

SUMARIO

¡Pagés ha muerto!, por **M. Gómez Ulla**.—*Heridas abdominales de guerra. Mi experiencia personal* (continuación), por **Fidel Pagés**.—*Estudio crítico de los procedimientos de desinfección y de desinsectación en tiempos de paz y de guerra* (continuación).—*Manual práctico de exploración y examen de las facultades mentales*, por **Julio Camino**.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo.—*Prensa militar profesional*: Organización del servicio de Sanidad en el Ejército danés.—*Sección Oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Octubre de 1924.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

Homenaje a un héroe de la Ciencia.

¡PAGES HA MUERTO!

Estas palabras llenarán de tristeza a los cientos de heridos que supo arrancar de las garras de la muerte.

En el Escalafón de Sanidad Militar, en la lista de los cirujanos españoles, ha causado la fatalidad una baja, ha dejado un hueco que es muy difícil, por no decir imposible, que nadie en la actualidad pueda llenar.

Un rumor, primero; la confirmación, después, por telégrafo y por radio, de tan fatal noticia, dejaba todavía dudas en nuestro ánimo; necesitamos verlo escrito para convencernos, con honda pena, de la marcha definitiva del gran amigo, del pundonoroso militar, del sabio cirujano, del operador artista y eminente, del hombre bueno, sencillo y modesto, de aquel niño grande, que justo hace dos años llegó a esta Plaza, al frente de su equipo, para disputarle a la Muerte los heridos que caían en los sangrientos combates de entonces.

La pena sentida por todo el que le conociese en cualquiera de

sus aspectos, no puede, por grande que sea, dar idea de lo que su pérdida significa.

¡Es una inmensa desgracia! Sanidad Militar, la Beneficencia general de Madrid, España entera, perdieron uno de sus mejores cirujanos; el mejor, decíamos cuando vivía, no queriendo repetirlo ahora para que no pueda dársele el escaso valor de un elogio póstumo.

Pagés trabajó de un modo intenso y silencioso durante varios años y sorprendió a todos con sus aficiones quirúrgicas, revelándose muy pronto como un verdadero maestro. Empezaba a dar a conocer sus trabajos científicos, que se caracterizaban por la concisión, claridad y profundas enseñanzas, demostrando una bien controlada experiencia.

Metódico y constante en el trabajo, dotado de poderosa inteligencia, poseía un considerable caudal de conocimientos. Gran anatómico, experto clínico, excelente técnico, sereno e infatigable acertado y rápido en sus decisiones ante los problemas y accidentes imprevistos, poseía todas las características de las grandes figuras de la Cirugía moderna.

Al entrar en el Hospital Docker nos descubrimos, pensando en él... En su quirófano pasó los momentos más intensos de su vida quirúrgica; encerrado allí permaneció varias veces más de veinticuatro horas, sin dar descanso a su mano y sin que el trabajo intenso, agobiante, de una tensión nerviosa que sólo el cirujano puede comprender, turbase ni un momento la clarividencia de su portentoso cerebro.

Su labor meritísima, silenciosa, heroica y sublime, no tuvo otra recompensa que la adoración que le demostró el Ejército, la íntima satisfacción del deber cumplido y la admiración de sus compañeros; para él no hubo cruces ni medallas... Pudo entonces abandonar el Ejército para atender a su numerosa clientela y ganar dinero para los suyos; pero altruísta, desinteresado, lo dejó todo, lo perdió todo, para hacer el bien por estas tierras africanas en aquellos angustiosos momentos de la Patria.

No está en nuestras manos en reparar aquel olvido; nosotros, los compañeros, haremos que su nombre quede grabado en aquellos lugares de esta zona donde salvó tantas vidas; pedimos que siga figurando en nuestro Escalafón como si viviese, y rogamos a quienes con tanta sinceridad y elevado espíritu dirigen a la Pa-

tría, para que ante un caso tan extraordinario como el del gran Pagés—no existe otro parecido—se tomen también medidas excepcionales. Que sus hijos cobren íntegro su sueldo, por lo menos hasta que se hagan hombres y puedan seguir el ejemplo glorioso de su padre, nos parece de toda justicia.

Los que sincera y lealmente le hemos admirado, nos revelamos contra la triste realidad.

¡Pagés no ha muerto; sigue entre nosotros, y en los momentos difíciles y penosos de la profesión, a él acudiremos, mirando al cielo para inspirarnos en las grandezas y bondades de su alma, y recibir los consejos de su gran genio quirúrgico!

¡Descansa en paz, eminente cirujano, gran compañero y buen amigo! Sanidad Militar te glorifica; el Ejército te llora con lágrimas de sus héroes y España entera te bendice.

M. GÓMEZ ULLA,
Comandante Médico.

(El Telegrama del Rif.)

Heridas abdominales de guerra. Mi experiencia personal

(CONTINUACIÓN)

NUMERO 37.

Pabellón 4.—Cama 15.—J. M., soldado del Regimiento Húsares de Lusitania, herido el día 26 de Octubre de 1921, a las ocho de la noche, en Zeluán; ingresa en el hospital día 27, a las nueve de la mañana, siendo operado inmediatamente.

Presenta un orificio de entrada en epigastrio, un poco a la derecha de línea media, y de salida en vacío derecho, a nivel de línea axilar posterior. Pulso, incontable; gran defensa; dolor generalizado; matidez hepática, desaparecida; no ha habido materias ni gases, pero tampoco vómitos.

Raquianestesia dorsolumbar, con estovaina. Laparotomía trans-

versal amplia, que deja al descubierto un tremendo estallido de hígado, abriéndose como una coliflor, en cara convexa. Atendemos, en primer término, a cohibir la hemorragia que pueda proceder de este foco, para hacer después inspección de partes próximas, que pueden estar lesionadas. Elevamos todo el delantal epiploico y lo metemos a lo largo de la brecha hepática, sujetándolo en dicha posición mediante unos puntos profundos de catgut, que comprenden a la vez los dos labios de la herida de hígado y el epiplón. Hecho esto, queda cohibida la hemorragia y exploramos el compartimiento superior del abdomen, en el que no encontramos más que una herida contusa de cara anterior de estómago, sin interesar mucosa. Sutura entrecortada invaginante de estómago; toilette de peritoneo extrayendo la gran cantidad de coágulos y sangre existente, y oclusión de la pared en un plano, dejando drenaje de gasa en fosa infrahepática, procurando comprimir el hígado con el diafragma. Al terminar la operación el enfermo deja de respirar progresivamente, observando que se le van paralizando sucesivamente los músculos intercostales de abajo a arriba, haciendo, por último, algunas inspiraciones a expensas de los músculos esternomastoideo y trapecio, que, por tener una inervación más alta, no están paralizados todavía. Inmediatamente empezamos a practicar la respiración artificial, dándonos cuenta que se trata de un gravísimo accidente de anestesia, más grave todavía por el estado exangüe del herido, y porque en las maniobras de respiración no tenemos más remedio que someter al abdomen a un masaje intempestivo muy poco favorable para la formación del coágulo, necesario a la cohibición de la hemorragia. Cuando paramos los movimientos respiratorios, comprobamos que los músculos del cuello han perdido también sus contracciones. Continuamos durante media hora con la respiración artificial, llenos de fe y de confianza en que, conocido el mecanismo de la inhibición respiratoria en este caso, salvaremos el enfermo. El pulso se sostiene sin perderse un momento, aunque debilísimo. A la media hora se inician otra vez los movimientos espontáneos, comenzando por la respiración cervical, y aumentando poco a poco el número de músculos intercostales que intervienen en los movimientos respiratorios. La contracción de los músculos reaparece siguiendo un orden inverso al de su desaparición.

Reanimado el herido, le dejamos durante dos horas mas en la

sala de operaciones, acostado en una camilla, para evitar el enfriamiento determinado por su traslado a la sala. Se le administran estimulantes cardíacos y suero gomado y fisiológico.

Tratamiento post-operatorio, corriente. Se quita el taponamiento a las cuarenta y ocho horas y los puntos a los diez días, empezando entonces a instalarse una exudación que, por sus caracteres irritantes sobre la piel, por aumentar inmediatamente después de la ingestión de alimento y por tener color blanco (alimentación láctea), juzgamos procede del estómago y determinada por el desprendimiento tardío de una escara parietal del estómago, precisamente en la zona de contusión donde nosotros juzgamos no existía más lesión de serosa y muscular. Una trombosis de la zona próxima con la falta de riego consiguiente o el contacto del taponamiento con la línea de sutura, pudiendo determinar la producción tardía de tal fístula. Alimentación rectal y subcutánea con suero glucosado durante cinco días; curas frecuentes, y, pasado este tiempo, pasta de Beck, y la fístula queda curada, sin necesidad de otra intervención. Subsiste una pequeña pérdida de substancia cutánea, que se cierra completamente a primeros de Diciembre, siendo evacuado el herido a la Península el 19 de Diciembre de 1921, completamente curado.

NUMERO 38.

Pabellón 6.—Cama 9.—Soldado de la Legión (2.^a bandera, 5.^a compañía). A. G., herido en Tauriat-Hamet, el día 30 de Noviembre de 1921, a las cinco de la tarde.

Herida por arma de fuego con entrada en vacío derecho y salida en región glútea izquierda. Ingresó en la clínica el día 1.^o de Diciembre, a las doce de la mañana, y se le opera inmediatamente, o sea a las diez y nueve horas de herido.

No ha vomitado y se encuentra en un estado general bastante bueno, con 95 pulsaciones y temperatura de 37^o,6. Matidez hepática desaparecida, dolor generalizado a la presión, signo de Blumberg, sin gran defensa (morfina al ser evacuado al hospital). La palpación es más dolorosa en fosa ilíaca derecha. Diagnóstico: herida penetrante con lesión de colon ascendente, con indemnidad probable del delgado.

Laparotomía lateral derecha, que permite apreciar dos perfora-

ciones en colon ascendentes, que se suturan en dos planos después de extirpados sus bordes contusos y sucios. Exploración negativa del delgado y limpieza con éter de cavidad peritoneal muy acentuada en anguloparieto cólico derecho, donde existen signos de reacción peritoneal intensa y alguna suciedad motivada por materias concretas de origen cólico.

Sutura en un plano. Curso post-operatorio bueno, sólo turbado por pequeña supuración de un punto de sutura que cede pronto.

Alta a convalecientes el día 14 de Diciembre de 1921.

NUMERO 39.

Pabellón 4.—Cama 5.—P. A., soldado del 15.º Regimiento de Artillería ligera, fué herido en Tauriat-Hamet, el día 30 de Noviembre de 1921, a las dos de la tarde. Ingresó en el hospital con una herida por arma de fuego, con orificio de entrada en el vacío izquierdo, a nivel de línea mamilar por debajo de reborde costal, y de salida en la región lumbar derecha, a unos 12 centímetros de línea media y nivel de cuarta lumbar.

El herido ha vomitado, se queja de fuerte dolor abdominal de carácter continuo, y no ha expulsado materias ni gases. Gran defensa, pérdida de matidez hepática, dolor generalizado a la presión. Pulso, 96; temperatura, 36º.

Operado a las ocho noche. Laparotomía transversal bajo cloroformo, con incisión de Sprengel. Se descubre desde luego una perforación de entrada y salida de colon transverso, que se envuelve en compresa y refiere con pinza coprostática. La exploración del delgado pone al descubierto tres perforaciones en asas distantes de ileon, que se tratan mediante sutura. Oclusión de un ojal mesentérico. No hay nada en duodeno, páncreas ni riñón. Toilette con éter peritoneal, limpiando metódicamente los coágulos muy abundantes que existen y los residuos de origen intestinal. La hemorragia procedente de las heridas intestinales había sido muy copiosa. Ojal hipogástrico para drenaje de fondo pelviano y sutura metálica de la pared, reforzando la sección de los rectos anteriores mediante puntos en U aislados de catgut.

Posición inclinada de Rehn Fowler, suero gota a gota y estimulantes cardíacos. A las veinticuatro horas se quita el drenaje y se continúa inyectando suero, porque el estado del paciente así lo

requiere. A los cinco días intensa tumefacción en la línea de sutura. Se quita un punto y sale abundante exudado fétido procedente de la pared abdominal. Se prescriben dos curas diarias, y con esto y el empleo del agua oxigenada cede el flemón de pared en forma que a los diez días se quita el drenaje, quedando transformada la cavidad supurante en una herida plana, que termina de cicatrizar pocos días después.

Evacuado a la Península el día 14 de Diciembre de 1921.

NUMERO 40.

Pabellón 3.—Cama 23.—V. U., soldado del 2.º Regimiento de Artillería de montaña, herido el día 23 de Septiembre de 1921, en

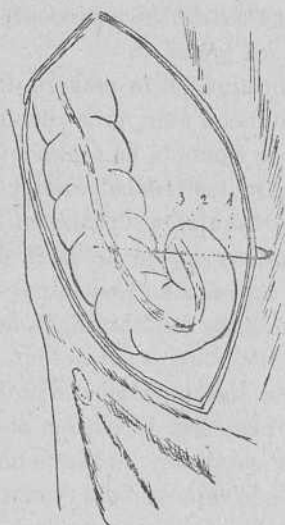


Fig. 1.

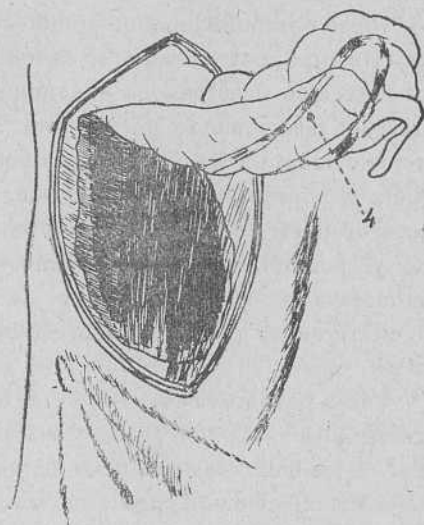


Fig. 2.

la posición de Atalayón; ingresa en el hospital con una herida por proyectil de arma de fuego, con orificio de entrada en fosa iliaca derecha y salida en región glútea del mismo lado. Refiere haber sido herido a las nueve de la mañana y se le opera a las tres de la tarde.

Explorado, presenta desaparición de matidez hepática, dolor abdominal espontáneo, y a la presión, signo de Blumberg no muy

acentuado, ligera defensa. No hay vómitos ni emisión de materias ni gases. Temperatura, normal; pulso, 90.

Diagnóstico: herida penetrante con lesión probable de ciego.

Laparotomía lateral, incluyendo en la incisión trayecto en pared abdominal anterior, que es extirpado (incisión de Jaboulay). Tres orificios visibles en ciego, correspondientes, dos a entrada y salida, y el otro a entrada, no viéndose el de salida seguramente, por estar en cara extraperitoneal, movilización de colon ascendente y comprobación del cuarto orificio. Indudablemente, el ciego estaba plegado en el momento de ser herido, y por eso presenta las lesiones descritas (figs. 1 y 2). Los orificios, muy contundidos y, sobre todo, la pared intestinal verdaderamente infiltrada en heces fecales que le dan un aspecto poco a propósito para colocar sobre ella una sutura. En el resto del intestino ninguna lesión. El peritoneo rojizo e inflamado, conteniendo cuerpos extraños de procedencia intestinal, entre los que se descubren dos judías.

Resección ileocecal con anastómosis terminal, a la manera del proceder recomendado por Balfour. Lavado con éter, procediendo metódicamente a limpiar con una compresa montada en pinza lengua y empapada en dicho líquido: primero, los fondos parietocólicos; después, las dos vertientes, derecha e izquierda, del mesenterio y, por fin, el fondo pelviano. Cuando todo queda libre de impurezas, se vierten 100 c. c. de éter en cavidad abdominal y se cierra en un plano, dejando drenaje de gasa en fosa iliaca derecha.

Curso post-operatorio bueno; a los dos días nota movimientos intestinales y expulsa gases, y a los tres hace una deposición normal. A los ocho días se quitan los puntos metálicos, quedando una pequeña infección de pared, que va cediendo rápidamente, y el día 16 de Octubre es evacuado a la Península.

NUMERO 41.

Pabellón 3.—Cama 18.—T. S., soldado del Regimiento Infantería de España, herido en zoco del Had, el día 21 de Septiembre de 1921, a las ocho de la mañana.

Presenta a su ingreso una herida por proyectil de arma de fuego, con orificio de entrada en fosa iliaca izquierda y salida en región glútea del mismo lado.

Al ingresar en el hospital presenta muy buen estado general, temperatura y pulso normales; no ha habido expulsión de materias ni gases. No hay vómitos, matidez hepática conservada, ligera defensa y dolor moderado a presión en regiones distantes del abdomen. Los signos de penetración son dudosos, pero el trayecto parece francamente intraabdominal, a no ser que el herido tuviese una actitud muy extraña al recibir la herida.

Bajo narcosis clorofórmica, laparotomía lateral izquierda que nos permite practicar una exploración quirúrgica conveniente, en la que se descubre lesión del peritoneo parietal y de la S ílica. Reparación de las lesiones y oclusión de la pared por sutura metálica en un plano.

Curso post-operatorio, bueno; al octavo día, ligera supuración de la herida (¿catgut?), que cedió pronto a los medios corrientes, siendo el herido evacuado a la Península el 11 de Octubre de 1921.

NÚMERO 42.

Pabellón 5.—Cama 2.—A. B., soldado del Regimiento Infantería de Wad-Rás, núm. 50, herido en el zoco del Sebt, el día 2 de Octubre de 1921, a las nueve de la mañana. Operado a las cuatro y media de la tarde.

Herida por proyectil mauser, con orificio de entrada en región epigástrica, línea media, a tres centímetros por debajo de punta de apéndice xifoides; salida a nivel parte posterior de cresta ílica.

Dolor generalizado y defensa no muy acentuada de pared abdominal; pérdida de matidez hepática; no hay vómitos; no ha habido expulsión de materias ni de gases. No hay matidez en flancos; temperatura, normal; pulso, 90.

Diagnóstico: herida penetrante con lesión de intestino, probablemente colon transverso e intestino delgado.

Bajo narcosis clorofórmica, laparotomía media supra e infraumbilical; exploración metódica de vísceras, no encontrando más que una perforación de colon transverso a nivel de la inserción en meso, sin lesión importante de vasos. Sutura de intestino en dos planos (catgut interno y seda exterior), oclusión del ojal mesocólico y refuerzo con epiplón de la parte de colon suturada. Toilette de partes próximas manchadas de sangre y algún residuo intesti-

nal. Sutura metálica de pared en un plano. Ninguna lesión en intestino delgado.

Curso post-operatorio, normal; a los nueve días se quitan los puntos, y el 16 de Octubre fué evacuado a la Península.

NUMERO 43.

Pabellón Oficiales.—Cama 6.—D. F. U., Teniente de la Legión, herido el día 2 de Octubre de 1921, en la toma de Sebt, a las ocho de la mañana.

Orificio de entrada en región pubiana y salida en sacroilíaca izquierda. Operado bajo cloroformo el mismo día, a las dos de la tarde.

Gran defensa abdominal y dolor generalizado, matidez hepática normal; no hay materias ni gases. Intento de micción espontánea muy doloroso y sin conseguir realizarla; gran hemorragia externa por la herida pubiana; síntomas sensitivos y motores de lesión incompleta de ciático.

Laparotomía media supraumbilical con desinserción transversal de recto anterior derecho para poder explorar mejor las condiciones de la herida. El peritoneo parietal está perforado por esquirlas procedentes de pubis; se abre peritoneo y se extraen dos esquirlas que no han herido asa intestinal. Orina en cavidad peritoneal. Sutura de un pequeño orificio posterior en cara peritoneal de vejiga, que no sabemos si está causado por el paso del proyectil o por el de alguna de las dos esquirlas que encontramos. Toilette y sutura de peritoneo. Se cohibe una hemorragia importante que viene de los elementos del cordón derecho, heridos en parte por otra esquirla. Exploración de cara anterior de vejiga, que aparece completamente estallada, esto es, que puede decirse que no existe cara anterior. Regularización de bordes y formación de cavidad mediante sutura, dejando abierto en parte superior para colocar un tubo de Guyón.

Curso post-operatorio bastante accidentado, por infección de la parte posterior del trayecto, fluyendo abundante pus por el orificio de salida.

Curación de la lesión vesical y persistencia hasta ahora de la de ciático, que fué operada ulteriormente mediante liberación y envoltura en grasa, con resultado satisfactorio.

NUMERO 44.

Puesto quirúrgico de Batel.—C. F., legionario; segunda bandera. Herido a las once y media de la mañana en el combate de Kandusi.—H. a. f. o. e., hipocondrio derecho, sin salida; 98 pulsaciones; buen estado general. Ligera contractura de recto derecho. Nada de vómitos. Pulso lleno y tenso. Otra con o. e. y salida (sedal) en cara anterior y tercio superior muslo. Otra en sedal de cara posterior y tercio superior de antebrazo izquierdo, interesando solamente p'anos superficiales.

Se decide practicar laparotomía exploradora con fines diagnósticos de penetración. Se hace un ojal supraumbilical con raquí, no encontrando lesión de peritoneo parietal, y, por lo tanto, puede excluirse la posibilidad de lesiones viscerales. Oclusión en un plano. Curación.

NUMERO 45.

Puesto quirúrgico de Batel.—J. A., cabo de Regulares. Herido en las inmediaciones de Chemorra, a las doce del día. Ingres a la una y media.—H. a. f. o. e. vacío derecho, y salida en lumbosacra derecha. Otra en surco de la región trocantérea derecha. Disminución de la matidez hepática (dos dedos aproximadamente); dolor subcostal inspiratorio, defensa; 104 pulsaciones. Operación: Raquí. Laparotomía transversal supraderecha. Magullamiento de ángulo hepático de colon y fuerte infiltración sanguínea de mesocolon transverso y ascendente. No se descubre lesión de mucosa intestinal: ¿existe, dada la disminución de matidez hepática? Sutura invaginante de región intestinal contundida. Drenaje. Sutura de pared.

A los dos días se quita drenaje. Olor fecaloideo, que demuestra la existencia de lesión, interesando todas las tunicas del segmento intestinal contundido, y que no pudimos descubrir, a pesar de exploración minuciosa y de sospecharlo. Un pequeño flemón estercoráceo de pared y la fístula intestinal, ceden muy rápidamente al tratamiento tópico adecuado, y a dieta absoluta durante tres días, con alimentación rectal y subcutánea. Curso, por lo demás, normal. Curación.

NUMERO 46.

Puesto quirúrgico de Batel.—Mohamed Ben-Bechier, cabo 3.^a compañía, 3.^{er} tabor. Herido a las doce. Ingres a la una y media.—H. a. f. o. e. en octavo espacio intercostal derecho. Dos traveses por dentro de línea mamilar parte media. Salida en región renal derecha; 110 pulsaciones, 37°,4 de temperatura; vómitos hídricos, amargos; contractura de rectos, más del derecho; matidez hepática, disminuída. Hematuria, muy intensa.

Diagnóstico: lesión de hígado y riñón.

Raqui. Laparotomía. Incisión en bayoneta de Kehr. Perforación total de hígado con orificio de entrada en cara convexa y salida a unos seis centímetros del borde anterior y en cara cóncava, que sangra abundantemente. Desprendimiento de la inserción parietal del ligamento redondo, y oclusión del trayecto hepático, pasando a su través dicho ligamento. Sutura metálica en un plano,

Por esta brecha se exploró el riñón, convenciéndonos de la existencia de grandes lesiones, y decidiendo practicar una lumbotomía derecha, encontrando un verdadero desgarró grande de polo inferior de riñón. Exteriorizada la víscera, no nos decidimos a quitarla, prefiriendo hacer en los días ulteriores una comprobación visual de la reparación de sus lesiones, y, en caso de que la persistencia de la hematuria tan intensa lo aconseje, practicar una nefrectomía. A este objeto, pasamos una larga tira de gasa rodeando el polo superior del riñón, y otra por el polo inferior, dejando las extremidades de ambas fuera de la herida. Tirando de ellas, el riñón se aproxima a la herida cutánea, llegando a luxarse completamente al exterior. Esta exosnefropexia, mediante gasas, nos permite inspeccionar perfectamente en todo momento el estado del riñón, y, además, en este caso, no dejaría de influir poderosamente la disminución de calibre que sobre los vasos renales produjo el estiramiento y compresión por el apósito, para determinar un reposo circulatorio a nivel de la herida que permitiese la formación de coágulos adheridos a las superficies sangrantes del riñón, mediante los que comenzase a ocluirse la herida. En suma: creemos, mediante esta maniobra, haber contribuído muy activamente a favorecer el mecanismo de cohibición espontánea de la hemorragia renal y el de cicatrización de sus lesiones.

La hematuria se modifica a partir de la operación. A los dos días se levanta la cura, y encontrando el riñón en buen estado y habiendo disminuído mucho la hematuria, decidimos reintegrarlo a la celda lumbar. Sutura entrecortada por planos y drenaje. Curso clínico, bueno. Orinas claras a los dos días, y curación a los veinte.

+ FIDEL PAGÉS,
Comandante Médico.

(Continuará.)

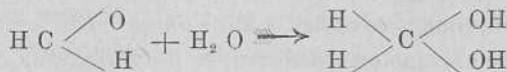
Estudio crítico de los procedimientos de desinfección y de desinsectación en tiempos de paz y de guerra

Memoria presentada al Congreso de Medicina y Farmacia militares de
Roma, por los doctores *José Pötous*, Teniente coronel Médico;
Agustín Van-Baumberghen, Comandante Médico,
y *Miguel Campoy*, Farmacéutico primero.

(CONTINUACIÓN)

8) *Formaldehido*: Aldehido metílico metanal $\text{H C} \begin{array}{l} \diagup \text{O} \\ \diagdown \text{H} \end{array}$.

Gas incoloro, de olor picante, que se liquida a 21° y se solidifica a 82°. Se emplea en solución acuosa llamada «formalina» donde se supone se encuentra al estado de hidrato:



tormando un líquido incoloro y de una riqueza del 40 por 100.

Para neutralizar pronto el formol, se emplea el amoniaco. La reacción es la siguiente: $6\text{CH}_2\text{O} + 4\text{NH}_3 \longrightarrow (\text{CH}_2)_6\text{N}_4 + 6\text{H}_2\text{O}$.

El *trioximetileno* o formalina en polvo es blanco, insoluble en el alcohol y éter y soluble en agua caliente, donde se desdobra en

aldehído fórmico. Funde en tubo cerrado a 172° y se volatiliza sin dejar residuo sensible. Cuando se calienta, desprende vapores de formol.

Es gran conquista de estos últimos tiempos, después de experiencias concluyentes, entre las que sobresalen las llevadas a cabo por Miguel. Además de su gran poder penetrante (cuyo escaso efecto es el principal inconveniente de los desinfectantes gaseosos) no tiene efectos tóxicos, y no deteriora los efectos, consistiendo sus principales inconvenientes en el olor ya mencionado a ratón, característico, y en la irritación que ocasiona en las mucosas, pero ambos efectos desaparecen prontamente mediante una ventilación adecuada.

Empléase evaporando la formalina sólida o las soluciones de formol en distintas lámparas y aparatos. El Parque de Desinfección de Sanidad Militar de Madrid emplea frecuentemente este medio en su cámara de gases. Puede emplearse como desinfectante de ropas, empapando éstas en una solución al 50 por 100 de agua. Entre los aparatos de patente española merecen mencionarse el modelo Torrens, empleado, entre otros, por la Sanidad Civil y Militar de España, que es muy práctico, pero ofrece el inconveniente de la lentitud. Consta de caldera única, destinada a recibir la mezcla de agua y disolución de formalina, preparada de antemano.

Esta propiedad que los distingue de los Ligner y los Berolina, tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Entre los primeros está la simplificación del manejo y la resistencia del aparato, que es de hierro esmaltado, en lugar de cobre; entre los inconvenientes, tenemos, en primer lugar, la lentitud; tarda mucho más en ponerse en marcha, que los de dos calderas; y en segundo lugar, que el mecanismo de pulverización del formaldehído no es tan perfecto como en las estudiadas; en éstas, el vapor de agua penetra en la caldera de la formalina y le obliga a salir pulverizada acompañándola; en los Torrens, como en los Noton, se pulveriza una disolución de formalina de mucha menor titulación; eso es todo. ¿Pueden considerarse los efectos iguales?

En estos aparatos puede emplearse el formol sólido, o sea en pastillas (para formaldehído), disolviéndoles en el agua de la caldera, y la neutralización por el amoníaco se hace aprovechando el recipiente único.

No se puede negar que ambas cosas son muy prácticas y que en determinados casos, este aparato es insustituible (campaña, lugares de pocos recursos, viajes, etc.).

Está formado por una caldera cilíndrica que en su parte superior cierra por medio de una tapadera de tornillo sobre la cual van los distribuidores, que no son, sino cuatro tubos en aspa, destinados a dar salida a los vapores.

La caldera descansa sobre un guarda-fuego, en el fondo del cual va el generador del calor, que es una lámpara de alcohol.

Dos válvulas de seguridad, una en los distribuidores y otra en la parte superior de la caldera, garantizan el buen funcionamiento del aparato y evitan el riesgo de explosión.

Efectuados los preparativos ordinarios para la desinfección, se cierra herméticamente el local y se coloca el aparato Torrens en el centro. Si se quiere operar desde fuera, se desatornillan los distribuidores y se atornilla un tubo corto acodado, al cual se enchufa otro de goma que se hace pasar a través de la puerta, aprovechando uno cualquiera de sus orificios.

El Torrens debe colocarse sobre una plancha o recipiente plano, con objeto de lograr la mejor nivelación posible.

Hecho esto, se procede a llenar la caldera y la lámpara, para lo cual es preciso tener presente unos cuadros (que no transcribimos por no aumentar la extensión de este trabajo).

Llena la caldera, se atornilla la tapa; se convence el operador de la permabilidad de los distribuidores por medio de un fiador que con este objeto acompaña al aparato; se pone alcohol en el hornillo (una cantidad proporcionada a la cubicación del local) y se prende, aguardando a que se forme bien la llama.

Se coloca la caldera dentro del guarda fuegos y se espera que comience la vaporización. Desde este momento, el Torrens funciona sólo, dejando de funcionar cuando se termine el alcohol. Para neutralizar con amoníaco, se pone éste en la caldera, en lugar de la formalina, y se opera exactamente igual.

El contacto del formaldehido debe durar de tres y media a siete horas, a partir del momento en que comienza la operación, terminada la cual, se lava el Torrens con agua caliente (Dr. Cortezo).

También se utiliza bastante el aparato Noton, y como complemento para desodorizar pronto el local, el aparato Helios, produc-

tor de amoníaco. La solución de formol que debe contener un 40 por 100 de gas, debe diluirse en la proporción de un litro de ella en tres litros de agua, debiendo evaporarse de la mezcla 40 c. c. por metro cúbico del local que se desinfecta.

Ocurre en la desinfección de locales por el formaldehído, que si el generador es único y el recinto grande, no suele repartirse el desinfectante con uniformidad en el espacio, y a veces no alcanza a todo lugar la acción de aquél.

En la reacción de la solución de formol con los cuerpos oxidantes, método rápido, regular y fácil de establecer, conviene por lo expuesto multiplicar el número de generadores y repartirlos convenientemente por el local, para que, dejando a cada uno determinado espacio, se asegure la distribución uniforme por todas partes del formaldehído.

Mas resulta que el inmediato, enérgico y abundante desprendimiento de aldehído fórmico, cuando se mezclan los cuerpos reaccionantes no consiente la estancia en el local sin experimentar molestias durante el tiempo necesario para dejar en funcionamiento regular todos los generadores y a fin de que esta operación se efectúe con comodidad y sin apresuramientos, el ilustrado Subinspector Farmacéutico de segunda, D. Saturnino Cambroneró, ha hecho construir un dispositivo muy sencillo que resuelve el propósito (fig. 1). Consiste en un embudo con un sifón interior, ya citado, en la misma disposición que la copa de Tántalo, sostenido por un trípode que descansa dentro del gran receptáculo que contiene el cuerpo oxidante (permanganato, clorato, etc.), y sobre el embudo se apoya otro trípode que ha de sostener una botella invertida que encierra el formol. Distribuídas por el local las vasijas con el oxidante y su embudo respectivo, el operador sólo tiene que ir colocando una botella sobre cada uno, cosa fácil de efectuar de modo rápido, comenzando por el más distante de la puerta, la cual se cierra y calafatea.

La botella lleva un tapón bitaladrado, provisto de dos tubos cortos, uno más ancho que otro. Por el primero sale el líquido, y por el segundo entra el aire. (Véase el modelo adjunto.)

Se emplea también la solución de formol en pulverización para las ropas, siempre que no se trate de tejidos delicados. No es buen insecticida, porque estos animales huyen al sentir el olor a formol.

Los antisépticos o desinfectantes químicos también se emplean

en disoluciones para verificar las distintas operaciones conocidas con los nombres de *loción*, *inmersión* y *pulverización*. La loción empléase para la desinfección de superficies lisas, recogiendo el líquido con esponjas, algodón, compresas, huatas esterilizadas o no, según la extensión e intensidad del efecto buscado, añadiéndose los cepillos, escobillones, etc., cuando se trata de grandes extensiones en diversos planos (techos, patios, paredes, rinconadas,

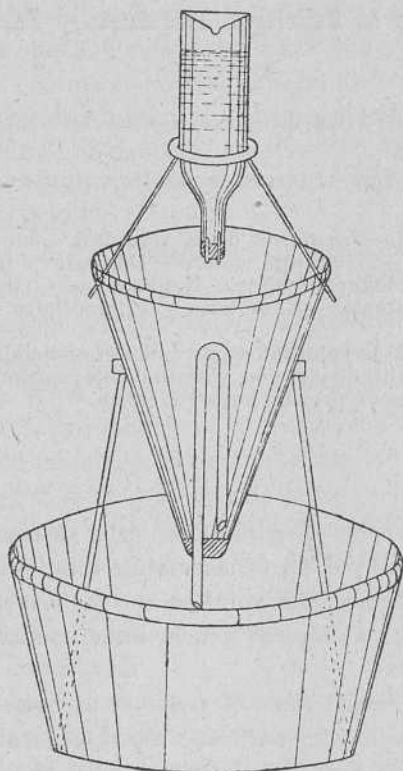


Fig. 1.—Modelo de D. Saturnino Cambronero.

etcétera), en cuyo caso suele aceptarse, como maniobra previa, mediante el encalado o empleo de la lechada de cal.

La inmersión resulta un medio muy práctico y eficiente, que se emplea en todas las instalaciones de desinfección fijas y provisionales, verificando una verdadera impregnación por el líquido antiséptico que invade completamente la trama de los tejidos.

Existen cubos especiales para verificar de un modo acabado esta maniobra, así como la lejiación de las ropas, que es casi semejante.

(Continuará.)

Manual práctico de exploración y examen de las facultades mentales

(Estudios de Psicología, Psiquiatría y Psicometría.)

Capítulo XIV de dicha obra, muy próxima a publicarse.

Los trastornos de la voluntad.

- I.—Generalidades.—Trastornos de la voluntad como función motriz.—Enervamiento.—Excitación motora.—Depresión o inhibición.—Barraje o bloqueo.—Estupor motor.—Negativismo.—Oposición.—Sugestibilidad.—Catatonía.—Manerismo y estereotipias.—Mutismo.—Verborrea.
- II.—Trastornos de la voluntad como función esencialmente psicológica. Abulias.—Abulia de elección y abulia de ejecución.—Impulsiones.—Impulsos psíquicos, psicomotores y motores.

I

Conocido ya por el capítulo anterior el mecanismo generador de la voluntad y el fin primordial de ésta (elección y ejecución de los actos), veamos ahora cuáles son los principales trastornos que por causas patológicas puede experimentar esta facultad mental.

El hombre normal tiene el poder de escoger el *acto* que va a ejecutar y de ejecutarlo; para ello se vale de su *voluntad* y del aparato locomotor, más el *lenguaje*, y, por tanto, en estos últimos es donde han de manifestarse preferentemente los llamados *trastornos de la voluntad*; y según que esta facultad mental se halle *exaltada*, *débilitada*, *inhibida* o *perversa* en sus descargas *psicodinámicas* normales sobre la motilidad general, o en sus actividades propias, como función esencialmente psicológica, en la elección y ejecución de los actos; así aparecerán una serie de síntomas o manifestaciones externas expresivas de estas perturbaciones.

Y, en consonancia con esto, dos serán las clases de trastornos

que puede experimentar la *voluntad*: unos, los referentes a su acción sobre la motilidad general, o sea como función motriz, y otros, los relativos a su acción como función esencialmente psicológica, esto es, como copartícipe imprescindible en el concierto psíquico o vida mental del individuo.

*
* * *

Trastornos de la voluntad como función motriz.—Estos trastornos se producen cuando el potencial psicodinámico de conjunto, que la *voluntad* normalmente descarga sobre la materia (representada aquí por los centros nerviosos motores de la corteza, bulbo, medula, nervios motores, músculos y huesos), se halle más o menos exaltado, debilitado o inhibido o pervertido, por cuyo motivo las alteraciones volitivas de este orden serán de exaltación, de depresión y de perversión.

Exaltación motora de la voluntad.—Comprende los trastornos siguientes: el enervamiento y la excitación motriz.

Enervamiento.—Es una variante de la excitación motriz, que a continuación describiremos; es esta misma, pero mucho más moderada en la intensidad y duración de sus reacciones; se traduce por fenómenos bruscos y pasajeros de excitación motora que alternan con otros de inercia, y por una marcada tendencia a la excitabilidad refleja; y así el enfermo de pronto se ve impulsado a verificar tal o cual movimiento, como, por ejemplo, a crispar las manos, a contraer la cara, rechinar los dientes, etc., o a sostener la contractilidad tónica de la mayoría de sus músculos; el menor ruido, el más pequeño contacto le hacen gritar, saltar, moverse durante un corto tiempo.

El enervamiento es patrimonio de los neurasténicos histéricos, psicasténicos y psicópatas constitucionales.

Excitación motora.—Consiste ésta en una verdadera ataxia e hipertrofia de los actos motores o externos del sujeto; éste es víctima de una rápida, intensa y desordenada movilidad general; los actos más extravagantes y paradójicos se suceden en él sin relación lógica ni ética de ningún género; esto es, no van encaminados a la consecución de ningún fin útil.

El enfermo gesticula, manotea desordenadamente, va y viene sin ton ni son, unas veces corriendo, otras saltando y otras bailando; tan pronto coge un objeto para examinarlo, como lo deja,

cambiando constantemente el orden de los muebles y de las cosas; otras veces se viste, se desnuda y se rasga sus vestidos violentamente, y sin pudor ni respeto alguno para los que le rodean; realizando a veces actos deshonestos, rápidos y fugaces, consigo mismo o con los demás. (Un enfermo mío, en el colmo de la excitación, levantaba las faldas a su madre, que le estaba cuidando, para tocarla la vulva.)

La mímica y el lenguaje son adecuados a esta hiperexcitación motriz; las mutaciones del rostro son de lo más grotescas, ridículas y variables; el enfermo llora, ríe, saca la lengua a veces al mismo tiempo; habla sin cesar e incoherentemente; vocifera escandalosamente, unas veces cantando, otras declamando, y lo mismo sucede con sus escritos; sus cartas son escritas sin esmero alguno, atropella las letras, no alinea los renglones, repite las palabras, no se cuida de la ortografía, hace letras de distintos tamaños y caracteres, y son interminables y de contenido ilógico; escribe a todos sus amigos y familiares en el mismo papel; hay en los escritos del excitado motor verdadera volubilidad, fuga de ideas y ataxia gráfica, y constituyen pruebas caligráficas y psicográficas de gran valor diagnóstico.

La excitación motriz puede durar algunas horas, algunos días, y, a veces, todo el cuadro sintomático de la excitación motriz se concentra y resume en un impulso irresistible a la fuga; el enfermo sale corriendo al azar y no se detiene hasta haber agotado sus fuerzas.

Tal estado se presenta preferentemente en la manía, en la esquizofrenia, en las psicosis tóxicas, y a título de episodio de muchas psicopatías y psiconeurosis.

Depresión: inercia o inhibición motoras de la voluntad.—Como ya dejamos indicado, esta alteración es debida a una disminución y hasta anulación más o menos intensa y duradera del potencial psicodinámico y de conjunto, que la voluntad descarga normalmente sobre las funciones psicomotoras y, por ende, sobre el aparato locomotor y lenguaje.

Las principales clases de este trastorno son: la inhibición o inercia motovolitiva relativa, el barraje, bloqueo o clausura y el estupor motor.

Inhibición o inercia relativa.—La inercia motriz se caracteriza por una gran lentitud y pereza en todos los movimientos del apa-

rato locomotor y en las funciones de los órganos internos; el individuo víctima de este trastorno se presenta alicaído, como agotado en su fuerza muscular; cualquier movimiento o acto que tenga que ejecutar, hasta los más imprescindibles para la vida, lo realiza con gran pereza y de muy mala gana, por cuyo motivo no tarda en abandonar sus ocupaciones, descuidar su indumentaria y hasta su alimentación, permaneciendo la mayor parte del día sentado o acostado.

Este trastorno se presenta en la confusión mental, en la melancolía y esquizofrenia.

Barraje o bloqueo.—Es la misma inhibición o inercia motriz, pero con la diferencia de que los movimientos, comenzados, son detenidos de pronto por impulsos internos, que los cambian de dirección y de sentido, volviendo a aparecer la actividad motora al cabo de algún tiempo.

El barraje motor, como ocurre en el desarrollo de las ideas, puede ser inicial o tener lugar en el curso del movimiento; así, por ejemplo, el sujeto coge la cuchara para comer, la carga de comida, la lleva a la boca, que abre, y al llegar a ésta se detiene bruscamente, quedando con la boca abierta y la mano inmóvil. Otras veces, la avería ocurre en la palabra: el enfermo, durante el curso de la conversación, de pronto se calla, cosa que atribuye a que fuerzas misteriosas le cortan la palabra.

El barraje motor es patrimonio exclusivo de los esquizofrénicos y de algunos delirantes sistematizados.

JULIO CAMINO,
Comandante Médico.

(Continuará.)

VARIEDADES

El día 10 del corriente dieron comienzo las clases del nuevo curso de nuestra Academia de Sanidad Militar, a los 30 Alféreces-alumnos ingresados últimamente. Coincidiendo con la inauguración del curso tomó posesión de su cargo de Director de dicho Es-

tablecimiento, el ilustrado Coronel Médico D. José García Montorio.

* * *

La Prensa profesional y los periódicos diarios dedican sinceras frases de admiración y sentimiento a la memoria de nuestro queridísimo compañero de redacción D. Fidel Pagés (q. e. p. d.).

Entre esas pruebas, que tan profundamente agradecemos, sobresalen las sentidas manifestaciones del Comandante general de Melilla, Sr. Marzo, y los homenajes y proposiciones de nuestros compañeros de dicha Plaza, de San Sebastián y de otras guarniciones, en recuerdo de la brillante labor quirúrgica del desaparecido y en beneficio de su viuda y huerfanitos, uno de los cuales, preciosa niña de pocos años, tuvo que sufrir la amputación de cuatro dedos de una mano, a consecuencia del terrible accidente que costó la vida a su cariñoso padre.

Condensa, por último, de manera bien elocuente por cierto, esas manifestaciones y sentimientos el brillante artículo publicado por el Comandante Médico Sr. Gómez Ulla, en *El Telegrama del Rif*, y que reproducimos en este número.

Mucho nos complacería se diese forma práctica y viable a dichas laudables proposiciones, a cuyo efecto la Revista ofrece sus páginas y su más decidido empeño para conseguir el fin que todos anhelamos.

* * *

Con el número correspondiente al presente mes de la magnífica Revista profesional *Clinica y Laboratorio*, de Zaragoza, hemos tenido el gusto de recibir un interesante folleto sobre la enseñanza médica en París, publicado por la oficina de relaciones médicas con el extranjero, de aquella Facultad de Medicina.

* * *

A las once de la mañana del día 11 del actual se celebraron en la parroquia del Buen Suceso, de esta Corte, solemnes funerales por el alma del Dr. Pagés, a los que asistió una numerosa y distinguida concurrencia, compuesta en su mayor parte de Médicos civiles y militares.

En la presidencia del duelo figuraban los deudos del finado; el

General de División Sr. Rodríguez Mourelo, Ayudante de S. M. el Rey; los Inspectores Médicos de nuestro Cuerpo Sres. Urquidi, Fernández España, Valdivia y Pérez Mínguez, General Tourné, Rector del Buen Suceso, Decano del Hospital General, Martín Salazar y otras distinguidas personalidades.

*
* *

Los Generales Jefes y Oficiales de nuestro Cuerpo que deseen contribuir a la suscripción para costear la lápida que ha de colocarse en la Academia de Sanidad Militar, y a que se refieren las listas que publicamos en otro lugar de este número, pueden dirigirse al Comandante Médico D. Federico Ramos de Molíns, con destino en los Colegios de Carabineros de El Escorial, indicando la cantidad con que se suscriben, pero sin remitir el metálico, que se pedirá al cerrarse la suscripción.

*
* *

En la Facultad de Medicina de esta Corte se ha verificado un acto interesantísimo en honor de Ramón y Cajal.

El Dr. Recaséns, Decano de la misma, dió cuenta del homenaje tributado a nuestro sabio compatriota en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, en la que se descubrió su retrato, celebrándose una solemne sesión, y se entregó al Dr. Recaséns una medalla de oro destinada con expresiva dedicatoria al Dr. Ramón y Cajal.

*
* *

Ha fallecido en esta Corte el Comandante de Sanidad Militar (E. R.), retirado, D. Antonio Tintorero de la Rosa, habilitado que fué del personal de P. M. de nuestro Cuerpo en la primera Región y Secretario particular del Excmo. Sr. Jefe de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra.

El Sr. Tintorero gozaba de muchas simpatías por su carácter servicial y afable, y era además un funcionario laborioso e inteligente.

D. E. P.

*
* *

Relación nominal de los Generales, Jefes y Oficiales que contribuyen a costear una lápida que se colocará en la Academia del Cuerpo como homenaje a los compañeros procedentes de ella, muertos en campaña.

	Pesetas.
Coronel Médico Sr. D. Bernardo Riera	10
Teniente coronel Médico D. Francisco Molinos.....	10
Comandante Médico D. Juan Romo de Oca.....	10
Idem íd. D. Juan Nuevo Díez.....	10
Capitán Médico D. Virgilio García Peñaranda,.....	10
Idem íd. D. Octavio Sostre.....	10
Idem íd. D. José Morales.....	10
Idem íd. D. Juan López Pérez.....	10
Inspector de primera E. S. D. José Pastor.....	5
Coronel Médico D. Francisco Alberico.....	5
Idem íd. D. Jesús Prieto Maté.....	5
Teniente coronel Médico, D. Rafael Alcaide.....	5
Idem íd. D. Leopoldo Carcía Torices.....	5
Idem íd. D. Daniel Ledó.....	5
Comandante Médico D. Gustavo M. Manrique.....	5
Idem íd. D. Aurelio Belsol.....	5
Idem íd. D. Benjamín Tamayo.....	5
Idem íd. D. César Antón.....	5
Idem íd. D. Tomás López Mata.....	5
Capitán Médico D. Tomás Larrosa.....	5
Idem íd. D. José Cuesta del Muro.....	5
Idem íd. D. Domingo Martínez Eroles.....	5
Idem íd. D. Clodoaldo Padilla.....	5
Idem íd. D. Benjamín Turiño.....	5
Idem íd. D. Nicolás M. Rituerto.....	5
Idem íd. D. Ricardo Villanueva.....	5
Idem íd. D. Agustín López Muñiz.....	5
Idem íd. D. Teófilo Zalaya.....	5
Comandante Médico D. Aurelio Díaz y Fontecha.....	10
Idem íd. D. Eduardo Talegón.....	10
Idem íd. D. Sebastián Lazo.....	10
Idem íd. D. Luis Iglesias.....	10
Teniente coronel Médico D. Francisco Galnares.....	10

Capitán Médico D. Manuel Traba.....	10
Idem íd. D. Francisco Blázquez Bores.....	10
Idem íd. D. José Rosales.....	10
Idem íd. D. José Frapolí.....	10
Idem íd. D. Francisco Sainz de la Maza.....	10
Idem íd. D. Pedro Zarco.....	10
Comandante Médico D. Pedro Farreras.....	10
Idem íd. D. José Serret.....	10
Idem íd. D. José Pastor.....	10
Idem íd. D. Francisco Piñero.....	10
Idem íd. D. Modesto Cotrina.....	10
Capitán Médico D. Mariano Anfrúns.....	10
Idem íd. D. Manuel Noriega.....	10
Idem íd. D. José Cartelle.....	10
Idem íd. D. José Oñorbe.....	10
Idem íd. D. Jerónimo Blasco.....	10
Idem íd. D. Estanislao Cabanes.....	10
Idem íd. D. Julio Villarrubia.....	10
Coronel Médico D. Wistano Roldán.....	10
Teniente coronel Médico D. Arturo F. Fontecha.....	10
Idem íd. D. Eliseo Rodríguez Sayáns.....	10
Idem íd. D. Juan Roche.....	10
Comandante Médico D. Miguel Parrilla.....	10
Idem íd. D. Juan Barcia.....	10
Idem íd. D. José Búa.....	10
Idem íd. D. Jerónimo Sal.....	10
Idem íd. D. León Romero Corral.....	10
Idem íd. D. Ramón Zorrilla.....	10
Capitán Médico D. Julián Rodríguez López.....	10
Idem íd. D. Juan Ruiz Cuevas.....	10
Idem íd. D. Gabriel Alonso Pérez.....	10
Idem íd. D. Miguel Lafont.....	10
Comandante Médico D. Fernando Muñoz Beato.....	5
Idem íd. D. Adolfo Rincón de Arellano.....	5
Idem íd. D. Juan Romeu.....	5
Idem íd. D. José Cogollos.....	5
Idem íd. D. Fortunato García Gómez.....	5
Idem íd. D. Manuel Lamata.....	5

	Pesetas.
Capitán Médico D. José Artal.....	5
Idem id. D. Antonio Martínez Navarro.....	5
Idem id. D. Vicente Vilar.....	5
Idem id. D. José Jover.....	5
Idem id. D. Joaquín Bonet.....	5
Teniente Médico D. Luis Torres.....	5

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo. — J. A. P. Millet y R. D. Bowen. — (*New-York State Journal of Medicine*, núm. 3, Marzo 1923, New-York.)—El estudio de 18 casos reveló bien:

- a) Mixedema.
- b) Hipotiroidismo clínico.
- c) Ciertos síntomas indicadores de hipotiroidismo, así como disminución del coeficiente del metabolismo basal y mejoría clínica, por medio de la tiroidoterapia.

Se presenta la teoría de que es muy difícil clasificar los casos que corresponden a este tercer grupo, y distinguir los verdaderos casos de hipotiroidismo de los casos de disminución del coeficiente del metabolismo basal en los que la causa no es el hipotiroidismo.

Se anotaron algunas observacio-

nes relativas al comportamiento de los pacientes en estos grupos sometidos a diversas formas de tiroidoterapia.

Los autores opinan que la forma más satisfactoria es la administración intravenosa de tiroxina, comprobada, cuando sea posible, por el cálculo repetido del coeficiente del metabolismo basal; que, además, tanto la tiroxina como el tiroides desecados no se absorben con seguridad cuando se toman por vía bucal, a pesar de que en la mayoría de los casos producen el efecto terapéutico directo deseado; y, en fin, que para la administración bucal en general es tan buena o mejor que la tiroxina una preparación de tiroides desecada.—OLIVER.— (*Clinica y Laboratorio*, Julio 1923.)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Organización del servicio de Sanidad en el Ejército danés. — Ex-tractamos de un interesante tra-

bajo del Dr. Hansen, presentado al Congreso de Medicina y Farmacia militares verificado en Bruselas en

el verano de 1921, los siguientes datos:

El personal sanitario está compuesto de:

Médicos y tropas de Sanidad; el Cuerpo médico contiene: Médicos regulares y Médicos auxiliares; los Médicos regulares son: el Jefe del servicio médico militar, el Médico Inspector general, Médicos principales, Médicos mayores de primera y segunda clase y Ayudantes médicos mayores.

Las tropas de Sanidad se componen de: enfermeros, camilleros, conductores de camillas y asistentes de enfermos.

Cada guarnición tiene su Hospital militar, un Médico militar y un Jefe de servicio de Hospital.

En el Hospital de la guarnición de Copenhague se encuentran servicios para todas las enfermedades, excepto para los alienados, que son tratados en los hospitales civiles. Dichos servicios son de: medicina y

cirugía, enfermedades cutáneas y venéreas, oculares, de vías respiratorias, oído y nariz, de mujeres, tratamiento dentario y examen y tratamiento Roentgen.

Existe también un servicio militar epidémico y contra la tuberculosis.

En tiempo de guerra pueden utilizarse edificios que se presten a un plan previo y detallado para su transformación en ambulancia, con servicios para medicina, cirugía y epidémicos, hallándose preparadas las listas de requisiciones para el personal y el material.

Los Cuerpos de enfermeros de los Ejércitos dependen del Cuerpo Médico.

Durante la paz, el Ejército (y la Marina) tienen ciertas relaciones con la Cruz Roja, que, al sobrevenir la movilización, ha de someterse al supremo mando del Ejército.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

29 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 217) dictando instrucciones para los cursos de especialidades médicas.

» » Real orden (*D. O.* núm. 217) disponiendo que el Capitán Médico D. Juan López Quelles se incorpore al Instituto de Higiene Militar, para reanudar los estudios de Bacteriología que cursó anteriormente.

» » Real orden (*D. O.* núm. 217) concediendo veinticinco días de licencia por asuntos propios, para Tolouse y Marsella, al Teniente coronel Médico D. Francisco Molinos Romeo.

2 Octubre. ...—Real orden (*D. O.* núm. 220) disponiendo que el precio de venta de los nuevos envases que ha de utilizar el

Instituto de Higiene Militar para los sueros antidifté-
ricos y antitetánicos sea el de 4,50 y 7 pesetas, respec-
tivamente.

- 4 Octubre... — Real orden (*D. O.* núm. 221) disponiendo que el Teniente coronel D. Antonio Redondo Flores se traslade a Larche, en comisión indemnizable del servicio, acompañado de un sanitario.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 221) disponiendo que el Capitán Médico D. Angel Rincón Ferradas pase a prestar sus servicios al batallón expedicionario del Regimiento Infantería de Soria.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 222) concediendo la separación del servicio activo al Teniente Médico D. Emilio López Galiacho.
- 6 » Real orden (*D. O.* núm. 223) concediendo el empleo superior inmediato al Capitán Médico D. Nicolás Martínez de Rituerto.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 223) concediendo el empleo superior inmediato al Farmacéutico mayor D. Emilio Salazar Hidalgo, al Farmacéutico primero D. Gabriel Matute Valls y al Farmacéutico segundo D. Jesús García Calder-Smith.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 223) concediendo un mes de licencia por asuntos propios, para París, al Capitán Médico D. Pedro González Rodríguez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 223) confirmando la determinación del Capitán General de la quinta Región de haber declarado de reemplazo, por enfermo, al Comandante Médico D. Antonio Mallón Vicario.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 223) confirmando la determinación del Capitán General de la primera Región de haber declarado de reemplazo, por enfermo, al Capitán Médico D. Manuel Domínguez Martín.

Correspondencia administrativa de la Revista

Sr. Pruneda..—(Melilla.)—Queda abonado el segundo trimestre del año actual.
