

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XXIII

Madrid, 15 de Noviembre de 1933.

Núm. 11.

SUMARIO

Los últimos progresos sobre la fiebre amarilla, por el Dr. MARTÍN SALAZAR.—*El VII Congreso de Medicina y Farmacia militares.—Diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia (conclusión)*, por RAFAEL CRIADO CARDONA.—*Un caso de parálisis progresiva aguda de Landry*, por ENRIQUE SÁNCHEZ BISH.—*Variedades.* = Destinos vacantes. = *Prensa médico-farmacéutica: La terapéutica endobronquial directa.*—Vacunación de la tos ferina.—Extracto paratiroideo en la úlcera gástrica.—Fijación del complemento en la gonorrea. *Prensa militar profesional: Sanidad del Ejército en los Estados Unidos.*—La cuestión de los víveres de reserva en el equipo del soldado.—*Bibliografía.*—*Sección oficial.*

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Noviembre de 1933.

LOS ÚLTIMOS PROGRESOS SOBRE LA FIEBRE AMARILLA

Los que estuvimos en Cuba durante la última guerra, y tuvimos ocasión de observar numerosos casos de fiebre amarilla, y hasta llegarla gravemente a padecer, no podemos menos de interesarnos mucho en todo cuanto se refiere a un último progreso, que tiene una importancia extraordinaria, cual es el de la vacunación.

En un meeting de la Sección Tropical de la Sociedad de Medicina de Londres, el profesor Hindle ha presentado una comunicación interesantísima de los últimos progresos que han sido hechos sobre la fiebre amarilla, en tres diferentes direcciones, que son las siguientes: desarrollo de los métodos de diagnóstico, medios de transmisión y modos eficaces de prevención, antes desconocidos. Los progresos de diagnóstico han sido fundados en las reacciones de inmunidad, que han permitido averiguar y decidir si un individuo ha padecido en su vida la fiebre amarilla; pues todo ataque de ésta, por leve que sea, deja tras sí un alto grado de inmuni-

dad que persiste de ordinario toda la existencia. Por un examen de laboratorio de un suficiente número de sueros de las gentes de una localidad dada, se puede averiguar qué parte de la población ha sido infectada, y cuál ha sido libre de la enfermedad. La aplicación de estas reacciones de inmunidad y la delimitación de zonas endémicas en el Sur de Africa y América, han demostrado que el vómito negro tiene una extensión mayor de la que se había antes creído.

Y vamos al segundo punto, o sea al progreso del conocimiento de su transmisión por los mosquitos. En este sentido se ha demostrado que muchas otras especies de mosquitos, además del *Aedes aegypti*, son capaces de transmitir la fiebre amarilla, al menos de un modo experimental. Sin embargo, como muchas especies de esos mosquitos tienen una muy limitada distribución, poseen muy escasa participación en la epidemiología de la enfermedad, y sigue siendo el *Aedes aegypti* el mosquito por excelencia en la transmisión de la fiebre amarilla. La creencia de que un enfermo es sólo infectivo durante los tres primeros días de fiebre, estaba basada en una observación inexacta; puesto que las experiencias de laboratorio, han demostrado que la sangre se hace infectante durante el período de incubación, antes que ningún síntoma clínico se haya manifestado en los enfermos.

Y ahora vamos a ocuparnos del punto más importante; que es el de los métodos de protección, últimamente descubiertos. Estos métodos dependen del hecho de que, cuando el virus del vómito negro es inoculado dentro del cerebro del ratón, adquiere una afinidad neurotrópica, por la cual, después de varios pases por el cerebro del mismo animal, pierde en alto grado la facultad de producir la infección general. Este virus, así atenuado, debe considerarse como una vacuna que puede manejarse con poco peligro, y da lugar a las mismas reacciones de inmunidad. La inoculación del virus del ratón y el suero inmune humano juntos, ha sido usada con éxito para la vacunación de un número considerable de personas en Nueva York y Londres. El resultado de la reacción protectora del suero de la sangre de los individuos así vacunados, ha sido tan favorable y rotunda, que la eficacia del método está fuera de toda duda. El Dr. Tindlay ha introduci-

do una modificación interesante al método, que consiste en la inoculación intradérmica de 1 c. c. del suero inmune humano, seguido, una hora más tarde, por otra inyección intradérmica del virus del ratón, en la misma parte de la piel. Tal método intradérmico ha sido experimentado en el hombre con constantes buenos resultados, y con la ventaja de requerir una comparativa pequeña cantidad de suero inmune, y de reducir el daño de la hipersensibilidad o anafilaxia al suero humano y a la proteína del ratón, que es cosa bien interesante.

En síntesis, puede decirse que son tres cosas importantes las que se han descubierto, a saber: 1.º, nuevos métodos de diagnóstico, aplicables a la delimitación de las zonas endémicas del padecimiento; 2.º, conocimiento más exacto de los modos de transmisión, y 3.º, una vacuna antes del todo desconocida, capaz de ser aplicada al hombre de modo preventivo, en gran escala, con verdadero éxito.

Yo creo que una cooperación internacional en el uso de las medidas sanitarias que se desprenden de este progreso en el conocimiento de la fiebre amarilla, sería bastante para triunfar sobre ella, y hacerla a la postre, quizás, desaparecer. Para los pueblos que, como el nuestro, han sido tan dolorosamente víctimas de este azote sanitario, tiene que representar este triunfo de la inmunología un motivo de gran satisfacción.

DR. MARTÍN SALAZAR.

EL VII CONGRESO DE MEDICINA Y FARMACIA MILITARES

TEMA III

TRATAMIENTO EN LOS PUESTOS AVANZADOS DE LOS CASOS QUIRÚRGICOS URGENTES, EN LA GUERRA DE MOVIMIENTO.—CONCEPCIÓN DE UNA FORMACIÓN ESPECIALIZADA.—SU ORGANIZACIÓN TÉCNICA Y SU EMPLEO DESDE EL PUNTO DE VISTA TÁCTICO

España.—Ponentes. Ejército: teniente coronel médico, Sr. Gómez Ulla; comandante médico, Sr. Sánchez Vega; co-

mandante médico, Sr. Herrero Minguijón; capitán médico, Sr. Madruga Jiménez; capitán médico, Sr. Martín Santos; farmacéutico mayor, Sr. Campoy Irigoyen.

Armada: comandante médico, Sr. Martínez Falero; comandante médico, Sr. Abengoichea Laita.

Bélgica.— Ponente: lieutenant-colonel médecin, Dr. Lemán.

Los congresistas cirujanos se reunieron en la Academia de Medicina, en donde celebraron su sesión, la cual se vió muy concurrida.

TEMA IV

ALIMENTOS CONSERVADOS QUE FORMAN PARTE DE LA RACIÓN A ENTREGAR AL SOLDADO, TANTO EN TIEMPO DE PAZ COMO EN CAMPAÑA: SUS MODOS DE PREPARACIÓN Y ANÁLISIS

España.—Ponentes: subinspector farmacéutico de segunda, D. Emilio Salazar Hidalgo; comandante farmacéutico de la Armada, D. Emilio Fernández-Espina; farmacéutico primero, D. Juan Casas Fernández; farmacéutico primero, D. Pedro Calvo Muñoz-Torrero; comandante de Intendencia, D. Eduardo Robles Pérez; teniente coronel médico, don Víctor Herrero y Díez de Ulzurum.

Suiza.—Ponente: colonel Pharmacien, Mr. Thomann.

Bajo la presidencia del Dr. Thomann y del inspector farmacéutico de España coronel Vidal Freixinet, acompañado del coronel polaco Dr. Krupinski, y actuando de secretarios los señores Ximénez de la Macorra y Fernández Espina, tuvo lugar la sesión correspondiente al tema cuarto, "Alimentos que forman parte de la ración a entregar al soldado, tanto en tiempo de paz como en campaña; sus modos de preparación y análisis".

Se dió lectura a la ponencia española y a la suiza, concretada al tema de referencia. Intervinieron, haciendo atinadísimas consideraciones referentes a estos puntos, los señores Thoman, Saint-Sernin Manceau, Valladolid, Herrero y Díez de Ulzurum, Ranz de Madrazo, Campoy, Roldán, Casas, Calvo, Proot, Etienne, Herrero Besada, Krupinski Garbowski, que presentaron interesantes comunicaciones.

A continuación se abrió discusión y se redactaron las conclusiones para elevarlas al Comité permanente.

TEMA V

ESTUDIO COMPARADO EN LOS DIFERENTES EJÉRCITOS DE TIERRA,
DE MAR Y DE AIRE

1.º *De los Servicios Odontoestomatológicos.*

Méjico.—Ponentes: Estados Unidos Mejicanos.

Organización de los servicios de Odontología en el Ejército.

España.—Ponente: Dr. Angel Vázquez.

2.º *De los servicios Administrativos.*

Ponentes: teniente coronel de Intendencia, D. Federico Abeilhé y Rodríguez Fito; subinspector farmacéutico de segunda, D. José Abadal y Sibila.

Se abre la sesión, presidida por el ponente mejicano doctor Alvarez Boettiger.

Se lamenta la ausencia del ponente oficial del Paraguay, que por causas internacionales no le es posible asistir, pidiendo que conste en acta.

Acto seguido da lectura a su brillante ponencia, titulada "Estudio comparado de los servicios odontológicos", del cual lee el resumen y conclusiones, ya que el texto íntegro se halla impreso y dado a cada congresista. Al terminar, da la palabra al ponente español Dr. Angel Vázquez, que demuestra, en su interesantísima ponencia, la enumeración de los diferentes servicios odontológicos en varios países, la necesidad absoluta e imperante de un servicio odontológico en el Ejército, Marina y Aviación española.

Se pone a discusión el tema, tomando la palabra el comandante médico de la Armada española Dr. Villar.

Contesta el Dr. Angel Vázquez, felicitando a los ponentes mejicanos por su brillante trabajo.

El ponente francés Dr. Budin describe las ventajas de los servicios odontológicos militares.

Intervienen los Dres. Castillo Nájera, Vázquez y Villanubia, aportando atinadas observaciones.

Con un resumen de lo que debería ser una organización odontoestomatológica militar para España, tanto en personal como en material, el Dr. Alvarez B. felicita a los anteriores oradores, proponiendo que los estudios de Odontología y Estomatología es fundamental que vayan unidos, así como que estén identificados los profesionales con las modalidades de cada ejército.

SECCION VETERINARIA

I. MUERMO. 1.º ESTUDIO CLÍNICO Y PROFILÁCTICO. 2.º ESTUDIO BACTERIOLÓGICO. 3.º ESTUDIO ANATOMOHISTOPATOLÓGICO

España.—Ponentes: subinspector veterinario de segunda, Sr. Sánchez Hernández; veterinario mayor, Sr. Gargallo Vara; subinspector veterinario de segunda, Sr. Huertas López; veterinario primero, Sr. Arroyo Martín.

II. HABRONEMOSIS.—SU ESTUDIO

España.—Ponente: veterinario primero, Sr. Arroyo Martín.

Los veterinarios se reunieron en la Escuela de Veterinaria, en la que tuvo lugar la discusión de este tema.

ASAMBLEA DE DIRECTORES Y JEFES DE SANIDAD CON LA COLABORACIÓN DE LAS SOCIEDADES DE DERECHO INTERNACIONAL

Bajo la presidencia del general González-Granda se celebró esta importante Asamblea, en la que estuvieron representados:

Francia: Guerra, general Rouvillois; Marina, general Cras.

Polonia: general Rouppert.

Argentina: Olliveira.

Países Bajos: Guerra, Diehl; Marina, J. F. Hulk.

Mónaco: coronel Louet.

Rumania: Aviación, Anastasio; Guerra, Boteana.

Portugal: coronel Giao.

España: Asociación Internacional del Progreso Social, Sancorda; director de la Academia de Sanidad Militar, P. Fernández Martos; Asociación Española de Derecho Internacional, Wirth; Federación de Asociaciones Españolas de Estudios Internacionales, Raventós.

España: general González-Granda.

Estados Unidos: Lt. Cl. Bainbridge.

Gran Bretaña: general Bond.

Checoslovaquia: general Fisher.

Lituania: Vladas Nagelicius.

Suiza: coronel A. Hauser.

Italia: general Franchi.

Bélgica: general Derache.

Suecia: Bergendal.

Japón: Kitano.

Turquía: Turgut.

Se nombraron vicepresidentes al vicealmirante Bond, de la Armada inglesa, y al Sr. Elorrieta.

El secretario del Comité Permanente, Dr. Voncken, dió lectura del trabajo acerca del funcionamiento de actividad de la Secretaría del Comité en los Congresos Internacionales de Medicina y Farmacia Militares, que fué aprobado después de algunas breves consideraciones de diferentes delegados. El trabajo del Dr. Voncken fué muy elogiado por su minuciosidad y competencia.

Por la Asociación Internacional de Derecho, el Sr. Wirth dió lectura a la ponencia correspondiente. A propuesta de los Dres. Olliveira y Ban-Baumberghen se acordó que a las conclusiones definitivas colabore la Sanidad Militar.

Intervinieron en esta Asamblea, dando cuenta de sus trabajos, diferentes delegados, entre ellos el español Sr. Fernández Martos, acerca de la internalización de los servicios sanitarios.

Diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia

(CONCLUSIÓN)

Aun siendo esto la regla, sin embargo, excepcionalmente, se han observado fenómenos hipoglucémicos coincidiendo con glucosuria y aun con cuerpos cetónicos en la orina (Springborn).

En cuanto al diagnóstico diferencial de las afecciones orgánicas del sistema nervioso y la hipoglucemia, ofrece por lo general pocas dificultades, ya que los signos que acompañan a ésta son transitorios, y por su escasa persistencia no encajan en ninguna de las afecciones orgánicas nerviosas.

La base del tratamiento de los fenómenos hipoglucémicos radica en la elevación de la cantidad de glucosa en la sangre, que puede obtenerse merced al empleo de sustancias hiperglucemiantes, y mejor todavía por la administración de hidratos de carbono.

En las hiperglucemias espontáneas se procurará hacer las comidas más frecuentes y abundantes en materias hidrocarbonadas, precaución ésta que en los casos benignos puede bastar para restablecer la normalidad, coadyuvando con alguna inyección de adrenalina cuando la modificación del régimen alimenticio no fuera suficiente.

Como en la génesis de estas hipoglucemias espontáneas no interviene la previa administración de insulina, en el tratamiento de las mismas deberá tenerse en cuenta su etiología, en la que intervienen factores muy diversos, y especialmente trastornos de ciertas glándulas (hígado, páncreas, tiroides, etc.), por lo que se deberá practicar en estos casos un detenido estudio del enfermo, y particularmente del funcionamiento de las glándulas endocrinas, que puede servirnos de orientación en las indicaciones a llenar.

La oportuna elección de hora para practicar las inyecciones de insulina, así como el número de unidades de la misma que se administran, deben tenerse muy en cuenta en el tratamiento preventivo de la hipoglucemia insulínica. Se

calcula conviene administrar dos gramos de hidratos de carbono por cada unidad de insulina que se inyecte.

Es del mayor interés no olvidar la precaución de practicar la inyección de insulina quince a treinta minutos antes de las comidas, pues si dejáramos transcurrir más tiempo, facilitaríamos la presentación de accidentes hipoglucémicos. Recordaremos la fase hiperglucémica inicial y de breve duración (cinco-diez minutos y aún más), que se produce antes de la fase hipoglucémica cuando se inyecta insulina, y que, aunque no se da constantemente, se ha observado con gran frecuencia.

Deberá advertirse que si el enfermo tuviera algún vómito poco después de la comida, para reponer las materias hidrocarbonadas devueltas procurará ingerir algún alimento azucarado.

Es buena regla la de que los individuos sometidos a tratamiento insulínico lleven siempre dos o tres terrones de azúcar, con el fin de utilizarlos tan pronto experimenten síntomas hipoglucémicos.

Recordaremos que el diabético, en el curso del tratamiento insulínico, puede experimentar mejoría en su estado, que se traduce por ciertas manifestaciones hipoglucémicas, reveladoras de que la dosis de insulina administrada que era preciso al principio del tratamiento, resulta excesiva más tarde, no obstante continuar el enfermo con la misma dieta, por lo que es necesario repetir periódicamente los análisis, rebajando, de acuerdo con ellos, la dosis de insulina inyectada, hasta obtener el *mínimum* que precisa el enfermo. Carrasco Cadenas considera que estos pequeños fenómenos hipoglucémicos, en muchos casos, son de un buen pronóstico, por ser demostrativo de que el páncreas empieza a recuperar su poder funcional.

Tanhauser ha observado en ciertos diabéticos, especialmente en aquellos afectos de formas graves, a los que se administra dos inyecciones diarias de insulina, que si se analiza la orina de la mañana, se encuentra en la misma abundante azúcar, observándose la paradoja de que, no obstante esta glucosuria, pueden presentarse durante el día fenómenos hipoglucémicos.

Si observamos cuidadosamente estos enfermos cada seis

horas, analizando la sangre, así como la orina emitida por los mismos en estos intervalos de tiempo, puede comprobarse que solamente existe hiperglucemia y glucosuria en las primeras horas de la mañana y no en las restantes del día, durante las cuales pueden hacer su aparición signos de hipoglucemia. Esta irregularidad puede normalizarse fácilmente teniendo la precaución de inyectar insulina con intervalos de ocho horas (seis de la mañana, dos tarde y diez noche); según aconseja Gotschalk, y mediante esta técnica podremos evitar la presentación de estados hipoglucémicos, utilizando menores dosis de insulina. Recientemente, y con el fin de retrasar la completa absorción de la insulina, se ha propuesto el empleo hipodérmico de la misma en vehículo oleoso, si bien los resultados obtenidos hasta la fecha no son muy favorables.

Para regular la dosis de insulina que se inyecte, conviene practicar frecuentes análisis de orina y determinaciones de glucemia, con el fin de que exista relación entre la cantidad de insulina inyectada y la de glucosa y cuerpos cetónicos que hayan revelado los análisis.

No debe olvidarse que la mayor parte de los accidentes hipoglucémicos son provocados por no tener en cuenta estas precauciones y aplicar la insulina a ciegas, prescindiendo del indispensable control, que solamente el laboratorio puede proporcionar.

En cuanto al tratamiento de las hipoglucemias insulínicas, si son éstas de poca intensidad, la ingestión de sustancias feculentas y azucaradas, frutas, zumo de naranjas, etc., suelen ser suficientes, insistiendo en la administración de estos medios asociados a la inyección subcutánea de un miligramo de adrenalina, si los accidentes revisten mayor importancia. En estos casos es preferible la administración de azúcar a la de otros hidrocarbonados, ya que su reabsorción más rápida apresura la desaparición de los síntomas.

Debe tenerse en cuenta que no todos los azúcares tienen la misma eficacia, siendo la glucosa el que debemos preferir por su favorable acción y rapidez de la misma; la levulosa, galactosa, sacarosa y lactosa son menos activas, y la arabinosa apenas tiene acción sobre la hipoglucemia. Ordi-

nariamente se utiliza la glucosa por vía gástrica (25 a 40 gramos disueltos en un vaso de agua).

Cuando los accidentes revisten la gravedad que caracteriza al llamado coma insulínico, la base del tratamiento está constituida por la rápida administración al enfermo de una elevada cantidad de glucosa, a cuya fin, y para lograrlo en el menor espacio de tiempo, se utilizarán las diferentes vías de introducción: bucal, subcutánea (suero glucosado isotónico al 47 0/00), y en casos excepcionales podremos recurrir a la intravenosa, inyectando 200 a 250 c. c. de dicho suero. Empleando esta vía puede usarse, aunque a menores dosis, suero glucosado hipertónico al 25 por 100, de acción más rápida, ya que con escasa cantidad de líquido logramos administrar mayor cantidad de glucosa; en algunas ocasiones puede también utilizarse la vía rectal, inyectando gota a gota el suero glucosado. La administración de glucosa irá acompañada de la inyección de 1 c. c. de la solución de adrenalina al milésimo, pudiendo repetir la dosis si la crisis se prolonga. Cuando en el coma insulínico predomina el cuadro convulsivo, podremos atenuarle mediante la inyección de cloruro cálcico.

Finalmente, en aquellos casos de difícil diagnóstico en que el estado de gravedad del enfermo no permite esperar la respuesta del laboratorio, existiendo la duda de que se trate de un coma hipoglucémico o de un coma diabético, Max Rosenberg, en un reciente trabajo, considera lo más acertado la inmediata administración de carbohidratos en dosis suficiente, los cuales, en el primer caso, suprimen el coma; y si, por el contrario, se trata de un coma diabético, no pueden causar perjuicio alguno si, al no presentarse el efecto favorable, se recurre a la insulina, empleada a dosis suficiente. Además, en este lapso de tiempo damos lugar a que el laboratorio emita su informe, en armonía con el cual, y ya sin vacilación, estableceremos inmediatamente un enérgico tratamiento.

RAFAEL CRIADO CARDONA,

Jefe de Clínica y del Laboratorio del Hospital
Militar de Valladolid.

Un caso de parálisis progresiva aguda de Landry

El proceso se desarrolla en uno de los enfermos de la Clínica militar del Hospital de Santa Isabel, de Jerez de la Frontera, clínica llamada militar desde hace tiempo y que sólo tiene de Clínica militar el personal de enfermos y el Jefe médico que suscribe.

Pues bien, en dicha Clínica ingresó el 4 de Abril de 1929, procedente de su cuerpo, el soldado del Regimiento de Lanceros de Villaviciosa, 6.º de Caballería, de guarnición en esta plaza Antonio Durán Delgado, cuyos antecedentes patológico familiares acusa que sus padres y hermanos mayores han fallecido todos de tuberculosis pulmonar, según él manifiesta; dicho soldado ingresa, padeciendo síntomas de bronconeumonía, con fiebre de 40º; ansiedad respiratoria, tos molesta con dolor costal que se exacerba con los esfuerzos de la misma a nivel del costado derecho; lengua saburral, pulso frecuente, expectoración herrumbosa e intolerancia a los alimentos; por auscultación se apreciaba en todo el territorio pulmonar derecho esteotisis crepitantes en la base y húmedos a nivel de las ramificaciones de los gruesos bronquios; su estado general de grave postración, facies voluptuosa y ansiedad respiratoria; dado su estado de gravedad se le prescriben compresas de Prienuis al lado derecho del tórax, poción con acetato amónico y cafeína, y doble inyección de aceite alcanforado, así como doble inyección diaria de Bronconeumoserum, una por mañana y otra por la tarde. Dieta: en sus comienzos hídrica y de ceregumil, y más tarde, desaparecida la intolerancia gástrica con el auxilio de la poción de Prienuis, antihelmíntica, se cambia la dieta hídrica por la láctea y caldo desengrasado.

A las cuarenta y ocho horas de aplicado el Bronconeumoserum, como en la mayor parte en las que le he aplicado, la temperatura que se había sostenido en 39º y 40º, remite, así como se mejora su estado general, y al cuarto día, después de una abundante sudación, la fiebre desciende a 37º; los esputos herrumbosos se tornan limpios y viscosos y el en-

parálisis faríngea sebrevenían accesos de sofocación; al mismo tiempo que se encontraba afectada la faringe, la laringe tomó parte con la parálisis de las cuerdas bucales, hasta el extremo que la voz velada en un principio se hacía imposible percibir más tarde por las personas que tratábamos al enfermo; pensando en que pudiera presentarse una parálisis laríngea consecutiva al proceso infeccioso broncopulmonar por impregnación de los centros nerviosos, se le prescriben inyecciones de estricnina a dosis crecientes y progresivas, pero cuando esto pensábamos, empieza a aquejar parálisis del brazo izquierdo, luego de la pierna del mismo lado, más tarde de las dos y esto ya nos hizo pensar al compañero D. José Nover Almoguera, Capitán Médico del Regimiento de Lanceros de Villaviciosa, a quien llamé en consulta, y al Jefe Médico que suscribe, se trataba de un caso de parálisis ascendente de Landry, que en esta ocasión, más que ascendente, tomaba el tipo de descendente, por haber empezado con parálisis de faringe y laringe, y luego por las extremidades.

El cuadro que se nos ofrecía era desconsolador, máxime que conservándose el enfermo apirético en plena lucidez, se veía morir por momentos y reclamaba el auxilio de nuestra ciencia; en este estado, y cada vez siendo mayor la imposibilidad de sostener las fuerzas del enfermo, con inyecciones de suero cafeinado y enemas alimenticios, transcurrieron dos días en que nos considerábamos incapacitados para vencer la parálisis, que progresiva y crecientemente amenazaba tener un fatal desenlace, cuando alcanzara a los centros bulbares respiratorios y cardíacos.

No obstante lo desesperado del caso, acordamos prescribirle inyecciones intravenosas de Cylotropina Shenny y emplear la proteinoterapia, mejor dicho, la hemoproteinoterapia, inyectándole subcutáneamente cinco centímetros cúbicos de sangre extraída de la venas de la flexura del brazo e inyectados en la cara externa del muslo, con el fin de desembarazar los centros nerviosos de las toxinas, que, a nuestro juicio, habían impregnado dichos centros, quizás de naturaleza neumocócica o gripal.

El enfermo entra en franco período de mejoría; los síntomas locales desaparecen poco a poco y no quedan señales de la afección broncopulmonar; el enfermo recobra el apetito,

el pulso se sostiene bien, gracias a las inyecciones de aceite alcanforado, que en número de tres se le prescriben en las veinticuatro horas.

El cuadro relatado, como se ve, es de una bronconeumonia de marcha normal, entrando el enfermo al décimo día de enfermedad en franco periodo de convalecencia; pero ocurre, y aquí empieza el caso, que por lo poco frecuente, me ha movido a escribir estas líneas, que al pasar la visita del día 16, el enfermo se queja de que siente unas molestias al tragar, que se traducen en dolor a nivel de la región supraioidea; exploro sus fosas nasales, su faringe y laringe, sin encontrar nada que justificara sus molestias; le recomiendo aplicaciones calientes sobre la laringe y un colutorio para que haga gargarismos.

Estas molestias las sigue aquejando dos días después, pero desde esta fecha, cada día van en aumento, hasta el punto de que su voz se vela y la deglución empieza a serle difícil, sobre todo a los alimentos líquidos; el enfermo, angustiado, pide alivio de su padecimiento, y el médico se encuentra perplejo ante el cuadro clínico presente, pues su estado general, aparte de su desnutrición consecutiva a la enfermedad aguda pasada, no es de alarmar; su corazón funciona bien, no hay disnea ni tiraje, la sensibilidad general se conserva, los sentidos perfectamente despejados, la eliminación de orina es normal, así como las evacuaciones intestinales; el único síntoma alarmante para el enfermo es su dificultad al tragar los alimentos, síntoma que inquietaba al Jefe médico encargado de su asistencia, por lo que al sostenimiento de las fuerzas del enfermo afectaba, que cada vez era más comprometida por la dificultad de la ingestión de alimentos.

En los días sucesivos, la disfagia era cada vez más intensa, hasta el extremo de que hubo de recurrirse a la alimentación por sonda, de la que se desistió, porque a causa de la

No anduvimos desafortunados en nuestro tratamiento, pues el enfermo empezó a sentirse aliviado, la parálisis no siguió su curso progresivo y una mañana al pasar la visita cotidiana fui sorprendido con la grata noticia de que el enfermo había podido tragar una papilla de tapioca; su aspecto general era mejor, su voz se hacía más perceptible y

que, como digo, había ingerido una papilla de tapioca con leche, por serle aún imposible pasar los líquidos por producirle espasmo de la faringe, hasta el extremo de que le había tomado verdadero pánico al agua y los líquidos que al tragar eran expulsados violentamente por las fosas nasales; poco a poco fué tolerando el alimento pasando a las sopas de pan, que aunque con dificultad pasaban, pero con menos molestias, como he dicho de los alimentos líquidos.

Desde esta fecha, el ánimo y semblante del enfermo se transforman, viéndose renacer, tranquilizándose más y esperando ver confirmados nuestros vaticinios médicos de que curaría pronto, pues, por sentimiento humanitario, desde un principio tratábamos de llevar a su ánimo la tranquilizadora confianza de que habíamos de ponerle bien, aunque para nuestro parecer su estado era de lo más desesperado posible y con las agravantes de vernos incapacitados de conseguir su curación por carecer de medios para tratar una enfermedad que, como la parálisis ascendente de Landry tiene por regla general un fin funesto.

Pero, afortunadamente para todos, y con patentes pruebas de regocijo por parte del enfermo, poco a poco fué desapareciendo la parálisis faríngea y laríngea y, más lentamente, las de las extremidades inferiores, recobrando lentamente sus energías, hasta que, al fin, entra nuevamente en franca convalecencia, permitiéndole su estado abandonar la clínica el día 28 de Mayo en que sale de alta para disfrutar tres meses de licencia por enfermo, para completar su restablecimiento, siendo al salir de esta clínica su aspecto general excelente, habiendo ganado en peso doble del que poseía al ingresar y moviendo todas sus articulaciones y extremidades con entera libertad y sin resto ni vestigio del padecimiento sufrido.

Por tratarse de un caso raro en nuestra cotidiana tarea facultativa en el ejercicio de nuestra profesión, es lo que me ha movido a escribir esta historia clínica deseoso de que llegue al conocimiento de los compañeros por tratarse de un caso clínico de parálisis de Landry con desenlace feliz.

ENRIQUE SÁNCHEZ BISH,

Comandante Médico.

VARIEDADES.

Damos el más sentido pésame al Comandante Médico don Mario Romero Plá por la sensible desgracia de familia que le aflige.

* * *

El 21 del pasado presentó una interesante comunicación a la Academia Nacional de Medicina, con el título "Las enfermedades evitables en el Ejército", el Teniente Coronel Médico D. Emilio A. García Sierra.

* * *

El día 25 del pasado y en el Salón Teatro del Círculo de Bellas Artes, tuvo lugar la solemne inauguración del Congreso Internacional de lucha contra el cáncer bajo la Presidencia de S. E. el Presidente de la República.

En la tarde del mismo día dieron comienzo las conferencias, ponencias y comunicaciones, por cierto muy interesantes, de reconocidas personalidades científicas extranjeras y de nuestro país.

La sesión de clausura tuvo lugar el día 30 de Octubre, acordándose importantes conclusiones.

Los Congresistas han sido espléndidamente agasajados.

* * *

Cursillo de interpretación radiográfica de la tuberculosis pulmonar a cargo de los Dres. F. R. de Partearroyo y J. Miñana en la Enfermería para tuberculosos de Chamartín de la Rosa.

Durante este cursillo, cuya especial finalidad es la interpretación radiográfica de las enfermedades del tórax, se harán en cada caso las observaciones oportunas respecto a patogenia, diagnóstico e indicaciones terapéuticas.

El curso comenzará el día 25 de Noviembre y su duración será de veinte días.

Los derechos de inscripción: 100 pesetas, y el número de alumnos será limitado.

Para más detalles, dirigirse: Velázquez, 24, bajo derecha.

* * *

La Delegación Internacional permanente de los Congresos de Historia de la Medicina ha resuelto que la X Reunión tenga lugar en Madrid el próximo año de 1934.

El último de los citados Congresos, como recordarán nuestros lectores, se verificó el pasado año en Bucarest.

* * *

Muy sentida ha sido la muerte del ilustre bacteriólogo francés M. Calmette que, entre otros brillante trabajos, dió a conocer, en unión de Guerin, la vacuna antituberculosa B. C. G., de origen bovino, privando al bacilo de poder patógeno y conservándole su valor antigénico y aportando en definitiva una hermosa contribución al problema de la inmunidad de la *peste blanca*.

* * *

Asociación de Escritores Médicos.

Esta Asociación ha creado dos premios de 300 pesetas cada uno que se otorgarán al mejor trabajo o artículo social-profesional y con exclusión, por tanto, de los doctrinales o científicos, que se hayan publicado en la Prensa diaria o médica, desde el 31 de Octubre de 1932, al 31 de Octubre de 1933.

Podrán tomar parte en este Concurso todos los miembros numerarios y corresponsales de esta Asociación.

El Jurado que ha de fallar dicho Concurso, estará constituido por los Dres. Núñez Grimaldos, García Triviño, José María Llopis, Navarro Blasco y Barrio de Medina.

Los que deseen tomar parte en este Concurso deberán dirigir sus trabajos, antes del 30 de Noviembre del corriente año, al domicilio del Secretario del Jurado, Dr. Barrio de Medina, Barquillo, 40, Madrid.

* * *

La Academia Nacional de Medicina, en sesión pública del primero del corriente, hizo entrega del título de Académico de Honor al Profesor argentino Dr. Angel H. Roffo, Director del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cáncer, en Buenos Aires.

El Dr. Roffo disertó en dicho día acerca del tema "Heliotropismo y cáncer", siendo muy aplaudido y felicitado por la distinguida concurrencia que asistió al acto.

* * *

Repartido ya el último número del Boletín del Congreso de Medicina y Farmacia Militares, recientemente celebrado en esta capital, reanudamos en el presente número la inserción del extracto de las ponencias y demás trabajos presentados en dicha Reunión.

* * *

El eminente Dr. Roux, a quien tanto debe la ciencia Médica y la humanidad, sobre todo desde su famoso empleo del suero antidiftérico, que tantas víctimas ha arrancado a la estadística de enfermedades infecto-contagiosas, acaba de fallecer en Francia, en cuyo país, como en todo el mundo, la prensa diaria y la profesional dedica a su recuerdo sentidas frases de homenaje.

S U E L T O S

Slocker.

El apellido Slocker es de ilustre abolengo en el Cuerpo de Sanidad Militar.

Miguel Slocker, Médico ilustre de su tiempo, publicista, Profesor de la Academia, etc., dejó gratisima memoria en la colectividad y algunos años después vino al Cuerpo otro Slocker, continuador de todas aquellas virtudes que bien pronto llevaron hacia él la atención de cuantos supieron de su cultura, de su entusiasmo científico y excepcionales condiciones de médico y escritor.

Y nació el Slocker de hoy, cuya característica es la técnica quirúrgica al servicio de la clínica, que entre sus numerosos trabajos se refleja, sobre todo en "Abdomen agudo", modelo portentoso de diagnóstico clínico para médicos y cirujanos... antes de coger el bisturí.

Enrique Slocker es el gran clínico que opera, y esta cualidad le hizo ganar rápidamente la envidiable altura en que hoy descuella entre las primeras figuras de la Medicina patria. Ello le obligó a desplazarse de la escala activa de los Médicos Militares, pero no del Cuerpo, porque su alma quedó en él.

Y el alma de Slocker se manifiesta con destellos de su poderoso intelecto, cada vez que hay que defender los derechos de nuestra Institución, poniendo en ello un ardor, una fe, un entusiasmo y, sobre todo, una verdad, que pasar más tiempo sin reconocerlo así sería caer en el pecado de la ignorancia o de la ingratitud.

Son tantas y tan evidentes las pruebas de cuanto decimos que la última, la más reciente, merece el comentario de las presentes líneas.

En la Academia Nacional de Medicina se ha desarrollado una comunicación sobre "Enfermedades evitables en el Ejército", y que por lo transcendental del tema, más que por los méritos del disertante, ha sido discutida por gran número de prestigiosos académicos.

Pues bien, Slocker, el primero, en seguida que se abrió discusión, tuvo para la colectividad a que éste pertenecía, tales conceptos de justicia, de verdad, de cariño en su luminosa intervención, que yo, que era el aludido, si allí, por merecerme igual gratitud cuantos me honraron con su consejo, no pude hacerlo, aquí, ante el Cuerpo, rindo a Enrique Slocker los sentimientos de mi más profunda gratitud por los conceptos que emitió juzgando a la Corporación de la que formó parte.

Nuestros intereses científicos, nuestras aspiraciones profesionales dentro del Ejército, cuanto constituye el más alto ideal de la colectividad, fué elogiado, razonado y magistralmente desarrollado por Enrique Slocker entre las mayores demostraciones de asentimiento de la Corporación.

A él se debe quizá más que a mí que la Academia haya

tomado en consideración el trabajo para, una vez discutido por la Sección correspondiente, elevar sus conclusiones al Gobierno.

Slocker, en fin, en Revistas, en Ateneos y Academias, es el eterno paladín de la Sanidad Militar y creo llegado el momento de demostrar de algún modo, no espectacular, pero sincero, cuán grande es nuestra gratitud hacia quien, aunque se marchó del Cuerpo, sigue siendo el compañero del alma.

G.^a SIERRA.

* * *

La Academia Nacional de Medicina y la Sanidad Militar.

En la Academia Nacional de Medicina se ha tratado un tema de Sanidad Militar, presentado por el Médico del Cuerpo y Académico corresponsal Sr. García Sierra, con cuyo motivo se ha estudiado el estado sanitario en que se encuentra nuestro Ejército, las causas de su excesiva morbosidad y mortalidad y los modos de remediarlas. Tanto el ponente Sr. García Sierra, como los varios Académicos que tomaron parte en la discusión, estuvieron a gran altura intelectual. Como la Academia tiene una Sección especial sobre Sanidad Militar y Naval, a ella se ha pensado llevar el tema para continuar tratándolo y llevarlo a profundizar.—*Dr. M. S.*

* * *

Calmette y Roux.

Con pocos días de diferencia han muerto estos dos sabios del Instituto Pasteur de París, el primero Vicedirector y el segundo Director, que eran honra de Francia y gloria del mundo. La obra de Pasteur y de estos dos ilustres sucesores, descubriendo las causas microbianas de la mayoría de las enfermedades infecciosas, y los medios de prevenirlas y curarlas, ha sido lo más trascendental que se ha hecho en la historia de la Medicina, y lo que más ha influido en la disminución de la morbosidad y mortalidad del género humano. Rindemos nosotros el merecido culto a su memoria.—*Dr. M. S.*

Destinos vacantes

Publicados por Orden Circular de 3 del actual (D. O. núm. 257).

Sanidad (Medicina).—Regimientos de Infantería núms. 21 y 25, una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería número 37, dos de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería número 39, una de Capitán Médico.—Batallones de Montaña números 3, 5 y 6, una de Capitán Médico.—Batallón de Ametralladoras núm. 4, una de Capitán Médico.—Regimiento de Artillería a pie núm. 2, una de Capitán Médico.—Aviación (Escuadra núm. 1, León), una de Capitán Médico.—Primera Comandancia (segundo grupo), cuatro de Teniente Médico; tercer grupo, dos de Teniente Médico.—Segunda Comandancia (primer grupo), tres de Teniente Médico; segundo grupo, dos de Teniente Médico; tercer grupo (Sección hipomóvil), dos de Teniente Médico; cuarto grupo, seis de Teniente Médico (dos para la Sección hipomóvil).—Clínica Militar de Oviedo, una de Comandante Médico.—Hospital Militar de Coruña, una de Comandante Médico, radiólogo.—Necesidades y Contingencias del Servicio en Melilla, una de Teniente Médico.—Hospital Militar del Rif, una de Capitán Médico, radiólogo.—Necesidades y Contingencias del Servicio en el Rif, una de Teniente Médico.—Laboratorio de Análisis de Ceuta, una de Comandante Médico, bacteriólogo.—Necesidades y Contingencias del Servicio en Ceuta-Tetuán, una de Teniente Médico.—Necesidades y Contingencias del Servicio en Larache, una de Teniente Médico.—Batallón de Cazadores de Africa, núm. 4, una de Teniente Médico.—Batallón de Ingenieros de Melilla, una de Teniente Médico.—Tercio, dos de Capitán Médico.—Fuerzas de Regulares Indígenas de Melilla núm. 2, dos de Teniente Médico; de Larache núm. 4, una de Teniente Médico; de Alhucemas núm. 5, dos de Teniente Médico.—Grupo Divisionario de Sanidad Militar de la Circunscripción Oriental, dos de Teniente Médico.—Grupo Divisionario de Sanidad Militar de la Circunscripción Occidental, dos de Teniente Médico.

Sanidad (Farmacia).—Farmacia de la quinta división, una de Farmacéutico mayor.—Farmacia del Hospital de Palma de Mallorca, una de Farmacéutico primero.

PRENSA MÉDICO-FARMACEUTICA

LA TERAPÉUTICA ENDOBRONQUIAL DIRECTA.—El Dr. Serra de Martínez considera algunos puntos interesantes de las afecciones broncopulmonares, haciendo referencia principalmente al punto de vista terapéutico, pues si bien muchas veces, tratadas por la medicación corriente, se logran inmejorables resultados, no implica para dar a conocer la terapéutica aplicada por vía directa, que si bien es poco conocida, no deja de ser una de las más importantes.

Apoyándose en prestigiosos autores, tales como Parrel, Rosenthal, y en su experiencia personal, expone el disertante las ventajas generales de este método, pasando inmediatamente a describir la técnica del método García-Vicente para la introducción, dentro del bronquio, de los medios medicamentosos; personalmente usa siempre la sonda, pues cree que posee muchas más ventajas que el dispositivo cónico; compara las ventajas y sencillez de este procedimiento con los de otras técnicas tenidas por buenas, y que, no obstante, no poseen, ni en mucho, el grado ventajoso de la antes dicha.

Respecto a los adversarios del método García-Vicente, dice que deben clasificarse en dos grupos: unos, que contradicen por sistema, y a los mismos poca consideración debe tenérseles; los otros son los que contradicen

para aclarar conceptos y averiguar el porqué de los hechos: son éstos únicamente los que merecen contestación.

Finalmente dice que no siempre y en todos los casos debe aplicarse el método antes dicho, pues existen circunstancias desfavorables que hacen abortar esta técnica; de la oportunidad de aplicación que el médico haga, pues, depende el éxito.

El Dr. R. Canaletta manifiesta que está convencido del alto valor práctico de este método.—(*Revista Médica de Barcelona*, Enero 1931.)

* * *

VACUNACIÓN DE LA TOS FERINA. El Dr. T. Madsen (Ugeskrift for Laeger, 7 de Junio de 1933) ha dado cuenta de la técnica adoptada por el Instituto de sueros de Copenhague en la preparación de una vacuna contra la tos ferina. Para ello se preparan cultivos de cuarenta y ocho horas de diferentes razas frescas del bacilo Bordet-Gengou, sembrados en agar-sangre, los cuales son añadidos a una solución salina normal, conteniendo 1 por 100 de formol. Esta emulsión bacilar contiene cerca de 10.000 millones de bacilos por centímetro cúbico. Son tres las inyecciones intramusculares o subcutáneas que deben ser dadas de esta vacuna, con intervalos de tres a cuatro días, en las cantidades respectivas de 0,5, 0,7 y 1 c. c. Esta dosis es mayor

que la que dictan otros autores. El profesor Madsen, sostiene que los beneficios de este tratamiento son mayores, si se interviene pronto, en el período catarral de la enfermedad. Durante una epidemia en 1923, que se extendió a 1924, esta vacunación contra la tos ferina fué administrada a 2.094 personas, a la vez que 627, que se hallaban en iguales condiciones, no fueron vacunadas, para que sirvieran de control. Una nueva epidemia estalló en 1929, durante la cual 1.832 personas fueron vacunadas y 446 no lo fueron, sirviendo de control. Sumando las cifras de estas dos epidemias, el profesor Madsen mostró que entre las 3.926 personas vacunadas hubo sólo una mortalidad de 0,15 por 100, mientras que entre las 1.073 de control hubo una mortalidad de 2,4 por 100. No sólo fué la mortalidad 16 veces mayor entre los de control, sino que la reacción de la enfermedad en estos fué mucho más grande que entre los vacunados.—*M. M. S.*

. . .

EXTRACTO PARATIROIDEO EN LA ÚLCERA GÁSTRICA.—El Dr. Rodríguez (Rev. Med. de Barcelona, Febrero de 1933) refiere seis casos de úlcera gástrica en pacientes de treinta y tres a sesenta y un años de edad, que ha tratado, en el decurso de dos años, con inyecciones subcutáneas de *extracto paratiroideo* a la dosis de 0,5 a 1 c. c. El autor puso gran cuidado en elegir sólo casos recientes, sin perigastritis ni he-

matemesis. Después de algunas inyecciones, el dolor gástrico y los vómitos desaparecen, y a las pocas semanas vuelve el apetito, aumenta el peso, cesa la depresión nerviosa, y retorna el sueño normal.

El mejoramiento clínico, dice el Dr. Rodríguez, fué confirmado por los rayos X, que mostraron la curación de la úlcera. Ningún caso de intolerancia fué observado por el autor.—*M. M. S.*

. . .

FIJACIÓN DEL COMPLEMENTO EN LA GONORREA.—Los Dres. T. Thjotta y E. Waaler (Norsk Mag f. Laegevid, Marzo 1933) han hecho un estudio de la fijación del complemento con 130 sueros de enfermos sufriendo de varias afecciones del aparato urogenital.

En 96 casos, la presencia de la gonorrea fué establecida clínica y bacteriológicamente, y en la mayor parte de estos enfermos, la reacción de desviación del complemento fué positiva. Después de la exclusión de aquellos que sufrían de gonorrea aguda de la parte anterior de la uretra, sólo el 96 por 100 del resto dieron reacción positiva. La reacción fué positiva en 4 de 19 casos sólo de gonorrea aguda, mientras que el 100 por 100 de los casos de gonorrea crónica y complicada dieron reacción positiva. El antígeno estaba constituido en todos los casos por gonococos secos. La reacción de fijación del complemento puede revelar infecciones crónicas ocultas.—*M. M. S.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

SANIDAD DEL EJÉRCITO EN LOS ESTADOS UNIDOS.— En el último parte sobre la Sanidad del Ejército de los Estados Unidos, el Mayor General Pattersson llama la atención sobre la relación de la depresión económica del país y la Sanidad del Ejército. El número de alistamientos y más especialmente el número de alistados por primera vez, tiene una material influencia sobre la morbosidad y mortalidad de las tropas, por hallarse más expuestos a las enfermedades infecciosas. En conjunto, la salud de las tropas durante el último año ha sido muy satisfactoria. El grado de admisión por todas las causas fué mayor que en 1930, pero eso fué debido a una epidemia del aparato respiratorio que prevaleció al principio del año. El término de admisión en los hospitales ha disminuído un 76 por 100 en un período de ochenta años. Los accidentes por automóviles han aumentado de un modo tan extraordinario en los dos últimos años que están superando a todas las causas de muerte. En muchos casos resulta probado ser por falta de buena dirección. El General Patterson juzga que es preciso poner urgente remedio o previsión a estos accidentes. También ocurren cada día más defunciones por abusos de sport de todas clases. En los últimos doce meses revisados, han rebajado las enfermedades venéreas, hasta el punto de ser la cifra (45,6 por 1.000) la más pequeña conocida.

Patterson atribuye la reducción de la estadística de estas enfermedades durante el último cuarto de siglo, a las medidas adecuadas para la educación de las tropas, a las inspecciones periódicas, al castigo de los que faltan a las reglas impuestas, al más adecuado tratamiento de los enfermos, y al perfeccionamiento de la previsión o profilaxis pública impuesta por las autoridades sanitarias a estas enfermedades.—*M. M. S.*

. . .

LA CUESTIÓN DE LOS VÍVERES DE RESERVA EN EL EQUIPO DEL SOLDADO, por el Capitán F. Gigon.—A propósito de este proyecto, el Teniente coronel médico M. Pilod, Profesor de Val de Grace, manifiesta que la ración actual es de:

500 gramos de pan de guerra (galleta).

300 gramos de carne sazónada.

80 gramos de azúcar.

36 gramos de café en comprimidos.

50 gramos de potaje salado.

125 gramos de chocolate.

20 gramos de tabaco.

Esta ración, el Capitán Gigon la encuentra pesada e incómoda de transportar; por otra parte, mal adaptada, por su composición, a la vida del soldado en el combate.

Partiendo de esos datos propone:

1.º Dividir esta ración en comidas agrupadas en un bote de

hoja de lata de 11 por 10 por 6 centímetros, soldado con estaño. La idea es excelente, tanto desde el punto de vista de la conservación de los alimentos, como de su defensa contra las intemperies, gases vesicantes y hasta roedores.

2.º Hacer entrar en cada comida:

200 gramos de galleta azucarada.

120 gramos de carne sazónada.

100 gramos de chocolate.

50 gramos de azúcar.

1 comprimido de cacao o de foscáo azucarados.

El Dr. Pilod hace una juiciosa crítica de dichos elementos y llega a las siguientes conclusiones:

El Capitán Gígon encontrará en su juicio más motivos de aprobación sincera que de crítica verdadera, proponiendo que

cada variedad de alimentos (galleta, carne, etc.) vaya en recipientes metálicos distintos, más pequeños, más cómodos, representando cada uno, por su contenido, la dosis de uno de los componentes de la comida. Estas previsiones satisfarán las necesidades del almacenamiento y aprovisionamiento de la Intendencia, y aumentarán la comodidad del transporte.

En cuanto al pan de guerra, aun reconociendo su detestable dureza y su mediana digestibilidad, la sustitución por galletas de tipo comercial, dada su fragilidad, no se prestarían a una buena conservación y a las manipulaciones indispensables. De aquí que su acondicionamiento en envases metálicos evitaría este doble inconveniente. (*Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française*, Noviembre 1934).—J. P.

BIBLIOGRAFIA

- *Tratamiento de las úlceras de las piernas*, por los doctores José María Peyri, de la Facultad de Medicina de Barcelona y Andrés Coret, del Hospital Clínico.

Ante las dificultades del tratamiento cutáneo local y del tratamiento quirúrgico general que no asegura en muchas ocasiones el éxito, por tratarse generalmente de procesos ulcerosos en individuos de edad avanzada, con piernas varicosas o edematosas, los autores, basándose principalmente en los trabajos experimentales de Glaessner, de Viena, han venido ensayando la pepsina por inyección subcutánea en

el tratamiento de las úlceras de las piernas, ya que la pepsina, según aquel autor austriaco no es tan sólo fermento activo del cuerpo, sino que su absorción tiene importancia como producto de secreción interna y como agente hormonal.

Los autores han utilizado la pepsina en soluciones al 10 por 100 de 1 ó 2 c. c. en inyección subcutánea en días alternos y en número indeterminado, procedente de los Laboratorios Reig y que se expende con el nombre de "Pepsina Vinco", habiendo tratado 18 enfermos cuyas historias clínicas figuran en este folleto.

Los resultados no dejan de ser satisfactorios, pues bajo una técnica fácil, que no ocasiona dolores y accidentes, obtuvieron dos curaciones completas, habiendo observado mejoría en todos los casos restantes.

El trabajo presentado en las "Reuniones Dermatológicas de Barcelona", aparece ilustrado con expresivos fotografados.—*J. P.*

SECCION OFICIAL

- 9 Octubre.—Orden (D. O. núm. 236) concediendo treinta días de licencia por asuntos propios al Teniente Médico don Luis Sánchez Capuchino, para Francia, Rusia e Italia.
- 6 Octubre.—Orden (D. O. núm. 236) disponiendo que las tarifas para los servicios farmacéuticos del Ejército se pongan en vigor a partir de 1.º de Noviembre.
- 9 Octubre.—Orden (D. O. núm. 237) disponiendo se eleve a efectiva la adjudicación provisional hecha a favor de la casa Knappe para la adquisición de cuatro aparatos de rayos X con destino a los Hospitales militares de Valencia, Barcelona, Zaragoza y Larache.
- 10 Octubre.—Orden (D. O. núm. 238) disponiendo se celebre en el Parque de Sanidad Militar subasta para adquirir dos potabilizadoras, dos estufas de desinfección y cinco bolsas de cirujano y cuatro cargas de agua.

- 13 Octubre.—Orden (D. O. núm. 240) declarandó aptos para el ascenso a los Tenientes Médicos D. Jesús Pérez Sáenz de Miera, D. Joaquín Pastor Candela, D. Daniel Ortega Lechuga, D. Antonio Pelarda Cacho, D. Víctor Hornillos Escribano, D. Camilo Pintos Castro, D. Juan Bonmati Jover, D. Juan García Martínez, D. Tomás Sort Rubies, don José Boned Andrés, D. Eladio Rupérez Pérez y D. Blas Carrillo Jiménez.
- 14 Octubre.—Orden (D. O. núm. 240) concediendo al Capitán Médico D. Miguel Cadenas Rubio quince días de licencia por asuntos propios para París y Berlín.
- 18 Octubre.—Orden (D. O. núm. 240) concediendo un mes de licencia por asuntos propios al Teniente Médico D. José María Ibáñez Claris, para Barcelona y varias ciudades de Italia.
- 17 Octubre.—Orden (D. O. núm. 240) concediendo al Teniente Coronel Médico retirado D. Fernando Fernández Buelta la placa de San Hermenegildo, y la cruz de la misma orden al Comandante Médico retirado D. Manuel González Jaraba y al Capitán Médico en activo D. Francisco Oliván Anadón.
- 19 Octubre.—Orden (D. O. núm. 246) accediendo a lo solicitado por el Teniente Médico D. Angel Soutullo López, de

“CEREGUMIL” FERNÁNDEZ

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

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

Fernández & Canivel :: Málaga.

que le sea abonada la gratificación de efectividad de un quinquenio que le fué concedido a partir de 1.º de Octubre de 1932.

20 Octubre.—Orden (D. O. núm. 246) disponiendo que el Farmacéutico mayor D. Antonio Gómez Martínez y el Farmacéutico primero D. Celso García Varela, asistan al Curso de Farmacia convocado en el mes anterior.

20 Octubre.—Orden (D. O. núm. 247) concediendo autorización al Teniente Coronel Médico D. Paulino Fernández Martos, para usar sobre el uniforme la placa de segunda clase de la Cruz Roja Española.

25 Octubre.—Orden (D. O. núm. 249) disponiendo la vuelta a activo del Capitán Médico D. Tomás Duaso Olasagasti, que quedará disponible en Tetuán hasta que sea colocado.

26 Octubre.—Orden (D. O. núm. 250) destinando al Jefe y Oficiales Médicos siguientes:

Comandante: D. Máximo Martínez Zaldívar, del Hospital Militar de La Coruña, al de Mahón. (V.)

Capitanes: D. Tomás Duaso Olasagasti, de disponible forzoso, apartado A), en Tetuán, al Tercio (F.), y don Eduardo Montejano Tejada, del Tercio, al Grupo de Auto-ametralladoras cañones. (V.)

Teniente: D. Francisco Allué Martínez, de Necesidades y Contingencias del servicio de Larache, al Batallón de Cazadores de Africa, núm. 2. (F.).

Relación de los Oficiales Médicos que han solicitado los destinos anunciados anteriormente cubiertos:

Grupo de Auto-ametralladoras cañones: D. Federico Poveda Modesto y D. Antonio Delgado Cid.

28 Octubre.—Orden (D. O. núm. 252) concediendo el pase a situación de "Al Servicio de otros Ministerios," al Teniente Médico D. Mariano Cruz Baeza Cuéllar, por haber sido pensionado por la Comisión permanente de Investigaciones Sanitarias para desarrollar trabajos de micología, dependiente del Ministerio de la Gobernación.

28 Octubre.—Orden (D. O. núm. 252) autorizando al Capitán Médico D. Guzmán Ortuño Ortuño para asistir al curso sobre Medicina del trabajo organizado por la Escuela

Nacional de Sanidad durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre.

28 Octubre.—Orden (D. O. núm. 252) concediendo seis meses de licencia por asuntos propios para Manila, al Capitán Médico D. Manuel Morales Muñoz.

31 Octubre.—Orden (D. O. núm. 255) concediendo a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes el premio de efectividad que a cada uno se indica:

Tenientes Coroneles: D. Manuel Meléndez Castañeda, 500 pesetas, por llevar cinco años de empleo, a partir de 1.º de Octubre de 1933, y D. Manuel Ocaña López, 500 pesetas, por llevar cinco años de empleo, a partir de 1.º de Noviembre de 1933.

Comandantes: D. José Cancela Leiro y D. Luis Gabarda Sitjar, 1.400 pesetas, por llevar catorce años de empleo, a partir de 1.º de Noviembre de 1933; D. José Ruiz Jaén, 1.300 pesetas, por llevar trece años de empleo, a partir de 1.º de Noviembre de 1933; D. Luis Sancho Catalán, D. Eulogio Muñoz Cortázar, D. Francisco Muñoz Cortázar y D. Isidro Sánchez Fairén, 1.100 pesetas, por llevar once años de empleo, a partir de 1.º de Noviembre de 1933; D. Nicolás Martínez Rituerto, 1.000 pesetas, por llevar diez años de empleo, a partir de 1.º de Noviembre de 1933; D. José Martínez de Mendivil y Ondarra, 500 pesetas, por llevar cinco años de empleo, a partir de 1.º de Mayo de 1933 (rectificación); D. Blas Hidalgo Sánchez, 500 pesetas, por llevar cinco años de empleo, a partir de 1.º de Noviembre de 1933; D. Julio Villar Madrueño, D. Heliodoro Castillo Martínez, D. Julio Ortiz de Villajos Muller y D. Tomás Mancholas Prado, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Enero de 1933 (rectificación).

Capitanes: D. Policarpo Carrasco Martínez y D. Angel Rincón Ferradas, 1.400 pesetas, por llevar catorce años de empleo, a partir de 1.º de Noviembre de 1933; D. Isidro Muñoz Crego y D. Francisco Irañeta Urriza, 1.300 pesetas, por llevar trece años de empleo, a partir de 1.º de Octubre de 1933; D. Alberto Leiva Delgado, D. José Torres Pérez, D. Porfirio Garilleti Casado, D. José Cuesta del Muro y D. Alfredo Martín Lunas y Aspe, 1.300 pesetas, por llevar trece años de empleo, a partir de 1.º de Noviembre de

1933, y D. Antonio Rivero Moro, 500 pesetas, por llevar cinco años de empleo, a partir de 1.º de Julio de 1933 (rectificación).

Tenientes: D. Juan José Lagarriga Bringa y D. Enrique Obregón Fernández, 500 pesetas, por llevar cinco años de empleo, a partir de 1.º de Octubre de 1933.

- 31 Octubre.—Orden (D. O. núm. 255) concediendo al Jefe y Oficiales Farmacéuticos siguientes, el premio anual de efectividad que a cada uno se indica:

Subinspector farmacéutico de segunda clase: D. Emilio Salazar Hidalgo, 1.000 pesetas, por llevar diez años de empleo.

Farmacéuticos primeros: D. Pedro Calvo Muñoz-Torero, 1.100 pesetas, por llevar once años de empleo, y don Jesús García Calder-Smith, 1.000 pesetas, por llevar diez años de empleo.

- 31 Octubre.—Orden (D. O. núm. 257) destinando a la Clínica Militar de Huesca al Comandante Médico D. Julián Urgel Bueno, con carácter voluntario.

- 31 Octubre.—Orden (D. O. núm. 257) desestimando la petición del Capitán Médico D. Rafael Andrés Blanco, de que se le considere apto para ejercer la especialidad de Cirugía y poder solicitar destinos de ella.

- 31 Octubre.—Orden (D. O. núm. 258) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Daniel García Vázquez pase de la situación de disponible apartado A), a igual situación del apartado B).

- 2 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 256) concediendo al Comandante Médico retirado D. José Gamir Montejo y al Capitán Médico en activo D. Rafael Olivares Bel, la Cruz de San Hermenegildo.

- 3 Noviembre (Orden (D. O. núm. 259) concediendo al Teniente Médico D. Felipe Vidal Estévez el distintivo de Intervenciones Militares sin derecho a barras.

- 9 Noviembre.—Decreto (D. O. núm. 263) disponiendo que los Coroneles y asimilados en activo que tengan cuarenta años de servicios con abonos, dos años o más de antigüedad, posean la placa de San Hermenegildo y no tengan notas desfavorables en sus hojas de servicios, podrán, si lo solicitan en un plazo de un año, obtener el pase a si-

tuación de retirado con el empleo de General de Brigada o asimilado honorario y sueldo de su empleo de Coronel, que como haber pasivo les corresponda.

- 10 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 263) concediendo el empleo superior inmediato a los Capitanes Médicos D. Francisco Arozarena Reyes y D. César Alonso Delás, y a los Tenientes Médicos D. Jesús Pérez Sáez de Miera y D. Joaquín Pastor Candela.

Correspondencia administrativa de la Revista.

D. Leonardo Velasco (Ecija).—Abonada su suscripción hasta fin del corriente año.

D. Luis Gandullo (Calatayud).—Idem. id.

D. Ildefonso Jiménez (Ubeda).—Idem. id.

D. Antonio García Pantaleón (Córdoba).—Idem. id.

D. Antonio Manzanares (Córdoba).—Idem. id.

D. José Bort (Los Alcázares).—Idem. id.

D. Carlos Fernández (Los Alcázares).—Idem. id.

D. Rafael Mira (Santander).—Idem. id.

D. Juan Ortega (Estella).—Idem. id.

D. Eusebio Torrecilla (Santander).—Idem. id.

D. Angel Martín (Medina del Campo).—Idem. id.

D. Arturo López (Segovia).—Idem. id.

D. Marcelo Usera (Segovia).—Idem. id.

D. Juan Arias (Huesca).—Idem. id.

D. Manuel Boyero (Salamanca).—Idem. id.

D. Lázaro Núñez (Salamanca).—Idem. id.

D. Ricardo de la Fuente (Zamora).—Idem. id.

D. Augusto Díaz (Jaca).—Idem. id.

D. Julián Bravo (Orense).—Idem. id.

D. Antonio López Calderón (Lugo).—Idem. id.

D. Ginés Torrecilla (Cádiz).—Idem. id.

D. Jerónimo Jiménez (Cádiz).—Idem. id.

D. Antonio Reboul (Cádiz).—Idem. id.

D. José Riera (Mahón).—Idem. id.

D. Juan José Apellániz (Mahón).—Idem. id.

D. Pedro Alvarez Nouvilas (Málaga).—Idem. id.

- D. Hilario Pérez (Melilla).—Idem id.
D. Manuel Bermúdez (Getafe).—Idem id.
D. Gregorio Lombardo (Melilla).—Idem id.
D. Manuel Bugallo (Melilla).—Idem id.
D. Manuel Amieva (Tánger).—Idem id.
D. Alonso Encalado (Castellón).—Idem id.
D. Juan Roldán (Murcia).—Idem id.
D. Julián Urgel (Oviedo).—Idem id.
D. Cándido Soriano (Oviedo).—Idem id.
D. Alfredo Cortés (Oviedo).—Idem id.
D. Antonio López Cotarelo (Oviedo).—Idem id.
D. Francisco Fernández Casares (Campamento).—Idem id.
D. Alfredo Hurtado (Alicante).—Idem id.
D. Florencio Montero (Tarragona).—Idem id.
D. Tomás Larrosa (San Sebastián).—Idem id.
D. Leandro Martín (San Sebastián).—Idem id.
D. Julián Lecumberri (San Sebastián).—Idem id.
D. Francisco Peña (Bilbao).—Idem id.
D. José Crende (Bilbao).—Idem id.
D. Salustiano Mas (Ceuta).—Idem id.
D. Ramón Anglada (Tetuán).—Idem id.
D. Ramiro Ciancas (Tetuán).—Idem id.
D. Juan Aguilera (Gijón).—Idem id.
D. Manuel Aranda (El Pardo).—Idem id.
D. Julio Atenza (Melilla).—Idem id.
D. Ricardo Gutiérrez (Melilla).—Idem id.
D. José Barros (Pontevedra).—Idem id.
D. Ildefonso Villabona (Ferrol).—Idem id.
D. José Pintos (Ferrol).—Idem id.
D. Diego Ortega (León).—Idem id.
D. César Alonso (León).—Idem id.

Se ha recibido un giro de Algeciras impuesto por D. Ignacio Sanz por valor de 22 pesetas, que suponemos corresponde al pago del 2.º semestre de los Sres. D. Servando Casas y D. Marcial Gómez, suplicando corroboren o rectifiquen esta suposición para hacer las anotaciones definitivas.