medio tres semanas, pero los dolores en las tibias pueden subsistir más largo tiempo.

El tratamiento medicamentoso no dió buenos resultados, y el general consiste en prescribir el reposo en el lecho y asegurar un buen funcionamiento de los intestinos (calomelanos y sulfato de magnesia).

Los autores insisten sobre todo en la dilatación cardiaca que observaron en 21 casos; las modificaciones de los ruidos en 38, y la taquicardia en 3 casos.

Además, a propósito de las complicaciones cardíacas, parece que:

1.º El tipo de recaídas es menos frecuente que los otros.

2.º El reposo en la cama disminuye los peligros.

3.º El salicilato de sosa no da resultado.

El «corazón irritable», del cual se quejan tantos soldados, podría muy bien provenir de una fiebre de trincheras benigna.—(*Archives Médicales Belges*, Juin 1919.)—J. P.

SECCIÓN OFICIAL

- 23 Abril...—Real orden (*D. O.* núm. 95) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.^a Benita Mercedes Pons Carreras al Comandante Médico D. Juan Romeu Cuallado.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 95) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.^a María Salmerón López al Capitán Médico D. Servando Casas Fernández.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 95) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.^a Teresa Gaspar Ariza al Capitán Médico D. Juan Arenas Ramos.
- 27 » Real orden (*D. O.* núm. 97) concediendo seis meses de licencia, para asuntos propios, para Viena, Berlín y París, al Capitán Médico D. Félix Martínez García.
- 28 » Real orden (*D. O.* núm. 96) participando el fallecimiento del Inspector Médico de segunda clase D. Tomás Aizpuru Mondéjar.
- 29 » Real orden (*D. O.* núm. 98) disponiendo se celebre concurso para proveer las plazas de Capitanes Médicos Jefes de los Gabinetes Radiológicos de los Hospitales de Badajoz y Melilla.

29 Abril...—Real orden (*D. O.* núm. 98) concediendo la gratificación de efectividad que se indica a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Teniente coronel D. Juan García Fernández, Parque de Sanidad Militar, 500 pesetas por un quinquenio.—Comandante D. Nemesio Agudo de Nicolás, Instituto de Higiene, 500 pesetas por un quinquenio.—Capitanes D. Marcelo Userra Rodríguez, Academia de Artillería; D. Florencio Villa Pérez, Regimiento de Infantería de Castilla, 16; D. Joaquín González Alberdi, primera Comandancia de tropas de Sanidad Militar y D. José Ruiz Jaén, Hospital de Madrid-Carabanchel, 1.000 pesetas por dos quinquenios; y D. Roberto Soláns Labedán, quinto Regimiento de Zapadores Minadores, 500 pesetas por un quinquenio.

» » Real orden (*D. O.* núm. 98) concediendo la gratificación de efectividad de 500 pesetas anuales al Farmacéutico primero D. Miguel Campoy Irigoyen.

30 » Real orden (*D. O.* núm. 98) disponiendo que el Comandante Médico D. Fernando Fernández Buelta quede en situación de disponible en la primera Región.

» » Real orden (*D. O.* núm. 98) disponiendo que los Farmacéuticos primeros que se citan a continuación pasen a servir los destinos que se indican:

D. Adolfo González y Rodríguez, de la Farmacia militar de esta Corte, núm. 4, a la Junta facultativa de Sanidad Militar (art. 1.º, primera de antigüedad sin defectos); don José Mazón de la Herrán, del Hospital de San Sebastián, a la Farmacia militar de esta Corte, núm. 4 (art. 1.º, primera de antigüedad sin defectos); D. Hipólito García Bergasa, de la Farmacia militar de Jaca, al Hospital de San Sebastián (art. 1.º, primera de antigüedad sin defectos), y D. Andrés Cenjor Llopis, ascendido, de la Farmacia militar de esta Corte, núm. 2, a la de Jaca (art. 9.º).

30 » Real orden (*D. O.* núm. 98) disponiendo se tengan en cuenta las prevenciones que se citan para el ejercicio económico de 1920 a 1921.

» » Real orden (*D. O.* núm. 99) disponiendo que el Comandante Médico D. Aurelio Belsol Oria ejerza el cargo de Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de Burgos.

4 Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 102) designando para ocupar la vacante de Comandante Médico, existente en la Academia de Sanidad Militar, al de dicho empleo D. Jesús de Bartolomé Relimpio.

5 » Real orden (*D. O.* núm. 103) concediendo el empleo superior inmediato a los Tenientes Médicos siguientes: D. Joaquín Segoviano Rogero, D. Francisco Utrilla Belbel, D. Luis Marina Aguirre, D. Domingo Martínez Eroles, D. José Malva López, D. Angel Ortega Montealegre, D. Francisco Fernández Casares, D. Luis Jiménez Fernández, D. Carlos Sayalero y Martínez Delgado, D. Teófilo Zalaya Clavería y D. Amadeo Fernández Gómara.

» » Real orden (*D. O.* núm. 103) concediendo el empleo superior inmediato al Jefe y Oficiales Farmacéuticos siguientes: Farmacéutico mayor D. Juan Pericot Prats; Farmacéutico primero D. Gregorio Perán y Caro; Farmacéutico segundo don Carlos Sáez y Fernández-Casariago; Farmacéutico segundo D. Benjamín Ubeda Sánchez, y Farmacéutico segundo don Miguel Galilea Toribio.

» » Real orden (*D. O.* núm. 103) concediendo al Comandante Médico D. Fernando Muñoz Beato, Profesor de los cursos de Oftalmología del Hospital de Valencia, la gratificación de profesorado.

» » Real orden (*D. O.* núm. 103) concediendo al Teniente coronel Médico D. Antonio Solduga Pont, Profesor de los cursos de Ampliación de Cirugía del Hospital de Barcelona, la gratificación de profesorado.

» » Real orden (*D. O.* núm. 104) disponiendo que las plantillas totales de la Sección de Medicina del Cuerpo se consideren aumentadas en dos Coroneles Médicos, destinados a mandar la cuarta y sexta Comandancia de tropas de Sanidad Militar, amortizándose las dos plazas de Teniente coronel que actualmente figuran en presupuesto para dichos cargos.

7 » Real orden (*D. O.* núm. 105) disponiendo que el Capitán Médico D. Rafael Olivares Bel ejerza el cargo de Vocal de la Comisión mixta de Córdoba y el de igual empleo D. Miguel Roncal Rico el de Vocal substituto de la Comisión mixta de la misma provincia.