

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XXV

Madrid, 15 de Mayo de 1935.

Núm. 5.

SUMARIO

Los heridos oculares en los sucesos de Asturias, por el Dr. JOSÉ AZNÁREZ.—
Resultados terapéuticos conseguidos con el primer salvarsán español en el tratamiento de la sífilis, por el Dr. MANUEL CONDE LÓPEZ.—*Necrología*: D. Enrique Fernández de Rojas y Cedrun y D. Policarpo Carrasco Martínez.—*Varietades*.—*Destinos vacantes*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Tratamiento de las artritis por las inyecciones endovenosas e intramusculares de azufre.—*Atrofias musculares y espinales postraumáticas*.—*Tratamientos antiguos y modernos de las toxicosis*.—*Prensa militar profesional*: El barón de Larrey.—*Entrenamiento del oficial del Servicio de Sanidad en campaña*. El servicio militar y la orientación constitucionalista en Biología y Patología.—*Bibliografía*: La vacunación antivariólica en el Ejército español.—*Parálisis histérica de aspecto nuclear de III y VII nervios craneales*.—*Curso de premios de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Mayo de 1935.

SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL DE MADRID-CARABANCHEL

Jefe: Dr. MARTIN RENEDO

REVISTA DE ESPECIALIDADES

LOS HERIDOS OCULARES EN LOS SUCESOS DE ASTURIAS

Pasada ya la efervescencia del momento, terminados hace tiempo los envíos de heridos y vista—o entrevista al menos—la terminación de los procesos que hemos asistido en nuestra clínica, creo llegado el momento de exponer algunos comentarios sobre los heridos oculares en esa pequeña guerra que se ha desarrollado entre los montes asturianos, y la llamo pequeña únicamente porque en ella no han intervenido todos los medios de destrucción que se emplean en las guerras “grandes”, no porque para nosotros no haya tenido la importancia y haya traído el dolor de cualquiera de ellas.

Varias son las causas que, venciendo mi timidez y ha-

ciéndome olvidar mi incompetencia, me impulsan a pergeñar estas cuartillas, pero las principales son tres, que constituirán los jalones que me indiquen el desarrollo del tema. Es la primera la enorme proporción de las lesiones oculares entre el total de heridos; la segunda es el indudable interés clínico y profesional que ofrecen la mayoría de éstos, y la última, las consecuencias que se desprenden del total de casos y que, desgraciadamente, no son todo lo satisfactorias que debieran ser.

Porcentaje de heridas oculares.—Es extraordinariamente significativo el aumento de proporcionalidad en las heridas del aparato visual que se viene observando en las últimas guerras. Los números son más elocuentes que todos los comentarios, y por ello me limitaré a transcribir algunos:

Guerra franco-prusiana (1870): 0,81 de heridas oculares por 100 heridos.

Guerra ruso-japonesa (1904-1905): 2,21 por 100.

Guerra europea (1914-1918): 5 por 100.

Sucesos de Asturias: 9,6 por 100.

Como se ve, en estos sucesos la proporción de heridos oculares duplica casi exactamente la de la gran guerra. Piénsese ahora que en una lucha en que se empleasen todos los modernos medios de combate habría que agregar a este número los "heridos de gases" y los enfermos. Es evidente que en el momento en que los gases hagan su aparición entre los métodos de lucha (en Asturias no se han utilizado para nada que nosotros sepamos), el número de lesionados del aparato visual ha de sufrir un aumento enorme, ya que todos los gases atacan a los ojos: asimismo los shrapnells, los lanzallamas, etc., son agentes nosológicos nada despreciables, y, por otra parte, en una guerra estabilizada, las condiciones higiénicas de los contingentes (trincheras, aglomeración...) ha de favorecer la aparición de enfermedades oculares infecciosas y su conversión en epidemias. Y a este propósito, y aunque no tenga una relación directa con el asunto, citaremos las epidemias de conjuntivitis gonocócica de los últimos meses de la gran guerra, provocadas por los mismos soldados, que, al inocularse y a trueque de quedar ciegos, se evadían de los peligros de la línea de fuego.

Sumemos, pues, estos importantes factores a los que han

intervenido en los combates de Asturias y nos daremos cuenta precisa de cuál va a ser el número de heridos oculares en una guerra futura. ¿Por qué aumenta en tan rápida progresión esta clase de heridos? Indudablemente ello se debe a las condiciones de la guerra moderna, y en nuestra modesta y poco autorizada opinión, principalmente a las causas siguientes, entre las que (y lo repetimos a trueque de parecer machacones) no contamos los gases ni los otros métodos de combate no utilizados en Asturias.

1.ª Disminución del porcentaje de otras heridas, debido a los medios de protección con que hoy cuenta el soldado—casco, escudo, trinchera, etc.—. Los ojos, en cambio, dados su especialísimo papel y función, están más expuestos que nunca y no pueden—hoy por hoy—ser expresamente protegidos.

2.ª Muchas heridas que hace tiempo podían considerarse como mortales (y ello se nota principalmente entre las heridas de cráneo), hoy, por la evolución de los medios de combate, cambios experimentados por los proyectiles y progreso enorme de los métodos de tratamiento y transporte, han dejado de ser fatales para la vida del herido, y, en cambio, continúan interesando el aparato visual.

3.ª Los explosivos—que han pasado a ser el primer elemento del combate—son agentes químicos de acción directa sobre las membranas del ojo.

4.ª Todo lo referente a cuerpos extraños intra y extra oculares ha cambiado completamente de frecuencia y pronóstico con relación a las batallas de hace años. Por una parte, el ya citado predominio de los explosivos y su cambio de empleo con relación a las guerras de antaño, ha multiplicado enormemente el número de proyectiles secundarios (esquirlas, tierra, piedras e incluso líquidos) que intervienen en un episodio bélico, y, por otra parte, la transformación de la naturaleza de los proyectiles influye muy notablemente sobre el pronóstico y curso de las lesiones que causan. Para no extendernos demasiado nos limitaremos a citar la diferente tolerancia del ojo para el plomo—material casi exclusivo de los antiguos proyectiles—y para el cobre o el acero, materiales que tan a menudo entran en la composición de los proyectiles modernos. Precisamente, y como veremos, en-

tre nuestros heridos hay dos casos altamente demostrativos de lo que acabamos de exponer.

5.ª Y, por último, los factores morales. La guerra antigua era la de batallas románticas y excitantes entre flamear de banderas, sonar de músicas, brillar de aceros y ecos de canciones. La guerra actual es la guerra deprimente de los uniformes grises de color y de lodo, de la vida subterránea, de la máscara de gases y el "mono" de goma, de estar un año a 50 metros del enemigo y morir y matar sin verle, de soportar el fuego de tambor y las oleadas de tóxicos.... de Dios sabe qué horrores para el futuro... Unamos estos factores a las condiciones de la vida actual, que tanto contribuyen a crear generaciones de histéricos y neuróticos, y si meditamos sobre ello, no ha de parecerle a nadie exagerada la predicción del histerotraumatismo como agente importante de bajas en las futuras guerras. Y si alguien encontrara ridícula esta afirmación, siga leyendo y no tardará en hallar la prueba de su verosimilitud.

Pasemos ahora al examen de los casos atendidos en la Clínica de Oftalmología de Carabanchel, y aquí debo hacer constar, para no engalanarme con plumas ajenas, que todo el mérito de diagnósticos y tratamientos corresponde al doctor Renedo, jefe de la Clínica y eminente oftalmólogo, a quien nos honramos llamando maestro los modestos aprendices que a su lado trabajamos en la especialidad.

Nuestros heridos, por orden de menor a mayor importancia clínica, han sido:

Rafael Martínez Ferrero. Guardia de Asalto. Ingresó en la Clínica el 28 de octubre. Cuerpos extraños múltiples en conjuntiva y córnea de ambos ojos y alteración eczematosa periocular en el izquierdo. Esta última se debe, probablemente, a la acción irritante de sustancias desconocidas (seguramente gases de las explosiones), suposición que confirma la irritación conjuntival que el enfermo presenta y que es desproporcionada a sus lesiones. Se le extraen los cuerpos extraños, y, mediante un tratamiento tópico vulgar, cura rápidamente, siendo dado de alta el 9 de noviembre.

Antonio Marfil Avila. Ingresó el 31 de octubre. Viene enucleado del ojo derecho, y de sus confusas manifestaciones (no es, precisamente, un hombre culto ni despierto), se de-

duce que ha sido operado por cuerpo extraño intraocular, lesión debida a explosión de granada.

○ Luis Martín Moyano. Ingresa el 28 de octubre. Este enfermo recibió una perdigonada en la cara. Presenta:

Ojo derecho. Ninguna reacción conjuntival. Coloboma quirúrgica en parte superior del iris. A la lámpara de hendidura aumento moderado de células en cámara anterior. Cristalino transparente.

De fondo de ojo no puede apreciarse ningún detalle. La luz reflejada no penetra y con el Oculus sólo se aprecia un reflejo rojizo en todas direcciones. No existe percepción luminosa, aunque el herido asegura que los primeros días de su lesión percibía los dedos por el lado derecho. No hay reacción pupilar a la luz.

Por radiografía se aprecia un cuerpo extraño metálico (probable perdigón), cuya situación corresponde aproximadamente al humor vítreo de dicho lado.

En el ojo izquierdo, nada anormal. Medios transparentes, fondo normal, A. V. 4 y con un esférico de más de 0,75 1 3/4. Reacciones pupilares normales a la luz, a la acomodación, consensual y a efecto consensual.

En raíz y base de nariz, y parte media inferior de la región malar, presenta los orificios de entrada de tres proyectiles, cuya situación en partes blandas es perfectamente visible en la radiografía. Por el orificio de la región malar sale espontáneamente un perdigón el día 30 de octubre.

Este enfermo es tratado por dionina, atropina e inyecciones subconjuntivales de cloruro sódico. Mejora muy lentamente hasta llegar a tener percepción luminosa. De ahí no pasa mientras está en la Clínica, cosa que no debe extrañarnos, pues ya es sabida la lentitud de reabsorción de estas grandes hemorragias de vítreo... cuando llegan a reabsorberse.

A primeros de Diciembre y en tal estado marcha con permiso.

Es muy interesante hacer constar la perfecta tolerancia del ojo al cuerpo extraño, pues el enfermo, en todo el tiempo de observación, no presenta signo reaccional alguno, y probablemente, tanto si la hemorragia se reabsorbe, como si

no, así continuará indefinidamente. Ya veremos el rudo contraste de este caso con el de otros de nuestros heridos.

Manuel Andrade Fernández. Guardia civil. Ingresa el 10 de Noviembre. Cuenta que, en ocasión de pretender evacuar el cuartel de la Guardia civil, le lanzaron un paquete de cartuchos de dinamita que le explotó entre los pies, lanzándole arena a los ojos “y dejándole ciego súbitamente”. Posteriormente fué cogido prisionero por los rebeldes, que le encarcelaron, sufrió hambre y malos tratos y fué condenado a muerte. Para ejecutarle le sacaron de la prisión, le embarcaron en un vagón de ganado en unión de otros prisioneros, y se les notificó que serían arrojados vivos a unos depósitos de gasolina. Hacemos constar todos estos datos porque, como veremos, influye en el curso de la dolencia del sujeto.

Examinado el enfermo, se recogen los siguientes datos:

Constitución leptosomática. Individuo muy nervioso y agitable.

Ojo derecho. Nubéculas aisladas en número de 5 ó 6. Conjuntiva ligeramente hiperemiada. (Reacción normal a los cuerpos extraños que ha tenido.) Iris que no reacciona a la luz, percepción buena, proyección dudosa. Medios transparentes en orden. FONDO NORMAL.

Ojo izquierdo. Conjuntiva como en el derecho. Medios transparentes en orden. Fondo normal, percepción buena, proyección dudosa.

Ante esta sintomatología con tal desproporción entre lo objetivo y lo subjetivo, se duda entre un diagnóstico de conmoción peripatral y una amaurosis histérica, inclinándonos hacia esta última, de una parte, la absoluta normalidad del fondo, y de otra, el hábito, modo de expresarse, la historia de este sujeto, cuyos sufrimientos morales abogan por el clásico “refugio en la enfermedad” de los histéricos.

Orientados en este sentido, faltaba cerciorarse del fondo neurósico del enfermo, y a este fin, se le hizo una exploración detenida de sistema nervioso, que nos dió los resultados siguientes:

Reflejos tendinosos dudosos. (Por no dejarse explorar bien el paciente.) Reflejos cutáneos abolidos, salvo el plantar (muy débil). Pérdida de la sensibilidad al calor en zonas

algo difusas, situadas, una—muy pequeña—a nivel de la duodécima vértebra dorsal, otra sobre la mitad inferior del sartorio derecho, otra sobre la mitad inferior de cara externa del muslo izquierdo, y otras diseminadas en ambas piernas. Sensibilidad táctil y dolorosa normales. Sensibilidad faríngea casi nula.

Dado que esta exploración confirmaba el diagnóstico de primera intención, coincidiendo con ello el resultado negativo de los análisis de orina y sangre, el enfermo fué tratado como tal histérico y el resultado obtenido fué inmejorable.

El mismo día de su ingreso se le aisló y se le puso una inyección periorbitaria de suero en el lado izquierdo. Vendaje binocular y reposo absoluto. Dos días después (el 12) se le levanta el apósito. Ve algo con el ojo izquierdo y continúa ciego del derecho. Inyección de suero en este lado y nuevo vendaje.

El 14 aqueja fuerte cefalea, raquialgia y náuseas. Pulso y temperatura normales. Suponiendo fundadamente que se trata de "iguales perros con distintos collares", nos contentamos con prescribir medicación sintomática. Se descubre el ojo izquierdo y se mantiene cubierto el derecho.

El día 17 le han desaparecido los dolores y el estado nauseoso. Se le dejan descubiertos ambos ojos. El día 18 se le mide agudeza visual con los siguientes resultados: Ojo derecho = $1/2$; ojo izquierdo = $7/10$. Con un cristal esférico de más de 0,75 cada ojo V. D. = $7/10$ V. I. = 1.

En vista de ello y de que en la semana siguiente no presenta trastornos de ninguna especie, es dado de alta por curación.

Este herido no puede ser más interesante. Es relativamente escaso el número de histero-traumatismos oculares de guerra que registra la literatura de la especialidad. Y en este caso, la amaurosis era completa y absoluta, llegando, incluso, a la parálisis pupilar, parálisis que en mi modesto juicio no es atribuible a la falta de percepción, puesto que en este enfermo, orgánicamente no existe tal falta. Por tanto, se trataría de una verdadera parálisis histérica de esfínter iridiano. Habremos, por tanto, de tener en cuenta esta posibilidad en los casos de trastornos histéricos visuales.

También es notable el rápido y benéfico efecto del tra-

tamiento clásico a base de aislamiento y medios sugestivos, que, hoy por hoy, sigue siendo el insustituible en esta clase de afecciones.

Eloy Gago Núñez. Ingresó el 15 de Noviembre. Cuenta que en un vuelco de camión recibió un golpe en la cabeza, y a los pocos días comenzó a desviar el ojo izquierdo, a notar la caída del párpado del mismo lado y a ver doble. Presenta:

Ojo derecho normal.

Ojo izquierdo: ptosis palpebral. Ojo en divergencia. Medios transparentes en orden. Pupila en midriasis moderada. No existe reflejo a la luz ni a la convergencia. Reflejo consensual nulo en este ojo y normal en el ojo derecho. Fondo normal. Agudeza visual = $3/5$. Oftalmometría $90 = 1,75$. Esquiascopia más 1 cil. a 90° E. Para visión lejana no admite cristales.

Visión cercana. Jg. núm. 6 p. p. 22 cm. Con más 2,5 a $90^\circ =$ Jg. 1 p. p. 21 cm.

La diplopia es cruzada, con la falsa imagen más alta que la verdadera e inclinada ligeramente a la izquierda. La separación se acentúa al mirar el enfermo hacia la derecha.

El diagnóstico es indudable. Se trata de una parálisis de motor ocular común izquierdo. En cambio la etiología es muy oscura—traumática desde luego, claro es—, puesto que no sabemos en qué punto del nervio radica la lesión ni de qué naturaleza es ésta. La radiografía no muestra nada anormal. Nos inclinamos a creer que se trata de alguna pequeña lesión hemorrágica.

En cuanto al tratamiento de este enfermo no se ha establecido en definitiva, porque el sujeto presentaba marcada tendencia a mejorar. (Y de ahí la sospecha de lesión hemorrágica más que nerviosa.) Se le hizo una aplicación de myocampter como operación de ensayo con el fin de notar el efecto de la corrección estrábica. Y, en efecto, la diplopia mejoraba hasta casi desaparecer. Este ensayo era muy interesante, pues en casi todos los tratados de Oftalmología se encuentra la afirmación de que el ptosis de estos enfermos es intangible por representar un beneficio puesto que anula la diplopia paralítica. Podemos ver que esta afirmación merece ser revisada, pues no es el primer caso en que el doctor

Remedo ha conseguido, operando el ptosis y el estrabismo, devolver su visión normal a esta clase de pacientes.

Al que nos ocupa se le retiró el agrafe del plegamiento muscular y marchó con permiso, quedando su tratamiento pendiente de la mejoría que pueda experimentar en un par de meses.

Miguel Mula Hernández. En el asalto a la fábrica de Trubia recibió un balazo en la cara.

El orificio de entrada está situado en la región geniana izquierda; el de salida, a ocho milímetros del conducto auditivo derecho. La radiografía no muestra detalle alguno que pueda orientarnos sobre el trayecto del proyectil.

El enfermo presenta, aparte de su lesión traumática, una otitis media supurada en el lado izquierdo y unos mamelones saniosos—en probable relación con otra lesión análoga—en el conducto auditivo derecho.

Parálisis del facial derecho, más acentuada en ramas superiores.

Pérdida de sensibilidad térmica, táctil y dolorosa en toda la región correspondiente al oftálmico derecho y en la fosa nasal derecha; anosmia de igual lado.

El ojo derecho, sin fotofobia ni lagrimeo, presenta una vascularización periquerática, pérdida de sensibilidad corneal y una extensa úlcera corneal, que apenas deja libres dos mm. de epitelio paralímbico. En el interior de esta zona ulcerada aparecen 5 ó 6 depresiones irregulares de forma alargada en cuyos extremos hay dos o tres pequeñas vesículas. Las capas anteriores del parénquima turbias e infiltradas, sobre todo en la mitad inferior.

Aislada la córnea del aire mediante un protector de celuloide no inflamable y aplicada la cura de rigor en estos casos, comienza la epitelización, que avanza con rapidez y deja una zona central de unos dos mm. que tarda un mes en cicatrizar.

En la actualidad ha quedado una opacidad difusa que ocupa los 3/4 inferiores de córnea, y cuya intensidad disminuye de arriba a abajo. Se inicia la reaparición de sensibilidad corneal y la anestesia en el territorio del oftálmico no es tan pronunciada. La parálisis de facial superior no es tan pronunciada, subsistiendo una ligera desviación de labios. La

agudeza visual, que quedaba reducida a la percepción de grandes bultos delante del ojo, es hoy de un tercio.

Trátase, evidentemente, de una queratitis neuroparalítica, cuya probable causa es una herida de nervio oftálmico antes de su llegada a hendidura esfenoidal. Sin embargo, el hecho de que la sensibilidad se vaya recuperando, hace pensar que el nervio no ha sido destruído, sino que más bien haya sido comprimido por una hemorragia que se va reabsorbiendo, o bien—más improbable—que haya sido fuertemente conmocionado. Los fenómenos nasales, por su parte, inclinan a admitir una lesión de ganglio esfenopalatino o de alguna de sus ramas aferentes.

La paresia facial se debe, probablemente, a lesiones de oído derecho, semejantes a la del izquierdo, siendo de notar que en estos días ha sido preciso practicarle una radical en este último.

Milagros Panadero Cano.—Ingresó el 4 de Noviembre. Este herido lo fué en Oviedo, y evacuado a Gijón a los dos días. En el tercero se le practicó la extracción de un voluminoso cuerpo extraño metálico (bronce. Fragmento de cápsula de un proyectil), enclavado en cámara anterior y se le hizo un recubrimiento conjuntival. Con el tratamiento local correspondiente y proteinoterapia, fué trasladado a Madrid diez días después de la intervención.

Al ingresar en la clínica presenta:

Ojo izquierdo, normal.

Ojo derecho, herida penetrante de cámara anterior. Recubrimiento conjuntival. Gran tumefacción palpebral que casi le impide en absoluto entreabrir el ojo. Fotofobia, epífora, intensa iridociclitis tórpida con tendencia a seclusión pupilar, cámara anterior profunda. Infiltración cúprica de iris y cristalino. Miosis que resiste a la atropina. Hay percepción luminosa. Radiografía negativa en cuanto a la existencia de cuerpos extraños.

En vista de la tendencia simpatizante de la iridociclitis de este ojo, se le aconseja la enucleación, que el enfermo no acepta, por lo cual se le trata por medriásicos, adrenalina, proteínas, etc. El ojo empeora de día en día, y, por fin, el enfermo se decide a aceptar la intervención, siendo enucleado el 19 de Noviembre.

Y ahora empieza lo extraordinario del caso. El 1.º de Enero, es decir, después de seis semanas de enucleación, el enfermo se queja de ver mal del ojo que le resta, en el cual se le presenta una iritis con precipitados en la Descemet, abundantes células y fibrina en cámara anterior... En fin, con todo el cuadro clínico de una oftalmía simpática. En este sentido está recibiendo tratamiento actualmente, a base de medriásicos, adrenalina, calor húmedo, neosalvarsán y salicilatos. Afortunadamente, el curso de su nueva dolencia no parece anunciar un desenlace fatal para el ojo; pero todavía estamos, desgraciadamente, muy lejos de poder sentar pronóstico alguno.

Por varios conceptos es interesantísimo este herido. En primer lugar, llama la atención el curso radicalmente distinto de este caso de cuerpo extraño con el de Luis Martín. En este último vemos un cuerpo extraño intraocular indefinidamente tolerado sin reacción maligna de ninguna clase. En cambio, en Milagros Panadero un cuerpo rápidamente extraído da lugar a toda la catástrofe que acabamos de describir. Esto viene a confirmar, una vez más, la buena tolerancia ocular al plomo en contraposición con las terribles consecuencias de los cuerpos extraños de hierro y cobre.

Pero lo más notable del caso que nos ocupa es la aparición de la oftalmía simpática a las seis semanas de enucleado el ojo simpatizante, hecho que está en contraposición con las afirmaciones clásicas de que esta afección aparece rarísimamente después de la extirpación del primer ojo, y, terminantemente, en ningún caso luego de dos semanas de practicada dicha intervención. No vacilamos en calificar de "mundial" el interés de la historia clínica que acabo de exponer, y perdóneseme no me extienda más sobre este sujeto, en gracia a que—probablemente—tratarán de él plumas más autorizadas que la mía.

En cuanto a las consecuencias médico-militares que se desprenden del total de los casos tratados, no pueden ser más claras y terminantes, tanto, que podemos reducirlas a dos puntos indiscutibles.

1.º Necesidad de intervención rápida. En lo referente a este extremo—y como dice muy acertadamente mi maestro, el doctor Renedo—, el herido de ojos puede compararse

se al de abdomen, y como él necesita ser operado en las primeras horas que sigan a su traumatismo. De esta rapidez dependen la vida de uno o la vista del otro, y sin pretender establecer comparaciones, que están fuera de lugar, piénsese por un momento cuál es el porvenir físico y moral del ciego.

2.º Necesidad de hospitalización rápida y ADECUADA. Es decir, necesidad de dependencias hospitalarias especiales, dotadas de medios adecuados, de personal especializado y de cuartos de aislamiento en condiciones *ad hoc*. Dependencias—claro es—agregadas a los hospitales de primera línea y en que, A SER POSIBLE, no entren sino enfermos de ojos, médicos oculistas y auxiliares muy peritos en la especialidad.

El herido de ojos, en el 90 por 100 de los casos, ha de pasar por un período de ceguera—por lesión o por vendaje—, y seguramente que quienes me leen no necesitan la exposición detallada de la influencia que el ambiente ejerce en la curación de los heridos, ni del “plan moral” de un ciego—que, una vez encamado, sólo por el oído puede formar juicio del mundo que le rodea—en una sala general y entre heridos más o menos graves que se quejan de todo y que no suelen formar el concierto más adecuado para no caer en el pesimismo absoluto. Además, nuestros heridos—a pesar de su ceguera, y no es paradoja—suelen necesitar condiciones de luz que se hallan en toda la gama que va de la obscuridad absoluta a la iluminación más espléndida, y es evidente que en una sala general es difícil poder proporcionarles la luz adecuada a sus particulares necesidades.

Estas dos conclusiones se condensan en una sola: NECESIDAD IMPRESCINDIBLE DEL EQUIPO OFTALMICO EN EL EJERCITO EN OPERACIONES.

Y para terminar, pasemos a las consecuencias que se deducen de cuantos puntos hemos examinado en el curso de éstas mal pergeñadas líneas. Desgraciadamente no son nada consoladoras y pueden sintetizarse en la siguiente:

EL SERVICIO OFTALMICO EN NUESTRO EJERCITO ES COMPLETAMENTE INADECUADO A SUS NECESIDADES, Y ELLO NO SOLO EN GUERRA, SINO TAMBIEN EN LA PAZ.

Sería superfluo intentar demostrar siquiera la importancia del sentido visual. Hoy por hoy, en un país que atravesase por la desgracia de una guerra, se encuentra aplicación a la actividad de todos los ciudadanos, menos de los ciegos. Incluso los mutilados son capaces de rendir servicio útil en multitud de trabajos auxiliares, tanto en el frente como en la zona del interior. El ciego, tan sólo después de una larga y difícil reeducación, sería capaz de rendir alguna utilidad y tan sólo en limitadísimos casos. Y hoy, en que los pueblos más belicosos o mejor preparados a las eventualidades guerreras se preocupan de la mujer y del niño como futuros combatientes o auxiliares, es obvio hablar de la necesidad de disponer el mayor número posible de soldados útiles para todo. Esto considerando el problema tan sólo desde el punto de vista del egoísmo guerrero. Si como médicos lo consideramos más generosamente, ¿quién piensa siquiera que los heridos oculares no tengan todos los derechos a exigir que se conserve su función visual y no únicamente a que se les salve la vida?

Y aun reconociendo que el nivel cultural de nuestros médicos es muy elevado y que cualquiera de ellos es capaz de atender gran número de las eventualidades de una especialidad (afirmación brillantemente confirmada en los casos que nos ocupan), es evidente que la Oftalmología presenta problemas de la exclusiva competencia del especialista. Y ello no sólo en lo referente a la traumatología, sino también en las eventualidades de la vida militar en la paz. Piénsese en los problemas de inutilidades por defecto de refracción o por escasa agudeza visual, debida a las lesiones coroido-retinales, y en los delicadísimos diagnósticos de simulación (que probablemente se multiplicarían en caso de guerra, pues ya es antigua la busca del "refugio en la enfermedad") y se verá que por muy buena voluntad, extensa cultura y tenaz trabajo que el médico no especializado ponga al servicio de su misión, habrá de estrellarse en múltiples obstáculos.

El contraste entre la necesidad de Equipos Oftálmicos y su carencia, es tanto más dolorosa si se considera que la Sanidad Militar dispone de un escogido plantel de especialistas, que aumenta cada año, gracias a los Cursos para di-

plomados, y que, por falta de organización, quedan relegados a ser médicos generales en hospitales o unidades, sin que el Estado, que gastó dinero en conseguir su especialización, pueda obtener ninguna utilidad de ella.

No es a mí, ciertamente, a quien corresponde señalar el remedio de tal absurda situación, amén de que dichos remedios han sido propuestos por quien mejor podía hacerlo. Cerraré, por tanto, este trabajo y me daré por harto satisfecho si he conseguido no aburrir a nadie y llevar al ánimo de algunos la convicción de las necesidades que expongo.

JOSÉ AZNÁREZ,
Teniente Médico.

HOSPITAL MILITAR DE BARCELONA - CLÍNICA DE DERMOVENERELOGIA

Jefe: MANUEL CONDE LOPEZ

Resultados terapéuticos conseguidos con el primer salvarsán español en el tratamiento de la sífilis.

Recientemente ha sido lanzado al comercio un nuevo arsenical, el primer salvarsán español, llamado neo-spirol, que es un dioxiaminoarsenobenzenometansulfosilato sódico y corresponde, por tanto, al 914 de Ehrlich.

No tenemos que insistir en los resultados que se obtienen con los salvarsanes en el tratamiento de la sífilis desde el año de 1912 que Ehrlich los dió a conocer al mundo científico. Todas las naciones han procurado fabricar un salvarsán propio con que poder realizar una intensa y eficaz lucha antisifilítica, sin necesidad de ser tributarios del extranjero. En España ya era hora de que dispusiéramos de un salvarsán propio y eficaz.

El neo-spirol, para ser empleado en la Clínica, ha sido sometido al control químico y biológico que las disposiciones vigentes y la Farmacopea Española establecen, siguiendo

las instrucciones de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones.

Este producto se disuelve rápidamente en pequeña cantidad de agua bidestilada. Las soluciones de color amarillo claro conservan su color en contacto con el aire más de veinticuatro horas, según hemos observado. Esto prueba la lentitud de su oxidación, lo que disminuye los riesgos de intoxicación.

Los ensayos del neo-spirol se han efectuado en las Clínicas de los Doctores Covisa y Bejarano en el Hospital de San Juan de Dios de Madrid, en el servicio del Dr. Peyri de la Facultad de Medicina de Barcelona, y ha motivado varias comunicaciones a la Academia Española de Dermatología.

En el Hospital Militar de Madrid fué ensayado por orden de la Superioridad en la Clínica de Dermovenereología que dirige el Dr. Moreno Barbasán y nosotros tuvimos ocasión de seguir su ensayo terapéutico durante el verano de 1934, en que estábamos agregado a aquel centro. Posteriormente llega a nosotros la noticia de haber sido aceptado por la Junta Facultativa de Sanidad Militar para su inclusión en el petitorio de los hospitales militares.

Hemos tenido ocasión de corroborar la eficacia terapéutica del neo-spirol en varios casos de sífilis primaria, como observación de treponema al ultramicroscopio y serología negativa.

Hemos tratado 12 enfermos, de los cuales seis son de sífilis primaria seronegativas, cuatro de sífilis secundarias floridas con manifestaciones en piel y mucosas, uno de chancro mixto con serología positiva y uno de sífilis nerviosa.

En el tratamiento por el neo-spirol no le hemos asociado ningún otro preparado metálico, para comprobar la eficacia de este único producto en la evolución clínica de la sífilis, descartando de este modo la acción similar de otro medicamento.

En nuestros enfermos se siguió la técnica intensiva de Hoffmann, comenzando por la dosis de 15 centigramos, a los dos días la de 30, a los tres días la de 45, a los cuatro la de 60, que se repite dos veces por semana, hasta hacer un total de seis a siete gramos de neo-spirol en los pacientes que con-

tinuaron bajo nuestra vigilancia todo el tiempo que dura este tratamiento.

No hemos observado ningún accidente grave en más de cien inyecciones que hemos aplicado. Solamente dos enfermos presentaron reacciones febriles, uno con la dosis de 30, que hubo que repetir, así como la de 45, y otro con la de 60 presentó ligeros mareos, lo que no impidió en ambos casos terminar el tratamiento. En general, la tolerancia puede considerarse como buena.

La acción del neo-spirol sobre los treponemas es rápida y segura, pues aquéllos desaparecen de las lesiones primarias a la tercera o cuarta inyección. Los chanceros inician su regresión a la primera inyección, epidermizando a la tercera o cuarta inyección de 60.

Sobre la influencia del neo-spirol en la serología no tenemos experiencia suficiente para asegurar nada en esta importante cuestión. Hagamos notar que en varios casos de sífilis primaria con serología negativa se presentó una oscilación serológica positiva (gancho de Tzanck) poco intensa y duradera, pues a los pocos días se consiguió negativizar la serología. En otros casos las repetidas investigaciones serológicas se mantuvieron siempre negativas.

Exponemos a continuación el resumen de algunas historias clínicas de enfermos de sífilis primaria tratados en nuestro servicio de dermovenereología del Hospital Militar de Barcelona:

Observación 1.^a Juan Albiol Adell. Soldado del Regimiento de Caballería núm. 10. Fecha de ingreso en la Clínica, 22-10-1934.

Sin antecedentes venéreos. En la fecha, exulceración en hoja interna del prepucio, que aparece a los veinte días del último coito. Existencia, ocho días. Sin reacción ganglionar. 22-10-1934. Ultra. Se ven numerosos treponemas.

22-10-1934. Intradermo de Itó — Reenstierna negativa. 24-10-1934. Serología: W —; M —; K —;

Tratamiento: neo-spirol. Desde el 24 al 29 de Octubre, 90 centigramos de neo-spirol en tres inyecciones.

30-10-1934. Ultra, negativo. 31-10-1934. Serología: W —; M +; K +;

Se continúa el tratamiento siguiendo la pauta intensiva

de Hoffmann, inyectándose los días 2, 7 y 13-XI-1934, 60 centigramos. Serología 6-XI-1934 W—; M—; K—; A la segunda inyección de 60, el chancro ha epidermizado. Este enfermo es licenciado del Servicio Militar el día 14-XI-1934 y le dimos instrucciones para que continuase el tratamiento en su pueblo bajo la dirección de un médico.

Observación 2.^a Francisco Callao Gálvez. Soldado del Grupo de Información núm. 2.

Fecha de ingreso en la Clínica, el 24-X-1934.

Sin antecedentes venéreos. En la fecha, chancro único exulceroso, indurado, sin bordes en surco balano prepucial. Linfítis dorsal del pene. Adenopatías sifiloides biinguinales. No precisa fecha de los últimos coitos, ni recuerda el tiempo de existencia de la lesión genital.

24-X-1934. Ultra. Se ven treponemas. Serología: W—; M—; K—;

30-X-1934. Ultra positivo. Serología: W—; M—; K+;

2-XI-1934. Ultra positivo. 6-XI-1934. Serología: W++; M++; K++;

Tratamiento: neo-spirol. Se empieza el tratamiento con la dosis de 15 centigramos hasta llegar a la dosis de 60 y se repite dos veces en semana con perfecta tolerancia, hasta un total de 6,90 gramos.

A las cuarenta y ocho horas de la inyección de 45 centigramos el chancro cicatrizó. En 18-XII-1934. Serología: W—; M—; K—;

Observación 3.^a Joaquín Dámaso Bages. Soldado del Regimiento de Caballería núm. 10.

Fecha de ingreso, 28-X-934.

En Noviembre de 1933, chancro único en surco balano prepucial, tratado por vía oral, con un medicamento cuya composición y nombre ignora.

En la fecha, a los treinta días del último coito, tres chancros en surco balano prepucial, sin reacción ganglionar. Existencia, cuatro días.

28-X-934. Intradermo de Ito-Reenstierna negativa.

28-X-934. Ultra. Se ven treponemas. 31-X-934. Serología: W—; M—; K—;

6-XI-934. Serología: W—; M—; K—;

Tratamiento: neo-spirol. Técnica intensiva de Hoffmann,

dos inyecciones semanales tanteando tolerancia, que es perfecta. A los tres días de la primera inyección de 60 el chancro está en regresión, cicatrizando completamente después de la segunda inyección de 60.

Este enfermo, cuando sólo lleva 2,70 gramos de neo-spirol, tiene que ser dado de alta por licenciamiento en 21-XI-934, para continuar el tratamiento en su nueva residencia.

Observación 4.^a Lorenzo Domenech Ardida, soldado del Regimiento de Caballería núm. 10.

Fecha de ingreso, 29-X-934.

Hace treinta y cinco días primera blenorragia aguda, tratado con lavados totales de permanganato e inyecciones de protargol. En la fecha, a los cuarenta días del último coito, chancro único exulceroso en hoja interna de prepucio. Sin reacción ganglionar. Existencia, dos días.

29-X-934. Ultra. Se ven treponemas. 31-X-934. Serología: W —; M —; K —;

4-X-934. Ultra. Negativo. 6-XI-934. Serología: W —; M —; K —;

Tratamiento: neo-spirol. A las cuarenta y ocho horas de puesta la inyección de 30 centigramos, el ultra es negativo.

El día 14 de Noviembre, a la segunda de 60, el chancro está epidermizado, y cuando sólo lleva 1,20 gramos de neo-spirol es dado de alta para tratamiento ambulatorio y no volvemos a ver a este enfermo, seguramente por haber sido licenciado del servicio militar.

Observación 5.^a Francisco Porte Nimbo, soldado del Regimiento de Caballería núm. 10.

Fecha de ingreso, 2-XI-934.

Sin antecedentes venéreos. En la fecha, tres chancros exulcerosos en surco balano prepucial. Linfítis dorsal del pene. Adenopatías biinguinales sifiloides. Existencia, cinco días.

3-XI-934. Ultra. Se encuentran treponemas.

3-XI-934. Intradermo Ito-Reenstierna negativa.

6-XI-934. Serología: W —; M —; K —; 13-XI-934. Serología: W|+ +; M +; K +;

20-XI-934. Serología: W —; M —; K —;

Tratamiento: neo-spirol. Se inicia el tratamiento con la dosis de 15 centigramos, a los dos días se inyecta 30 centi-

gramos, dosis que se repite a los tres días por reacción febril. Se continúa con dos inyecciones semanales presentando intensa reacción febril a la dosis de 45, que se repite cinco veces más, llegando a la dosis de 60 sin ninguna intolerancia. A la tercera inyección de 45 el chanero ha cicatrizado. Se pone un total de 4,50 gramos de neo-spirol y desaparece de la consulta el 22 de Diciembre de 1934.

(Hacemos presente nuestro agradecimiento al Dr. D. Mariano Anfruns, Jefe del Laboratorio de este Hospital, sin cuya valiosa colaboración no podría haberse realizado este trabajo en su parte de laboratorio.)

A la vista de los resultados terapéuticos del neo-spirol surgen las siguientes conclusiones:

1.º El preparado neo-spirol, por su acción terapéutica, es igual a los demás arsenobencenos, teniendo sobre éstos la ventaja de su mayor solubilidad y más lenta oxidación, lo que disminuye su toxicidad.

2.º En más de cien inyecciones la tolerancia fué perfecta, salvo reacciones febriles, que no fué motivo para suspender la medicación.

3.º Tiene una acción muy rápida sobre los treponemas, que desaparecen de los chaneros a las primeras inyecciones.

4.º Tiene la ventaja sobre los demás arsenobencenos de ser un preparado nacional de actividad terapéutica equivalente a sus similares extranjeros.

MANUEL CONDE LÓPEZ,

Capitán Médico.

NECROLOGIA

DON ENRIQUE FERNANDEZ DE ROJAS Y CEDRUN

Subinspector Farmacéutico de 2.ª

Nació en Sopena (Santander) el día 11 de Marzo de 1875, verificando los estudios en la Facultad de Farmacia de Ma-

drid, y obteniendo el grado de Licenciado en 25 de Junio de 1896.

Previa oposición ingresó en el Cuerpo con el empleo de Farmacéutico 2.º en 40 de Diciembre de 1897, ascendiendo a Farmacéutico 1.º en Mayo de 1909, a Farmacéutico Mayor en Mayo de 1919 y a Subinspector Farmacéutico de 2.ª en Octubre de 1929. Prestó sus servicios en los Hospitales de Madrid, Santander, Burgos, Mahón, Cádiz y Larache y Clínica de Arrecife; Farmacias militares de Madrid, números 2 y 3 y para eventualidades en las mismas; Laboratorio de Medicamentos de Málaga; ayudante de campo del Inspector Farmacéutico en diferentes ocasiones; en la Sección de Movilización de Industrias Civiles; en la Dirección General de Preparación de Campaña; en la Junta Facultativa de Sanidad Militar y en la Sección Farmacéutico-Administrativa de la misma, y, por último, en la Jefatura de los Servicios Farmacéuticos de la 6.ª División Orgánica, que servía al ocurrir su fallecimiento el día 27 de Abril del año actual en Cabuérniga (Santander). Se hallaba en posesión de la Cruz de la Orden de San Hermenegildo y había desempeñado diferentes comisiones del servicio.

Entusiasta de su profesión, y muy conocedor de los servicios, su muerte ha de ser muy sentida.

Descanse en paz nuestro estimado compañero.

DON POLICARPO CARRASCO MARTINEZ

Comandante Médico.

Nació el día 26 de Enero de 1893 en Valladolid, en cuya Universidad se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en Junio de 1915, ingresando en Septiembre en la Academia del Cuerpo, previa oposición. En Junio de 1916 fué promovido al empleo de Médico 2.º, y ascendiendo por antigüedad a Capitán Médico en Octubre de 1919 y en Enero del año actual a Comandante Médico.

En esos empleos prestó sus servicios en el Hospital Militar de Barcelona, Regimiento de Infantería Bailén; eventualidades en Melilla, 7.ª y 4.ª Compañías de la Brigada de

Tropas de Sanidad Militar, Enfermería de Río Martín, en Tetuán; Escuela Central de Tiro, Hospital Militar de Madrid como agregado durante su situación de disponible y Hospital Militar de Las Palmas.

Estaba diplomado en la especialidad de Psiquiatría y había desempeñado varias comisiones del servicio.

Su fallecimiento ocurrió en Madrid el día 15 del pasado mes de Abril, perdiendo con ello una inteligencia muy cultivada el Cuerpo de Sanidad Militar.

Descanse en paz nuestro estimado compañero.

VARIEDADES

Han pronunciado interesantes conferencias durante el pasado mes en la Academia Nacional de Medicina y en la Asociación Nacional de Historiadores de la Ciencia Española, respectivamente, el doctor García del Real acerca de la “Cátedra de historia de la Medicina y el VIII centenario de Maimónides”, y el doctor Van-Baumberghen sobre “Las organizaciones médico-militares”. Ambos conferenciantes, antiguos compañeros nuestros de Cuerpo, fueron muy aplaudidos.

* * *

A fines del pasado mes regresó de su comisión oficial al extranjero el Director de la Academia de nuestro Cuerpo, D. Paulino Fernández Martos.

* * *

La Academia Nacional de Medicina celebró sesión pública el 29 del pasado para dar posesión de plaza de número al Académico electo Excmo. Sr. D. Víctor María Cortezo, quien leyó un interesante discurso acerca del tema “El momento sanitario”.

El ilustre doctor Pittaluga contestó cumplidamente al recipiendario.

Destinos vacantes

Publicados por Orden circular de 3 del actual (D. O. núm. 100).

Sanidad Militar (Medicina).—Inspección de Sanidad Militar de la tercera Inspección general del Ejército: Una de Teniente Coronel Médico. (Elección).—Regimientos de Infantería núms. 8, 25 y 31: Una de Capitán Médico.—Batallones de Montaña núms. 3, 5 y 7: Una de Capitán Médico.—Grupos Mixtos de Zapadores y Telégrafos núms. 1, 2 y 4: Una de Teniente Médico.—Segundo Grupo 1.ª Comandancia de Sanidad Militar: Cuatro de Teniente Médico.—Tercer Grupo: Una de Capitán y tres de Teniente Médico.—Cuarto Grupo: Cuatro de Teniente Médico.—Compañía Automóvil de Sanidad Militar para la división de Caballería: Una de Teniente Médico.—Segunda Comandancia de Sanidad Militar (Plana Mayor): Una de Teniente Médico.—Primer Grupo: Tres de Teniente Médico.—Segundo Grupo: Tres de Teniente Médico.—Tercer Grupo: Cuatro de Teniente Médico (dos para la Sección Hipomóvil).—Cuarto Grupo: Cuatro de Teniente Médico.—Jefatura de los servicios sanitarios médicos de la séptima división orgánica: Una de Coronel Médico.—Jefatura de los servicios sanitarios médicos de Canarias: Una de Capitán Médico.—Hospital Militar de Madrid: Una de Comandante y otra de Teniente Médico.—Hospital Militar de Sevilla: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Valencia: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Burgos: Una de Comandante Médico (Bacteriólogo).—Hospital Militar de Barcelona: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Gerona: Una de Capitán Médico.—Hospital Militar de Zaragoza: Una de Teniente Médico.—Clínica Militar de Salamanca: Una de Comandante Médico.—Hospital Militar de Las Palmas: Una de Comandante Médico.—Parque de Desinfección de Sanidad Militar: Una de Teniente Coronel Médico (Bacteriólogo).—Jefatura de los servicios sanitarios médicos de la Circunscripción occidental y Director de la enfermería militar de Ceuta: Una de Teniente Coronel Médico (Mando).—Agrupación de Artillería de Ceuta: Una de Teniente Médico.—Grupo divisionario de Sanidad Militar de la Circunscripción oriental: Una de Teniente Médico.

Sanidad Militar (Farmacia).—Inspección de Farmacia de la tercera Inspección general del Ejército: Una de Subinspector farmacéutico de segunda (Elección).—Farmacia Militar

de la primera división orgánica: Una de Farmacéutico segundo.—Jefatura de los servicios farmacéuticos de la segunda división orgánica: Una de Farmacéutico segundo.—Farmacia Militar de la tercera división orgánica: Una de Farmacéutico segundo.—Farmacia del Hospital Militar de Barcelona: Una de Farmacéutico mayor y otra de segundo.—Jefatura de los servicios farmacéuticos de la quinta división orgánica: Una de Subinspector farmacéutico de segunda.—Farmacia Militar de la quinta división orgánica: Dos de Farmacéutico segundo.—Jefatura de los servicios farmacéuticos de la sexta división orgánica: Una de Subinspector farmacéutico de segunda y otra de Farmacéutico primero.—Jefatura y farmacia del Hospital Militar de Mallorca: Una de Farmacéutico segundo.—Farmacia del Hospital Militar de Mahón: Una de Farmacéutico segundo.—Farmacia de la Enfermería Militar del Rif: Una de Farmacéutico segundo.—Farmacia de la Enfermería Militar de Xauen: Una de Farmacéutico segundo.

PRENSA MÉDICO-FARMACEUTICA

TRATAMIENTO DE LAS ARTRITIS POR LAS INYECCIONES ENDOVENOSAS E INTRAMUSCULARES DE AZUFRE, por W. P. Argy.—Ha utilizado el autor este remedio en siete casos de artritis de naturaleza claramente inflamatoria con repetidos ataques dolorosos tanto en los movimientos activos como en los pasivos, tumefacción inflamatoria, sensibilidad dolorosa a la presión, rigidez muscular en los territorios vecinos, deformidad, limitación de los movimientos y radiografías características. En todos ellos demostró que la cantidad de cistina contenida en las uñas de la mano era deficiente, lo que probaba existía una anomalía en el metabolismo del azufre. Se habían utilizado sin obtener efecto alguno buen número de medicaciones de las recomendadas corrientemente,

decidiéndose el autor a inyectar sulfur-diasporal en cantidad de 2 c. c. cada vez, indistintamente por vía endovenosa o por la intramuscular. Los intervalos entre las inyecciones fueron de una a dos semanas y ninguna de las inyecciones provocó reacción febril. En total se dieron 20 inyecciones.

En seis de los siete casos, se obtuvo una positiva mejoría clínica, en todos aumentó la cantidad de cistina contenida en las uñas, siendo el aumento proporcional al número de inyecciones del medicamento. El autor cree que la terapia de las afecciones reumáticas por el azufre está indicada en todos los casos en los que puede demostrarse una perturbación del metabolismo de este cuerpo, trastorno que se pone en evidencia con facilidad mediante el análisis de la cistina en

las uñas de la mano. (*Journal of Bone Surg.* 1934, pág. 909).—
F. G. D.

* * *

ATROFIAS MUSCULARES Y ESPINALES POSTRAUMÁTICAS, por H. Geyer-Kiel.—Repetidas veces se ha planteado el problema de las relaciones entre trauma y atrofia muscular progresiva tipo Aran-Duchenne y son muchas las ocasiones en que los médicos tienen que informar como peritos respecto a este asunto. El autor ha tenido ocasión de ver recientemente dos casos. Tratábase en el primero de un individuo que padeció en su infancia poliomielitis aguda que dejó residuos en la extremidad inferior derecha. Muchos años más tarde tuvo una fractura que se consolidó con desesperante lentitud y poco a poco apareció una atrofia degenerativa y atípica de los músculos de la pierna derecha, atrofia que progresó durante nueve años propagándose al brazo derecho, en el que se inició por los pequeños músculos de la mano; al décimo año pasó al brazo izquierdo. Al final presentaba el cuadro típico de la atrofia muscular progresiva. El segundo enfermo sufrió una caída desde gran altura sobre las espaldas, de la que quedó bien, siguiendo trabajando; a los ocho años, accidente de motocicleta con fractura de tibia izquierda, y tres años después una atrofia difusa de toda la pierna izquierda con pérdida de reflejos tendinosos y persistencia de la sensibilidad. A la exploración eléctrica se apreció disminución de la excitabilidad eléctrica, especialmente en el cuadriceps femoral. Esta atrofia fué progresando y pasó

al miembro superior izquierdo con temblores fibrilares y reacción eléctrica tipo Aran-Duchenne.

Ambos casos presentan de común el haberse presentado una atrofia muscular progresiva, en el primer caso diez años más tarde y en el segundo tres años después de padecer atrofia posttraumática de un miembro inferior. El autor pasa revista a todas las teorías posibles para explicar ambos casos y deduce, en primer término, que para la aparición de esta enfermedad precisa una cierta predisposición orgánica. El trauma podría representar el papel de causa desencadenante, pero hay que exigir la relación de tiempo, es decir, que la atrofia debe iniciarse a partir del traumatismo. La predisposición podría ser congénita o adquirida por una infección (poliomielitis infantil) o por cualquier otra causa; Dutil habla de los individuos poliomieliticos anteriores y Rose y Strumpel aceptan lo mismo hablando de una debilidad de las astas anteriores de la médula o del centro nervioso motor. Para el autor, en tales casos, lo primero sería la atrofia motora en el sitio lesionado directamente y más tarde se desarrollaría el cuadro de la atrofia muscular progresiva. El trauma no crea la predisposición ni es tampoco directamente responsable de la atrofia muscular que se desarrolla ulteriormente, ni siquiera lo es de la atrofia local atípica. Esta se presenta porque el individuo era un predispuerto, un débil de sistema nervioso motor celular. Por eso es relativamente raro que el traumatismo se encuentre en la historia de los enfermos de atrofia muscular progresiva. La atrofia motora local atípica sería sólo una prueba de

que el individuo era un predispuerto y un anticipo de la atrofia muscular progresiva que ulteriormente habría de desarrollarse de todos modos. (*Deutsche Zeit. Nervenheilkunde*, tomo 134: 14-29. *Ap. en Münchener med. Woch.* 1935, número 14.)—F. G. D.

* * *

TRATAMIENTOS ANTIGUOS Y MODERNOS DE LAS TOXICOSIS, por el Dr. H. Wilker. — Los estudios acerca de las toxicosis se han orientado en dos sentidos diferentes: por una parte, los que prestaban atención principalísima a los trastornos intestinales, de otra, los que tienden más a tener en cuenta los cambios en el metabolismo del niño. Estas dos direcciones han influido notoriamente en los planes terapéuticos recomendados. Desde luego, puede afirmarse, que no se puede mirar con indiferencia la dieta del enfermo y que muchas veces basta con una alimentación racional para dominar la situación y salvar la vida del niño. Estos pueden soportar uno y más días de hambre con tal de que se les asegure la cantidad de líquidos necesaria, preferentemente por ingestión de infusiones ligeras de té y de un modo accesorio por inyecciones de disolución Ringer.

Cuando esto no basta para que se destruyan o eliminen los venenos formados e impedir la producción de otros nuevos hay que recurrir a medidas más enérgicas. En primer término, hay que destruir las sustancias tóxicas, ya formadas, para lo que de primera intención está indicada la alcalinoterapia. Si los casos son graves se procederá, desde luego, a inyectar en el seno

20 a 40 c. c. de una disolución de glucosa al 10 por 100 adicionada de bicarbonato sódico al 0,50 por 100. Si la situación no es apurada, bastará dar por día 2 a 4 gramos de bicarbonato, diluidos en una infusión cualquiera. Fracasada la alcalinoterapia, el autor recomienda dirigirse a la hemoterapia con sus acciones específicas y no específicas. Para no sobrecargar al aparato circulatorio se limita a inyectar durante varios días seguidos 20 a 30 c. c. de sangre, y simultáneamente hacer inyecciones endovenosas de disoluciones de glucosa. Muchas veces es difícil o imposible hacer las inyecciones de sangre, bien sea por falta de donantes (en pequeñas aldeas), ya por dificultades de técnica; para estos casos sirve el plasma citratado, por vía oral. Se comienza por dar 20 c. c. diarios y se sube la dosis progresivamente hasta 70. Lo preferible es dar el suero un poco antes que los alimentos.

Esta terapia la utiliza el autor no sólo para las toxicosis debidas a trastornos gastrointestinales, sino también para todas las que aparecen en el curso de infecciones, etcétera, y dice haber tenido excelentes resultados.

Asegura que en la práctica domiciliaria siempre se prestan los padres a ser donantes de sangre para transfusiones o para preparar suero citratado. Este se prepara simplemente recogiendo la sangre en la disolución corriente de citrato sódico y dejando reposar hasta separar por decantación el plasma que, en buenas condiciones, se conserva de cuatro a seis días sin alterarse. El plasma lo utiliza el autor, asimismo, en el tratamiento de

múltiples enfermedades generales de los niños en los primeros meses de su vida y, si no fuera posible obtener sangre humana (niños huérfanos o por cualquier otra causa), lo sustituye por el suero de sangre de caballo o de vaca. Aunque no tan eficaz como el plasma humano, su valor terapéutico es muy

aceptable, especialmente para alimentar niños nacidos antes de término.

De todos modos, el autor estima preferible evitar las toxicosis a tenerlas que combatir con cualquiera de los métodos que se utilicen.— (*Archiv. f. Kinderheilkunde*; tomo 103, fascículos 1-2).—F. G. D.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

EL BARÓN DE LARREY, por M. P. Chaulaine.—Corto resumen de la vida y de la obra del Cirujano en jefe del Gran Ejército Napoleónico. No fué solamente un hábil cirujano, sino un organizador incomparable, y, además, un hombre cuya escrupulosa conciencia guiaba todos sus actos.

La campaña de Francia (la que hacía el núm. 24 en su hoja de servicios) multiplicó las dificultades que estaba avezado a vencer. En Waterlloo, mezclado con los demás, fué herido de nuevo y hecho prisionero.

Se contó entre los amigos y confidentes de Napoleón y Luis XVIII le colmó de honores, nombrándole cirujano jefe de la Guardia Real, siendo nombrado poco tiempo después miembro de la Academia de Medicina y más tarde de la de Ciencias.

Después de la revolución de Julio, Luis Felipe le confirió el título de Inspector del Servicio de Sanidad en Francia y Argelia. Esta nueva función le obligó a visitar los hospitales del otro lado del

Mediterráneo y a combatir el cólera con enérgicas medidas. En Boma hizo su última operación: la amputación del brazo a un árabe.

A su regreso a Francia se detuvo en Lyon, donde falleció a consecuencia de una pulmonía el 25 de Julio de 1842, a la edad de setenta y seis años.

Napoleón hubo afirmado que el antiguo Cirujano jefe de sus ejércitos fué el hombre más virtuoso que jamás hubo conocido. "Si el ejército elevase un monumento a la gratitud, escribió el Emperador, es a Larrey a quien debe consagrarse." (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Février 1935). J. P.

* * *

ENTRENAMIENTO DEL OFICIAL DEL SERVICIO DE SANIDAD EN CAMPAÑA, por el general Hartigan (*Journal of the Royal Army Medical Corps*, Janvier 1934).—El entrenamiento de los oficiales del Servicio de Sanidad es de la mayor importancia y puede conseguirse

su más grande perfeccionamiento por los métodos siguientes:

- 1.º Grandes maniobras.
- 2.º Ejercicios administrativos.
- 3.º Ejercicios en campaña con sus tropas.
- 4.º Ejercicios de Estado Mayor.
- 5.º Campos de entrenamiento.

Estos dos últimos métodos son los mejores. Mediante el primero el oficial adquiere un gran entrenamiento en el período del año mejor preparado para recibirlo y el segundo sería toda vía mejor si la organización actual fuese modificada.

El campo debería ser independiente, contando con tres ambulancias por división.

No siendo posible esta organización, el autor propone la creación de ambulancias de efectivos reducidos, siguiendo cada una a un regimiento.

Esta disposición se ha tomado recientemente con ocasión de las maniobras de la 11.ª División y ha resultado muy satisfactoria. (*Archives Médicales Belges*, Avril 1934).—J. P.

* * *

EL SERVICIO MILITAR Y LA ORIENTACIÓN CONSTITUCIONALISTA EN BIOLOGÍA Y PATOLOGÍA, por el profesor Ugo Cassini, Médico Mayor Director del Laboratorio de Biología y Fisiología Aplicada de la Dirección general de Sanidad Militar, Farnesina, Roma. Resumen de la *Revista Giornale di Medicina Militaire* (Enero-Febrero 1931, Roma).—El autor inicia el trabajo haciendo varias consideraciones sobre medidas an-

tropométricas en uso para el juicio de idoneidad de la tropa y discute la importancia de otras medidas con respecto al concepto de robusted o debilidad de constitución y de los así dichos índices de robusted (Livi, Pignet, Quetelet, Koby, etc.). Al empirismo y complejidad de la mayor parte de tales índices, opone como preferibles las 9 medidas fundamentales de Viola que, con criterio científico, permiten establecer los distintos tipos morfológicos de los diversos sujetos. Tipos morfológicos que ahora son bien netos en sus características fisiopsicológicas y que permiten, dentro de límites más seguros, considerar la capacidad funcional, física y psíquica. Ningún estudio, a base morfológica constitucional, ha sido hecho hasta ahora sistemáticamente en el ejército, por lo que el autor opina necesario anticipar los resultados de sus observaciones antes de entrar en discusión y manifestar conclusiones eventuales. Tales observaciones fueron hechas sobre 478 militares, parte de clase antigua, parte recluta; 120 enfermos del pabellón de Medicina del Hospital Militar de Roma y 400 conscriptos que tramitaban la excepción.

Encontró el autor que en la clase antigua prevalecían braquiptipos y longuipatipos mixtos, mientras que en la clase nueva se encontraban prevalentemente los longuipatipos puros. Aunque en el grupo de enfermos todos pertenecían a la clase antigua, encontró prevalencia acentuada de braquiptipos puros y mixtos. Los sujetos, pues, a menor resistencia física (longuipatipos) se eliminaban espontáneamente; aquéllos que quedaban pertenecían al mínimo grado de la atipia y se en-

contraban por consiguiente más vecinos al tipo medio normal. La facilidad de ellos para enfermar era igual a aquélla de los braquítipos, al menos en cuanto concierne a las comunes enfermedades agudas. Para llegar a tales conclusiones, el autor ha efectuado, además, numerosas investigaciones experimentales sobre la amplitud de capacidad funcional de varios órganos—en los diversos tipos—en relación a la resistencia al trabajo muscular intenso, de todo lo cual hace una sucinta exposición.

Considerando que el soldado debe dedicarse a una vida eminentemente deportiva, discute la calidad de los varios tipos morfológicos para el éxito en los diversos deportes y concluye que la notable cantidad de longuítipos que entra en el Ejército, no darían tan elevada proporción de eliminados durante el servicio, si reconociendo el grado de menor resistencia, fueran elegidos con juicio adaptado a su capacidad física. Expone después el criterio para la observación del carácter, el temperamento, etc., y las deducciones que se deben hacer en relación a los tipos morfológicos diversos.

Trata luego los métodos en uso para la visita de leve y elogia la actividad desplegada, especialmente este año, del cuerpo sanitario militar con las modificaciones

aportadas a la nueva libreta personal del soldado, que inician verdaderamente el período de la orientación constitucional en el sentido propio de la palabra. Aconseja que los índices de Livi y Rossi sean adoptados como medio subsidiario y rívido de orientación.

En cuanto a los servicios especializados, después de haber recordado la iniciación del nuevo método de selección introducido para elegir los pilotos de aeroplanos, que considera sería más completo si fuera establecido conjuntamente con la determinación del tipo morfológico de cada sujeto, habla del sistema adoptado este año para la selección de los conductores de autovehículos militares, y de cuanto se hará para escoger los telegrafistas, ferroviarios, etc. La Sanidad Militar está organizando en los más importantes hospitales laboratorios suficientes a estos fines, y en Roma ha creado un completo laboratorio de biotipología, estableciendo así, conforme a los conceptos de los maestros de la escuela constitucionalística italiana—con vistas del todo modernas y constantes a las nuevas necesidades—la aplicación de aquellos métodos que, dada la organización del ejército, se hacen indispensables para una adecuada selección y preparación de las masas que se renuevan siempre.—*Arturo León López.*

BIBLIOGRAFIA

La vacunación antivariólica en el Ejército español, por el doctor Ricardo Murillo, Comandante Médico.

Con el subtítulo de “Comentarios a cuarenta años de labor”, y previo un esbozo histórico, se pone de manifiesto el progreso alcanzado en estos últimos años en la prevención de la viruela, mediante la persistente campaña de vacunación, que hace de esta ligera operación, como dice el autor, un acto rutinario en la época actual.

Pero el recrudecimiento, aunque mucho más atenuado, de formales epidemias o de conatos de las mismas en varios países de Europa en recientes fechas, así como la interesante cuestión de las encefalitis post-vacunales, ha ocasionado un motivo de seria preocupación en la esfera sanitaria.

En España, después de accidentadas incidencias, se ha dedicado gran celo a esta atención, y por lo que respecta a nuestro Ejército, se consagró el servicio de especialización hace más de cuarenta años.

El doctor Murillo alude a la expedición de Balmis por América y Asia, con el merecido elogio.

Describe las etapas realizadas por los médicos militares españoles desde mediados del siglo anterior; y en su calidad de Jefe del servicio en el Instituto de Higiene Militar, reúne una importante estadística de los suministros efectuados por este Centro en lo que va de siglo, dedicando valiosas consideraciones al rendimiento y eficacia de los productos elaborados, así como a la casuística de viruela en nuestro Ejército (1891 a 1931) y a la economía evidente que ha realizado el Estado.

Cinco interesantes conclusiones dan fin a este documentado trabajo.—*J. P.*

Parálisis histérica de aspecto nuclear de III y VII nervios craneales, por Isidro R. Medrano, Capitán Médico.

Precedido de un ligero estudio del histerismo como síndrome muy extendido en el grupo de las psiconeurosis, con su especial característica en la exageración de la excitabilidad afectiva, discurre el autor en este interesante trabajo acerca de la opinión, por algunos sustentada, respecto de la inclusión de los estados histéricos en su totalidad en los procesos hipnóticos y la de otro grupo que los consideran como de origen psicógeno, deteniéndose en la marcada influencia del sexo en su aparición, ya que de cada seis casos de histerismo, cinco pertenecen al sexo femenino. En este concepto analiza las causas con detención y hasta los factores étnicos en las razas que autorizan la unión entre consanguíneos.

Ocúpase de los trastornos visuales y de las dificultades que se le presentaron para verificar rápidamente el diagnóstico en el caso de que se trata, con curiosa localización de la parálisis en músculos de nacimiento inervatorio nuclear contiguo; y basándose en las experiencias de Mendel, en la anatomía y fisiología de los músculos y nervios del ojo y en sus extrínsecas relaciones con otros más o menos próximos, señala los obstáculos para fijar una exacta interpretación de la inervación de los músculos oculares y sus anomalías.

Concluye el autor mostrando el interés de este caso por la anatómica localización que tuvo y que enmascaraba el fondo histérico de la parálisis.—*J. P.*

Concurso de premios de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR

En armonía con lo que dispone el apartado *d*) del artículo 4.º del Reglamento de régimen interior de las publicaciones técnico militares del Ejército, por el que se rige esta Revista, la Dirección de la misma, previa la aprobación de la Junta directiva abre un concurso para premiar dos trabajos médico militares, con arreglo a las siguientes bases:

1.ª Los temas sobre los que han de versar los referidos trabajos son:

I. Organización y funcionamiento médico militar de un Hospital de evacuación (Reglamento de servicios de retaguardia; capítulo VI —Servicios de Sanidad—, artículos 293 a 296, ambos inclusive).

II. Depuración de las aguas en los diversos escalones del frente. Desde la línea de fuego hasta el comienzo de la línea de etapas.

2.ª Para cada uno de estos temas habrá un premio de quinientas pesetas, que se adjudicará al trabajo más meritorio a juicio del tribunal calificador que oportunamente se nombre. Las memorias premiadas se publicarán en la Revista, quedando de propiedad de los autores. Si por su mérito lo propusiese el tribunal, se hará un tirada de 100 ejemplares que se regalará al autor.

3.ª Las memorias vendrán escritas a máquina por un solo lado y su texto no podrá ser mayor que el correspondiente a 24 páginas de 40 líneas del tamaño de las de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR. Si la extensión fuera mayor, el autor se compromete a dejarla reducida a estos límites para su publicación en la Revista y tirada de apartes. No tendrán firma ni indicio alguno que permita suponer quién es el autor de la misma y se designarán con un lema. En sobre aparte cerrado, lacrado y que ostente el mismo lema, enviará el autor su nombre y dirección.

Las memorias podrán acompañarse de dibujos, dise-

ños, etc., cuya extensión y número no se computará para el cálculo de las 24 páginas, pero la Dirección se reserva el derecho de limitar el número de las que se publiquen si las considera excesivas y de hacerlo con las reducciones de tipo que se estimen convenientes.

4.^a Podrán tomar parte en el concurso todos los suscriptores de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR y los Médicos Militares en activo sin excepción, bien entendido que si el premiado no fuera suscriptor se le considerará desde aquel momento como tal por todo el corriente año.

5.^a El plazo para presentar memorias se cerrará a las doce de la noche del día 15 de Septiembre de 1935, bien entendido que sólo se admitirán las llegadas después de esta fecha, cuando el remitente acredite con el recibo de correos haberla certificado en fecha oportuna para poder llegar a esta Redacción dentro del plazo marcado, siendo debido por lo tanto el retraso a causas ajenas a su voluntad.

6.^a Las Memorias se dirigirán en pliegos certificados al Secretario de la Redacción de SANIDAD MILITAR, que actualmente vive en Santa Engracia, 140 bajo izquierda, o a las señas que aparezcan en el número más inmediato de la Revista.

7.^a En el número del 15 de Septiembre se darán los nombres de los señores que han de componer los tribunales calificadores y en el del 15 de Diciembre se anunciarán cuáles son las memorias premiadas. Desde este momento el premio estará a la disposición del agraciado y el Secretario de Redacción se pondrá de acuerdo con el interesado para los detalles de publicación en la Revista, tiradas de apartes, si los hubiera, etc.

8.^a Los trabajos podrán ser escritos por uno o por varios individuos. En este último caso el premio en metálico se repartirá a partes iguales entre los colaboradores, así como los ejemplares de los apartes.
