

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX.

Madrid, 15 de Mayo de 1929.

Núm. 5.

SUMARIO

Conceptos generales de los gases lacrimógenos desde el punto de vista médico, por FELIPE PÉREZ FEITO.—*Dos fracturas de cráneo,* por FEDERICO ARTEAGA.—*Homenaje a los Sres. Martín Salazar y Alabern,* por G. SIERRA.—*Variadas.*—*Prensa médico-farmacéutica:* Resistencia del bacilo tuberculoso a la putrefacción.—La tiña pelada curada radicalmente por los rayos ultravioleta.—Las secuelas oculares de los gases de combate.—La flictenoterapia: Nueva terapéutica.—Tratamiento de la erisipela por inyecciones intragláteas de leche, antitoxina diftérica y yodo.—*Prensa militar profesional:* Estandarización del material sanitario: El paquete de cura individual.—Recuerdos de un cirujano consultor del servicio de retaguardia. Conmocionados por explosión de obús.—*Bibliografía.*—*Sección oficial.*

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Mayo de 1929.

Conceptos generales de los gases lacrimógenos desde el punto de vista médico.

Son llamados gases lacrimógenos los que, actuando especialmente sobre el aparato lagrimal y en general sobre el globo ocular, producen un abundante lagrimeo, quedando el individuo en condiciones de debilitación tan manifiestas que, aunque no le ocasionen la muerte, por lo menos le imposibilitan para poder tomar parte activa en la lucha durante un plazo variable según la intensidad y composición del gas (P. Feito, "Gases lacrimógenos". *Memorial de Infantería*, Diciembre 1923).

Se trata de agentes químicos en estado líquido por lo general, de elevado punto de ebullición, lo que favorece su empleo en proyectiles artilleros y su esparcimiento sostenido durante algún tiempo por el terreno.

Dada la escasa actividad de gran número de estos lacrimógenos en las restantes partes del organismo, cayeron prontamente en desuso, por no compensar lo costoso de su preparación, acarreo, etc., con el práctico resultado que exigían las

necesidades de la campaña. Queda rebajado el empleo de ciertos productos de esta agrupación para obtener la retirada temporal de gran número de hombres (huelgas, motines, etc.) sin ocasionar bajas definitivas. El efecto que rinden es humanitario, toda vez que inutilizan temporalmente.

Los más importantes fueron: *Acroleína*, muy inestable y poco ofensiva, siendo sofocante por un olor de aceite enranciado. La *Bromoacetona*, ligero sofocante y poderoso lacrimógeno. Al 1 por 10.000 reacciona sobre la mucosa ocular, haciendo insoportable la estancia del individuo en esa atmósfera. Al 1 por 15.000 no se resiste más de tres minutos. En la cámara de experiencias, sometiendo ratas al 1 por 12.000 durante dos horas, mueren a las cuatro horas de la salida de dicho departamento. Este cuerpo se llamó vulgarmente Martonita (lacrimógeno de guerra o de Marte), ejerciendo su acción a la media hora de impregnar el terreno, durando su efecto eficaz cerca de tres días. La *Cloroacetona*, de propiedades idénticas al anterior, aunque menos sofocante, fué empleado por considerarse un buen lacrimógeno. Entre los componentes bromurados apenas si lograron aceptación los llamados aromáticos (bromuros de xililo, en combinación estrecha con tolueno y xileno), por requerir revestimientos de esmalte, el orto-nitrilo bromodifenil acético, de olor picante, productor de tumefacción pasajera en mucosa ocular, aparato lagrimal y altas vías respiratorias; el ácido dibromonitrometano, semipastoso y con tendencia a la evaporación; los bromuros de ácido, etc., por dificultades de envasarlos en granadas, acción débil, actividad o combinaciones con el metal del proyectil, etc., que obligaban, o bien el uso de preparados aislantes de plomo, caros y de gran peso para su transporte, o a colocarlos (como se hizo con la Bromoacetona) en un dispositivo vidriado interior. (Tricquet, "De la cristalería de Chosy-le-Roy"). Como suficiente lacrimógeno, por engendrar intenso dolor irritativo y lagrimeo abundante, pero de efectos no muy persistentes, se empleó el bromuro de beneilo. En concentraciones de 1 por 400.000 produce conjuntivitis y lágrimas, y al 1 por cerca de 2.000.000 se observan perturbaciones de reducción visual. En la cámara de gases, si se somete a un gato durante media hora en una atmósfera al 1 por 300, se percibe copioso

lagrimeo, sialorrea y flujo nasal defensivos, estornudos frecuentes y agitación manifiesta, cesando este conjunto sintomático a los pocos minutos de la salida de la cámara y no quedando más que una ligera apatía y somnolencia. La *Cloropicrina* o Nitrocloriformo, más que como lacrimógeno puro, se ha utilizado en asociación con fosgeno, diversas especies de arsinas, suparlita y gas mostaza o iperita. Posee una doble acción lacrimógena y sofocante de vías respiratorias, pero en este caso debe ser empleada en grandes concentraciones. Se retiene bastante bien sobre el terreno, encontrándose este producto a los seis días después de un bombardeo con este tóxico. Se aconsejaba, para controlar su presencia, remover alguna ligera porción del campo sospechoso, apreciándose entonces la aparición de lágrimas entre el personal encargado. Regla general: Prohibición absoluta de ocupar la zona donde se presente este lagrimeo, y mucho menos consolidar con carácter estacionario dicha ocupación. Existe la denominada prueba funcional orgánica, para graduar la relación concentrada de cloropicrina en una parcela determinada con el tiempo que tarda el ojo en verificar su oclusión involuntaria. Se basa en la sensibilidad de este órgano a la cloropicrina, cerrándose con mayor o menor rapidez según la mayor o menor saturación del terreno. El cloruro de fenilcarbamina es un irritante general de mucosas, y respecto a la ocular manifiesta su acción lacrimógena inmediata a concentraciones de 1 por 800.000, prosiguiendo su acción durante media hora. Hay imposibilidad de abrir los ojos y ligeros síntomas de irritación nasal y tramo superior respiratorio. A la concentración de 1 por 300.000 los efectos se acentúan en gravedad apreciable. Al 1 por 150.000 los fenómenos irritativos son tan penosos que hay que abandonar la cámara casi instantáneamente. En una atmósfera saturada de este producto al 1 por 2.000 se obtiene en el perro, a los cinco minutos de exposición, desbordamiento lagrimal y persistente salivación. Los cloruros de bencilo, fósforo, arsénico y cianógeno, los clorosulfonatos de etilo y de metilo, la racionita (clorosulfonato metílico en gran saturación en la clorhidrina, más bien sofocante), la yodoacetona, ciertas producciones órgano-metálicas (cinc, dietilo y dimetilo, muy inflamatorios en el aire, dan-

do origen a profundas quemaduras en general e incluso destrucción ocular), el cloruro de tionilo, etc., se usaron sólo en necesidades del momento, por impedirlo el elevado gasto, en unos casos, y las pocas aptitudes reaccionales, o el ataque de los componentes metálicos, en otros. El Chemical Warfare Service (Norteamérica) sólo ha adoptado la bromoacetona (condicional por descomponerse durante el almacenaje), el cianuro de bromobencilo (asociación cianhídrica al estudiado bromuro de bencilo) y la cloroacetofenona obtenida como aplicación de la síntesis de Friedel y Crafts en la preparación industrial y acetonas aromáticas (Arsenal de Edgwood-Chemical Company Midland y antes en la Fábrica de Dupont Neomurs du Wilmington). Es insustituible en motines, huelgas, etc., usándose en pistolas (para la policía), granadas de fusil y de mano (tropas regulares) y artificios de sacos y maletas (para portadores de caudales, empleados de banco, etc.). Una granada de mano cargada de cloroacetofenona, si se lanza en una calle de 20 metros de anchura, ejerce un violento poder lacrimógeno en un radio de acción de más de 30 metros de longitud, inutilizando por el violento lagrimeo a todos los comprendidos en dicho espacio, pero en forma temporal, cesando al poco rato todos los trastornos. Todos los gases lacrimógenos en proyectiles dan tiempo a que el adversario note los efectos, más bien de desmoralización, ocasionados por la sorpresa de su arribo, que los profundos en trastornos, que pudieran producirse.

El fin de estos cuerpos es el de excitar el lagrimeo, haciéndose intolerables por las molestias que ocasionan en los órganos de la visión, usándose en las operaciones de guerra para que, al repartirse en el terreno, abatan las energías y produzcan desórdenes bien apropiados. En pequeñas concentraciones obran irritando débilmente las mucosas, y en la ocular (conjuntiva) originarían una ligera inflamación que puede alcanzar a la córnea. La enfermedad comienza por calor conjuntival, sensación de picor y ardor y un abundante derrame de lágrimas. El gaseado se quita los protectivos que lleva, procurando evitar ese verdadero llanto. Las lágrimas hacen desaparecer lentamente los efectos de la cloropirina, pero en otros compuestos, como el bromuro de bencilo, esta acción aumenta por la dilución de dicho cuer-

po, exagerándose la incomodidad. En ocasiones es tan brusca la acción lacrimógena que no se pueden abrir los ojos, teniendo que caminar el individuo a tientas, como vulgarmente se dice. Al cabo de cierto tiempo, cuya duración es bien oscilable, remiten los síntomas, curando con rapidez, salvo los casos en que las concentraciones hayan sido grandes, en los que sobrevienen ulceraciones profundas, no sólo en las membranas oculares, sino en las vías respiratorias, acompañadas de fiebre, disminución o pérdida temporal de la palabra, dolor en la nuca y columna vertebral, pulso lento y fenómenos tráqueo-bronquiales. En este último caso la actuación ha sido tan fuertemente concentrada que obrarían cual los gases sofocantes, generalizando las lesiones.

Diagnóstico sintomático.—“El síntoma culminante del intoxicado por gas lacrimógeno es el dolor en la región ocular. Este puede ser muy intenso, como de quemadura profunda y constante. Si a este síntoma se añaden accesos de tos por irritación de órganos respiratorios y fenómenos de sofocación, que pueden llegar a procesos congestivos generalizados, edema pulmonar agudo, etc., hay que pensar en cetonas bromadas. En esta intoxicación el lagrimeo es continuo. Un dolor vivo, inmediato, que se presenta en ambos ojos instantáneamente, pero que calma con la aparición de las lágrimas y en relación con su cantidad (las lágrimas echan el dolor), acompañado de vómitos precoces, precedidos de un ligero estado nauseoso y con algunas manifestaciones respiratorias (bronquitis, traqueitis, congestión pulmonar) nos ponen sobre la pista de la intoxicación por la cloropierina. Si dicho dolor aumenta con la aparición de las lágrimas y en relación con su cantidad (las lágrimas llaman al dolor), acompañándose de escasas manifestaciones generales (digestivas, respiratorias), pero de fuertes reacciones conjuntivales y de un sabor aromático, según refiere el gaseado, se tratará de compuestos beniclicos. Estos mismos síntomas, con olor y sabor de almendras amargas, serían de las sales y derivados cianógenos.

Los síntomas pulmonares de la cloropierina pudieran confundirse con los de la inhalación del cloro, pero en este último las lesiones son más rápidas y graves.” (P. Feito,

“Gases lacrimógenos”. *Memorial de Infantería*, Diciembre 1923.)

He aquí un cuadro sintomático general de gases lacrimógenos:

SÍNTOMAS SUBJETIVOS	}	1.—Picor.....	}	Producido por rascarse los ojos como defensa de la irritación de los párpados.	
				Depende del tiempo de contaminación y grado de concentración del tóxico. <i>Empieza la inutilidad.</i>	
		2.—Irritación progresiva ...	}	Lagrimo.....	
				Fotofobia y después blefarospasmo.....	
3.—Astenopia acomodatriz.		Inutilidad disminuidora.			
Final.....		<i>Fenómenos de regresión.</i>			
SÍNTOMAS OBJETIVOS	}	Párpados.....	Inflamación típica...	}	a) Muy acentuado el lagrimo y enrojecimiento.
					b) A veces blefaritis ulcerosa.
		Conjuntiva	Inflamación típica. Poca tumefacción.	}	Escasa o nula secreción en los fondos de saco. Presencia inconstante de moco-pus en las lágrimas. A veces ligera inflamación periquerática.
		Córnea	Lesiones raras o bien alguna erosión que explica la fotofobia.		
		Iris	¿Congestión?	}	Miosis. Reacción defensiva a la luz.
			Nada de sinequias.		
Aparato lagrimal ...		Ninguna lesión. La hipersecreción es debida a irritación de la pituitaria.			
Segmento posterior.	}		Raramente alteraciones de fondo de ojo.	}	Congestión veno-retiniana ...
					Neuro-retinitis que desaparece pronto.
				Aspecto nuboso de la papila. Decoloración del segmento externo del disco óptico. Edema de retina.	
		Exploración del campo visual.			A veces ligeramente reducido.

Las manifestaciones oculares de los gases sofocantes son análogas a las mencionadas anteriormente, estando en papel secundario ante los fenómenos graves de carácter general que presentan en los restantes órganos.

En los vesicantes (tipo iperita) las lesiones del ojo (1) son las primeras en aparecer (desde las diez horas, término medio) en los expuestos a este tóxico sin careta protectora. La afinidad que tiene este producto por los tejidos húmedos explica esta apatencia especial. *Los síntomas subjetivos* son:

- a) Dolor en relación con el picor.
- b) Lagrimeo por supradicha afinidad hacia las mucosas (ocular y pituitaria).
- c) Fotofobia que provoca el blefaroespasmo.

Ante esta triada sintomática el sujeto anda rehuendo la luz, con la cabeza baja, y se opone a las tentativas exploratorias de separación de los párpados.

Los síntomas objetivos se distribuyen en tres formas:

1.^a Benigna.—Piel con lesiones atenuadas de quemadura. Párpados rojos, dolorosos al tacto, sin edema y cerrados por el blefaroespasmo. “La conjuntivitis es de un rojo vivo, sobre todo marcada en la región correspondiente a la hendidura palpebral, que presenta dos triángulos rojos de base vuelta hacia el limbo, sujetos a modo de débil banda rojiza que contornea el limbo esclero-corneal. Secreción escasa o nula, lagrimeo moderado, fotofobia poco intensa, que provoca una miosis fácil de vencer por la atropina. Nada de lesiones corneales” (Dr. Denhaene).

2.^a Media.—Piel grisácea, esfacelándose las capas superficiales. Fotofobia con blefaroespasmo rebelde, precisando el empleo de algunas gotas de cocaína para el reconocimiento ocular. Secreción moco-purulenta. Conjuntivitis intensa. “Se perciben dos triángulos en región intrapalpebral, blanco brillantes, con base vuelta del lado del limbo, elevados por un quemosis bien ostensible. Estos triángulos, reunidos por una débil banda contorneando el limbo por arriba y por abajo, destacan sobre el fondo vivo del resto de la mucosa conjuntival. La córnea presenta algunas descamaciones epiteliales, que se ponen en evidencia con alguna gota

(1) Si el sujeto ha sido atacado durante el sueño se observa unas fuertes inyecciones vasculares, situadas en la parte inferior del globo ocular, porque durante esta fase, la hendidura palpebral, cuya oclusión no es perfecta, corresponde al polo inferior del ojo. Si el sujeto es atacado sin dormir, se ven dos triángulos vasculares rojos, de vértice en el ángulo y la base cerca de la pupila. El eje de estos triángulos corresponden al ecuador ocular. (Información confidencial de los Aliados. París 1918.)

de florescina” (Dr. Denhaene). No se observa en el iris inflamación, y por tanto exadudos ni sinequias. Hay miosis, explicable por la congestión de la membrana y por la fotofobia.

3.^a Grave. — Acentuación de los síntomas enumerados (edema de los párpados, epidermis con gruesas flictenas, secreción purulenta abundante, “ulceraciones de los bordes ciliares, sobre todo de ángulos” (Dr. Denhaene). Ulceraciones consecutivas a descamación epitelial de córnea, violentos dolores, fotofobia por blefaroespasmo casi invencible, coincidiendo con un grave estado orgánico por los restantes síntomas respiratorios, circulatorios, etc., siendo el resultado fatal en plazo breve.

Pronóstico.—De lo expuesto se deduce un pronóstico para los gases lacrimógenos no tan sombrío como a primera vista pudiera pensarse.

Es bien conocido el informe del Cuerpo de Sanidad del Ejército expedicionario norteamericano, en cuyas conclusiones se anota treinta veces menos casos de ceguera engendrados por estos gases en relación con los otros medios de guerra.

El objetivo práctico, que era el suprimir en el menor tiempo posible el mayor número de combatientes, lo cumplían a satisfacción, pero en las lesiones rápidamente mortales a esta variante lacrimógena pocos casos la incumben.

Tratamiento.—En las clínicas especiales de gaseados se trataron con las debidas precauciones para evitar accidentes desgraciados las lesiones debidas a la actuación sofocante de la iperita y otros agentes capaces de aumentar el poder del tóxico agravando al paciente. Es obligatorio en estos estados, el reposo en el lecho, bebidas calientes y régimen lácteo.

FELIPE PÉREZ FEITO,

Comandante Médico.

(Concluirá.)

DOS FRACTURAS DE CRÁNEO

El objeto de esta modesta exposición es presentar dos casos de fractura de cráneo, una abierta y otra cerrada, que por su riqueza sintomática, la precisión de los signos recogidos, su alcance terapéutico y su comprobación necrópsica, los hacen, a mi juicio, en extremo interesantes. Procuraré hacer un resumen de los mismos sin omitir detalles importantes y deteniéndome en los puntos de más relieve clínico.

El primero, el de fractura abierta, nos lo ofrece el hijo de un guardia civil de esta ciudad, muchacho de veinte años, que por contrariedades de amor se ha disparado un tiro en la sien derecha, con una pequeña pistola de las que llaman mataperros por su pequeño calibre y por la ligera carga de su proyectil, pero que no sólo pueden servir para matar perros, sino también hombres, como puede apreciarse por los efectos que describiré.

A su ingreso en el Hospital Militar se le aprecia un coma profundo, con algidez considerable, pulso hipertenso y lento, 40 pulsaciones por minuto, y respiración estertorosa y desigual. Solamente se aprecia una pequeña herida, orificio de entrada del proyectil, situada unos 2 centímetros por encima del arco cigomático derecho y equidistante del ángulo externo del ojo y del trago. Ptosis palpebral del lado derecho y midriasis y estrabismo divergente del mismo lado. El diagnóstico clínico, como se ve, no puede estar más claro, fractura de cráneo, compresión cerebral y lesión del motor ocular común (destrucción o compresión intensa). Pero quisimos también el diagnóstico radiológico que nos lo dió y admirable el Comandante Médico D. José Amo Slocker, haciendo una radiografía en proyección lateral y otra en antero-posterior, localizando el proyectil a nivel de las apófisis clinoides anteriores, hacia su base. La indicación era la intervención inmediata consistiría en suprimir la compresión exclusivamente, puesto que, dada la profundidad del proyectil, no era prudente ir en su busca y así fué; muy hábilmente ayudado por el Capitán Médico Sr. Segalerva y como cloroformizador el Sr. Amo,

procedí de la siguiente manera: Incisión crucial de ramas horizontales paralelas al arco cigomático y otra perpendicular a la anterior y cortándose ambas precisamente en el orificio de la piel ya descrito; dicha incisión, en profundidad, llegó hasta los planos óseos. La rama inferior de la incisión vertical fué más corta por impedirlo en la profundidad el arco cigomático, cuyo hueso estuve casi decidido a cortar para facilitar las maniobras sobre el orificio del cráneo hecho por el proyectil. En la incisión de los planos musculares nos asaltó intensa hemorragia arterial de alguna rama de la temporal superficial. Llegamos al orificio del cráneo el cual tenía poco más de medio centímetro de diámetro, era bastante redondeado y estaba tapado por una esquirla que adaptábase a él perfectamente y que, una vez quitada, dió salida violenta a dos grandes coágulos sanguíneos (en cuyo momento, según el Capitán Médico Sr. Leiva, que tomaba el pulso al lesionado, subió el número de pulsaciones de 40 a 100, y se hizo menos tenso), después sangre rutilante en gran cantidad, cuya hemorragia se cohibió pinzando la arteriola que sangraba (rama de la meníngea media, siendo una casualidad que la lesión no alcanzase al tronco mismo). El orificio óseo estaba situado por encima de la parte media de la porción vertical del ala mayor del esfenoides, y el trayecto del proyectil estaba marcado por la destrucción de la masa cerebral del polo anterior del lóbulo temporal.

Para hacer bien la limpieza de la masa cerebral contundida, con la pinza de Quervain se amplió hacia arriba la abertura craneal, y como tropezase con el ala menor del esfenoides, observando que entre ésta y el frontal había una hendidura, preferí trepanar también con la misma pinza la fosa cerebral superior poniendo al descubierto el lóbulo frontal y evitando así que en dicha fosa se albergasen exudados infectos que pusieran en peligro el éxito de la intervención, quedando así bien observado no solamente lo contundido sino también las meninges sanas que rodeaban el foco. Limpieza del foco y amplio drenaje del mismo con gasa. Las curas consistieron en irrigación diaria abundante con suero fisiológico, y al cabo de sesenta días cicatrizó la herida perfectamente, estando el lesionado muy bien de estado general. Sin embargo, localmente han quedado las siguientes lesiones: pér-

dida completa de la visión en el ojo derecho y paresia de los músculos inervados por el motor ocular común, pero con notable tendencia a regresar, hasta el extremo de que la adducción y depresión del globo ocular son casi completas, la miopía ha disminuido mucho, así como la ptosis.

Estos datos de marcha clínica posterior nos facilitaron considerablemente la reconstrucción del trayecto del proyectil hasta su parte más profunda, así como su localización en el momento del accidente; la lesión del nervio óptico (destrucción total con la compresión del M. O. C. nos hacen suponer el proyectil alojado en el esfenoideas por delante del agujero óptico, es decir, correspondiendo a la base de la apófisis clinoides anterior y de acuerdo con la radiografía.

Hace unos dos meses fui llamado a Tendilla, pueblo de esta provincia, por el médico titular del mismo, para practicar una craneotomía en una traumatizada de cráneo. Era ésta una señora de cuarenta y cinco años, embarazada de cinco meses, que fué atropellada por una moto, recibiendo el golpe en la cadera izquierda y lanzada violentamente contra una acera, en cuyo borde chocó la cabeza en la parte derecha de la región occipital por detrás de la apófisis mastoides y a la altura de su base. La lesionada fué explorada por mí dos días después del accidente, y como datos anteriores recogí que había quedado sin conocimiento en el acto, pero que, poco a poco, había adquirido sensibilidad y movimiento. No obstante, aunque esto es cierto, en el momento de la exploración la enferma no contesta a ninguna pregunta, y si bien tiene al parecer íntegros todos los movimientos de las extremidades, son éstos incoordinados y sin finalidad. Los reflejos cutáneos y tendinosos son normales, pero fijándonos mucho en su cara observamos una ligerísima desviación de la comisura labial izquierda hacia este lado, y pellizcando a la enferma, conseguimos emitiese algunos sonidos inarticulados para que se pronunciase más la asimetría facial; el ojo derecho, al cerrar ambos, quedaba un poco más abierto que el izquierdo; y al poner una luz ante los ojos de la enferma, ésta la seguía en su movimiento hacia el lado derecho,

pero hacia el izquierdo, el globo ocular derecho quedaba estrábico en divergencia y tenía ligera midriasis.

Estos signos nos hicieron suponer, aunque como digo eran poco perceptibles, una parálisis facial periférica y una parálisis del motor ocular común; había habido epistaxis por la ventana nasal derecha, y mirando el conducto auditivo derecho, encontrándole lleno por un coágulo sanguíneo; la fractura de base de cráneo es evidente y su trayecto también muy claro; partiendo de la fosa cerebral posterior había roto el peñasco y había seguido por la parte interna de la fosa cerebral media hasta el esfenoides, cuyo hueso había roto la inserción del ala mayor al cuerpo y el cuerpo mismo pasando a etmoides. ¿Pero había depresión o hundimiento de la bóveda en el sitio traumatizado? Por exploración local no la apreciamos, y como no había signos de foco, la desecharmos, admitiendo en este punto el origen de la fisura que antes hemos trazado. El estado general de la enferma era muy grave, el pulso frecuente (lo que nos hizo desechar la compresión) y depresible. Pronosticamos muy mal, y aunque el diagnóstico estaba hecho con toda certeza, quisimos no omitir detalle y practicamos punción lumbar, dando salida, gota a gota, a un líquido sanguinolento. La abstención operatoria era la indicación. La lesionada murió a los tres días, y en la autopsia comprobó el compañero del pueblo nuestro diagnóstico lesional y topográfico.

Parece ser, ante tanta claridad diagnóstica, que los traumatismos craneales nos habían de animar por su locuacidad sintomática, pero no es así; los grandes traumatismos son evidentes en todas sus partes, pero los pequeños nos sobrecojen porque desconocemos su alcance y porque tenemos la evidencia de que el cerebro es el órgano más tolerante de la economía, sobre todo en su parte cortical, pues aun la zona motora soporta compresiones y afecciones que no las soportaría el mismo tejido celular.

Recuerdo, a este propósito, un caso de absceso cerebral de origen ótico por otitis media supurada, que permitía la deambulacion, y sólo algunas décimas de fiebre atribuidas a la otitis, presentando el enfermo síntomas de foco un día antes de morir, y en la autopsia se apreció un gran absceso

cerebral de unos 250 gramos de pus precisamente sobre zona motora.

Otro caso de tolerancia absoluta por parte del cerebro en relación con el estado general nos lo ofreció una mora en el campamento de Tafersil a raíz de la ocupación de Tissi-Asa, en que en unión de un hermano suyo y por su pie, presentóse en mi tienda-botiquín al día siguiente de un paqueo al poblado de Buhafora, no habiendo aquejado más molestias que la parálisis del brazo derecho, y cuando me disponía a afeitarla la cabeza para curarla una herida extensa de bóveda craneal en la región parietal izquierda, donde se veía masa encefálica, protestó y dijo que ahí tenía poca cosa, que ella quería la curasen su brazo.

Por esto creo debemos, ante un traumatismo de cráneo de mediana violencia, ser muy parcos en pronosticar bien, y por otra parte, podemos asegurar que cuando hay signos cerebrales evidentes las lesiones son muy notables.

En el momento de terminar estas cuartillas, y como dolorosa comprobación de lo que acabo de decir, ingresa en el Hospital Militar de ésta un sargento del Regimiento de Aerostación, que ha caído de seis metros de altura juntamente con un trozo de escalera de incendios, y por darse probablemente con el gancho de hierro terminal de la misma, se ha producido las siguientes lesiones: Una herida contusa de unos siete centímetros de longitud paralela a la ceja derecha, curva como ella, y que arrancando de su mitad se dirige hacia abajo y afuera para ganar la región malar en su parte más superior. Es la primera cura que efectúo en dicho Centro, y como observo crepitación bajo el borde superior de la herida, suspendo toda cura provisional, mando rasurar los alrededores de la herida y todo el cuero cabelludo, desinfecto el campo con alcohol-éter y iodo e indico la necesidad de la intervención. Este lesionado no ha sufrido el menor indicio de conmoción cerebral, ni de signo de foco alguno; su pulso un poco deprimido y ligeramente frecuente y excitación general, como corresponde al ligero shock emocional del traumatismo.

Ayudado en la misma forma por los señores antes indicados, procedo a hacer una incisión vertical de unos diez centímetros de longitud, que forma un ángulo agudo abierto

hacia arriba y adentro con la herida antes descrita; la incisión llega en profundidad hasta los planos óseos, y al levantar el colgajo así formado se encuentra en su vértice y adherida a él la esquirla principal, que es separada de un tijeretazo y que tiene el tamaño de una moneda de cinco céntimos; en dicho momento surge del tegumento una abundante hemorragia arterial procedente de la orbitaria y nos encontramos con que el hueso frontal tiene una extensa abertura, cubierta de esquirlas, situada por debajo del origen de la cresta temporal y por detrás de la eminencia supraorbitaria; se hace esquirlectomía hasta poner bien al descubierto las meninges que recubren el lóbulo frontal y que, afortunadamente están integras, no habiendo más que una ligera lesión de la duramadre que está ligeramente rota en una extensión de un centímetro y arrugada. Agrandé la abertura ósea y saqué una esquirla de lámina interna, que se introducía bajo la parte anterior de la rotura ósea. Restauré la herida traumática con unos puntos de sutura dejando abierta y drenada con gasa la quirúrgica.

Todos los días lavo abundantemente la herida con suero fisiológico; avanza la granulación rápidamente; hace doce días que le operé y no ha tenido fiebre, ni modificación del pulso; su estado general es muy bueno, sigue en tratamiento. Véase cómo una lesión tan importante no ha producido ni síntomas generales ni locales de cerebro; por esto, cada vez soy más parco en el pronóstico de los traumatismos craneales.

Este apéndice inopinado nos podía hacer transformar el título del artículo llamándole ahora "Tres fracturas de cráneo"; pero como nuestro propósito era hablar de las mismas con lesión cerebral, no lo modificamos.

FEDERICO ARTEAGA,
Comandante Médico.



Homenaje a los Sres. Martín Salazar y Alabern.

Entusiasmo grande y adhesión unánime ha producido la idea de rendir un homenaje de admiración y cariño a los eminentes maestros de la Medicina militar española D. Manuel Martín Salazar y D. José Alabern y Raspall.

Por su cultura, por sus enseñanzas, por su modestia y por su bondad, dejaron en cuantos cargos se confió a su pericia una imborrable estela de gratos recuerdos, que por estar en el alma de todos, despertaron fácilmente al ser evocados por primera vez. De ahí el entusiasmo y la adhesión.

Pero es que, además, el acto en proyecto tiene alguna mayor significación.

En estos momentos en que los pueblos del más variado régimen político coinciden en rendir los más entusiastas homenajes a la vejez, quieren los médicos militares que en su venerada Institución quede esta idea como norma, para que aquellos que ascendieron a donde sólo se llega por el camino del trabajo científico, para que aquellos que alcancen una vejez laboriosa tras un incesante trabajo honrado en beneficio de la colectividad a cuya dignificación consagraron su vida y su honor no desaparezcan del Cuerpo por el límite del tiempo, sino que les otorgue el cariño de los suyos lo que no pudo concederles la legislación.

Y nadie mejor para la personificación de esta idea entre los médicos militares españoles, que Salazar y Alabern.

Como médicos, como profesores, como hombres, llegaron a lo más alto; y cuando terminó lo que puede llamarse su vida oficial, es cuando sus compañeros, sus discípulos, y cuantos se honraron o se beneficiaron de sus enseñanzas, les admiran, les consagran y organizan ejemplares fiestas de la inteligencia para ofrendarles su corazón.

¡Dichosos mil veces ellos, que en la quietud de su hogar podrán disfrutar de este lenitivo poderoso contra las ingratitudes del olvido!

.....
Aún no pueden darse detalles de la fiesta, que revestirá este año extraordinaria solemnidad por celebrarse el 27 de

Junio, festividad de la Virgen del Perpetuo Socorro, patrona del Cuerpo de Sanidad Militar.

Aparte los actos religiosos del día, la Academia de Sanidad Militar celebrará la sesión homenaje, bien en su local, o en otro mayor que se anunciará oportunamente, cuando se conozcan todos los detalles del acto.

Después de la sesión, se descubrirán las lápidas dedicadas a Salazar (Laboratorio de la clase de Higiene Militar) y a Alabern (Instituto de Higiene militar), celebrándose por la noche el banquete anual del Cuerpo, que este año se dedicará a ambos señores.

En los números próximos, y abusando del bondadoso conducto de la Revista, por ser humanamente imposible contestar particularmente, se dará cuenta de las adhesiones y cantidades recibidas para esta gran fiesta, que siendo de un gran honor para los festejados lo es igualmente para los que saben realizarla.

G. SIERRA.

Homenaje al Dr. Alabern.

En el Hospital Militar de Barcelona se ha verificado un homenaje al Dr. D. José Alabern Raspall, Inspector de Sanidad Militar y Decano honorario de los Médicos de Cámara de S. M.

Presidió el acto el Capitán general D. Emilio Barrera, acompañándole en el estrado presidencial el General Gobernador Militar accidental, el reverendo Doctor Padre Castro, S. J., el ilustre Doctor y Académico D. Juan Viura, el laureado artista y escritor D. Apeles Mestres, y los Coroneles Médicos D. Manuel Puig y D. José Castellví.

El Inspector de Sanidad Militar D. Francisco Soler y Garde ocupó la tribuna, y después de leer un telegrama del doctor Alabern, excusando su asistencia y agradeciendo el homenaje, expuso la finalidad del acto que se celebraba, motivado por la jubilación del citado Doctor en el cargo de Médico de Cámara de SS. MM., y fundamentándolo en el deseo

de ofrecerle en representación de los Jefes y Oficiales de Sanidad de la cuarta región, el testimonio de admiración y respetuoso cariño, justo tributo a una dilatada vida consagrada por entero a la ciencia, al deber y al honor en su grado máximo. Aun temiendo lastimar la delicada modestia y fina sensibilidad moral del Dr. Alabern, tan enemigo de alabanzas y agasajos literarios, consideró un deber exponer su noble figura a las jóvenes generaciones médicas, como modelo del médico militar que consagra su cabeza a la Ciencia, su corazón al Ejército y su vida a la Patria.

Trazó a grandes rasgos la biografía del Dr. Alabern, nacido en Barcelona el 9 de Septiembre de 1852, describió su vida austera dedicado al deber y al trabajo, su altruísmo profesional, su mentalidad prodigiosa, su cultura enciclopédica. "No es de extrañar, dijo, que haya sido Médico de Reyes, porque todo es regio en su contextura moral".

Después del discurso del Sr. Soler, que fué muy aplaudido por la distinguida concurrencia, se leyó, por el Teniente Coronel Médico D. Francisco Molinos, el texto del pergamino que los Médicos Militares de la guarnición de Barcelona ofrendan al Dr. Alabern y habló el Capitán general de la región, Sr. Barrera, para asociarse con entusiasmo a la idea, enalteciendo con cálida frase la figura del homenajeado, una de las personalidades más relevantes de ese Cuerpo de Sanidad Militar que ha dado honra y prez a la Nación y cuyo personal, por su ciencia, su abnegación y altruísmo, constituye una gloria para el Ejército y para la Patria.

La numerosa y distinguida concurrencia que llenaba el salón de actos del Hospital Militar, cautivada por le erudita y amena conferencia del Dr. Soler y Garde y el elocuentísimo y sentido discurso del Capitán general, aplaudió con entusiasmo a los distinguidos oradores.

VARIEDADES

Al otorgar S. M. el Rey la jubilación del cargo de Médico de Cámara de la Real Facultad al Exemo. Sr. D. José Alabern y Raspall, Inspector Médico en situación de reserva, le ha

concedido, con la llave de gentil-hombre, el nombramiento de Decano honorario de los Médicos de Cámara.

* * *

V Congreso internacional de Medicina y Farmacia militares.

Como estaba anunciado, el V Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares ha tenido lugar este año en Londres el 6 de Mayo, cuya reunión ha tenido su apertura en el gran Hall de la Asociación Médica británica. El número de representantes, de casi todos los países, ha sido 1.100 miembros, incluyendo 800 delegados extranjeros y 300 ladies. El Congreso ha sido inaugurado por Sir Laming, Secretario del Ministerio de la Guerra.

* * *

En la Academia de Sanidad Militar, bajo la presidencia del Inspector Médico Excmo. Sr. D. Eduardo Semprún, en la que le acompañaban los Excmos. Sres. Ministro plenipotenciario de Méjico, Inspectores Médicos D. José Masferré, D. Pedro Pietro, D. Angel Rodríguez y el de Farmacia don Félix Gómez, se verificó el día 26 del pasado mes de Abril, con la solemnidad debida, el acto de recibir de manos del Teniente Coronel Médico Dr. D. Tomás Rodríguez Perrín los mensajes de confraternidad y cariño que el Cuerpo de Sanidad Militar y la Escuela de Medicina Militar de aquel país dirigen por su conducto a nuestro Cuerpo y a nuestra Academia.

Tras de la presentación, hecha por el Inspector Jefe de la Sección de Sanidad Militar, Sr. Masferré, el Dr. Sr. Gutiérrez Perrín hizo entrega de los mensajes, contenidos en artísticos pergaminos, y pronunció un brillante discurso, en el que, a la galanura de la frase, correcta dicción y persuasiva elocuencia, se hacía patente la consideración y el amor a nuestra Patria, en la que el Sr. Perrín vió la luz y pasó años de su juventud estudiando en la Universidad de Valladolid. Hizo presente cuánto Méjico ama a España, considerándola siempre como madre, y como madre enaltecida siempre.

Después de la lectura de los mensajes y de breves palabras de gracias pronunciadas por el Coronel Médico D. Die-

go Segura al recibir el dedicado a la Academia, el Inspector Jefe de los Servicios de Higiene del Ejército, Sr. Semprún, tras de entonar en bellas y sentidas frases un himno a la hermosa tierra mejicana y a sus mujeres, hizo presente cuánto agradece el Cuerpo de Sanidad Militar de España el conmovedor saludo de aquellos hermanos de raza y profesión, de cuyo saludo siempre conservará imborrable recuerdo la Sanidad Militar española.

El elocuente discurso del Sr. Semprún fué premiado con calurosos aplausos por los numerosos Jefes y Oficiales del Cuerpo que llenaban el salón de actos de la Academia, así como también expresaron con nutridos aplausos la satisfacción que les producían las afectuosas palabras que pronunció el Sr. Perrín y el delicado rasgo de los compañeros de aquella hermosa nación.

Al acto asistieron, con el personal civil de la Legación de Méjico, los agregados militares de la misma.

Los concurrentes fueron obsequiados con un excelente lunch.

El texto de los mensajes es el siguiente:

El General de Brigada, Médico Cirujano que suscribe, Jefe del Departamento del Cuerpo Militar Médico, a nombre de dicha Institución, se honra presentando sus respetos al excelentísimo Sr. General D. José Masfarré y Jugo, Jefe del Cuerpo de Sanidad Militar de España, con motivo de la visita a la Madre Patria del Sr. Teniente Coronel D. Tomás G. Perrín, Profesor de la Escuela Médico-Militar de México, y le manifiesta la altísima estimación que los Médicos Militares mexicanos tienen a los Médicos Militares españoles y el deseo que acarician de estrechar relaciones de sincera confraternidad, ya que tanto deben a la cultura española de la que siempre se muestran orgullosos.—México, 1.º de Febrero de 1929.—Firmado.—*Enrique C. Osornio.*

El General de Brigada, Médico Cirujano que suscribe, Director de la Escuela Médico Militar de México, a nombre de los profesores y alumnos, y con motivo de la visita a la Madre Patria del Teniente Coronel M. C. D. Tomás G. Perrín, Profesor de la Escuela, tiene el honor de enviar un cordial saludo al Sr. Coronel D. José García Montorio, Director de la Aca-

demia de Sanidad Militar de Madrid (España), y al Cuerpo docente a sus órdenes.—México, 1.º de Febrero de 1929.—Firmado.—*Enrique C. Osornio.*

* * *

Continuando el ciclo de conferencias desarrolladas en el Hospital Militar de Barcelona, el Teniente Coronel Médico D. Francisco Molinos disertó sobre "Interdependencia y acción recíproca de la actividad mental y de la vida orgánica".

Comenzó el Sr. Molinos exponiendo cómo la vida y la psicología se influyen mutuamente, y explicando dicha influencia por medios biológicos, conceptúa la emoción como uno de los fenómenos donde se hace más evidente la relación entre la actividad mental y la vida orgánica.

Explana detenidamente la teoría periférica de las emociones, iniciada por Lange, ampliada en su base orgánica por William James y Sergi y completada por el disertante, que conduce a una comprensión clara y precisa de la emoción.

Conceptúa aquélla como un sentimiento complejo que tiene sus raíces en la vida de nutrición, perturbada de distintos modos por la acción psíquica, que obra como excitante sobre un centro común emotivo localizado en el suelo del cuarto ventrículo en realización de contigüidad con los orígenes de los nervios craneales de esta región, así como de las anastomosis que en diferentes puntos de sus trayectos se establecen con el sistema nervioso de la vida vegetativa, dando lugar esta acción nerviosa a los numerosos síndromes pasionales, tanto depresivos como exaltativos, que la psicología describe como característicos de cada emoción en particular.

La brillante y erudita conferencia del ilustre psiquiatra Dr. Molinos, a la que supo dar especial amenidad, fué acogida con sumo agrado y premiada con nutridos aplausos por la distinguida concurrencia que llenaba la Sala de Actos del Hospital Militar.

La conferencia que tenía a su cargo el Teniente Médico D. Emilio Maté versó sobre la "Fisiopatología de los centros estriados".

Comienza el conferenciante exponiendo la anatomía mo-

derna de dichos núcleos, sus vías de enlace y su fisiología, detallando con extensión el síndrome aquinético hipertónico o síndrome pallidal, y dando, también, concreta idea del síndrome del neoestriatum o síndrome diaquinético hipnótico.

Describe luego las localizaciones anatomopatológicas, especificando la parte que dichos núcleos toman en las enfermedades de Parkinson, síndromes parkinsonianos, enfermedad de Wilson, corea, atetosis, mioclonia, enfermedad de Westfall y Strumpell y distonía lenticular.

Termina el Sr. Maté presentando un enfermo de síndrome parkinsoniano post-encefalítico.

La notable conferencia del joven y distinguido compañero fué premiada con nutridos aplausos.

El General Soler y Garde puso de relieve algunos conceptos del disertante, al que felicitó efusivamente, dando las gracias a la numerosa concurrencia, que ha acogido con creciente interés esas conferencias científicas, y aludiendo a la presencia de algunos Jefes en situación de reserva y retirados (el eminente cirujano Dr. Solduga y el ilustre bacteriólogo Dr. Farreras, entre ellos) dijo que representaban el pasado glorioso del Cuerpo y fuerza impulsora de actividades científicas como las que tan brillantemente había puesto de manifiesto el Teniente Maté.

Con motivo del Centenario del Cuerpo de Carabineros, se han presentado al Concurso científico *29 trabajos*, habiéndose concedido una sola Medalla de oro, que se otorgó al titulado: *Etiología y Patogenia del Ejército en general y especial del Cuerpo de Carabineros*, de que es autor el Coronel Médico Dr. González Granda.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

RESISTENCIA DEL BACILO TUBERCULOSO A LA PUTREFACCIÓN.—Los Dres. According y Palméri (*Rif. Med.*, 27 de Febrero de 1928) dicen que el *bacillus* de Koch es

uno de los microorganismos más resistentes a los agentes externos, como la temperatura, la sequedad, el agua, excepción hecha de la luz solar.

Esta peculiaridad del germen es debida a la cubierta grasosa que la envuelve y su gran contenido lipoide. Las observaciones sobre su capacidad de resistencia a la putrefacción eran escasas y contradictorias. Palmieri recuerda el caso de un hombre de edad de veintiún años, que fué exhumado después de cuatro meses de enterrado, y cuya muerte fué debida a la tuberculosis pulmonar.

Pues bien; a despecho del estado avanzado de putrefacción, fueron observadas lesiones tuberculosas en el pulmón, en las cuales numerosos bacilos fueron reconocidos y teñidos por el método Ziehl-Neelsen, así como por los de Gram y Bozelli. La inoculación a animales comprobó la experiencia.—*M. M. S.*

...

LA TIÑA PELADA CURADA RADICALMENTE POR LOS RAYOS ULTRAVIOLETA.—Los Médicos mayores franceses MM. Alinet y Berges refieren (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Marzo de 1928) un caso de tiña pelada, generalizada al cuero cabelludo, las cejas, la barba y el bigote, tratada sin éxito por los medios habituales y que fué curada rápidamente y por completo con aplicaciones de rayos ultravioleta en dos series de irradiaciones.

Otros casos de curación por los rayos ultravioleta han sido ya observados. La técnica varía algo según los autores. Jausión sensibiliza previamente sus enfermos con la *gonacrina*. La irradiación general prolongada de la luz, tal

como ha sido aplicada en el caso que aquí se relata, parece dar los más favorables resultados.—*M. M. S.*

...

LAS SECUELAS OCULARES DE LOS GASES DE COMBATE.—El Teniente Médico francés J. A. Parlange publica en *Archives d'Ophthalmologie* (Febrero 1929) un interesante y extenso trabajo de la Clínica Oftalmológica de la Universidad de Burdeos.

Existen afecciones oculares observadas en intoxicados (atrofias papilares, hemeralopia, nistagmus, glaucoma, etc.) que sería aventurado atribuir a los gases. Pero existen secuelas de origen indudable, debidas especialmente a iperita, que interesan por lo anterior únicamente. Los trastornos congestivos de las membranas profundas, que se aprecian en las intoxicaciones agudas, desaparecen sin dejar alteraciones anatómicas ni funcionales.

Las *secuelas cicatriciales*, en la conjuntiva, son lineales, poco extensas y asientan en región pericorneana. En la córnea consisten en opacidades más o menos densas, parciales o totales (córnea porcelánica).

Las *secuelas no cicatriciales* constituyen el síndrome conjuntivo-límbico. Se caracterizan por: 1.º, una vascularización conjuntivo-límbica anormal, con vasos rojo-carmín, dilatados y flexuosos; 2.º, una modificación de la región límbica en algunos puntos: la porción escleral del limbo aparece más opaca y más extendida que de costumbre; 3.º,

una anestesia o una hipoestesia al nivel de esta porción límbica alterada; 4.º, brotes de conjuntivitis recidivante.

El tratamiento de este síndrome comprende:

1.º Evitar la repetición de la conjuntivitis. Para ello, instilar de tiempo en tiempo algunas gotas de un colirio de borato de sosa y adrenalina, huir de atmósferas viciadas e irritantes y corregir los defectos de refracción.

2.º En el período de conjuntivitis: colirios de argirol o sulfato de cinc; cristales ahumados.

3.º Combatir la hiperhemia conjuntival: Colirio débil de sulfato de cinc con una fuerte proporción de adrenalina, o instilar unas gotas de solución de adrenalina al milésimo.

Si el enfermo, con un fin principalmente estético, desea un tratamiento radical de la vascularización, puede apelar a los recursos preconizados contra los angiomas y varices de la conjuntiva: pomada de precipitado rojo, inyecciones de percloruro de hierro al 12 por 100, toques con lápiz de sulfato de cobre, escarificaciones repetidas, ligadura, extirpación, cauterización ígnea, electrolisis.—*Mario Esteban.*

* * *

LA FLICTENOTERAPIA: NUEVA TERAPÉUTICA.—De los *Archivos Médicos Franco-Hispano-Americanos* tomamos la siguiente nota de una nueva terapéutica. El profesor Carlos Richet ha presentado ante la Academia de Ciencias una nota del Dr. Lassablière en la que éste da a cono-

cer los efectos biológicos y terapéuticos de la autoterapia por la serosidad de los vejigatorios.

Una serie de experiencias demuestra que esta serosidad extraída de los enfermos atacados de enfermedades infecciosas y después de inyectada a los animales favorece la fagocitosis, posee propiedades inmunizadoras y no provoca fenómenos de anafilaxia. En el hombre que padece tuberculosis, sífilis y algunas afecciones mentales, el Dr. Lassablière ha obtenido resultados muy alentadores con esta medicación. En 12 tuberculosos hizo desaparecer los bacilos en un 50 por 100. Nueve sífilíticos han visto por este método desaparecer la reacción de Wasserman. El mismo doctor ha observado grandes mejorías en enfermedades mentales, como la parálisis general. El asunto merece fijar la atención y seguir estudiándolo.—*M. M. S.*

* * *

TRATAMIENTO DE LA ERISPELA POR INYECCIONES INTRAGLÚTEAS DE LECHE, ANTITOXINA DIFTÉRICA Y YODO.—Por salirse de la doctrina reinante de antígenos y anticuerpos, vamos a citar esta nota del Dr. Kraus (*Med. Klin.*, 24 Febrero 1928) sobre el tratamiento de la erisipela. El autor refiere 45 casos de erisipela en adultos, 15 de los cuales fueron tratados con inyecciones intraglúteas de leche, 15 con antitoxina diftérica y 15 con aplicaciones locales de yodo en tintura. Los resultados fueron como siguen: Curación rápida después de las inyecciones de 5 c. c. de

leche esterilizada durante diez minutos al calor. Igual dosis de antitoxina diftérica no fué tan eficaz; y el tratamiento local no modificó el curso de la enfermedad. La sola contraindicación de

las inyecciones de leche parece ser la tuberculosis pulmonar con tendencia a la hematemesis. No hay explicación plausible del efecto beneficioso de las inyecciones de leche.—M. M. S.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

ESTANDARDIZACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO. EL PAQUETE DE CURA INDIVIDUAL.—La ponencia de la Comisión de Ginebra (Coronel Hauser, suizo, y profesor Denolis, del mismo país) ha llegado a las siguientes resoluciones, que han sido adoptadas por dicha Comisión:

1.ª El paquete debe ser de superficies planas.

2.ª Debe estar encerrado bajo dos cubiertas, por lo menos, de las cuales la interior debe ser impermeable indefinidamente.

3.ª Sobre la cubierta exterior deberá llevar impresas de manera aparente y fija:

a) Una o más cruces rojas, o cualquier emblema equivalente, tales como cruz, león o sol rojos.

b) Las palabras "cura individual" en la lengua nacional.

c) Un signo indicador del modo de abrir el paquete, y, en la envoltura siguiente, su modo de empleo.

4.ª La cura misma debe ser plegada de tal manera que sea fácil de abrir y de aplicar.

5.ª El contenido mínimo del paquete debe consistir en una venda y dos compresas, de este modo:

a) Una compresa fijada en la venda.

b) Una compresa móvil adosada a la venda.

c) Una venda.

Uñtado: trama, 12 hilos por centímetro cuadrado.

Composición de la compresa: gasa y uata, tres quintas partes de uata por dos de gasa.

6.ª El lugar para buscar la compresa debe estar indicado por un signo bien visible (hilo de color).

7.ª *La cura debe ser perfectamente estéril y continuar siéndolo indefinidamente.*—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Abril 1928).—J. P.

* * *

RECUERDOS DE UN CIRUJANO CONSULTOR DEL SERVICIO DE RETAGUARDIA, CONMOCIONADOS POR EXPLOSIÓN DE OBÚS.—Al principio de la gran guerra, decía el Inspector general Médico del Ejército francés, M. Delorme, y en el curso y terminación de la misma se hizo sentir la necesidad de establecer centros neurológicos a distancia o en la proximidad de los frentes, siendo los individuos conmocionados por la

explosión de obús evacuados a retaguardia más o menos rápidamente, habiendo sido considerados como simuladores por algunos médicos que los habían tratado.

Yo no podía participar de estas prevenciones, y aconsejaba que antes de dar un veredicto negativo se sometiera al herido a un examen profundo, autorizado y suficientemente detenido.

Una parálisis vesical durante dos semanas, comprobada en los primeros heridos observados en Nancy, y sobre todo el tinte hemorrágico del líquido céfalorraquídeo, afirmaban la posibilidad de lesiones materiales.

Otro caso observado muy de cerca, al cabo de doce años de haber sufrido la conmoción al estallar un obús, como resultado de la cual el individuo fué lanzado al suelo y presentaba los primeros signos de la conmoción cerebro-medular, o sufría cons-

tantemente de la cabeza y de vértigos cuando tenía que subir la escalera para actuar en su oficio de pintor, teniendo que suspender el trabajo en ciertos periodos, presentando también una pérdida notable de la audición. Como no se dió gran valor a estos signos subjetivos, no pudo concedérsele la pensión a que indudablemente tenía derecho.

Basándome, pues, en lo que he visto y leído, este capítulo, entonces nuevo y hoy bastante cultivado y en parte esclarecido, podría hacer fijar la atención de los jóvenes cirujanos del Ejército, llamados tal vez en el porvenir a funcionar en las zonas de vanguardia, en aquellos signos primitivos precisos, más o menos fugaces, que constituyen los elementos más preciosos para establecer un diagnóstico.— (*Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française*, Octubre-Novembre 1928).—J. P.

BIBLIOGRAFÍA

Parálisis radial y trasplatación tendinosa, por Leandro Martín Santos, Jefe del Equipo Quirúrgico de San Sebastián.

Dada la frecuencia en Cirugía de Guerra de la parálisis radial que suele determinar incapacidad permanente, y teniendo en cuenta la escasa fe que en la actualidad se tiene en la sutura o neureólisis del tronco nervioso, el autor se inclina a la tenoplastia, porque en menor tiempo puede obtenerse la reintegración funcional más o menos completa.

Después de pasar revista a las indicaciones de la sutura nerviosa y de fijar con criterio anátomo-fisiológico las de la trasplatación tendinosa, aborda el Dr. Martín Santos la resolución de los dos problemas que tratan de obtenerse con la trasplatación, a saber:

1.º Restablecer el equilibrio de la mano, estableciendo la extensión de la misma, es decir, su flexión dorsal; y

2.º Extensión de mano y de dedos.

El restablecimiento de que se trata da ocasión al autor para estudiar el resultado de la unión de unos músculos con otros, dando la preferencia para lograr la extensión de los dedos al palmar mayor, cuyo tendón, largo y fuerte, llega a los extensores y reemplaza su función con gran facilidad.

Describe, después, los tiempos de la intervención que aconseja para simplificar la trasplatación, citando a continuación las cinco observaciones en indígenas, cuyos excelentes resultados pone de manifiesto, auxiliándose de expresivos y magníficos fotograbados.

El trabajo del Dr. Martín Santos, representa una lucida contribución a la cirugía traumática de los miembros y viene a sumarse a las numerosas observaciones publicadas por el joven y experto cirujano.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

8 Abril.—Real orden (D. O. núm. 79) concediendo autorización al Farmacéutico Mayor D. Luis Maíz Eleicegui para trasladarse a Roma ostentando la representación de la Cruz Roja Española, para que tome parte en la segunda reunión de la comisión encargada de estudiar la protección a la población civil en la guerra química.

9 Abril.—Real orden (D. O. núm. 79) disponiendo que el Teniente Coronel Médico D. Rodrigo Moya Litrán vuelva a su anterior situación de disponible voluntario en la cuarta región.

10 Abril.—Real decreto (D. O. núm. 79) autorizando la ejecución por gestión directa de las obras de consolidación del Hospital Militar de Valladolid.

13 Abril.—Real orden (D. O. núm. 83) disponiendo se celebre con-

- curso para la provisión de una vacante de Capitán Médico existente en el Servicio de Aviación (Aeródromo de Getafe).
- 15 Abril.—Real orden (D. O. núm. 83) destinando al Hospital Militar de Urgencia de esta Corte al Coronel Médico D. José Potous Martínez.
- 15 Abril.—Real orden (D. O. núm. 84) disponiendo que el Capitán Médico D. Rafael Andrés Blanco pase a prestar sus servicios al Equipo Quirúrgico núm. 1 (Melilla) como ayudante de manos.
- 15 Abril.—Real orden (D. O. núm. 84) disponiendo que el Teniente Médico D. Juan Martínez Martínez pase destinado a El Tercio.
- 15 Abril.—Real orden (D. O. núm. 84) disponiendo que el Teniente Médico D. Luis Muñoz Briz pase destinado al Batallón de Montaña de Reus, núm. 6.
- 15 Abril.—Real orden (D. O. núm. 87) disponiendo se autorice a los Inspectores, Jefes y Oficiales Médicos y Farmacéuticos que lo soliciten, para asistir por su cuenta y sin derecho a dietas, viáticos ni indemnización alguna, al V Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares, que tendrá lugar en Londres, y al I Congreso Internacional de Aviación Sanitaria, que se celebrará en París.
- 16 Abril.—Real orden (D. O. núm. 87) suprimiendo la Farmacia de la Academia General Militar y disponiendo que el Farmacéutico segundo asignado a ella pase de plantilla a la del Hospital Militar de Zaragoza.
- 18 Abril.—Real orden (D. O. núm. 86) designando al Farmacéutico mayor D. Ramón Fraguas Fernández para ocupar la vacante existente en el Laboratorio Central de Medicamentos.
- 19 Abril.—Real orden (D. O. núm. 88) concediendo dos meses de licencia, por asuntos propios, para varios puntos del extranjero, al Farmacéutico segundo D. Emilio Sánchez Fernández.
- 20 Abril.—Real orden (D. O. núm. 88) nombrando al Comandante Médico D. Jesús Bravo Ferrer y Fernández para ocupar la vacante de Jefe del Laboratorio de Análisis del Hospital Militar de Sevilla.
- 20 Abril.—Real orden (D. O. núm. 88) concediendo a petición propia al Comandante Médico D. Víctor Manuel Nogueras el pase a situación de reserva.
- 22 Abril.—Real orden (D. O. núm. 90) disponiendo que el Comandante Médico D. Alfonso Areces Matilla desempeñe el cargo de Jefe del Gabinete de Radiología del Hospital Militar de Alcalá

- de Henares, sin perjuicio de su destino del Depósito de Seminales de la primera Zona pecuaria.
- 22 Abril.—Real orden (D. O. núm. 90) declarando desierto el concurso anunciado por R. O. C. de 15 de Marzo último (D. O. número 57) para proveer la plaza de Jefe del Equipo quirúrgico núm. 2 (Rif) y se anuncie nuevamente entre Comandantes y Capitanes Médicos.
- 22 Abril.—Real orden (D. O. núm. 90) confirmando la concesión de la Medalla de Africa hecha al Comandante Médico D. Luis Modet Aguirrebarrena.
- 22 Abril.—Real orden (D. O. núm. 90) concediendo cuatro meses de licencia, por enfermo, para San Sebastián, Madrid, París, Vittel y Niza, al Comandante Médico D. Aniceto García Fidalgo.
- 22 Abril.—Real orden (D. O. núm. 90) rectificando la antigüedad que se le concedió al Teniente Coronel Médico D. José Serret Tristany en la Cruz de San Hermenegildo.
- 22 Abril.—Real orden (D. O. núm. 90) concediendo el retiro al Teniente Coronel Médico D. Ignacio Cornet Palá por haber cumplido la edad reglamentaria para obtenerlo.
- 22 Abril.—Real orden (D. O. núm. 90) clasificando al Coronel Médico en situación de reserva D. Venancio Plaza Blanco con el haber pasivo de 900 pesetas mensuales.
- 23 Abril.—Real orden (D. O. núm. 90) publicando relación de Generales, Jefes y Oficiales que en el presente año ocuparán los últimos puestos de la primera mitad de las escalas respectivas, a los efectos de lo ordenado para el ascenso por elección: En Sanidad Militar: Inspector Médico de segunda D. Eduardo Coll Sellarés; Coronel Médico D. José Potous Martínez; Teniente Coronel Médico D. Lucas Zamora Monterrubio; Comandante Médico D. Antonio Montalvo Melero; Capitán Médico D. José Escobar Delmás, y Teniente Médico D. Pablo Martínez Santos.
- 24 Abril.—Real orden (D. O. núm. 91) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Coroneles: D. Valentín Suárez Puerto, disponible en la primera región, al Hospital Militar de Coruña, como Director (artículos 5 y 10) y D. Manuel Molín Guerra, disponible en la primera región, a Director del Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife y Jefatura de Sanidad Militar de Canarias (artículos 5 y 10).

Teniente Coronel: D. Eloy Fernández Vallesa, ascendido, del

Hospital y Enfermerías del Rif, al Hospital Militar de Mahón, como Director (arts. 5 y 10).

Comandantes: D. León Romero Corral, supernumerario sin sueldo, vuelto a activo, al Hospital Militar de Coruña (art. 1); D. Victoriano Peche Blanco, ascendido, del Servicio de Aviación en el aeródromo de Getafe, a la Fábrica de Armas de Trubia (art. 1); D. Ramón Fiol Paredes, del Depósito de Recría y Doma de Jerez, a la Pirotecnia y Fábrica de Artillería de Sevilla (art. 1); D. Bernardo Lizaur de la Calle, disponible en la segunda región, a la Yeguada Militar de Jerez (art. 1); D. Gregorio Fernández Lozano, de la asistencia al personal de la Escuela Superior de Guerra, a la de Generales, Jefes y Oficiales disponibles, de reemplazo y de reserva en Madrid (art. 1); don José Fernández Casas, del Hospital Militar de Tetuán, a la asistencia al personal de la Escuela Superior de Guerra (artículo 1); D. Mariano Alba del Olmo, de la Yeguada Militar de Jerez y en comisión en la Fábrica Nacional de Toledo, a la misma Fábrica, en plaza de plantilla (art. 1) y D. Juan Altube Fernández, disponible en la segunda región, al Depósito de Recría y Doma de Jerez (art. 10).

Africa.

D. Ignacio Pardo Lardies, de la asistencia a Generales, Jefes y Oficiales disponibles, de reemplazo y de reserva en Madrid, al Hospital y Enfermerías del Rif, en segundo turno (F.) y don Juan Ribaud Ballesteros, de la Fábrica Nacional de Toledo, al Hospital Militar de Tetuán (V.).

Capitanes: D. Francisco Muruzábal Sagués, del Regimiento Infantería Ceuta, 60, al séptimo Regimiento de Artillería ligera (art. 1) y D. Miguel Castrillo Peinado, Ayudante de manos del Equipo Quirúrgico, 5 (Larache), al Regimiento Infantería Cuenca, 27 (art. 10).

Africa.

D. Cecilio Martín González, del Batallón Cazadores Africa, 1, al Regimiento Infantería Ceuta, 60 (V.).

Tenientes: D. Manuel Muñoz Jiménez, de las Intervenciones Militares de Tetuán, al segundo grupo de la segunda Comandancia de Sanidad (art. 10) y D. Juan Ortega Mesa, del Grupo

de Fuerzas Regulares Indígenas de Larache, 4, al Hospital Militar Madrid-Carabanchel (art. 1).

En plaza de Capitán, con arreglo a la Real orden de 17 de Noviembre de 1924 (D. O. núm. 259).

D. Estanislao Orero Chávarri, del segundo grupo de la segunda Comandancia de Sanidad, al Batallón Cazadores Africa, núm. 1 (F.) y D. Ignacio García Rodríguez, de los Fuertes del Ferrol y en comisión en el Regimiento Infantería La Victoria, 76, al Batallón Cazadores Africa, 18, cesando en la expresada comisión (F.).

Alféreces de complemento: D. Emilio García Vicuña, en prácticas de su empleo en el primer grupo de la primera Comandancia de Sanidad, a la misma Comandancia y grupo, en plaza de Teniente Médico, y D. Ramón Bonet Galán, del segundo grupo de la segunda Comandancia de Sanidad, cesa en el destino y queda adscripto a la Capitanía general de la tercera región y afecto a la Inspección de Sanidad Militar de la misma.

Jefes y Oficiales Médicos a quienes comprende el apartado a) del art. 2.º del Real decreto de 9 de Mayo de 1924 (C. L. núm. 227):

Coronel, el número 1 de la escala.
Tenientes Coroneles, los números 1 y 2.
Comandantes, del 1 al 3.
Capitanes, del 1 al 7.

Jefes y Oficiales Médicos que habiéndoles correspondido destino forzoso a Africa han sido exceptuados por los motivos que se expresan:

Comandantes: D. Luis Huerta Burgos, de reemplazo por enfermo, y D. Juan Luis Subijana, de reemplazo por enfermo.

Jefes y Oficiales Médicos a quienes comprende el art. 13 del expresado Real decreto (probable destino a Africa antes de seis meses):

Comandantes: D. Antonio Valero Navarro, D. Ricardo Murillo Ubeda y D. José Amo Slócker.

Capitanes: D. Adrián López Orozco, D. Arturo Alaejos García, D. Antonio Barbería Vázquez, D. Eduardo Orense Rosende, D. Ildefonso Villoria García y D. José Riera Pers.

- 24 Abril.—Real orden (D. O. núm. 94) disponiendo que el Farmacéutico segundo D. Antonio Contreras Morales quede destinado en el Hospital Militar de Zaragoza.
- 27 Abril.—Real orden (D. O. núm. 94) destinando al Comandante Médico D. Francisco Gómez Arroyo a la Inspección general de Intervención y Tropas Jalifianas, disponiendo cese el de igual empleo D. Florencio Ferrer Menguijón en la comisión que desempeñaba en la referida Intervención general y se incorpore a su destino de plantilla del Hospital de Urgencia, y destinando a los Tenientes Médicos D. José Boned Andrés a las Intervenciones militares del Rif, y D. Tomás Sort Rubies a las de Goma-ra-Xauen.
- 27 Abril.—Real orden (D. O. núm. 94) disponiendo que el Teniente Médico D. Honorio Novoa Mejuto quede disponible por enfermo en la primera región.
- 27 Abril.—Real orden (D. O. núm. 94) concediendo 500 pesetas anuales de premio de efectividad a los Tenientes Coroneles Médicos D. Miguel Parrilla Bahamonde y D. José García Torices.
- 27 Abril.—Real orden (D. O. núm. 94) concediendo, a petición propia, el pase a situación de reserva al Coronel Médico D. Manuel Molín Guerra.
- 27 Abril.—Real orden (D. O. núm. 94) concediendo, a petición propia, el pase a situación de reserva al Coronel Médico D. Ignacio Gato Montero.
- 27 Abril.—Real orden (D. O. núm. 94) disponiendo el pase a situación de retirado del Subinspector Farmacéutico de primera clase D. Casimiro Escala León por haber cumplido la edad reglamentaria.
- 29 Abril.—Real orden (D. O. núm. 96) destinando por concurso al aeródromo de Herraiz, Servicio de Aviación, al Capitán Médico D. Miguel Terreros Pérez.
- 29 Abril.—Real orden (D. O. núm. 96) desestimando la petición del Teniente Médico D. Miguel Arévalo Agapito de ser destinado a la Comandancia de Artillería del Rif.
- 29 Abril.—Real orden (D. O. núm. 96) concediendo dos meses de licencia por asuntos propios, para París, al Comandante Médico D. Francisco Cid Fernández.
- 29 Abril.—Real orden (D. O. núm. 96) concediendo al Teniente Médico D. Camilo Pintos Castro licencia para contraer matrimonio con D.^{ña} Agueda Vilariño de Andrés Moreno.

- 29 Abril.—Real orden (D. O. núm. 96) concediendo la Cruz de San Hermenegildo a los Comandantes Médicos D. Víctor Manuel Nogueras, D. Jesús Bravo Ferrer y D. Ramiro Torreira Martínez.
- 29 Abril.—Real orden (D. O. núm. 96) disponiendo que el Comandante Médico D. Jacinto Ochoa González vuelva a activo, quedando disponible hasta que sea colocado.
- 4 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 100) designando para ocupar la vacante de Teniente Coronel Médico que existe en el Instituto de Higiene Militar al de dicho empleo D. Paulino Fernández Martos.
- 4 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 100) concediendo al Capitán Médico D. Augusto Díaz y Díaz licencia para contraer matrimonio con D.^a Laura Leante Mir.
- 4 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 100) concediendo pensión de Cruz de San Hermenegildo al Subinspector Farmacéutico de primera clase retirado D. Gregorio Olea Córdoba.
- 8 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 102) concediendo el empleo superior inmediato a los Jefes y Oficiales siguientes: A Coronel Médico D. Rodrigo Moya Litrán y D. Diego Naranjo Moreno. A Teniente Coronel Médico: D. Vicente Vidal Frenero y D. José Picó Pamiés. A Comandante Médico: D. Saturnino Giner Ripoll y D. José Nover Almoguera.
- 8 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 102) aprobando la variación de precios en las tarifas para los servicios farmacéuticos formada por el Laboratorio Central de Medicamentos.
- 8 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 102) concediendo la vuelta a activo al Subinspector farmacéutico de primera clase D. Tomás Vidal Freixinet que queda disponible hasta que sea colocado.

Correspondencia administrativa de la Revista.

Sr. Rodríguez Vázquez (Burgos).—Abonado año 1929.

Sr. Hernández Marcos (Santoña).—Idem íd. íd.

Sr. Navarro García (Alcoy).—Ídem íd. íd.

Sr. Durán Sánchez (Badajoz).—Idem íd. íd.

Sr. Rodríguez González (Valladolid).—Idem segundo trimestre.