

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XII.

Madrid, 15 de Junio de 1922.

Núm. 12.

SUMARIO

Prácticas radiológicas, por el **Dr. Miguel Benzo Cano**.—*Proyecto de material sanitario para los Cuerpos y Ambulancias* (conclusion), por **José Serret Tristany**.—*La sífilis en los indígenas del Yebala*, por **José Escobar**.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Un nuevo procedimiento de transfusión de sangre, por MM. Flandin, Tzanck y Roberti.—*La alianza de la higiene y de la patología en la medicina preventiva: el examen sanitario y sistemático*.—*Prensa militar profesional*: Los hospitales de evacuación en la guerra de trinchera y en la de movimiento.—*Sección Oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Junio de 1922.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

PRÁCTICAS RADIOLÓGICAS

II

Divulgación de un método muy simplificado para localización preoperatoria de cuerpos extraños.

En nuestro artículo anterior (véase número de 1 de Agosto pasado de esta REVISTA) señalábamos los pequeños inconvenientes que habíamos encontrado al método original de la cuadrícula que en su esencia, es muy justo reconocer, que no puede ni debe ser variado, pues conduce constantemente a resultados inmejorables. Sólo su técnica es parcialmente susceptible de alguna modificación que nos proponemos divulgar, dando al tema toda la importancia que en cirugía, y en especial en cirugía de guerra, tiene el asunto de que nos ocupamos.

Por el método original exactamente seguido resulta la operación algo lenta; no se tarda mucho menos de media hora, lo que

es una dificultad si han de hacerse en el gabinete otros trabajos, siendo también molesto para el herido, que ha de conservar una posición, a veces violenta, durante un lapso de tiempo, que sin duda ha de hacerse interminable, lo que muy posiblemente hará también que se nos mueva, no conservando hasta el final de nuestro trabajo la actitud en que le habíamos colocado al empezarlo, causa ésta de error importantísima.

La segunda dificultad, a nuestro juicio, estriba en el cambio de *châssis*, y no sólo porque prolonga la operación, sino porque al ha-

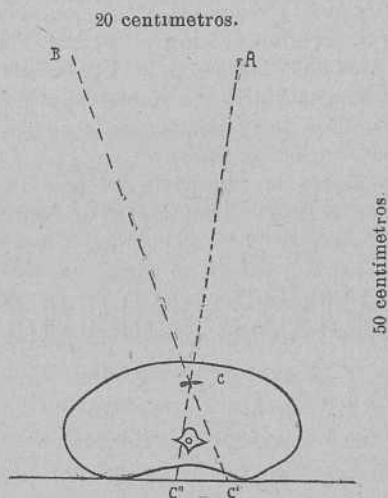


FIG. 1.

cerlo es absolutamente imposible que no varíe la actitud del herido, que para el buen éxito de la localización debe ser exactamente la misma desde el principio hasta el final de nuestro trabajo. Un *châssis-almacén* para dos placas que permitiera un escamoteo automático, por el estilo de los empleados en radioestereografía, o el trípode propuesto por el Dr. Navarro Cánovas, solucionarían el problema; pero es poco frecuente disponer de tales elementos, y, sobre todo, es más sencillo buscar la solución por medios que no compliquen el ya demasiado complejo material radiológico, ventaja esta última que resalta más aún desde el punto de vista de las instalaciones transportables de campaña.

Esto hace buscar el modo de llegar al fin propuesto, sin apar-

hacemos la segunda radiografía. En esta placa habrá dos imágenes del cuerpo extraño. Lo que hemos hecho es trazar dos triángulos opuestos por el vértice ($A C B$ y $C' C C''$), de los cuales conocemos sus bases ($A B = 20$ centímetros, y $C C' = 6$ centímetros, por ejemplo) y la suma de sus alturas $= 50$ centímetros; fácil será, pues, conocer la que a cada triángulo corresponde, y hallada la del triángulo $C' C C''$ sabremos la altura a que el proyectil está sobre la placa. En el caso que nos sirve de ejemplo, la altura de $A C B$ será igual a 38 centímetros, y la de $C' C C''$ igual a 12. Desde este momento sabemos que el cuerpo extraño se encuentra en un punto (cuya proyección sobre la piel se determina exactamente en el segundo tiempo) de un plano paralelo a la placa, separado de la misma 12 centímetros. Colocamos a continuación una segunda placa, y estando igualmente la ampolla a 50 centímetros de altura y conservando el enfermo exactamente igual posición que en el primer tiempo, hacemos que el rayo normal de la ampolla (bien centrada y nivelada) caiga sobre un cuerpo de referencia colocado sobre la región a radiografiar. Se hace el radiograma y en él aparecerán la imagen del cuerpo de referencia (R' , fig. 2) y la del proyectil o cuerpo extraño (C'). La distancia $R' C'$ es la separación que a 50 centímetros de la trayectoria de la perpendicular $A R R'$ ha sufrido la oblicua $A C C'$, que es, en el ejemplo, de 8 centímetros. Ahora nos basta hacer un nuevo y sencillísimo cálculo geométrico; bastará trazar el triángulo $A R' C'$ de tal modo que $A R'$ sea igual a 50 centímetros y $R' C'$ igual a 8. Si del lado $A R'$ tomamos, partiendo de A , 38 centímetros o 12 partiendo de R' (altura del proyectil sobre la placa o punto de coincidencia del vértice común de los triángulos $A C B$ y $C' C C''$ de la figura 1) podemos medir a qué distancia está separada la oblicua $A C C'$ de la perpendicular $A R R'$ a dicho nivel, que en nuestro ejemplo serían 6 centímetros. Sólo resta ahora medir 6 centímetros partiendo del cuerpo de referencia y en el sentido mostrado por los radiogramas, y señalar esta distancia sobre la piel del enfermo, con lo que positivamente se sabe que el proyectil está en un punto del trayecto de una perpendicular a la placa que pase por dicho sitio. ¿A qué profundidad? Mídase la distancia que separa C'' de la placa (empleando cualquier artificio fácil de improvisar), que supongamos es 14 centímetros; si éste es el espesor de la región y el proyectil estaba a 12, del proyectil al punto C'' ha-

brá infaliblemente 2 centímetros. Esta será, pues, la profundidad a que se encontrará el proyectil, precisamente sobre una perpendicular que pase por el punto C'' .

Todos estos cálculos nos los da hechos la cuadrícula célebre del Dr. Navarro Cánovas, que reduce al máximum de sencillez nuestro trabajo. Con la cuadrícula basta conocer C C'' de la figura 1 y C' R' de la figura 2 para hacer la localización. Si a ella se une la simplificación radiográfica de que vamos a ocuparnos, resulta un método rapidísimo, y sin que esta rapidez sea en detrimento de su exactitud.

Procedamos ahora a indicar las simplificaciones a que nos hemos referido. Nos parece el mejor sistema explicativo describir como procedimos en la localización de un proyectil intratorácico (caso sin duda de los más dificultosos que pueden presentarse en la práctica). Colocado el herido en decúbito supino (posición operatoria), previo examen radioscópico de orientación, del que jamás debe prescindirse, y colocado el *châsis*, pusimos un cuerpo de referencia próximamente a nivel del centro de la clavícula derecha y sobre él hicimos caer el rayo normal exactamente. En estas condiciones hicimos la primera radiografía. Inmediatamente quitamos el cuerpo de referencia, dejando marcado con tinta o lápiz dermatográfico su emplazamiento sobre la piel del enfermo; hicimos avanzar la ampolla 20 centímetros y sobre la misma placa, y sin que se hubiera movido el enfermo lo más mínimo, obtuvimos el segundo radiograma. En la placa encontramos tres imágenes: por la primera radiografía, una del cuerpo de referencia y otra del proyectil, las cuales nos servirán para la determinación de la lateralidad; y por la segunda, una imagen más del proyectil, que con la anterior utilizaremos para la determinación de la profundidad. La diferencia entre esta simplificación y el método original no es otra que en aquélla se empieza por el segundo tiempo de éste y se aprovecha la imagen ya obtenida por el proyectil para el primero, de tal modo que esta imagen da la profundidad por su distancia a la segunda imagen del proyectil, y el desplazamiento por su distancia al cuerpo de referencia.

Véase cómo en el método original se ha obtenido dos veces nuestra primera imagen del proyectil (C' fig. 3) una C'' de la figura 1 y otra C' de la figura 2, que al fin son radiológicamente iguales.

vado al cirujano con grandísimas probabilidades de éxito, como lo prueba que durante la actual campaña ha sido el procedimiento empleado en diversas ocasiones, y sólo con un fracaso (proyectil alojado en cavidad pelviana y que no fué encontrado en la intervención), frente al cual contamos más de quince o veinte resultados ampliamente satisfactorios en heridos operados por los señores Herranz, Sánchez Vega, Aznar, Pagés, etc., ya de tronco, ya de cuello o extremidades.

Inútil nos parece indicar, y ya lo decíamos en nuestro anterior trabajo, que el cirujano debe conocer la posición en que se hizo la localización, pues bastará observar nuestros esquemas para comprender que si el decúbito varía, por pequeña que sea la variación, variará la profundidad relativa del cuerpo extraño, y para buscar contrastes demostrativos diremos que colocado el enfermo en decúbito lateral, el punto de referencia estaría en las proximidades del hueco auxiliar correspondiente, y su profundidad sería mucho mayor. La previa radioscopia es por esto indispensable, pues aparte otras ventajas, tiene la de orientarnos sobre la situación aproximada del proyectil, y así poder hacer la localización sobre el punto de la superficie del cuerpo que esté más próxima a él, siempre que además sea vía anatómico-quirúrgica de acceso o lo permita el estado del herido, pues, como nos ha sucedido más de una vez, se estima que es conveniente hacer la localización en decúbito prono y, sin embargo, no es posible colocar al herido en esta posición, bien por sus dolores, bien por acentuarse así una disnea, etcétera. En estos casos hay que hacer la localización como se pueda y luego buscar puntos de referencia o proyección sobre el lado operatorio.

El procedimiento puede emplearse radioscópicamente si se dispone de un soporte que fije bien la pantalla. Nosotros empleamos la radiografía porque en general la encontramos superior a la radioscopia, no ya sólo para esto, sino para el trabajo habitual de diagnóstico, aunque sin exclusivismos.

Y para terminar, diremos que en las actuales circunstancias nos presta el método formidables servicios por el tiempo y material que economiza, ya que, por el enorme trabajo que pesa sobre este gabinete, andamos siempre escasos de ambas cosas.

DR. MIGUEL BENZO CANO,
Capitán Médico.

Proyecto de material sanitario para los Cuerpos y Ambulancias

(CONCLUSIÓN)

BOTIQUÍN DE GRUPO

Caja núm. 2. (Farmacia).

Departamentos.

CONTENIDO

-
- | | |
|-------------|---|
| Núm. 1..... | Cartera de lona con paquetes de gasa y algodón de 100 y 200 gramos. |
| Núm. 2-2... | Idem. id. con férulas de alambre para fracturas de brazo y antebrazo. |
| Núm. 3..... | Idem id. con lámpara eléctrica. |
| Núm. 4..... | Idem id. con un estuche para navaja de afeitar y una bolsa de paredes impermeables, con brocha y jabón. |
| Núm. 5..... | Idem id. para candados. |
| Núm. 6..... | Vendas de 5 metros por 10 cm. |
| Núm. 7..... | Paquetes de algodón de 100 gramos, partidos transversalmente. |
| Núm. 8..... | Una caja para medicamentos y dos frascos de 60 gramos. |
| Núm. 9..... | Idem id. id. |
| Núm. 10.... | Idem id. id. |
| Núm. 11.... | Una caja para medicamentos. |
| Núm. 12.... | Una caja para suero antitetánico, frascos de cloroformo, sedas y catgut. |
| Núm. 13.... | Un esterilizador con sus accesorios en su interior; detrás del esterilizador hay una caja con el instrumental siguiente: dos bisturíes, una sierra y una aguja de Reverdin, dos espejos laríngeos, un mango para los mismos, una cánula completa de traqueotomía, un espejo reflector frontal, un dila- |

Departamentos.

CONTENIDO

tador traqueal, una pinza para cuerpos extraños de laringe, un abre bocas, un espéculum de nariz, dos de oídos y dos agujas de 8 cm. para raqui-anestesia.

- Núm. 14. Excavación, en forma de tronco de pirámide rectangular, que contiene una cubeta de aluminio de $17 \times 25 \times 4$, y una caja, del mismo metal, con distintos compartimientos para sondas uretrales de caucho, tubos de drenaje, guantes de goma y tubos de goma con fiador para hemostasia.

BOLSA SANITARIA DE GRUPA

Dotación del practicante de escuadrón.

Maletín de grupa que contiene ampollas de suero de 300 gramos y material de escritorio.

- Caja núm. 1. (Cirugía.)

Departamentos.

CONTENIDO

- Núm. 1. Cartera de lona para paquetes de gasa y algodón de 100 y 200 gramos.
- Núm. 2. Idem íd. para férulas plegables para fracturas de muslo.
- Núm. 3. Idem íd. para tarjetas para heridos, libro registro y lápiz.
- Núm. 4. Idem íd. para tijera curva fuerte de Vecien.
- Núm. 5. Idem íd. para una tijera para uñas y una bolsa de paredes impermeables con jabón y cepillo.
- Núm. 6. Tres paquetes de algodón de 100 gramos, partidos transversalmente.
- Núm. 7. 15 vendas de 10 cm. por 5 metros.
- Núm. 8. Dos portaalgodones y un frasco con tintura de yodo y otro con colodión.
- Núm. 9. Tres tubos de goma con fiador para hemostasia.

Departamentos.

CONTENIDO

-
- Núm. 10... Una caja con jeringa e inyectables.
 Núm. 11-11. Frascos de cristal.
 Núm. 12... Frascos de metal para gasa esterilizada.
 Núm. 13-13. Frascos de aluminio para alcohol.
 Núm. 14... Excavación, en la tapa de la caja, que contiene una cubeta de aluminio de $14 \times 25 \times 4$, la cual está cubierta por una tapa A', que sostiene y deja al descubierto, al ponerla en posición vertical, un estuche de aluminio B', con el instrumental siguiente: una pinza de disección, dos pinzas de Pean, dos de Kocher, una sonda acanalada, un estilete, un termómetro, una tijera y un bisturí.

BOLSA SANITARIA DE GRUPO

Dotación del practicante de escuadrón.

Caja núm. 2. (Farmacia.)

Departamentos.

CONTENIDO

-
- Núm. 1.... Cartera de lona para paquetes de gasa y algodón de 100 y 200 gramos.
 Núm. 2-2... Idem íd. para férulas de alambre para fracturas de brazo y antebrazo.
 Núm. 3.... Idem íd. para lámpara eléctrica.
 Núm. 4.... Idem íd. para un estuche con navaja de afeitar y una bolsa de paredes impermeables que contiene brocha y jabón.
 Núm. 5.... Idem íd. para candados.
 Núm. 6.... Vendas de 10 cm. por cinco metros.
 Núm. 7.... Tres paquetes de algodón de 100 gramos, partidos transversalmente.
 Núm. 8.... Una caja para medicamentos.
 Núm. 9.... Una caja con jeringa de 10 gramos y suero antitetánico.

- Núm. 10.... Un estuche con los instrumentos para sutura por
agrafes y otro con el aparato autoinyector de
suero (modelo Serret, 1921).
- Núm. 11.... Pañuelos triangulares.
- Núm. 12.... Un esterilizador con sus accesorios, y detrás una
caja con tubos de drenaje, guantes de goma, tafe-
tán y tubos de goma con fiador para hemostasia.
- Núm. 13.... Pañuelos triangulares.
- Núm. 14.... Una excavación, en forma de tronco de pirámide
rectangular de $14 \times 25 \times 4$, que contiene una
cubeta de aluminio y una caja del mismo metal
para suspensorios, apósitos y medicamentos.

JOSÉ SERRET TRISTANY,
Comandante Médico.

Pamplona, 10 de Septiembre de 1921.

LA SIFILIS EN LOS INDIGENAS DEL YEBALA

Contribución al estudio de la patología regional de nues-
tra Zona de Protectorado en Marruecos.

Desde los primeros indígenas que tuve ocasión de asistir, de nuestra zona de Protectorado, llamó mi atención el gran número de enfermos sifilíticos, en especial con manifestaciones cutáneas y mucosas. La frecuencia de estas manifestaciones y sus variedades, en general predominantes en tipos que lo son mucho menos en la Península, origen de posibles confusiones diagnósticas, me ha inclinado a pasar esta ligera revista sobre las diferencias de la sífilis peninsular y europea en general, con la de los indígenas de esta zona, refiriéndome exclusivamente a la sintomatología que la exploración clínica corriente de la consulta en dispensario puede aportar, y prescindiendo por completo de todo dato de laboratorio,

tanto microscópico como serológico, ya que éstos, que hubiesen sido de una gran importancia, no han podido ser puestos a contribución.

Falto de tan fundamentales bases, tengo que concretarme a simples anotaciones sobre la observación de repetidos casos, en los cuales no se ha podido hacer más control que el del tratamiento; y aun éste en ocasiones no muy perfecto, por no ser infrecuente el perder de vista un paciente antes de poder ultimar su historia clínica.

*
* *

La gran frecuencia de enfermos sifilíticos es lo primero que llama la atención en las consultas de indígenas, hasta el punto de representar en mi estadística más del 11 por 100, entre los enfermos presentados de toda clase de padecimientos; analizada esta proporción, veremos que representa un valor elevado, si se tiene en cuenta la clase de pacientes, ya que es preciso que sus padecimientos les sean verdaderamente penosos o desagradables, para que, dejando su apatía social, se presenten a consulta; y pocos padecimientos habrá que al menos en ciertas épocas les sean más tolerables, sobre todo desconociendo en absoluto las consecuencias del mismo. Estas razones deben influir en la rareza de observación, de manifestaciones primarias y gran parte de las cutáneas secundarias, como tendré ocasión de insistir más adelante.

Por otra parte—no despreciable por cierto—, es preciso tener en cuenta que los enfermos incluidos en el citado tanto por ciento lo son por su cuadro sindrómico, todo lo más refrendado por el tratamiento, pero sin que en ellos se hiciese comprobación alguna de laboratorio, de tanta importancia para fijar el diagnóstico etiológico de muchas afecciones, como, por lo demás, ocurre en todas las observaciones hechas en medio análogo a las nuestras (1).

Haré constar, como prueba de la difusión de la enfermedad, que es de las pocas que cuenta con nombre entre los indígenas—el *hech*—, lo cual no ocurre más que con las enfermedades entre ellos más generalizadas (viruelas, sarna, parásitos intestinales, etc.),

(1) M. Lerelde: «La syphilis détermine dans le milieu ruraux les trois quarts des affections chroniques, s. les donnés de M. Etienne» (de Vernon) S. de Médecine de Paris. 26-3-21.

siéndolo tanto entre ellos el *hec*, que se sale del grupo *secreto* europeo, siéndolo aquí aun más el restante venéreo.

* * *

En cuanto a la sintomatología de la sífilis en esta región, expondré en orden de frecuencia las manifestaciones observadas, tomando los datos de las historias clínicas de mis enfermos e insistiendo al mismo tiempo en sus características y diagnóstico diferencial, especialmente en lo que respecta a las enfermedades con que pudiera confundirse; entre las que padecen los indígenas de esta zona, así como con las que por razón geográfica pudieran presentarse aún, no habiendo sido observadas por nosotros.

Con objeto de aproximarme lo más posible a la realidad, prescindiré de las divisiones que en el estudio didáctico de esta afección suelen hacerse; es, en efecto, muy difícil en un gran número de casos precisar si las lesiones corresponden a sífilis hereditaria, tardía o a lesiones terciarias precoces; cosa que también ocurre fuera de estas regiones (1), y en la sintomatológica sucede algo análogo; tanto en las lesiones mucosas superficiales, como en las cutáneas; tipos de transición, clasificados de secundo terciarios por los autores antiguos, aquí muy frecuentes, como asimismo muchas degenerativas.

Manifestaciones cutáneas.—Es muy raro observar casos de *chancro* sífilítico, ni aun manifestaciones que pudieran plantear dudas diagnósticas. Otro tanto ocurre con la *roseola*, característica del comienzo del segundo período. ¿Influirá la apatía propia de los indígenas, ante lesiones poco molestas? No sabríamos contestar concretamente, aunque sea bien probable (2).

Más frecuentes son las que Gougerot (3) llama *sifilides secundarias recidivantes*, que se presentan después de un tiempo mayor, o de latencia, pasadas las anteriores, a las cuales corresponden las observadas por nosotros. En primer lugar, las *pápulas planas*,

(1) Dr. V. Jimeno: «S. tuberculo-costrosa circinada y serpiginosa por gomas dérmicos.» P. C. 1915.

(2) Precisa hacer constar, que los indígenas de esta zona son en general blancos o morenos, no enmascarando, por consiguiente, la pigmentación, la *roseola*.

(3) Gougerot: «La syphilis en clientèle (Traitement de)» 1921. pág. 195.

grandes o pequeñas, de color rojizo, en otras ajamonado con poca infiltración circundante, más o menos brillantes según su proximidad a la descamación o ulceración en número variable, aisladas o formando agrupaciones localizadas en la frente, mejillas, surco nasogeniano, cuello, hombro, manos, cara anterior de brazo y muslo. Pueden agruparse en círculo, aisladas o reunidas—*sifilides circinadas*, mono o policíclicas—en unos casos de gran radio; ovales de círculo incompleto, pápulas ligeramente costrosas y continuas, sin cicatriz central ni enrojecimiento; en otros casos, de círculos más pequeños, completos, de centro ajamonado, dejando una mancha pigmentaria intensa, al desaparecer la lesión por el tratamiento.

Más frecuente aún, es ver estas lesiones en un grado más avanzado; en primer lugar tenemos la descamación, pequeñas escamas en las pápulas de menos tamaño, culminando los elementos—*sifilides pápulo-escamosas*—, que posteriormente desaparecen sin dejar cicatriz, o bien pápulas húmedas, ulceradas o no, observadas principalmente en el escroto y proximidades de las mucosas. En otros casos, la destrucción de los elementos da lugar a depósitos de serosidad más o menos concreta, verdaderas bolsas penfigoides, algunas de gran tamaño, observadas en niños heredosifilíticos, localizadas en muslos y nalgas; en otros casos, ulceraciones redondeadas, pero profundas, por destrucción del epidermis que las cubría, rodeadas de una zona más o menos rojiza y de igual localización; se tendrán en cuenta para el diagnóstico las lesiones estrepto y estafilocócicas de la piel consecutivas muchas veces a la sarna, con la que coexisten en muchas ocasiones.

Otras veces, las pápulas, en vez de sufrir un proceso de descamación, se ulceran—*sifilides pápulo-ulcerosas*—, cubriéndose prontamente estas pequeñas ulceraciones por costras, en general, prominentes, de color obscuro y de mayor o menor tamaño, según el de la pápula original, constituyendo las *sifilides pápulo-costrosas* secundarias, manifestaciones que se presentan, con gran frecuencia, aisladas o en grupos.

En ocasiones, las ulceraciones se hacen prominentes frambuesoides, de distintos tamaños, diseminadas por todo el cuerpo; corresponden a las *sífilis malignas*, aunque las he visto evolucionar prontamente por el tratamiento.

He observado un caso simulando un psoriasis; *sífilis psoriasi-*

forme, con placas mucosas, y cuyos elementos desaparecieron por el mercurio.

Para el diagnóstico diferencial de las lesiones papulosas en todos los grados, tendremos en cuenta las manifestaciones análogas *lúpicas* (poco frecuentes), tanto por los caracteres de las pápulas (prueba de vidrio) y, sobre todo, por su localización en la cara de extensión de las extremidades y en las proximidades de los orificios naturales, y las escamosas con el *lupus eritematoso*, también poco frecuente en esta región, menos elevado y más escamoso y adherente, de fondo menos rojo y distinta evolución, o con las psoriasis, relativamente frecuente, con sus elementos característicos, tanto en la forma circinada como en masas. No he tenido ningún enfermo de lepra, difícil de diferenciar en los primeros períodos; lo mismo digo respecto a la frambuesa tropical y leismaniosis cutáneas, que tampoco he tenido ocasión de observar.

Análogas manifestaciones, de tipo terciario, son las que se observan en mayor número. Los elementos son mayores—*sifilides tuberosas*—y las lesiones ulcerosas más profundas—*sifilides tubero-ulcerosas*—, como corresponde al proceso anatomopatológico de más consideración, constituido muchas veces por la destrucción de pequeños gomas, con la exudación espesa, característica de un principio, que se concreta después, dando lugar a costras de mayor o menor extensión—*sifilides tubero-costráceas*—, en ocasiones superpuestas y concéntricas—*rupia*—por el progreso periférico de la lesión. Su localización es variable; las he observado en la frente, comisuras labiales, cuello, dorso, mamas y, sobre todo en las extremidades, hombro, brazo, muslo, menos en antebrazo y pierna.

Se observa este tipo de lesiones lo mismo en niños heredosifilíticos en segunda infancia, que en adultos y ancianos. Son las manifestaciones en que más fijaremos nuestra atención por ser las más frecuentes.

El tubérculo sifilítico se presenta con grandes variedades de agrupación, siendo las principales:

a) *Tubero costras*, aisladas, pequeñas, irregulares, diseminadas en distintas regiones.

b) Agrupaciones *irregulares*, en la frente, pecho, generalmente costráceas, pardo-verdosas o rojizas, elevadas y algo confluentes.

c) Grandes *lesiones rupiáceas* de costras muy adherentes, coexistiendo en varias partes a la vez.

d) Lesiones *circinadas*, uni o policíclicas, con las disposiciones más variadas, siendo muy frecuentes, bien el anillo incompleto de elementos tubero-costráceos sin cicatriz central o grandes superficies costrosas en su totalidad, que en el c. 63, comprendían toda la región escapular y gran parte del hombro izquierdo, presentando al mismo tiempo otra análoga, comprendiendo la nalga y parte superior del muslo, lesiones de olor fétido, de límite muy preciso, elevado y costras de gran espesor.

En otros casos las lesiones evolucionan activamente y con costras en la periferia, presentando el centro del anillo ulcerado en parte y escamoso. En otros, en fin, sólo es activa la periferia, presentando un centro cicatrizal, en ocasiones pigmentado, despigmentado en otras, que pueden conservar su forma cíclica, a pesar de comprender grandes extensiones, persistiendo en un solo punto, en otros, o de un modo irregular, a saltos (c. 81).

Para el diagnóstico diferencial de estas lesiones tendremos en cuenta el *lupus*, cuya localización, irregularidad, lentitud de evolución y prueba terapéutica las diferencian; las ulceraciones *leprosas* se aproximan más en este período a las sifilíticas; en las variedades serpiginosas se tendrá en cuenta el *chancro serpiginoso venéreo* (1), cuyo diagnóstico puede ofrecer dificultades, pero, sobre todo, se diferenciarán de las úlceras simples, varicosas o no, y, especialmente de las lesiones piógenas corrientes, que, continuamente infectadas y sin tratar o irritadas por procedimientos brutales y con capas superpuestas de las más diversas materias, ofrecen los cuadros más variados, con lesiones costrosas, a veces resistentes al tratamiento, y que semejan en los primeros momentos a las análogas sifilíticas, que por lo demás han sufrido en gran número de casos iguales *tratamientos*; en análogas circunstancias se encuentran las lesiones parasitarias cutáneas (*sarna*) complicadas, las *leismaniosis* cutáneas y *esporotricosis*, cuyos diagnósticos diferenciales necesitan en muchas ocasiones el laboratorio.

Con alguna menos frecuencia que las lesiones anteriormente citadas se presentan los *gomas* subcutáneos, hecha salvedad de las veces que las lesiones ulcerosas proceden de pequeños *gomas* diversamente agrupados.

El *goma* aislado se presenta como una tumoración indolora, de

(1) J. de Azúa: *Chancros y úlceras serpiginosas venéreas*. P. C. 417.

tamaño variable, que en su evolución llega a enrojecer la piel y ulcerarla, dando salida al líquido característico, quedando transformado en una ulceración de bordes recortados y fondo amarillento, esfacelado, de eliminación lenta; frecuentemente se concretan los productos de eliminación, formando costras que enmascaran los caracteres propios de la lesión. Se tendrán en cuenta para el diagnóstico diferencial: las ulceraciones cutáneas, forúnculos, tumores sebáceos o parasitarios, cánceres y especialmente gomas tuberculosas, secundarios, de adenitis u osteitis confluentes con infiltración periférica, además de los síntomas generales.

Las distintas manifestaciones enumeradas pueden dar lugar a lesiones varias, cicatriciales o degenerativas que se sumen al proceso, o bien queden como señal de las que lo determinaron, orientando el diagnóstico en los períodos de latencia o ante nuevas manifestaciones; tales son, entre las principales, las hiperplasias y las cicatrices.

Las primeras se presentan por la proliferación del tejido conjuntivo, ante el estímulo de una lesión crónica; hemos observado aumento de grosor en los labios, ligeras elefantiasis en las extremidades genitales, entre ellas una del pene, simulando un carcinoma; se trataba de ulceraciones alrededor del glande, ligeramente costrosas, con infiltración dura del pene, contribuyendo al diagnóstico la edad del sujeto, ausencia de manifestaciones ganglionares, la coexistencia de lesiones tubero-ulcerosas en el muslo, así como los datos anamnésicos, unidos al tratamiento; al obtener la fotografía habían desaparecido ya las ulceraciones del pene, persistiendo las lesiones del muslo y la infiltración del mismo.

Las lesiones cicatriciales son de una gran importancia, por el dato que aportan al historial del enfermo, por interrogatorio, muy deficiente, en la mayoría de los casos. El gran número de manifestaciones terciarias y la tendencia de éstas, pasado cierto tiempo, a curarse espontáneamente, hace que las cicatrices consecutivas sean de frecuente observación, poco patognomónicas en sí, pero que ante lesiones de origen dudoso contribuyen a su esclarecimiento. Se observan los tipos siguientes:

- a) Porciones de piel fuertemente *pigmentadas*, ajamonadas o no, subsiguientes a lesiones papulosas y datando de poco tiempo.
- b) *Cicatrices profundas*, correspondientes a lesiones ulcerosas, con sus respectivas localizaciones, por lo general deprimidas, blan-

quecinas, aunque sin gran contraste, con la piel normal, a veces retráctiles y con pequeños queloides, en ocasiones muy numerosas, como ocurría en el caso 21, que comprendían la frente, hombro y dorso derechos, antebrazo del mismo lado, brazo derecho y muslos, con intensas lesiones destructivas en evolución en el paladar. En ocasiones se acompañan de lesiones úlcero costrosas en evolución, de las cuales proceden *siflides serpiginosas terciarias*.

c) Lesiones *despigmentadas, vitiligo*, independiente de la *leucodermia secundaria*, consecutivas a lesiones diversas papulosas o ulcerosas, piel en apariencia normal, resaltando fuertemente en los individuos pigmentados, comprendiendo en ocasiones grandes extensiones de piel, siendo fácil que en muchos casos sucedan a una pigmentación anterior, por tratarse en la generalidad de restos de lesiones antiguas, rodeadas o no de cicatrices; esta despigmentación se extiende, en muchos casos, a zonas normalmente pigmentadas, como el pezón y la areola, que pueden presentarse blancos, sin apariencia cicatricial.

Manifestaciones mucosas.—Del mismo modo que en las manifestaciones cutáneas primarias, es raro observar chancros sifilíticos de las mucosas, presentándose lesiones especialmente genitales, en las que es preciso detenida observación para determinar su naturaleza, y reconocidas sifilíticas el período evolutivo a que corresponden, se trata en la mayoría de los casos de lesiones terciarias en las zonas de transición cutáneo-mucosas, siflides tubero-ulcerosas, acompañadas casi siempre de otras lesiones y separables de la induración primitiva; los chancros venéreos fagedénicos o no y lesiones consecutivas a la sarna, serán tenidas en cuenta.

La caracterización en período de las manifestaciones mucosas ofrece grandes dificultades, presentándose en muchas ocasiones las propias del período secundario al mismo tiempo que lesiones cutáneas mucosas de tipo terciario (son siflides terciarias de modalidad secundaria). Las formas más frecuentes observadas son:

Placas mucosas, ulceraciones superficiales más o menos blancuecinas rodeadas de una zona rojiza, con localización especialmente bucal, mucosa de los labios, comisuras, pilares del paladar y amígdalas, cara interna del carrillo; de extensión variable, en ocasiones limitadas a un simple enrojecimiento de contorno, muy preciso en los pilares del paladar. En la lengua se observan en ocasiones placas de caracteres análogos, pero con más frecuencia

lesiones rojizas, lisas, secas—*placas segadas* o glositis depapilante (Gougerot)—que contrastan frecuentemente con el resto de la mucosa lingual saburrosa, todas ellas produciendo molestias de masticación y deglución en grado variable. Lesiones análogas se encuentran en los genitales masculinos y femeninos, aunque con menos frecuencia. Como variedad de estas manifestaciones, citaremos un caso de lesiones circinadas policíclicas, en la cara interna de los labios y mejillas, formando pequeñas ulceraciones planas, blanquecinas, de centro sano, en gran número y coexistiendo con lesiones cutáneas circinadas.

En los niños se observan lesiones muy generalizadas, de gran intensidad, en la boca y márgenes del ano. El diagnóstico es, en general, fácil; se tendrán en cuenta diversas formas de anginas, lesiones cáusticas, herpes genital, etc., y en los niños la perlada y el muguet.

Las lesiones pueden formar relieve de más o menos consideración—*placas mucosas pápulo-hipertróficas*—, más frecuentes en los genitales que en la mucosa bucal y faríngea, presentándose en éstas en forma de elevaciones granujientas, blancas, no ulceradas, dispuestas en masas lobulares, aisladas unas de otras, o bien agrupadas, comprendiendo toda la mucosa bucal, incluso la lengua.

En la mucosa anal se presentan *condilomas*, especialmente en pequeños heredo-sifilíticos, y en la mucosa genital elementos papulosos, húmedos unas veces, ulcerados otras, que en ocasiones son causa de dudas diagnósticas con los chancros de las mismas regiones.

Como ya dijimos, todas estas manifestaciones corresponden al período secundario, presentándose, sin embargo, acompañando a lesiones terciarias, siendo los característicos de este período, los

Gomas submucosas, en cuyos caracteres generales no insistiremos; de sus diversas localizaciones en mucosas abordables a nuestra exploración, son, en su mayoría, bucales o faríngeos, presentando dos modalidades: *gomas grandes*, principalmente de amígdala, unas veces redondeados, comprendiendo o no los pilares, del tamaño de una avellana; en ocasiones como una nuez, que no tardan en ulcerarse, eliminándose en detritus amarillentos lardáceos, poco molestos a veces, a pesar de su tamaño; otros son *gomas pequeños*, próximamente de medio centímetro de diámetro, palatinos, ulcerados ya en su mayoría, que se eliminan pronto, con o sin tra-

tamiento, volviendo a presentarse nuevas gomias, si el tratamiento no es constante; tenemos un enfermo que en pocos meses ha presentado tres gomias, el último perforante en la base de la úvula, muy molesto, que le ha decidido a tratarse con asiduidad.

Se observan gomias en la lengua, a veces múltiples, dejando cicatrices profundas.

En ocasiones el goma no es ya visible como tal, las destrucciones son grandes y no se puede ver más que los bordes ulcerados de un paladar destruido en su mayor parte, como sucedía, entre otros, en un heredo-sifilítico de veinte años, con destrucción completa del paladar blando y pilares, de gran parte del óseo, cornetes, ulceraciones profundas en la nasofaringe, de evolución rápida.

Lo característico de estas lesiones hace no insistamos en su diagnóstico diferencial; se tendrá en cuenta, para los gomias ulcerados de amígdalas, las anginas gangrenosas.

Todas estas manifestaciones pueden dejar, después de su desaparición, señales más o menos características, siempre de algún interés diagnóstico; en unos casos, se trata de infiltraciones conjuntivas en genitales y en la laringe; en otros, de lesiones cicatriciales, precedentes, en su mayoría, de gomias, especialmente en el paladar blando, más o menos estelares, con retracción de la úvula; en otros, por depresiones o bridas salientes, blanquecinas, en la pared posterior de la faringe, o enlazando unas con otras, dejando un orificio pequeño de comunicación con la rinofaringe; en otros, son pérdidas de sustancias, que comprenden las partes profundas; así ocurre en el paladar blando y óseo, donde se encuentran de todos tamaños; es muy frecuente la falta de la úvula; diré, sin embargo, que refieren los indígenas les ha sido amputada de pequeños, *para hablar con mayor claridad*. En un caso faltaba la mitad del glande, presentando el límite de la pérdida de sustancia un borde pronunciado. En los heredosifilíticos se observan las características cicatrices de las zonas cutáneomucosas, radiadas, comisurales y del labio superior.

Manifestaciones menos frecuentes.—Las lesiones sifilíticas oculares son poco frecuentes, como no sea en los niños, en los que se presentan las queratitis intersticiales tan constantes en los heredosifilíticos, en algunos casos con opacidades de consideración en la córnea, acompañados de irritación conjuntival; no coexisten lesio-

nes de oído. En cuanto al tercer signo de la triada de Hutchison, las lesiones dentarias tampoco se dan con gran frecuencia, a pesar del gran número de heredosifilíticos; no dejan, sin embargo, de presentarse casos de diente de Hutchison de borde semilunar, característico, siendo aun más frecuentes las *erosiones*, cambios de forma (en *flecha*, en *destornillador*), las variaciones de tamaño e implantación, especialmente en la primera dentición, y gran fragilidad y subsiguiente mal estado, aunque poco específicos, de la dentadura en general.

Acompañando a muchas de las lesiones enumeradas se presentan *infartos ganglionares*, correspondiendo a las lesiones o a su infección secundaria.

Se presentan con gran frecuencia dolores *musculares* reumatoideos en los distintos períodos; coincidiendo o no con dolores osteóscopos o formas neurálgicas, se observan en los hombros, raquis, muslos, etc.; no he observado gomas musculares, a no ser los que comprenden la totalidad del paladar blando.

Las *manifestaciones óseas* siguen en orden de frecuencia a las cutáneas y mucosas; es raro el enfermo que no hace mención de dolores osteóscopos, especialmente nocturnos, sobre todo en las tibias, de fecha más o menos remota, y aun muchos de ellos no aquejan otra cosa al presentarse a consulta; en gran número de casos se acompañan de alteraciones morfológicas, engrosamientos de la epífisis inferior radial, del borde anterior de la tibia, exóstosis del mismo, irregularidades de calibre, incurvación de convexidad anterior, tibia en sable, etc.; estas últimas formas, muy frecuentes en heredosifilíticos y de gran valor diagnóstico, tanto por su forma especial como por la rareza del raquitismo en esta región, cuyas lesiones, aunque diferenciales, pueden tener cierta analogía con algunas sifilíticas, sobre todo si se acompañan de deformaciones e irregularidades craneales, entre las cuales la más frecuentemente observada es la prominencia del frontal (frente olímpica).

La bóveda palatina de forma ojival no es rara de observar en los heredosifilíticos. Tendremos también en cuenta las lesiones necróticas y las deformaciones que originan, bien en forma de perforaciones o pérdidas de substancia en unión a las del paladar blando.

En las *fosas nasales* podemos encontrar afectado, tanto el es-

queleto interno como externo, siendo muy frecuentes las necrosis en evolución de los propios de la nariz, presentándose engrosada, deforme, la raíz nasal, acompañada de rinitis intensa y seguida en su evolución de eliminación de secuestros y deformaciones variadas de la configuración nasal, especialmente en nariz en *silla de montar*; en otros queda más o menos aplanada, siguen después la nariz en *catalejo*, en otros casos la destrucción es completa o casi completa por ulceraciones cutáneas, quedando un orificio informe, con restos de tabique y aun sin ellos.

En el interior de las fosas nasales se observan hipertrofias transitorias de cornetes, con obstrucción nasal, seguidas de necrosis de uno o varios cornetes, con todo el cortejo sintomático del ozena sifilítico; en un caso, observé ulceraciones con necrosis óseas basilares, deteniendo su evolución con tratamiento intenso.

He observado una osteitis gomosa en la extremidad inferior de la tibia, piriforme, indolente, en principios de evolución, simulando un osteosarcoma. En otro, la osteitis gomosa comprendía el primer metatarsiano, con gran engrosamiento y fístulas en el borde interno del pie, en una niña heredosifilítica.

JOSÉ ESCOBAR,
Teniente Médico.

(Continuará.)

VARIEDADES

El Eco de Tetuán, en uno de sus últimos números, da cuenta de la solemnidad con que cumplieron el precepto pascual los heridos y enfermos del nuevo y magnífico Hospital militar de aquella Plaza, asistiendo numerosas comisiones civiles y militares, una compañía del Regimiento del Serrallo y la banda de música del Batallón Cazadores de Madrid.

Las damas de la Cruz Roja obsequiaron con esplendidez a los soldados y Oficialidad hospitalizados en dicho Establecimiento.

* * *

El laureado Capitán Médico D. Ricardo Bertoloty ha dedicado al ilustre Dr. Sáiz de Aja un folleto en pergamino, donde se anota

la labor realizada por dicho afamado especialista del Hospital de San Juan de Dios.

*
* *

Ha llegado a esta Corte el Excmo. Sr. D. Federico Urquidi, Inspector general y Director de los servicios sanitarios en el Ejército de África.

Acompañan al General Urquidi su Secretario, el Coronel Médico D. Maximino Fernández, y su Ayudante de campo, el Teniente coronel Médico Sr. San Eustaquio.

*
* *

Ha sido objeto de un homenaje por la Sociedad Ginecológica Española, en el Colegio de Médicos de esta Corte, el eminente Cirujano, Director facultativo del Hospital de la Princesa, Dr. D. Antonio Cospedal.

*
* *

Curso de diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la piel.

El Dr. Sáinz de Aja dará, durante el próximo mes de Julio, un curso sobre estas materias en sus servicios del Hospital de San Juan de Dios.

Para inscripciones e informes, dirigirse a su domicilio, Alcalá, 66, Madrid.

*
* *

El Dr. Verdes Montenegro, Presidente de la Comisión organizadora del Primer Congreso Nacional de Reorganización sanitaria, nos remite, para su publicación, la siguiente nota:

«S. M. el Rey patrocina el Congreso de Reorganización sanitaria.

Una delegación de la Comisión organizadora, compuesta por los Doctores Verdes Montenegro, Blanc Fortacín, Fernando Coca, Antonio Oller, Angel Navarro Blasco y Núñez Grimaldos, fué recibida el 1.º de Junio por S. M. el Rey, quien escuchó de labios del Dr. Verdes Montenegro el objeto y fines del Congreso, y ofreció patrocinar la Asamblea, por entender que tenía extraordinaria importancia para el país.

La Delegación salió muy satisfecha de la buena acogida que la dispensó el Monarca, y le hizo entrega del siguiente mensaje:

«Señor:

Nos hemos atrevido a suplicar a V. M. que acepte el alto patronato del Congreso que proyectamos, porque ninguna obra más digna de vuestro Real apoyo que crear la Sanidad aquí donde prácticamente no existe.

Los que hubieran podido impulsarla, puesta la vista en intereses políticos, se han dejado esclavizar por esos intereses y abandonado la Sanidad, indefensa, a los egoísmos de unos, a las concupiscencias de otros, a la indiferencia de todos.

No puede ser la Sanidad sierva; ella es naturalmente señora, y ocupa el primer rango, el puesto de honor entre las cuestiones nacionales. Allí donde no se supedita todo a la Sanidad, la mortalidad aumenta y las energías de la raza se debilitan. Debemos, pues, colocar la Sanidad pública por encima de todos los intereses, y, para procurarlo, hemos acudido a V. M. unos evantos hombres de buena fe, que no aspiramos a ningún medro personal, sino a abrir nuevos cauces a la vida pública española.

Toda la intelectualidad del país está en estos momentos con nosotros, dispuesta a ejercer en favor de la Sanidad su acción coercitiva. No se nos ocultan las dificultades que han de oponer a nuestra labor los consabidos intereses creados, y hasta el despecho que puedan sentir los que temen perder su representación en esta revisión de valores. Confiamos, sin embargo, en el éxito, sobre todo si V. M. nos ampara. Si no triunfara nuestra aspiración por completo en este primer intento, habríamos por lo menos abierto el camino para su triunfo, y con él para la reconstitución de España, porque el imperio de la Sanidad no puede menos de establecerse algún día, y cuanto antes se logre, más pronto saldrá nuestro país de su lamentable marasmo.»

*
* *

Con motivo de la reducción de fuerzas en nuestros territorios de Africa, han sido repatriadas algunas unidades de nuestro Cuerpo y varios Médicos que prestaban servicio en los Batallones y Regimientos expedicionarios de distintas guarniciones, que han regresado a los puntos de procedencia.

A todos nuestra más cariñosa bienvenida.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Un nuevo procedimiento de trans-
fusión de sangre, por MM. Flandin,
Tzanck y Roberti.—El método es

una aplicación práctica de la propiedad anticoagulante de los arsenobenzoles, que los autores han

descubierto y dado a conocer anteriormente.

La técnica consiste en humedecer con una solución de 0,06 de sulfarsenol, en 3 c. c. de agua destilada, tanto el interior del recipiente destinado a recoger la sangre, como de la jeringa que ha de servir para reinyectarla.

La sangre es recogida directamente por punción venosa, y a medida que va cayendo en el vaso se la agita para que se ponga en contacto con sus paredes impregnadas de sulfarsenol. La jeringa, igualmente humedecida, se llenará directamente en el vaso.

El procedimiento resulta aún más sencillo que el de la sangre citratada.

En cuanto al mecanismo, parece

ser que los arsenobenzoles producen la incoagulabilidad de la sangre, no como la peptona (globulinas aglutinadas), sino de un modo análogo a como lo hace el citrato de sosa (globulinas libres).—(*Société Medicale des Hôpitaux*. Sesión del 28 de Octubre de 1921.)—T. R. Y. (*Siglo Médico*.)

*
*

La alianza de la higiene y de la patología en la medicina preventiva: el examen sanitario y sistemático.—M. L. Rénon expone que para prevenir las enfermedades, reuniendo la patología y la higiene como lo hizo Barés en 1902, hay necesidad de practicar un examen regular y sistemático del hombre as-



PANCREATINA
ESPLENINA
OVARINA
NEFRINA

Opoterápicos López-Brea

HEPATINA
TIROIDINA
TIROOVARINA
SUPRARRENINA
PLURIENDOCRINA
ENTERO - PANCREATINA
EXT.º HIPOFÍSICO :: EXT.º ORQUÍTICO

ABRIL 1922. VERBAUER Y CALIS, 8 Y 7. - BARCELONA.

De venta en las Farmacias militares, Depósito de productos farmacéuticos y farmacias importantes.

MUESTRAS A LOS SRES. MEDICOS QUE LAS SOLICITEN

no, practicado desde el nacimiento y continuado regularmente durante el curso de su existencia. Este examen, como indicaba Barés, tendría una doble utilidad: 1.º Tener a raya la incubación de ciertas enfermedades de marcha silenciosa desde su origen. 2.º Preservar por una higiene apropiada a cada caso los órganos afectos de predisposiciones morbosas hereditarias o adquiridas.

Para que tenga todo su valor, dicho examen deberá ser repetido cada dos o tres años, por ejemplo, y comparado a los precedentes. Los

resultados deberán ser consignados en un carnet individual, verdadera ficha de identidad sanitaria.

El momento para la realización de este proyecto parece oportuno, pues la preparación de una ley sobre el seguro de enfermedad y de invalidez preocupa actualmente al mundo médico y administrativo, y el examen sanitario regular y sistemático puede tener cabida en un sistema de seguros sociales. Si el principio se admite, pueden ponerse en práctica ulteriormente los medios de ejecución.—(*Bulletin de l'Academie de Médecine.*)—J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Los hospitales de evacuación en la guerra de trinchera y en la de movimiento.—M. Ardanin, Médico mayor de primera clase, en un extenso trabajo acerca de las formaciones de vanguardia, y en particular sobre el papel de las secciones de camilleros, estudia, entre otros, interesantes particulares, los que se refieren a los siguientes incisos.

a) Hospital de evacuación primario en la guerra de trinchera:

El hospital de evacuación debe ser colocado en el sitio más avanzado, que permita la utilización de la vía férrea fuera de las baterías de artillería y de los depósitos de municiones.

En esta guerra especial, el tratamiento tiene cierta preponderancia sobre la evacuación. La actuación sanitaria ha de ser verdaderamente quirúrgica, y los intransporta-

bles tratados sobre el terreno. Hay a menudo necesidad de instalar el hospital de evacuación en pleno campo, cerca de una línea férrea, construyéndose sobre un terreno llano, permeable y abrigado contra los vientos.

Debe contarse con un minimum de veinticinco días para poner en funciones un hospital de evacuación acondicionado con todos sus elementos. Las tiendas primitivamente usadas han sido reemplazadas por barracas.

El autor señala la posible utilización, en caso de ataque y en condiciones particulares, de un tren para el transporte de heridos sentados.

b) Hospital de evacuación secundario en la guerra de trinchera.

Es un gran órgano de hospitalización, de cerca de 300 camas, ins-

CENTRO TÉCNICO DE FUMIGACIÓN

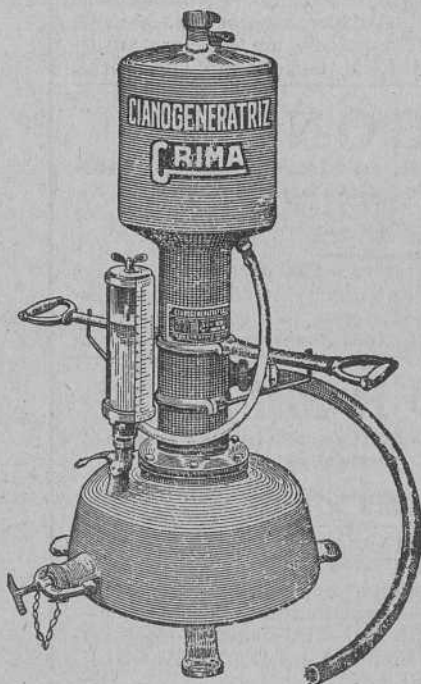
C. GRIMA

Director técnico, químico
DR. JOSÉ M. ROCA
Catedrático de Química
de la
Escuela Central de Ingenieros
Industriales.



Despacho Central: Leña, 4.
Dirección telegráfica: GRIMA } VALENCIA
Teléfono núm. 14-58.

Con las desinsectaciones cianhídricas, mediante la **CIA NOGENERATRIZ**



GRIMA, se consigue una absoluta y completa extinción de toda clase de insectos (*chinches, piojos, pulgas, cucarachas, etc.*, etc.), y es, por lo tanto, el elemento único e indispensable para desinsectar toda clase de locales y efectos, como cuarteles, hospitales, tiendas de campaña, trenes y buques - hospitales, ropas y efectos de enfermos, objetos del uso personal de tropa, atalajes, etc., etc.

Con nuestra **CIA NOGENERATRIZ GRIMA** se practica de una manera rigurosamente científica, cómoda y segura, la cianhidrización.

Con nuestros **ALOLHIDROS TRINITAS** se transforma el gas cianhídrico en una substancia completamente inofensiva, asegurando la inocuidad completa de los locales cianhidrizados.

El Ministerio de la Guerra, por Real orden de 7 de Noviembre de 1921, ha adoptado la cianhidrización en el Ejército, y emplea para cumplimentarla la **CIA NOGENERATRIZ GRIMA** y los **ALOLHIDROS TRINITAS**.

Informes y correspondencia en MADRID
ANTONIO SERRANO: Cardenal Cisneros, 70, 3.º

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA

IBYS

MADRID.—BRAVO MURILLO, 45

Director: Dr. J. Durán de Cottes

NEFROSERUM

Suero de vena renal de cabra.
En las albuminurias, nefritis y uremias.

Sueros IBYS

ADRENOSERUM.—Antidiftérico.—Normal equino.—Hematopoyético.—Antiestreptocócico polivalente.—Antiestreptocócico puerperal.—Antimaltense caprino.—Antimaltense equino.—Antineumocócico.—Antimeningocócico.—Antitiroideo.—ANTITIRO-OVARINA (asociación de suero antitiroideo y ovarina).—NEFROSERUM (de vena renal de cabra).

ANTIGONOS

Vacuna de gran eficacia en blenorragias, epididimitis, artritis y orquitis blenorragicas.

Vacunas IBYS

Tífica preventiva.—Tífica curativa.—Tifo-paratífica (T. A. B.) preventiva.—Paratífica polivalente.—Estafilocócica.—Estreptocócica.—Anti-acné.—Maltense. ANTIGONOS (Gonocócica).—AGRIPTOL (Antigripal curativa y preventiva).

GINORMIN

Poligiandulina para tratamiento de los síndromes genitales.

Opoterapia IBYS

Tiroidina.—Ovarina.—TURNINA.—EPIRRENINA.—Nefrina.—Hepatina.—EUGASTROL.—Pancreatina.—Pancreokinasa.—Extracto de lóbulo anterior de hipófisis.—Prostatina. Extracto de glándulas timo.—Paratiroidina.—Paracalcina.—GALACTOGENOL.—GINORMIN.—Tiro-ovarina.—BELLADOVARINA.—ARSIFERROVARINA.—LIPONINA.—GLUCOSERUM

PÍDANSE MUESTRAS Y LITERATURA

Apartado de Correos 897.—Dirección telegráfica y telefónica: IBYS Madrid.

TELÉFONO 17-41 J.

talado en grandes edificios susceptibles de extensión y de fácil acceso a los caminos y vía férrea.

Debe estar ligado constantemente, ya con los hospitales de evacuación primarios, ya con la regulatriz, y desempeñar un doble papel de asistencia médica y de recuperación en período de calma. En período de ataque es el punto de destino de los heridos evacuables a quienes hay necesidad de operar. Se puede decir que es el puesto de seguridad de los hospitales de evacuación primarios.

c) Hospital de evacuación en la guerra de movimiento.

En este caso la evacuación se sobrepondrá al tratamiento. La ins-

talación rápida de los hospitales de evacuación primarios no podrá hacerse mas que mediante la utilización en gran escala de los recursos locales.

El número de hospitales de evacuación debe ser de un par por cuerpo de ejército.

El autor prevé la posibilidad de utilizar los hospitales de evacuación sobre railes que sería posible transportar a medida que fuesen reparándose las vías. En cuanto a los hospitales secundarios, tienen en la guerra de movimiento una importancia capital.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*. Septembre 1921.)—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 8 Mayo—Real orden (*D. O.* núm. 128) dictando disposiciones referentes a estancias de Hospital de los huérfanos de los Colegios dependientes del Ministerio de la Guerra, personal de cuota, sin haber, en los periodos que le impone la ley de Reclutamiento y clases de tropa, con haber de primera y segunda categoría.
- 27 » » Real orden (*D. O.* núm. 117) concediendo el pase a situación de reserva al Teniente coronel Médico D. Sebastián Fossá Lambert.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 117) concediendo la gratificación de efectividad de 500 pesetas anuales al Teniente coronel Médico D. Rodrigo Moya Litrán y al Comandante Médico D. Francisco Conde Albornoz.
- 30 » » Real orden (*D. O.* núm. 119) concediendo la separación del servicio activo al Capitán Médico D. Mariano del Prado y Lara.

- 30 Mayo.....—Real orden (*D. O.* núm. 119) concediendo la separación del servicio activo al Teniente Médico D. Augusto Peña Usón.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 119) disponiendo que cesen en la la comisión que, como Inspector de los servicios farmacéuticos de las plazas de Africa, se confirió al Sub-inspector farmacéutico de primera clase D. Félix Gómez Díaz, y como auxiliar del mismo al Farmacéutico primero D. Rafael Roldán Guerrero, los que se incorporarán a sus destinos de plantilla.
- 31 » Real orden (*D. O.* núm. 120) concediendo la separación del servicio activo del Capitán Médico D. Juan Arjona Trapote.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 120) disponiendo que el Comandante y Capitanes Médicos que se indican pasen a servir los destinos siguientes:

Capitanes: D. Alberto Rodríguez Fernández, del primer batallón del Regimiento Infantería de San Marcial, 44, al Aeródromo de Los Alcázares (art. 1.º y Real orden de 24 de Diciembre de 1921, *D. O.* núm. 121); don José Jover Jover, del Hospital del Peñón, a disponible en la tercera Región, y en comisión en el Hospital militar de Valencia; D. Angel Montoro Montoro, del primer batallón del Regimiento Infantería del Príncipe, 3, al Hospital militar del Peñón de Vélez de la Gomera (forzoso, Real decreto de 30 de Junio de 1921, *C. L.* número 259); D. Manuel Crespo de la Vega, de la Jefatura de Sanidad de Menorca, para necesidades y contingencias del servicio, y en comisión en el batallón expedicionario del Regimiento Infantería de Cantabria, 39, cesa en la referida comisión, incorporándose a su destino de plantilla; D. Luis Arrieta Olivar, del grupo de Instrucción de Infantería, y en comisión en el primer batallón expedicionario del Regimiento de la expresada Arma, Covadonga, 40, cese en la citada comisión, incorporándose a su destino de plantilla; D. Máximo Martínez Zaldivar, del primer batallón del Regimiento Infantería de Las Palmas, 66, y en comisión en el expedicionario de Asturias, 31, a necesidades y contin-

gencias del servicio en la Plaza de Tetuán, en comisión, cesando en la anterior.

Rectificación.

Comandante: D. Angel Capa Arabiatorre, ascendido del 14.º Tercio de la Guardia civil, a disponible en la primera Región, y en comisión a los grupos de Hospitales de Melilla, por necesidad del servicio.

- 2 Junio.....—Real orden (*D. O.* núm. 122) disponiendo que el Comandante Médico D. Juan Rivaud Ballesteros, cese en la comisión que desempeñaba en Melilla y se incorpore a su destino de plantilla.
- 3 » Real orden (*D. O.* núm. 123) declarando aptos para el ascenso a los Coroneles Médicos D. Marcial Martínez Capdevila, D. Ricardo Pérez Mínguez y Rodríguez, don Eduardo Semprún y Semprún y D. José Masfarré Jugo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 123) concediendo derecho a percibir treinta días de indemnización, compatible con la bonificación de residencia por haber salido de Ceuta a Melilla, con motivo de los sucesos de Julio último, al Teniente Médico D. José Rey Cebrián.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 123) disponiendo que el personal de los Laboratorios de Análisis y Parques de Desinfección dependa de los Hospitales militares de la demarcación.
- 6 » Real orden (*D. O.* núm. 125) concediendo el empleo superior inmediato al Comandante Médico D. Enrique Obregón Cappa y al Capitán Médico D. Enrique Gallardo Pérez.
- 8 » Real orden (*D. O.* núm. 128) disponiendo que el Teniente coronel Médico D. Francisco García García desempeñe el cargo de Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de Granada, y el Capitán Médico D. Joaquín Bonet Jordán el de Observación de la de Valencia.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 126) autorizando al Capitán Médico D. Ramón Fiol Paredes para usar sobre el uniforme la Medalla de plata de la Cruz Roja Española.

- 8 Junio — Real orden (*D. O.* núm. 126) autorizando al Capitán Médico D. Juan Altube Fernández para usar sobre el uniforme la Medalla de plata de la Cruz Roja Española.
- 9 » Real orden (*D. O.* núm. 128) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo en la primera Región del Teniente coronel Médico D. Emilio Fuentes Sáenz.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 128) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo en la primera Región al Teniente Médico D. Adrián López Orozco.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 128) disponiendo la vuelta a activo del Teniente coronel Médico D. Eliseo Rodríguez Sayáns, quedando disponible en la octava Región.
- 10 » Real orden (*D. O.* núm. 129) disponiendo que el Comandante Médico D. Enrique Gallardo Pérez quede disponible en la primera Región y continúe en la Comisión del tren-hospital núm. 3.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 129) disponiendo que el Capitán Médico D. Florentín Mallol de la Riva continúe prestando sus servicios, en comisión, como Ayudante del Jefe de la Clínica de oftálmicos de los grupos de Hospitales de Ceuta.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 129) disponiendo que el Capitán Médico D. Manuel Peris Torres quede disponible en la Plaza de Melilla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 129) disponiendo que el Equipo quirúrgico núm. 11, de que es Jefe el Capitán Médico D. Manuel Bastos Ansart, pase destinado con el personal sanitario de la primera Comandancia de tropas al Hospital militar de Madrid-Carabanchel, quedando agregado al Servicio de cirugía ortopédica y de reeducación de las clínicas de heridos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 129) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.^a María de los Dolores Díaz e Ibáñez al Comandante Médico D. Manuel Arnao Suffo.