REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XXIII | Madrid, 15 de Diciembre de 1933. | Núm. 12.

SUMARIO

Cálculo renal en riñón ectópico, por Leandro Martín Santos.—*Consideraciones y deducciones sobre los efectos de la amigdalectomía en el reumatismo poliarticular agudo,* por José Duerto.=*Variedades.*=Destinos vacantes.=*Prensa médico-farmacéutica:* La ephedrina en la enfermedad del suero.—El valor alimenticio de las ostras.—Anemia de origen gástrico e intestinal.=*Prensa militar profesional:* A propósito de un caso de herida de hígado por traumatismo penetrante de abdomen.—La guerra microbiana.=*Bibliografía:* Conferencias sobre guerra química pronunciadas por D. José Fernández Bacorell, Capitán Ayudante Mayor en el Regimiento de Infantería número 8.=*Sección oficial.*

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

NOTA CLÍNICA

Cálculo renal en riñón ectópico

Hospital Militar de San Sebastián.—Centro quirúrgico núm. 8.

Mujer de cuarenta y tres años, casada, cuatro hijos, el menor trece años.

Acude a la consulta por una constipación exagerada que no modifican las purgas, por tener molestias en lado derecho vientre, y con frecuencia orinas muy turbias.

Los antecedentes hereditarios carecen de importancia.

Ella, menargia a los quince años; tiene buena salud; los embarazos y partos, normales; poco más tarde del último, el año 1920, sufre grandes cólicos, calificados de nefríticos, los que desaparecen para no repetir más, dejándola desde esa fecha molestias, no grandes, pero constantes, en lado derecho vientre, y esa constipación que va en aumento, unido a frecuentes temporadas en que padece disuria.

Su examen somático revela mujer muy desnutrida, cabe-

za sin nada anormal; las pupilas, reacción bien a la luz y a la acomodación.

Aparato digestivo, boca saburral, constipación.

Aparato respiratorio y circulatorio están bien; pulso, 80, regular, y amplio T. M. 14-t. n. 8.

Riñón ectópico.

Abdomen.—Asimétrico, lado derecho más aumentado que el izquierdo, en todo el flanco por palpación se aprecia tumoración grande, dura, ligeramente desplazable, situado en hipocondrio derecho; por su parte superior puede comprobarse separación del hígado, por parte media llega a línea umbilical, mas no la traspasa, y por la parte interior se une a cresta ilíaca, ocupando fosa ilíaca no por completo, pues su borde inferior se deluída bien. La movilidad principal la tiene en sentido vertical.

No es dolorosa la presión y su superficie es rugosa; no puede explorarse bien fosa renal, pero la tensión es menor que a nivel de la tumoración. Resto del vientre normal.

ANALISIS ORINA

Color	Amarillo pálido.
Olor	Normal.
Aspecto	Opalino.
Reacción	Acida.
Cloruros	10,88
Fosfatos	1,40
Acido úrico	0,38
Mucina	Ausencia.
Albúmina	0,70
Glucosa	Ausencia.
Acetona	Ausencia.
Pigmentos biliares	Ausencia.

Microscópicamente, en el sedimento se observan gran cantidad de leucocitos, algunas células de vejiga y uréter, numerosos estreptococos en cadena, colibacilos y estafilococos; la investigación de bacilo de Koch negativa.

Citoscopia.—Riñón izquierdo, normal en eliminación; uréter derecho muy infiltrado, tan sólo eliminación algunas gotas purulentas; vejiga con una capacidad de 120 c. c., paredes infectadas.

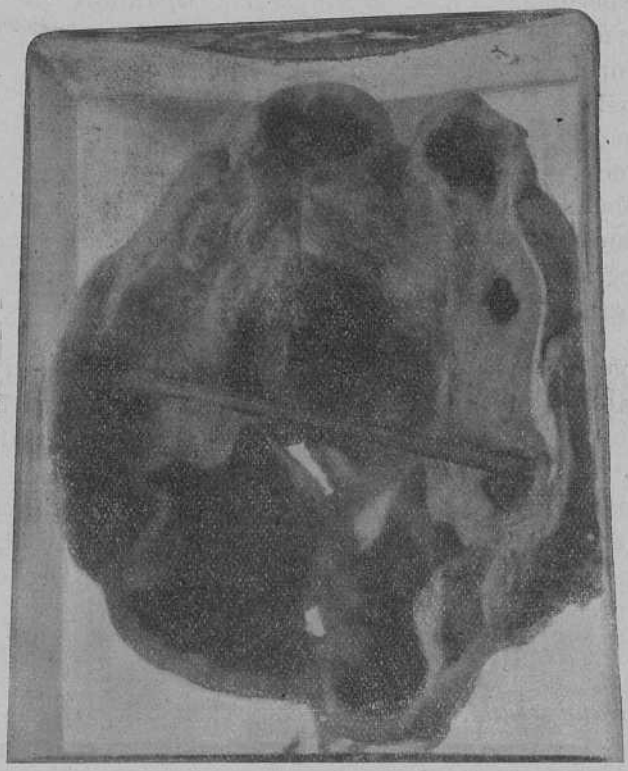
Radiografía.—Cálculo que adapta forma y tamaño pelvis renal.

Aparato genital.—Ligera leucorrea; matriz pequeña, algo esclerosa, anexos normales, no se llega a palpar tumoración por esta vía.

Análisis sangre	Wasermann.
Glóbulos rojos	2,568
Glóbulos blancos	8,965
Neutrófilos	60 por 100.
Eosinófilos	2 por 100.
Linfocitos	30 por 100.
Monocitos	8 por 100.
Heces: Investigación sangre	Negativa.

Diagnóstico.—Riñón ectópico, portador de gran cálculo en pelvis y pionefrosis concomitante.

Intervención.—Bajo anestesia raqui, practicada en primer espacio lumbar, y anestésico percaína. Resultado bueno. Con incisión de Guyón se descubre una gran masa llena de adherencias, aislamiento parcial de éstas, logrando descubrir



Tumoración extraída.

ambos polos renales y exteriorizar en gran parte riñón abertura, entonces de cápsula y pelvis, vaciando el pus retenido, lo que facilita la separación de las adherencias cara anterior; corte de uréter con termo, ligadura de pedículo y nefrectomía. Sutura con amplio drenaje.

Curso normal sin accidente alguno, las orinas se aclaran pronto, la enferma a los dos meses ha ganado doce kilos.

LEANDRO MARTÍN SANTOS,

Jefe del Centro quirúrgico núm. 8.

Consideraciones y deducciones sobre los efectos de la amigdalectomía en el reumatismo poliarticular agudo

"*La génesis focal de muchas artropatías* —ha dicho Marañón— *está fuera de toda duda*". Ello es una verdad inconcusa. Según el principio, generalmente admitido de infección focal, y como lo pone de manifiesto la práctica diaria, existen ciertos focos infecciosos que, actuando a la manera de fuentes microbianas, constituyen un reservorio de gérmenes de los que éstos emergen para, siguiendo la vía sanguínea o linfática, penetrar en la circulación general y de allí invadir otras regiones y órganos de la economía, y especialmente las serosas articulares. Estos focos son: la caries dentaria, los senos perinasales, la vesícula biliar, el ovario, etcétera, infectados, y, sobre todo, la faringe buconasal, y muy particularmente las formaciones linfoides (amígdalas palatina y faríngea) allí situadas y afectas de una infección aguda o de una crónica reagudizada.

El origen amigdalino del reumatismo poliarticular agudo —o si se quiere, y para precisar mejor la cuestión (ya que existe cierta tendencia a desglosar del genérico cuadro del reumatismo poliarticular las artropatías de origen focal), el origen amigdalino de ciertas artropatías consideradas hasta ahora como reumáticas—, no es ninguna novedad. Ya Hipócrates llamó sobre ello la atención, y el gran clínico francés Trousseau describió, magistralmente, la angina reumática. De entonces acá, y sobre todo a partir del momento en que se estableció por Hunter el principio de la *focal infection*, han sido legión los autores que han precisado a nivel de la amígdala infectada el punto de partida de los gérmenes para atacar a las articulaciones, y han señalado la coincidencia de la amigdalitis inicial con la aparición de las manifestaciones articulares y cardíacas, a tal punto, que algunos de ellos, Portmann, yendo acaso demasiado lejos, no vacila en afirmar que *Il suffit d'interroger*

un rhumatisant pour decouvrir dans son histoire pathologique des poussées fréquentes d'amygdalite; il suffit aussi d'examiner sa gorge pour déceler des amygdales suspectes, hypertrophiées au non.

Entre 36 casos que comprende la última estadística de poliartritis de origen focal, de Marañón, encuentra 14 amigdalino, contra 8 dentario, 3 vesicular, 1 genital femenino, 1 exofágico (divertículo) y 9 de localización dudosa; entre los cuales nada de particular tendría que hubiese algunos de origen rinofaríngeo, y el cual no fué posible determinarlo a causa de la enorme dificultad que para precisar con exactitud tal origen existe en ocasiones. En una comunicación presentada por nosotros al II Congreso Internacional de O. R. L. (*Reumatismo e infección amigdalina. Valor terapéutico de la amigdalectomía*), celebrado en Madrid en Septiembre último, al dar cuenta de nuestras investigaciones y trabajos sobre el particular, presentamos una serie de 50 casos estudiados, en los que encontramos el origen focal siguiente:

Amígdalas	41
Dientes cariados	7
Sinusitis	1
Indeterminado	1

Esto demuestra que, aun cuando no se puede negar un papel etiopatogénico a los otros focos infecciosos en la producción del reumatismo, también es innegable que las amígdalas ocupan un lugar primordial y preferente entre todos los órganos susceptibles de constituirse en focos infecciosos reumatógenos, lo que, por lo demás, nada de particular tiene que así sea, por cuanto merced a su especial localización en el fondo de la faringe (cavidad habitualmente séptica) y a su especial conformación anatómica, la amígdala está mucho más expuesta que ningún otro órgano de los señalados a ser objeto de agresiones microbianas e infectarse repetidamente y, como consecuencia de su estado infeccioso crónico, constituirse en un reservorio de gérmenes patógenos en excelentes condiciones para, a la menor circunstan-

cia favorable, extenderse por todo el organismo y, en estado de hipovirulencia, crear en los puntos en que se fijen una sensibilización local propicia para que otro ataque consecutivo a una reagudización infecciosa del mismo foco con aparición de fenómenos locales (amigdalitis premonitora) provoque la aparición de un primer acceso reumático, o bien determine la reagudización de viejas lesiones latentes articulares y dé lugar a la reaparición de nuevos accesos, que ya se habían presentado con anterioridad, pero que habían desaparecido (curación aparente), merced a un tratamiento medicamentoso.

Y a este objeto es preciso tener muy presente un aspecto de la cuestión que, no obstante la poca importancia que ordinariamente se le da, es por demás interesante. Nos referimos a la participación como foco infeccioso causal, no sólo de la amígdala palatina, sino de todas las formaciones linfoides que integran el anillo de Waldeyer, ya que aun cuando es cierto que la infección se manifiesta más intensa y ostensiblemente a nivel de la amígdala palatina, ordinariamente no está allí localizada exclusivamente, sino que afecta también a todo el tejido linfoide esparcido por la faringe, ya bajo la forma de folículos diseminados por la mucosa, o bien bajo la forma de conglomerados más voluminosos, como son la amígdala faríngea y la lingual, sobre todo la primera, indudablemente más asequible que las demás a la infección en virtud de su localización en el cavum y del estado infeccioso más o menos latente que acompaña a toda obstrucción nasal, que con mucha mayor frecuencia de lo que se cree tienen estos enfermos. Así se da frecuentemente el caso de que, a veces, accesos reumáticos, no vayan precedidos exactamente de una angina, sino de una rinofaringitis difusa, manifestada clínicamente por una rubicundez de toda la mucosa faríngea con *apretamiento* de garganta como, con gráfica frase, expresan los enfermos sus sensaciones; y así se concibe, que una vez pasado el período agudo, particularmente en aquellos casos en que éste precede en muchos días al acceso reumático, sea muy difícil determinar con exactitud el punto o puntos reumatógenos. Porque además resulta que, como han señalado Marañón, Bloch y

Thomson y Gordon, las amígdalas más frecuentemente responsables no son, como pudiera suponerse, esas grandes amígdalas hipertrofiadas, sino precisamente esas otras más bien pequeñas, esclerosadas, duras y poco aparentes, escondidas tras el pilar anterior, cuya normal apariencia no hacen sospechar alteración patológica alguna y, por ello, son motivo de desorientación para el clínico poco perspicaz y avisado, que no piensa en que tales órganos aparentemente sanos puedan ser causa de trastornos infecciosos a distancia, y, sin embargo, como dicen muy bien los autores últimamente citados, y como hemos podido comprobar nosotros en nuestras investigaciones anatomopatológicas, tales amígdalas están "acribilladas de alvéolos llenos de microbios, de pus y de restos de alteraciones inflamatorias crónicas".

Infectadas, pues, solas o simultáneamente con el resto del tejido linfoideo de la faringe, las amígdalas ocupan el primer lugar entre los focos susceptibles de determinar las alteraciones articulares. Y en consecuencia, no puede existir un tratamiento completo y eficaz de las manifestaciones artropáticas más que a base de la extirpación del foco infeccioso. *Es perfectamente inútil*—dicen Thomson y Gordon—*gastar un tiempo precioso en tratamientos paliativos, con medicamentos antirreumáticos o de otra clase, aplicaciones tópicas en las articulaciones, etc., hasta que no se ha extirpado el foco.* Por lo tanto, una vez diagnosticado el origen focal amigdalino de una artropatía reumática, lo esencial es practicar una amigdalectomía.

Ahora bien; aun cuando este origen puede ser, gracias a los datos anamnésicos, a los signos clínicos (presencia de materia caseosa en las criptas amigdalinas, salida de pus por expresión de la amígdala a través del pilar anterior, rubicundez de este pilar, etc.), y, en último caso, a la prueba de Wiggoschmidt (alteraciones de la fórmula hemática por el masaje amigdalino), puesto de manifiesto fácilmente, ocurre muchas veces que tal origen no radica exclusivamente, como hemos visto, en la amígdala palatina, sino que abarca a todo el anillo de Waldeyer o, al menos, a la amígdala faríngea, en cuyo caso de nada servirá extirpar la amígdala palatina si dejamos un foco infeccioso en el cavum.

Por ello, nosotros somos partidarios de efectuar una extirpación del foco lo más amplia y completa posible, a cuyo fin no circunscribimos la intervención quirúrgica a una *amigdalectomía total extracapsular* (una amigdalectomía parcial es insuficiente), sino que la completamos con un raspado de las vegetaciones adenoides con el fin de suprimir el posible foco adenoideo. Y ello con tanta mayor razón cuanto que, contra la opinión comunmente admitida, las vegetaciones no es un proceso exclusivo de la infancia, antes bien, y como lo demuestra el hecho de que en todas las amigdalectomías que hemos practicado en nuestros soldados (y son varios cientos) que siempre hemos completado con una adenoidectomía hayamos podido extraer un paquete adenoideo de mayor o menor volumen, la antigua creencia según la cual el tejido linfoide del cavum (amígdala faríngea) regresa y se atrofia al pasar de la pubertad, es uno de tantos errores mantenidos durante demasiado tiempo.

Procediendo de este modo llevamos intervenidos y tratados, hasta el momento, más de 70 enfermos con resultado verdaderamente halagüeño. En todos aquellos casos en que no existía un foco secundario (endocardítico) en actividad o latente, hemos logrado la curación *inmediata* rápidamente, sin que en ningún caso reapareciesen las manifestaciones articulares en los meses subsiguientes. En los que estaban afectos de endocarditis no hemos conseguido más que una sola curación, si bien hemos visto evidentes mejorías que, incluso, podían considerarse como curaciones clínicas, pero sin que se hayan mantenido definitivamente. Por ejemplo, en dos casos en que los enfermos no fueron declarados inútiles por la gran mejoría experimentada, se dió el caso de que estos enfermos volviesen al Hospital; uno al cabo de cuatro meses, y otro, después de cinco, con una recidiva de los fenómenos articulares y agravación de las manifestaciones cardíacas, por lo que hubieron de ser dados por inútiles entonces. Además, y esto es esencialísimo, ninguno de los enfermos que no tenían antes de ser operados complicación cardíaca se ha presentado después de la amigdalectomía tal complicación. De modo que la adenoamigdalectomía *total, extracapsular,* tiene en las poliartritis reumáticas de origen

focal un doble efecto, curativo y profiláctico de las complicaciones cardíacas, las cuales, cuando no existen anteriormente a la operación no se presentan. Pero ello ha de ser a condición de que la operación sea completa, no dejando la menor parcela de tejido amigdalino infectado o susceptible de infectarse, pues de no ser así, la operación será inútil.

* * *

Si teniendo en cuenta cuanto acabamos de exponer, examinamos la cuestión desde el punto de vista médico-militar, podemos deducir ciertas conclusiones por demás interesantes.

Cualquier médico militar que haya prestado servicio en hospitales habrá podido comprobar el elevadísimo porcentaje de enfermos de reumatismo poliarticular agudo que ingresan en sus Salas de Medicina, muchos de ellos en repetidas ocasiones y en cada una de las cuales causan un elevado número de estancias con el gasto consiguiente. Por nuestra parte podemos decir que solamente en la primera Sala de Medicina, a nuestro cargo, que tiene un promedio diario de unos 20 ó 25 enfermos, hemos tenido en menos de un año que hace que comenzamos estos estudios más de 100 enfermos reumáticos, varios de los cuales (que no admitieron ser operados de amigdalectomía) pasaron por la sala dos y tres veces. En cambio, ninguno de los operados, salvo los dos ya mencionados, volvieron a ingresar en el Hospital por reumatismo.

Por otra parte, es sabido que una de las principales (si no la principal) fuentes productoras de cardiopatías es el reumatismo poliarticular agudo, y sabido es, también, por cuantos han formado parte alguna vez de un Tribunal médico-militar, que no son raros ni mucho menos los casos de inutilidad para el servicio por afecciones cardíacas adquiridas con posterioridad a su ingreso en filas, afección que de hacer un estudio detenido en cada caso no sería difícil descubrir (como hemos hecho nosotros en cuatro enfermos) su origen reumático.

Y en último término, existen muchos enfermos de amigdalitis crónica que jamás han padecido con anterioridad del menor trastorno articular, y que después de su ingreso en el Ejército, a consecuencia del cambio radical del género de vida, y en virtud de ciertos factores predisponentes y de las características reaccionales del organismo a trabajos no habituales, han visto aparecer sus dolores y tumefacciones articulares.

En razón de tener a nuestro cargo simultáneamente una Sala de Medicina y el servicio de la especialidad, nosotros hemos podido comprobar en repetidas ocasiones el hecho de haber ingresado en la primera, afectos de poliartritis reumática, individuos que con anterioridad habían sido asistidos de amigdalitis de repetición que no quisieron ser operados. Por el contrario, está por la primera vez que ingrese uno afecto de reumatismo al cual le hayamos extirpado las amigdalas por padecer de amigdalitis crónica. Es decir, que sobre los efectos ya enunciados, tiene la amigdalectomía, el de prevenir, en los individuos afectos de amigdalitis crónica, la explosión y aparición de los fenómenos articulares reumáticos.

Si reflexionamos ahora detenidamente sobre cuanto antecede, fácil es admitir: *a*) que el Estado invierte una considerable suma de dinero en estancias de hospital consecutivas a una enfermedad que puede ser evitada en gran número de casos, y *b*) que el Estado devuelve a la sociedad inutilizados un cierto número de individuos que ingresaron a su servicio perfectamente útiles; con lo que no se acredita precisamente de perfecto y buen administrador, ni agradecido y humano con quienes le sirven.

Y lo peregrino del caso es que todo ello es corregible, sin el menor quebranto ni dispendio por parte del Erario, con sólo un reajuste en los servicios y la adaptación a éstos del personal del Cuerpo, de modo que cada uno de sus miembros desempeñase aquél en que por su preparación y sus aptitudes hubiera de dar mayor rendimiento. Y particularizando y circunscribiéndonos exclusivamente al campo de la Otorrinolaringología, todo lo expuesto demuestra las ventajas que habría de reportar, tanto en el orden económico como desde

el punto de vista social, la existencia de un médico especializado en la mencionada disciplina en cada uno de los hospitales divisionarios, y cuya necesidad, aparte otras muchísimas razones que en su apoyo podríamos aducir (que acaso sean objeto de otros artículos), queda con las que hemos expuesto plenamente justificada.

Sólo la cuestión de la infección focal amigdalina como causa y origen de poliartritis reumáticas y sus complicaciones cardíacas, exige la presencia de un otorrinolaringólogo en los hospitales militares divisionarios, quien, sin aumentar en una sola peseta el presupuesto, ahorraría al Estado una no pequeña cantidad de dinero y, sobre todo, evitaría la inutilización de un cierto número de individuos.

JOSÉ DUERTO.

Capitán Médico.

Diplomado en Oto-rino-laringología.

(Trabajo póstumo)

VARIEDADES

La Medicina patria acaba de experimentar otras dos bajas muy sensibles: la del eminente clínico D. Francisco Huertas y la del sabio catedrático de San Carlos Dr. Nóvoa Santos.

La prensa diaria y profesional dedica sentidos y merecidos homenajes a su memoria, a los que unimos la modesta expresión de nuestro sincero sentimiento por la irreparable pérdida que representa la desaparición de esas dos grandes figuras profesionales.

* * *

El 13 del pasado dió lectura en la Academia Médico-Quirúrgica Española, por delegación reglamentaria del Sr. Presidente de la misma, a un discurso inaugural del curso de 1933-34, el Vicepresidente 1.º Dr. D. Antonio Vallejo Nájera, Comandante Médico.

El tema elegido fué: "La higiene de la raza", desde el punto de vista psiquiátrico.

El Sr. Vallejo fué muy aplaudido.

* * *

Por reciente Decreto Presidencial le ha sido concedida la Gran Cruz del Mérito Militar, con distintivo blanco, al Inspector Médico honorario D. Victorino Delgado.

Reciba nuestra cordial enhorabuena.

* * *

Al cerrar nuestra edición se anuncia una conferencia que acerca de las relaciones de la Sanidad Militar con la Cruz Roja dará en los locales de dicha Institución el Teniente Coronel Médico, retirado, D. Agustín Van-Baumberghen.

* * *

Declaración de aptitud de Coroneles pera el ascenso (O. C. de 5 de Diciembre actual, D. O. núm. 285):

Curso particular para los Coroneles de Sanidad Militar.—Periodo preparatorio en la Academia de Sanidad Militar del 21 de Marzo al 5 de Mayo.—Estudio teórico práctico del funcionamiento de los Servicios de Sanidad Militar en paz y en guerra.

Periodo de ejecución. En la Academia de Sanidad Militar del 6 al 20 de Mayo.—Resolución de temas tácticos relativos al funcionamiento de los Servicios de Sanidad Militar en el Ejército y en el Cuerpo de Ejército.

Periodo de conjunto. En la Escuela Superior de Guerra del 21 de Mayo al 5 de Julio.

Asistirán con los Coroneles del Curso general.

Se presentarán en la Escuela Superior de Guerra al Ge-

neral Director del Centro de Estudios Superiores Militares el día 20 de Marzo próximo a las once; devengarán las dietas reglamentarias, quedando exentos de todo servicio en sus destinos, efectuando los viajes de ida y regreso por cuenta del Estado.

De la dirección técnica del curso se hará cargo el Inspector de Sanidad de la 1.ª Inspección general del Ejército, vocal del Centro de Estudios Superiores.

Destinos vacantes

Publicados por Orden circular de 4 del actual (D. O. núm. 283).

Sanidad Militar (Medicina).—Regimientos de Infantería números 21, 25, 37 y 39: Una de Capitán Médico.—Batallones de Montaña núms. 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 Cápitán Médico.—Grupo mixto de Zapadores de Telégrafos núm. 2: Una de Teniente Médico.—Segundo Grupo de la primera Comandancia de Sanidad: Cuatro de Teniente Médico.—Segunda Comandancia de Sanidad, primer Grupo: Cuatro de Teniente Médico.—Segundo Grupo: Una de Teniente Médico.—Tercer Grupo (Sección hipomóvil): Dos de Teniente Médico.—Cuarto Grupo: Seis de Teniente Médico.—Jefatura de los servicios sanitarios médicos de la primera división orgánica: Una de Comandante Médico.—Servicio de Aviación, escuadra núm. 3 (Barcelona): Una de Capitán Médico.—Hospital Militar de Badajoz: Una de Comandante Médico.—Clínica Militar de Tarragona: Una de Comandante Médico.—Clínica Militar de Salamanca: Una de Comandante Médico.—Hospital Militar de Vigo: Una de Comandante Médico.—Hospital Militar de Las Palmas: Una de Comandante Médico.—Necesidades y contingencias del servicio en el Rif: Una de Teniente Médico.—El mismo destino, en Melilla: Una de Teniente Médico.—El mismo destino, en Ceuta-

Tetuán: Una de Teniente Médico.—El mismo destino, en Larache: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar del Rif: Una de Capitán Médico (Radiólogo).—Laboratorio de análisis de Ceuta: Una de Comandante médico (Bacteriólogo).—Batallón de Cazadores de Africa núm. 4: Una de Teniente Médico.—Agrupación de Artillería de Melilla: Una de Teniente Médico. Batallón de Ingenieros de Melilla: Una de Teniente Médico.—Tercio: Una de Capitán Médico.—Grupo de Fuerzas Regulares número 2 (Melilla): Dos de Teniente Médico.—Grupo de Fuerzas Regulares núm. 4 (Larache): Una de Teniente Médico.—Grupo de Fuerzas Regulares núm. 5 (Alhucemas): Dos de Teniente Médico.—Grupo divisionario de Sanidad de la Circunscripción Oriental: Una de Teniente Médico.—Grupo divisionario de Sanidad de la Circunscripción Occidental: Dos de Teniente Médico.

Sanidad Militar (Farmacia).—Jefatura de los servicios farmacéuticos de la tercera división: Una de Farmacéutico Mayor. Jefatura de los servicios farmacéuticos de la quinta división: Una de Subinspector Farmacéutico de segunda.—Farmacia Militar de la quinta división: Una de Farmacéutico Mayor.

PRENSA MÉDICO-FARMACEUTICA

La ephedrina en la enfermedad del suero.—En una reciente comunicación a la Academia de Medicina de París, el Dr. Pierre Paul Lévy, llamó la atención sobre la frecuencia creciente de las reacciones perturbadoras, producidas por las inyecciones de antitoxina diftérica. En un tiempo, estas reacciones eran raras; ahora, son cada día más frecuentes.

El Dr. Lévy dice, que, si se tiene en cuenta los trastornos pequeños, puede asegurarse que hay reacción en el 80 por 100 de niños, y 95 por 100 de adultos. Hasta aquí, el mejor medio preventivo de semejante reacción era la adrenalina. Pero ésta es un remedio violento, cuya acción dura sólo dos o tres horas. Además, tiene el inconveniente de necesitar ser inyectada debajo de la piel. Ahora, se ha descubierto con ventaja la

ephedrina, que tiene muchos puntos de semejanza con la adrenalina, y que trata con ventaja el asma y produce la prevención y cura de la enfermedad del suero. La ephedrina tiene, además, la ventaja sobre la adrenalina, que se puede dar a los niños por la boca.

El Dr. Lévy ha hecho investigaciones sobre la acción de la ephedrina, dada por la boca antes de una inyección de suero, y, repetidamente después, y ha visto abortar o impedir toda manifestación de enfermedad del suero. El autor da una tableta de ephedrina una hora antes de la inyección del suero, y durante los quince días siguientes, da otra tableta cada ocho horas.

Las tabletas contienen un centigramo de ephedrina para el empleo a niños, hasta la edad de cuatro años; dos centigramos para los de cuatro a nueve años, y tres centigramos para los niños de nueve a quince años. En una experiencia de 55 niños, donde sistemáticamente fué empleada la ephedrina sobre los principios antes mencionado, 47, o sea el 85,4 por 100, no mostraron el menor signo de enfermedad del suero. En el resto, pudo sólo observarse una reacción insignificante.—*M. M. S.*

* * *

El valor alimenticio de las ostras.—Los Dres. L. Binet y M. V. Strumza (*París Méd.*, 1 de Julio de 1933) sostienen que si las ostras son tomadas de un lugar no contaminado, se puede asegurar que poseen un marcado valor nutritivo. Ellas, según dichos autores, contienen las cuatro vitaminas fundamentales: *a*) la del crecimiento, *b*) de utilización nutritiva, *c*) de propiedades antiescorbúticas, y *d*) la antirraquítica o recalcificante, que es una vitamina tan interesante.

Las ostras también contienen fósforo en gran cantidad, calcio, magnesio, y además yodo si son tomadas de lugares yodizados. Otros componentes presentes son el zinc, manganeso, hierro y cobre; el último es marcadamente presente en una particular variedad que usa como alimento una diatomea que contiene mucho cobre. El Dr. Pease ha demostrado que estas bivalvas poseen marcadas propiedades antianémicas.

Los autores de este trabajo presentan una serie de experimentos en perros, que prueban que las ostras aumentan la hemoglobina contenida en la sangre, y que son útiles para la regeneración de la sangre.-*M. M. S.*

* * *

Anemia de origen gástrico e intestinal. — El Dr. Leeuwen (*Klin. Wöch.*, 6 de Mayo de 1933) hace una descripción clínica de la anemia asociada a trastornos de la secreción gástrica, y establece una diferencia entre la anemia que el autor llama hipocrómica crónica, acompañada de síntomas gástricos, y la relacionada con trastornos intestinales.

Los caracteres más salientes de la anemia llamada gastrogénica, en su curso crónico, son: hipo o aclorhidria, con disminución de su actividad péptica;

atrofia e inflamación aftosa de la membrana mucosa lingual; cambios tróficos de la piel, con lesión de las uñas; daño de los dientes; pérdida del cabello; diarrea, alternando con constipación; laxitud y depresión del ánimo con trastornos psíquicos, y cambios menstruales y abortos en la mujer.

Los cambios de la sangre muestran células hipocrómicas, poikilocitosis, anisocitosis, leucopenia con relativa linfacitosis y defectos de regeneración de la sangre, como lo muestra la disminución de reticulocitos. Es digno de notar que, a las veces, se presentan ciertos síntomas premonitorios, antes que la anemia se haya establecido; y el diagnóstico precoz en esta primera fase de la enfermedad es muy importante, puesto que el tratamiento si se instituye pronto produce una cura rápida y específica.

La enfermedad se manifiesta a veces después de una gran pérdida de sangre, como en casos de las hemorragias que siguen a los partos. La verdadera causa de la enfermedad es desconocida, y ninguna teoría de las inventadas es satisfactoria. El tratamiento consiste en la administración del hierro y del ácido clorhídrico.

Los preparados más recomendados son el hierro reducido y otros semejantes. Los trastornos tróficos obedecen rápidamente a este tratamiento.

Cuando la sintomatología expresada no se halla asociada con hipoclorhidria gástrica o aquilia, el autor se inclina a creerla de origen intestinal, y la llama anemia enterogénica hipocrómica.—*M. M. S.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

APROPÓSITO DE UN CASO DE HERIDA DE HÍGADO POR TRAUMATISMO PENETRANTE DE ABDOMEN, por los Capitanes Médicos Sarroste y Rebéroll.

Las lesiones de hígado en las heridas penetrantes del hipocondrio derecho, son bien conocidas, tanto desde el punto de vista clínico, como del terapéutico.

Después de describir la historia clínica de un marino que ofrecía ruptura traumática del hígado por herida de bala penetrante en el abdomen, intervenido felizmente, deducen de esta observación los autores, que en cuanto al problema diagnóstico hay necesidad de saber si la herida es penetrante, y proceder al reconocimiento de las vísceras lesionadas, cuestiones que ofrecen ciertas dificultades referentes a la dirección del traumatismo a la hemorragia y al "schok", principalmente.

Por lo que respecta al problema terapéutico, la preferencia suele darse a la laparatomía transversal cuando la lesión está

confirmada clínicamente, y a la laparatomía mediana asociada al desbordamiento transversal u oblicuo, cuando el diagnóstico no está claro.

A continuación se sutura (cosa que no siempre debe hacerse), empleando catgut o seda gruesos y agujas de gran curvatura, con puntos simples o en U, en los casos como el que se reseña de ruptura linear de pequeñas dimensiones. Cuando la sutura es imposible, el taponamiento simple es un procedimiento de urgencia. (*Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française*, Junio 1933.).—*J. P.*

* * *

LA GUERRA MICROBIANA, por el Capitán Médico Farjot. (*Journal des Sciencies Médicales*, número 51-1932).

La producción industrial no es posible para todos los gérmenes.

Medios de inoculación. — Los gérmenes no pueden ser transportados en explosivos, pues la temperatura elevada de la explosión, los mataría. Otros medios han sido propuestos: recipientes de cristal arrojados por aviones, nubes microbianas. Ciertos parásitos diseminadores, no pueden ser empleados más que en ciertas regiones, pero otros pueden serlo en todas partes.

Las enfermedades reconocidas como capaces de empleo son, sobre todo, aquellas cuyos primeros casos son suceptibles de desarrollo epidémico por la contaminación interhumana o por la de los parásitos.

Infección de combate.—Inoculación por el agua, práctica para el tifus y el cólera, rápidamente atenuadas en el medio exterior.

Inoculación por insectos: tifus exantemático, propagado por el piojo.

Diseminación de la peste por la rata, eficaz en el país en que la peste es endémica.

La peste pulmonar grave en ciertos países.

La fiebre de Malta es muy fácil de extenderse, pero presenta numerosas formas frustradas. Se podría tratar de producir epidemias no sólo en los hombres, sino también en los animales y en las plantas.

Dificultades y posibilidades.—Engendrar una epidemia es cosa difícil, la virulencia depende de diferentes factores: humedad, presión barométrica, etc.

La epidemia sería igualmente peligrosa para el que la crease.

El agresor no podría prácticamente prevenirse por la vacunación.

El arma microbiana parece destinada a la población civil, con objeto de desmoralizar de este modo al adversario.

La guerra bacteriológica no ofrecería pleno éxito; pero, sin embargo, no es despreciable.

Medios de defensa.—El laboratorio móvil de división sería el encargado de la organización defensiva. Para asegurar la protección civil sería preciso coordinar los esfuerzos de los médicos civiles con los de Sanidad Militar.

Precauciones, vigilancia de las aguas y de las sustancias alimenticias.

La guerra bacteriológica ha

sido prohibida por la Convención de La Haya (art. 23), el Protocolo de guerra en 1925 y la Comisión del Desarme (artículo 39), C. N. (*Archives Medicales Belges*, Octobre 1933).-*J. P.*

BIBLIOGRAFIA

Conferencias sobre guerra química, pronunciadas por don José Fernández Bacorell, Capitán Ayudante Mayor en el Regimiento de Infantería núm. 8, ex alumno de la 2.ª Sección (Gases) en el Laboratorio del Ejército.

Va siendo, por fortuna, incrementada nuestra bibliografía militar, con trabajos referentes a gases en sus distintos aspectos, estimulados por lo que, a no dudarlo, ha de tener gran ascendiente en las futuras contiendas, tanto desde el punto de vista militar como del civil. El Estado español, dentro de su modestia y de sus propósitos pacifistas, no deja de la mano asunto tan interesante, mediante enseñanzas adecuadas que han dado margen a la publicación de algunos trabajos por parte de médicos, ingenieros, artilleros, farmacéuticos y de individuos de otras Armas y Cuerpos, basados estos últimos principalmente en la táctica de esta nueva arma de combate.

Una de estas producciones, tan meditada como importante, es la que acaban de dar a la publicidad los Capitanes del mencionado Regimiento de Infantería, rindiendo de este modo sencillo y expresivo homenaje a su compañero Sr. Fernández Bacorell, autor de dichas conferencias.

La primera de ellas está consagrada a cuestiones físico-químicas y meteorológicas; la segunda, al estudio de los gases, humos, nieblas y material de proyección, organización del servicio químico en la guerra y movilización industrial, y la tercera, comprende los medios de protección, táctica y alcance de estas cuestiones en distintos países, discurriendo acertadamente acerca del curso de especialización.

Finalmente, dedica un apéndice a la ampliación de

la meteorología, reseña de las expresadas conferencias, bibliografía y un Colofón en el que el autor, modestamente, explana el desarrollo de su trabajo con las colaboraciones prestadas a la consecución del fin propuesto.

El libro, ilustrado con algunas figuras, ha de ser muy bien recibido por el público militar y civil, que ha de deducir de su estudio valiosas enseñanzas en tan sugestivo asunto.—*J. P.*

SECCION OFICIAL

10 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 264) accediendo a lo solicitado por el Capitán Médico D. Isaac Encinas Rodríguez de que se le considere incluído en los títulos primero y tercero del Estatuto de Clases pasivas.

10 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 264) disponiendo que los militares separados del Ejército por fallos de Tribunal de honor, confirmados por la revisión, determinado por ley de 16 de Abril de 1932, así como sus familias, no tienen derecho a hospitalizarse en los nosocomios militares.

11 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 266) concediendo al Teniente Médico D. Alfonso Jiménez Porras el distintivo de Regulares, sin derecho a barras.

15 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 267) resolviendo que en lo sucesivo los Inspectores Médicos de Sanidad Militar usen con el uniforme la faja de seda color carmesí, igual a la de los Generales del Ejército.

17 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 270) concediendo la Cruz de San Hermenegildo al Comandante Médico D. Valeriano Carnicero Gasch, a los Farmacéuticos Mayores D. José Santacruz de la Casa y D. Miguel Pando Armand, y al Capitán Médico D. Francisco Irañeta Urriza.

21 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 272) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos que figuran en la siguiente relación, pasen a servir los destinos que se les señala.

Comandantes: D. Lauro Melón y Ruiz de Gordejuela,

de Ayudante del Inspector Médico de la segunda Inspección general del Ejército, a la Clínica Militar de Oviedo (V.); D. Francisco Arozarena Reyes, ascendido, del Regimiento de Infantería núm. 21, a disponible forzoso, apartado A), en la séptima división orgánica, y D. César Alonso Delás, ascendido, del Servicio de Aviación, en la Escuadra número 1 (León), al Hospital Militar de La Coruña. (F.)

Capitanes: D. Alberto Madrigal Calderón, del Batallón de Ingenieros de Melilla, al Servicio de Aviación en la Escuadra núm. 1, en León (V.); D. Jesús Pérez y Sáez de Miera, ascendido, del tercer Grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, al Regimiento de Infantería número 37 (F.), y D. Joaquín Pastor Candela, ascendido, de Al servicio del Protectorado, al Tercio. (F.)

Tenientes: D. Luis Clemente Ortega Gordejuela, de "Al servicio del Protectorado", al Grupo divisionario de Sanidad Militar de la Circunscripción Oriental (V.); D. Juan Hernández Jiménez, del Grupo mixto de Zapadores y Telégrafos núm. 2, al segundo Grupo de la segunda Comandancia de Sanidad Militar (V.); D. José Antonio Escudero Valverde, de la Agrupación de Artillería de la Circunscripción Oriental, al tercer Grupo de la primera Comandancia 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.

Sanidad Militar (V.), y D. Timoteo Rodríguez Velázquez, del primer Grupo de la segunda Comandancia de Sanidad Militar, al tercer Grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar. (V.)

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

Servicio de Aviación, Escuadra núm. 1: D. José Manuel Pintos Castro, D. Juan Ortega Mesa, D. Antonio Delgado Cid y D. Joaquín Pastor Candela.

16 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 272) concediendo la adición de las barras de oro y azules que se expresan sobre el distintivo del Profesorado que poseen, a los Jefes Médicos de la Academia de Sanidad Militar que figuran en la siguiente relación:

Teniente Coronel Médico Director, D. Paulino Fernández Martos, una barra de oro y cuatro azules; Comandante Médico Profesor, D. Cosme Valdovinos García, dos barras de oro y una azul, y Comandante Médico Profesor, don Juan Martín Rocha, una barra de oro y cuatro azules.

22 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 273) resolviendo que Farmacéuticos del Cuerpo de Sanidad Militar que se hallen en posesión del título de Médico no pueden ejercer esta profesión mientras desempeñen destino activo como Jefes en las farmacias militares.

24 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 275) destinando al Farmacéutico primero D. Clementino Villaverde Almarza a Jefe de la farmacia del Hospital Militar de Palma de Mallorca (forzoso).

24 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 276) concediendo a los Capitanes Médicos D. Miguel Muro Esteban y D. José Rosales Gutiérrez la Cruz de San Hermenegildo.

25 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 276) concediendo al Comandante Médico D. Luis Aznar Gómez 1.200 pesetas anuales de premio de efectividad desde 1.º de Diciembre, y a los Capitanes Médicos D. Augusto Díaz Díaz, D. Francisco de la Cruz Reig, D. Emilio González Muñoz, D. Antonio Car-

nero Moscoso y D. Pelayo Lozano Arcos, 1.300 pesetas anuales desde 1.º de dicho mes y por igual concepto.

25 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 276) concediendo al Farmacéutico primero D. Augusto Alcázar Fernández 1.200 pesetas de premio de efectividad desde 1.º de Diciembre.

25 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 277) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo del Capitán Médico D. Luis Cantarino Escamilla, con residencia en San Lorenzo de El Escorial.

30 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 282) concediendo al Teniente Coronel Médico D. Angel Calvo Flores y Morales pensión de Cruz de San Hermenegildo.

2 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 282) dictando normas para acelerar el completo de la dotación de los medicamentos aumentados en el Petitorio para los servicios farmacéuticos del Ejército.

2 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 283) concediendo autorización para establecer depósito en las farmacias militares de las agujas "Super Err-Eff", de acero inoxidable.

4 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 284) concediendo autorización para establecer depósito en las farmacias militares del desinfectante "Cresolin Español".

4 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 285) concediendo el empleo superior inmediato al Capitán Médico D. Francisco Oliván Anadón y al Teniente Médico D. Daniel Ortega Lechuga.

4 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 285) concediendo el empleo superior inmediato al Farmacéutico mayor D. Jaime Blanch Vila y al Farmacéutico primero D. Arturo Eyries Rupérez.

5 Diciembre.—Decreto (D. O. núm. 285) concediendo la gran Cruz del Mérito Militar, con distintivo blanco, al Inspector Médico honorario D. Victorino Delgado Piris.

5 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 285) disponiendo se sigan a cargo del Centro de Estudios Superiores Militares, cursos de declaración de aptitud de Coroneles para el ascenso, ajustados a las normas que se indican. Asistirá a este curso el Coronel Médico D. Melchor Camón Navarra.

7 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 286) disponiendo quede sin efecto el destino del Capitán Médico D. Alberto Madri-

gal Calderón al Servicio de Aviación, Escuadra núm. 1 en León (V.), destinándose en su lugar a dicho Servicio al de igual empleo, D. José Miguel Díaz. (V.)

8 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 287) anunciando concurso para proveer una vacante de Farmacéutico primero en la segunda Sección del Laboratorio del Ejército.

Correspondencia administrativa de la Revista.

D. Manuel Corral (Alicante).—Abonada su suscripción hasta fin de 1933.

D. Joaquín Sanz (Tánger).—Idem íd.

D. Rafael Fiol (Palencia).—Idem íd.

D. Estanislao Orero (Campamento).—Idem íd.

D. José M.ª García (Tetuán).—Idem íd.

D. Luis Muñoz (Lérida).—Idem íd.

D. José González (Acebo).—Idem íd.

D. Miguel Terreros (Tetuán).—Idem íd.

D. Carlos Sánchez (Getafe).—Idem íd.

D. Joaquín D'Harcourt (Getafe).—Idem íd.

D. Anastasio Martín (Getafe).—Idem íd.

D. Juan Antonio Valderrama (León).—Idem íd.

D. Néstor Alonso (León).—Idem íd.

D. Zacarías Mínguez (Melilla).—Idem íd.

D. Juan Llamas (Melilla).—Idem íd.

D. Luis Ortega (Alhucemas).—Idem íd.

D. Antonio Torres (Alhucemas).—Idem íd.

D. Fernando Morell (Alhucemas).—Idem íd.

D. Joaquín Pastor (Alhucemas).—Idem íd.

D. Andrés Gato (Toledo).—Idem íd.

D. Antonio García (Tetuán).—Idem íd.

D. Juan Solsona (Tetuán).—Idem íd.

Batallón de Cazadores de Africa núm. 8.—Idem íd.

D. Alberto Madrigal (Melilla).—Idem íd.

D. Victoriano Darias (Río de Oro).—Idem íd.

D. Pablo Hurtado (Río de Oro).—Idem íd.

D. Jacinto Mañas (Tetuán).—Idem íd.

D. Federico Torrecillas (Melilla).—Idem íd.