

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XXV

Madrid, 15 de Marzo de 1935.

Núm. 3.

SUMARIO

Trenes Sanitarios, por el Dr. FRANCISCO FERNÁNDEZ ZAMARRÓN.—*Los servicios de Sanidad militar en Alemania durante la Gran guerra*, traducido y adaptado por F. G. D.—Suelto: Servicios de Fimatología = *Necrología*: D. Manuel Ocaña López = *Variedades* = *Prensa médico-farmacéutica*: Las amígdalas y la reacción fotoquímica de la piel.—Tratamiento moderno de la malaria.—Tratamiento de las quemaduras.—El choque traumático.—El tipo morfológico constitucional predominante en los predispuestos al reumatismo articular agudo.—*Prensa militar profesional*: Las lesiones por tuberculosis pulmonar durante la última guerra.—El papel del médico en el entrenamiento de las tropas de montaña = *Bibliografía*: Indicaciones, técnica y resultados de la gastrectomía.—Sobre la génesis de las enfermedades mentales y nerviosas. Teoría histológica.—*Destinos vacantes*.—*Sección oficial*.

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

ACADEMIA DE SANIDAD MILITAR

Cátedra del Comandante D. ALBERTO BLANCO

Trenes Sanitarios

Uno de los grandes medios de transporte que comparte con los automóviles y los buques hospitales el mayor peso de las organizaciones sanitarias en campaña, lo constituyen los trenes sanitarios, de los que tan grande uso viene haciéndose desde que fueron empleados por primera vez en la guerra de secesión de los Estados Unidos.

El material de ferrocarriles tiene perfecta aplicación para este objeto, proporcionando un medio amplio, cómodo y rápido de evacuación de enfermos y heridos a gran distancia y para el transporte de material sanitario de todo género, así como del utensilio y abastecimiento para las ambulancias y hospitales de campaña.

Los trenes ordinarios, sin necesidad de sufrir modificación alguna, pueden ser empleados para la conducción de

pacientes leves y cuando no pueda hacerse uso de los trenes sanitarios. Estos se dividen fundamentalmente en trenes sanitarios propiamente dichos, o sea, los construídos *ad hoc*, y trenes sanitarios improvisados que, como se desprende de su denominación, se habilitan temporalmente para esos fines.

No necesita explicarse que los trenes sanitarios de construcción expresa, con arreglo a toda clase de previsiones, constituyen el ideal de este servicio; pero como se comprende, su adquisición resulta excesivamente dispendiosa, y de aquí que se haya hecho mucho mayor uso de los trenes sanitarios improvisados, incluso en la Gran Guerra, en que unos y otros han alcanzado grandes perfeccionamientos.

Los modernos trenes permanentes, entre otros adelantos relacionados con el confort y con su misión especial, cuentan con alumbrado eléctrico, calefacción por vapor, comedores, oficinas, despachos, camas o sofás-camas y dependencias o vagones destinados a farmacia, sala de operaciones, desinfección y esterilización, comedor, cocina, etc.

Tipo de estos trenes fué en la Gran Guerra el de la "Princesa Cristián", organizado por los ingleses, mediante suscripción, compuesto de catorce unidades y en el cual, además de llenar todas las necesidades de este importante servicio, se atenuaron grandemente toda clase de movimientos en beneficio de los heridos, gaseados, etc., que eran transportados.

En España no poseemos ningún tren permanente y cuando ha habido necesidad de emplear la vía férrea para el transporte de las bajas de guerra, se han condicionado los trenes ordinarios con ese fin, organizándolos debidamente y con exclusión de todo otro servicio. Así funcionaron durante la repatriación al terminar la última campaña de Cuba y fueron un complemento de las evacuaciones marítimas efectuadas con motivo de las campañas de Marruecos.

Los trenes sanitarios improvisados, se componen como elemento fundamental, de furgones o vagones de mercancías, en las cuales se disponen aparatos sencillos de suspensión de camillas, llevando como elementos auxiliares el material de curación de utensilio y dietético, reservá de agua y cocina, habilitándose también un vagón para alo-

amiento del personal de Plana mayor y menor, facultativo y administrativo.

Un tren sanitario improvisado, consta pues:

1.º *Material móvil*.—Consta de vagones de primera y tercera clase para alojar, respectivamente, al personal de Plana mayor y menor referido; de otros vagones, de los más adecuados, para conducir el material de curación, el mobiliario y utensilios de repuesto, las ropas y la reserva alimenticia; de un furgón cocina y de número suficiente de furgones donde se instalan los aparatos de suspensión de camillas.

2.º *Material de transporte de heridos*.—El procedimiento empleado es el modelo Linxweiler, adoptado por los ejércitos de Austria y Alemania, muy aceptable por su solidez, facilidad para montarlo en los vagones y estabilidad que da a las camillas por el ingenioso dispositivo que emplea para suspenderlas y que permite llevar en reducido espacio y relativa comodidad gran número de pacientes.

Se compone de tubos de hierro que alojan una barra espiral que sale en el grado conveniente, constituyendo vástagos del tamaño que se desea. Los mencionados tubos terminan por la parte superior en coronas dentadas, que se sujetan por presión en el techo de los vagones, y por la parte inferior en chapas circulares, provistas en su centro de un punzón, que se adapta fuertemente al suelo del furgón. En el interior de los referidos tubos existen resortes fortísimos y de elasticidad perfectamente calculada, a los que se adaptan, por articulación en bayoneta, barras horizontales provistas de lazos, de donde se suspenden las camillas, debiéndose emplear en nuestro Ejército el modelo reglamentario español.

Dos variantes ofrece el modelo Linxweiler, el denominado A I, que permite colocar en la mitad de un furgón ordinario seis de las camillas referidas, muy próximas las unas a las otras y separadas todas por la misma distancia, y otro, el A II, que en el mismo espacio coloca sólo cuatro camillas en dos planos como las anteriores, dejando en el centro de esta mitad del furgón sitio suficiente para atender, vigilar y aun verificar intervenciones que exijan poco material en los enfermos que conduzcan estas camillas.

Teniendo en cuenta la proporción de heridos que se transportan con relación a la gravedad de sus lesiones y cuidados que exijan, deberán instalarse en cada furgón los tipos A I y A II, distribuyendo en ellos discretamente los heridos, a fin de asignar a cada furgón un total de diez camillas.

En cada caso pudiera, ateniéndose a necesidades especiales, calcularse el número de heridos que deberá conducir el tren hospital; pero conviene fijar un número reglamentario, tanto para precisar los elementos de este género que debe poseer cada tren especial, cuanto por lo que se refiere a la cantidad de material de arrastre que haya de fijarse, habiéndose adoptado diez furgones, provistos de los aparatos descritos para conducción de soldados heridos, cifra que multiplicada por la de diez pacientes que cada furgón conduce, elevan a ciento el número de soldados que se transportan.

No es posible omitir elementos para la evacuación en trenes sanitarios improvisados de Jefes y Oficiales enfermos y heridos, y aun cuando sería preferible que el transporte de éstos se verificase con mayor comodidad en vagones especiales, dada la probabilidad de que no pueda disponerse de ellos, se juzgó indispensable aumentar algo el material de estas unidades de tren, dedicando dos furgones en que se instalen sólo aparatos del tipo A II, o sea de ocho camillas por furgón, disponiéndose así de diez y seis puestos para Jefes y Oficiales. Así, pues, el número total de furgones es el de doce y el de transportados el de 116.

Además del material de transporte de heridos necesario, para conducir estos 116, conviene llevar un pequeño repuesto de aparatos de suspensión y de camillas, para atender a accidentes imprevistos. Dichos aparatos pueden colocarse en un armero *ad hoc* y bastaría con el material indispensable para suspender seis camillas, las cuales pueden colocarse, también desarmadas, con los aparatos de suspensión, en el vagón de utensilios.

Los inconvenientes principales que han podido observarse sobre el terreno, se refieren al considerable ruido que producen los enchufes metálicos del procedimiento de suspensión Linxweiler en cuanto se pone el tren en marcha, que molesta grandemente a los pacientes, y la difícil introducción

de las camillas en los vagones de tropa, sobre todo con el tipo A I, por lo que, cuando las necesidades no sean abrumadoras, se empleará el procedimiento A II, el de ocho camillas por vagón.

Cuando el material de ferrocarriles es de reducidas dimensiones, como ocurre en Africa, dada la longitud de los vástagos del procedimiento Linxweiler, no puede ser empleado a causa de la poca altura del techo de los vagones, y en estos casos se utilizó el procedimiento del mismo autor, empleado en los barcos hospitales, que consiste en una armadura baja para que pueda adaptarse a los compartimientos del buque.

Los procedimientos de suspensión de camillas en los trenes hospitales, varían al infinito, por las variedades que se han propuesto para evitar los movimientos de vaivén y atenuar o amortiguar los efectos de los choques, la trepidación y las sacudidas violentas que la marcha del tren ocasiona a los pacientes. Así tenemos el sistema del Coronel Bry, con ganchos de resortes en espiral; el de Ritcher, que descansaba sobre flejes o ballestas de acero; el aparato de Lipousky, que unía las dos camillas a un marco de madera; la camilla suelta de muelles, de Peltzer, y los procedimientos de Beaufort, Godorezky, Zipperling, etc., etc.

Merece descripción especial el sistema de suspensión de Zawodowsky, empleado en la evacuación de los repatriados de Cuba, y que presenta como ventajas sobre el de Linxweiler, que fué el que le sustituyó, el no determinar los citados ruidos y el que puede improvisarse fácilmente.

En este procedimiento se emplean cuerdas para sostener, mediante nudos, las camillas a la altura y horizontalidad deseables, yendo en suspensión de una barra flexible, que, a su vez, está unida a un calabrote que pende de unos ganchos situados en la parte alta de las paredes laterales del vagón. Para evitar el balanceo, se atan las camillas inferiores a unas argollas colocadas en el piso del vagón.

Otro procedimiento que tenemos que mencionar es el del doctor Hunsdiecker, que consiste en dos listones o largueros de madera, situados transversalmente en el vagón, uno anterior y otro posterior, de los que penden, respectivamente, los ganchos de resorte necesarios para sostener tres ca-

millas. Este procedimiento tiene la ventaja de su gran simplicidad, pues los listones pueden serrarse lo suficiente para que se ajusten a la anchura del vagón, pudiendo también improvisarse con palos de distinta longitud y grosor, empalmándolos si fueran cortos y sobreponiéndolos en haz si fuesen demasiado delgados. Aunque, en realidad, pudieran en este procedimiento colocarse cuatro camillas, se suspenden tres solamente, de las cuales dos permanecen unidas para que el espacio vacío, comprendido entre éstas y la restante, pueda ser utilizado para atender a los pacientes.

3.º *Material de curación.*—Teniendo en cuenta que en un tren sanitario improvisado, no es posible llevar a cabo intervenciones quirúrgicas de cuantía, sino socorrer accidentes, pues los enfermos no transportables que puedan exigir aquéllas, permanecen en los hospitales de campaña y atendiendo, por otra parte, a la probabilidad de evacuar en los hospitales de etapa los individuos necesitados de inmediatos cuidados de importancia; el material sanitario afecto a cada unidad de tren lo constituirá un botiquín completo, un repuesto de batallón y tres bolsas de socorro. (La colección legislativa del año 1909 aumentaba el material de curación en la siguiente forma: dos botiquines de batallón, dos repuestos de batallón y cuatro bolsas de socorro.)

Como pudiera ocurrir que la evacuación de heridos y enfermos tuviera lugar en trenes corrientes de viajeros, nos es necesario el conocer lo que contienen los botiquines de tren, según lo que manda la Real orden del 6 de Julio de 1925. Estos botiquines constarán, como mínimo, de los siguientes elementos: alcohol de 90°, tintura de árnica, ácido pícrico al 12 por 1.000, éter sulfúrico, antipirina y bicloruro de mercurio.

Como inyectables llevarán: cloruro mórfico, aceite alcanforado, ergotina, apomorfina, éter sulfúrico, cafeína, nitrato de amilo y una jeringuilla para inyección hipodérmica.

Además llevan una bolsa de curación con un bisturí, una tijera, un estilete, una sonda acanalada, un compresor hemostático, pinzas, agujas de sutura, seda, catgut, gasas y algodón.

Este botiquín contiene además vendas, féculas, una bandeja de cura y un carrete de esparadrapo, llevando impresas

las instrucciones para el uso del botiquín en caso de que tuvieran que utilizarlo personas ajenas a la profesión médica.

En las estaciones de enlace y término de línea, así como en aquellas donde se tenga material de socorro para casos de accidentes y en las que por su movimiento de viajeros y número de trenes que se forman se considere preciso, existen botiquines transportables con material quirúrgico necesario para curas múltiples.

En todas las líneas, y aunque no existan intermedias estaciones de la categoría anterior, tendrán las Compañías uno de estos botiquines cada 70 kilómetros aproximadamente.

Estos botiquines contienen: alcohol, éter, amoníaco, cloroformo, tintura de yodo, láudano, pinzas, sierras, agujas, un hervidor, etc., etc.

También recordaremos que en las estaciones de enlace de importancia, existen instalaciones fijas, dotadas de mesa de operaciones, lavabo, inyectables, material quirúrgico, instrumental quirúrgico, una caja de amputación y también debe existir una camilla, que podrá ser de cualquier modelo, pero se aconseja el empleo del modelo de Sanidad Militar.

Por último, recordaremos, que en todas las estaciones, sin exclusión, habrá un pequeño botiquín para casos de accidentes, consistente en un pequeño armario o caja que contenga los elementos indispensables para una cura de urgencia, y estará encargado del mismo el Jefe de estación.

Hemos recordado los datos anteriores que, aunque se conciernen a la práctica civil, debemos conocer con objeto de en un momento dado, si nos fallan los recursos que llevamos en el tren sanitario, saber que en las estaciones podemos encontrar elementos que nos sean útiles.

4.º *Mobiliario y utensilios.*—No vamos a entrar en la exposición detallada de los útiles que constituyen el mobiliario, ya que son todos aquellos que sean necesarios para el menaje de los enfermos que se transportan: bandejas, barrerños, botellas, cubiertos, cubos, chocolateras, jarros, juegos de jícara y plato y de taza y plato, lecheras, mantas-cortinas, mesas-tijeras, orinales, palanganas, sillas, vasos, etcétera, etc., y escaleras para facilitar el acceso de los heridos al vagón.

5.º *Ropas*.—Constituídas por cabezales, y fundas para ellos, camisas, gorros, mantas-capotes, sábanas, servilletas, toallas, etc.

6.º *Repuestos de alimentación*.—Las necesidades alimenticias, tanto de los heridos, enfermos y personal de Plana mayor y menor, deben ser atendidas en las estaciones de etapa; mas comoquiera que por las múltiples circunstancias, frecuentes en campaña, puede faltar este importante elemento, necesario es llevar alguna alimentación de reserva, que no debe utilizarse sino en caso de necesidad imperiosa, y que podría estar constituida por seis cestones dietéticos con la dotación reglamentaria. Además, el Oficial administrativo puede, por gestión directa, adquirir aquellos alimentos que se consideren necesarios.

7.º *Cocina*.—Se propone la que llevan los trenes de viajeros, que subviene a las necesidades alimenticias de éstos. En este furgón-cocina debe existir un recipiente, tan capaz como sea posible, para llevar agua potable para los enfermos, bien entendido que debe renovarse la provisión de ella cuantas veces se detenga el tren en estaciones o puntos de etapa.

8.º *Personal*: A. *Personal médico*.—Para las necesidades ordinarias debe haber un Jefe y un Oficial médicos, vinculándose en el Jefe el mando y dirección de esta unidad sanitaria.

B. *Personal auxiliar de Sanidad Militar*.—Debe componerse de un sargento de la brigada, doce sanitarios enfermeros, uno por furgón y dos sanitarios practicantes. Total, quince hombres de Plana menor. El sargento y los practicantes llevarán cada uno una bolsa de socorro y prestarán el servicio de su clase, cuidando además del resto del material sanitario. Los sanitarios enfermeros se distribuirán en los doce furgones de heridos o enfermos para su vigilancia e inmediato cuidado.

C. *Personal administrativo*.—Deberá hallarse afecto a cada unidad de tren un Oficial de Intendencia, para llenar en él las funciones propias de su cargo, entre las que figura como más importante la recepción en los puntos de etapa de los alimentos y utensilios que por accidentes pudieran

precisarse, y verificar las adquisiciones directas, que circunstancias eventuales pudieran demandar.

D. *Personal administrativo auxiliar*.—Un auxiliar para cuidar del almacén, utensilios y ropas, un cocinero y un ayudante de cocina.

Resumiendo, pues, un tren sanitario provisional está constituido por un vagón de viajeros, con un departamento de primera clase para el Jefe médico y los Oficiales médico y administrativo, y otros dos departamentos, uno de ellos para material sanitario y reserva alimenticia, y otro para alojamiento del personal auxiliar; un furgón para utensilios, ropas y cocina, dos furgones para Jefes y Oficiales y diez furgones para soldados. Total, catorce unidades.

Estos trenes provisionales cuentan entre su material con aparatos especiales de ventilación, banderines de neutralidad, linternas de neutralidad, una caja de herramientas, etcétera, etcétera.

También llevan las camillas superiores una doble lona impermeable, para evitar que los líquidos procedentes de los pacientes que las ocupan puedan caer sobre los ocupantes de las camillas inferiores.

Si bien los grandes perfeccionamientos del material y servicios en los trenes hospitales, han surgido en tiempo de guerra, habiéndose adicionado en la guerra europea de furgones para baños- duchas, lavaderos, quirófanos, gabinetes radiográficos y de análisis, no deben pasar desapercibidas las iniciativas habidas en tiempo de paz para el transporte de enfermos y heridos por la vía férrea, ya que los trenes ordinarios no suelen estar acondicionados para ello. Con mayor razón si se tiene presente que suelen existir en las naciones o en determinadas comarcas de las mismas estados intermedios entre la guerra y la paz, debidos a disturbios de orden público, catástrofes inesperadas, etc., que ponen a prueba las provisiones de orden sanitario.

En Austria se construyeron algunos vagones con este objeto; los ingleses han empleado también material muy perfeccionado en sus ferrocarriles de la India, con vagones corridos, bien ventilados, y con comunicación entre sí, de suaves movimientos y dotados de W. C., lavabos, depósitos de agua fresca, cantinas, etc., teniendo preparadas en las

estaciones comidas calientes. El departamento de enfermería se halla colocado en el centro del tren y en un coche de primera o de segunda clase, con corredor, cuyos asientos se disponen en forma de literas, prohibiéndose viajar ni aun permanecer en la enfermería al personal ajeno a la misma, aunque no albergase enfermos. Están bien dotadas de utensilios, material de curación, etc., y se halla a su frente un médico, auxiliado por un sargento practicante y dos soldados enfermeros.

En ocasiones se alternarán los vagones con aparatos de suspensión con vagones de viajeros corrientes, en los cuales irán los enfermos cuyas dolencias les permitan ir sentados.

Como complemento del servicio de trenes hospitales, y en previsión de que no hayan podido los pacientes disfrutar durante el trayecto de los cuidados dietéticos, terapéuticos e higiénicos adecuados, suelen establecerse en las estaciones y apeaderos de tránsito puestos de socorro, a los cuales acude una gran parte de los individuos que forma el convoy y que pueden apearse y alimentarse por sí mismos; a otros se les rectifican las curas, y a los que por su estado deben permanecer en el tren, les auxilia el personal destinado en dichos puestos. Este personal de las estaciones de socorro, corresponde al personal de las sociedades de socorro y asistencia entre nosotros y la Cruz Roja.

El radio de acción de los trenes hospitales es muy variable, ya que, aunque por lo general, es un medio de evacuación a retaguardia, se puede emplear en la recogida de enfermos en la misma línea de fuego, recogida que sería ideal, pero que es imposible de ser llevada a la práctica en muchas ocasiones, por destrucción de las líneas férreas por la artillería enemiga y por el peligro que corre el tren sanitario en vanguardia.

Tiene muchísima importancia la desinfección, que tiene que ser rigurosa en los trenes hospitales, e incluso una desinfección previa en los vagones de mercancías, ya que en la guerra turca de 1912 se infectaron de tétanos numerosos traumatizados, ocasionando una mortalidad de un 90 por 100 a causa de haberse empleado para el transporte de heridos

vagones que habían conducido caballos, en cuyo tegumento vive habitualmente el germen.

Vemos, pues, la importancia de los cuidados para evitar el contagio en los trenes, y a esta profilaxis tiende el Reglamento sanitario de vías férreas, aprobado por Real orden del 6 de Julio de 1925, y de cuyos artículos más importantes nos vamos a ocupar a continuación:

“Artículo 2.º A la Dirección general de Sanidad, por intermedio de la Inspección general de Sanidad Exterior, corresponde la alta inspección y la dirección de los servicios sanitarios de vías férreas.

Artículo 3.º Se considerarán enfermedades infecto-contagiosas, además de las pestilenciales exóticas, cólera, peste y fiebre amarilla, las contagiosas comunes: viruela, varioloide, varicela, escarlatina, sarampión, difteria, tifus exantemático, fiebre tifoidea, meningitis cerebro-espinal, poliomielitis aguda, tuberculosis abiertas, coqueluche, lepra, fiebre recurrente, sarna, tracoma, disentería, gripe, encefalitis letárgica y septicemias en general.

Artículo 5.º Todos los trenes correos tendrán la obligación de admitir enfermos infecto-contagiosos, destinando a este fin un departamento de la clase correspondiente que reúna condiciones de aislamiento. Para ello será preciso que con la anticipación necesaria se dé aviso al Jefe de la estación en donde haya de embarcar el enfermo. Dicho Jefe adoptará las disposiciones necesarias para que pueda disponerse del departamento citado.

Artículo 6.º Si en ruta apareciese algún caso de las enfermedades enumeradas en el art. 3.º, el Jefe del tren adoptará las medidas más convenientes para el aislamiento del enfermo y de las personas que lo asistan, disponiendo, desde luego, que el departamento ocupado por el enfermo sea desalojado por los viajeros sanos.

Artículo 7.º Para la clasificación de un viajero como enfermo infecto-contagioso, excepción hecha del caso señalado en el artículo anterior, deberá estar provisto de una certificación médica, expedida por la autoridad sanitaria correspondiente. En caso de urgencia podrá expedir la certificación un médico de la Compañía, dando cuenta de ello a la autoridad sanitaria jurisdiccional.

Artículo 8.º La autoridad sanitaria que expida certificación a un pasajero enfermo, avisará a la del punto en donde éste rinda su viaje y a la Superioridad.

Artículo 9.º Al llegar un enfermo infecto-contagioso al término de su viaje, se procederá por el personal del tren a cerrar el departamento usado, para que no pueda ser utilizado por otros viajeros.

Artículo 10. Cuando llegue al término el tren o a la estación primera donde existan medios de desinfección, un departamento que haya transportado enfermos, será separado de la composición, poniendo una etiqueta en papel rojo, que diga: "a desinfectar".

Artículo 11. Las personas, ya sean familiares o profesionales, que acompañen a un enfermo, serán sometidas durante el transcurso del viaje a las mismas medidas de aislamiento y previsión sanitaria.

Artículo 12. Cuando hayan de utilizarse los vagones ambulancia deberá ser avisada la Compañía correspondiente con la debida antelación para que el coche pueda situarse con la mayor urgencia posible en la estación de partida y en el tren de viajeros donde tenga cabida.

Artículo 36. Todos los coches de viajeros que hayan servido para el transporte de enfermos infecto-contagiosos, o haya ocurrido en ellos alguna defunción, así como los furgones destinados al transporte de cadáveres, serán desinfectados al término de su viaje.

Artículo 55. En caso de epidemia, o cuando las anormales circunstancias sanitarias lo demanden, la Dirección general de Sanidad podrá disponer del material sanitario, perteneciente a las Compañías propietarias de vías férreas, para utilizarlo en la defensa de la salud pública.

Artículo 56. Cuando exista el peligro de invasión del territorio nacional por pestilencias exóticas, se declaran oficialmente epidemias o surjan en general amenazas de orden sanitario, la Dirección general de Sanidad dictará las reglas y medidas que hayan de ponerse en práctica en los trenes y vías de comunicación en general para la defensa de la salud pública."

Este mismo Reglamento dice las condiciones que debe reunir el coche para transporte de enfermos: calefacción

por agua caliente, por medio del vapor de la locomotora o por medio de una estufa; comprenderá dos departamentos para enfermos, cuyas puertas permitan el paso de una camilla; las paredes y pisos de dichos departamentos serán recubiertos con linoleum, pintándose en blanco el de las paredes; las camas serán recubiertas de fundas, que serán lavadas y desinfectadas después de cada viaje; tendrán también un departamento con dos camas superpuestas, para las personas que acompañen a los enfermos. Dispondrá de un W. C. y tocador, con un depósito de agua de la mayor cantidad posible. El alumbrado será eléctrico. El forrado exterior del coche será de chapa, pintada de color verde oscuro.

El coche para transporte de cadáveres estará forrado completamente en su interior de cine, pintado de color gris claro. El departamento para las personas que acompañen al cadáver será para ocho asientos, estando tapizado y cubierto de fundas, que serán lavadas y desinfectadas en cada viaje; las paredes estarán cubiertas de linoleum, pintado de color blanco. También dispondrá de un W. C. y tocador, siendo asimismo el forrado exterior del coche de chapa de color verde oscuro.

Ni que decir tiene que estos coches, en caso de guerra, serán requisados por la Sanidad Militar, y unidos a los trenes sanitarios.

FRANCISCO FERNÁNDEZ ZAMARRÓN,
Alférez Médico alumno.

INFORMACION DEL EXTRANJERO

Los servicios de Sanidad militar en Alemania durante la Gran guerra

Al cumplirse el 20.º aniversario de la declaración de la guerra mundial, han dedicado los principales periódicos médicos alemanes un recuerdo cariñoso a los compañeros que tomaron parte en la campaña, y de paso han rememora-

do organizaciones de servicios, resultados obtenidos, enseñanzas que de aquélla se desprenden, etc.

El semanario *Deutsche medizinische Wochenschrift*, ha publicado una serie de artículos muy interesantes, redactados por individuos que tomaron parte activa en las operaciones, describiendo cómo se llevaba el servicio en los diversos escalones de frente y retaguardia, resultados que se obtuvieron, contratiempos, etc.

Como es natural, el tiempo hace que no se velen, como en las publicaciones aparecidas a raíz del conflicto, los pequeños lunares, los contratiempos, incluso los fracasos, que antes había interés en atenuar u ocultar. El conjunto de todos los artículos los ha reunido la Editorial Thieme en un librito, que los compañeros que dominen el alemán podrán leer con fruto.

Yo voy a limitarme a extraer uno de los trabajos, el del Dr. Pezold, que en la guerra dirigió el servicio en Cuerpos de Ejército.

Comienza recordando que en Alemania no existe ningún monumento que recuerde la enorme labor llevada a cabo por los médicos militares; sólo en el corazón de los heridos hay un monumento erigido en memoria del médico militar, casi siempre desconocido para él, que le asistió en los primeros momentos y para los demás que le prestaron sus auxilios en los diversos escalones.

El médico no es solo el que ha de socorrer pronto y bien al caído; en campaña el médico militar, y especialmente los de Cuerpos, son indispensables para sostener la moral del soldado. Como además el médico trata a éstos y a los jefes en forma *sui generis*, que nunca es la del superior ni la del subordinado militar puro, y por su educación técnica y social tiene o debe tener siempre un ascendiente sobre todos, el médico fué siempre persona de indudable influjo sobre unos y otros, y su presencia se agradecía y estimaba por todos.

Los médicos de Cuerpos y unidades sufrieron grandes privaciones y trabajos, tanto en la guerra de posición como en la de movimiento. En el Somme estuvieron semanas enteras sin poderse desnudar, casi sin lavarse, deficientemente alimentados y en medio de un infierno de artillería, etc., que,

incluso, les impedía dormir. En el Ipres hubo médico que se vió seriamente amenazado por tres soldados que sufrían trastornos mentales agudos. El 21 de Mayo de 1917, los médicos de Cuerpos presenciaron en Cornillet la más espantosa mortandad. Atacada la posición con artillería y gases de combate en subterráneos, a pesar de los esfuerzos que se hicieron para salvarlos, todo fué inútil. Más de dos tercios fueron víctimas del fosgeno, y cuando se procuraba salvarlos, el óxido de carbono originado por la explosión de proyectiles hizo el resto, perdiendo así aquel regimiento 44 oficiales y 1.351 soldados en pocas horas. En aquellos días el personal sanitario de aquella División tuvo 5 muertos, 77 heridos y 24 desaparecidos. La labor desarrollada por médicos, sanitarios y camilleros fué de lo más ruda que se recuerda.

Había sus quejas, cómo no. Los médicos de los Cuerpos veían que para ellos, que eran los que más sufrían, escaseaban los permisos, que tal vez abundaban en formaciones de retaguardia, y los intentos de hacer turnar a los médicos que estaban en el interior con los del frente, resultaban siempre infructuosos. Los médicos jóvenes del interior se encontraban tan fuertemente adheridos a los jefes de sus clínicas y hospitales, que cuantos esfuerzos se hacían para romper aquellas adherencias resultaban inútiles.

Demostró la guerra que de los médicos asignados a las unidades del frente sobraban bastantes. Tal ocurría con los de unidades de Ingenieros, pequeños grupos de Artillería, etcétera. Los jefes se resistían a cederlos, poniendo siempre como pretexto la necesidad de sostener la moral de las tropas con un médico al lado; pero, la verdad, es que muchos de ellos hubieran sido más útiles en los puestos de curación divisionario en donde el trabajo era siempre agobiante.

Uno de los puestos más difíciles de desempeñar era el de jefe de la Compañía de Sanidad. Hubo que convencerse de ello y buscar para tales cargos los mejores capitanes médicos, pues había que ser robusto, soportar esfuerzos y privaciones, saber diagnosticar muy bien y ser un verdadero perito en primeros auxilios. Cuando, como ocurrió en un trozo del frente, entre Montdidier y Noyon, entran en veinticuatro horas más de 1.000 heridos a los que hay que atender, curar y evacuar, pues aquella noche empezó el enemigo a bom-

bardear la posición y sólo se dispone, aparte del personal reglamentario, de seis cirujanos; el jefe que ha de distribuir los heridos y los servicios y ha de orientar las evacuaciones necesita ser un médico militar completo. Las divisiones wurtemberguesas tuvieron la suerte de disponer de gran número de autos, regalados por su reina, las restantes tuvieron que conformarse con lo que tenían. Todas las provisiones resultaron escasas.

Más descansada y más agradecida es la labor del director del hospital de campaña. Este era un verdadero rey de su formación, sobre todo si era al mismo tiempo el jefe militar de aquella aldea, cosa que ocurrió muchas veces. Su trabajo era más tranquilo, más regular, llegaban mucho menos las incidencias del frente y veía los resultados de sus esfuerzos, cosa que siempre quedaba ignorada para los médicos de Cuerpos y Ambulancias. Su talento de organizador y sus facultades para proporcionarse recursos tenían amplio campo en donde desarrollarse.

No pocas veces el director del hospital era también el cirujano del mismo. En estos casos el servicio se resentía. No se puede estar todo el día en la sala de operaciones y dirigir el hospital de campaña en actividad.

Se llegó a utilizar mujeres-médicos en estos hospitales. Pezold lo considera una verdadera falta. Casi todas fueron como cirujanas especializadas, pero aun así no cree sea este su verdadero puesto. El cirujano consultor, en sus visitas, orientaba y a veces auxiliaba a los cirujanos de los hospitales. Pero siempre era consultor, sobre todo cuando de la decisión tomada dependía que el herido fuera un mutilado o no, o bien cuando se trataba de casos espinosos. Estos cirujanos consultores no sólo eran considerados como los cirujanos más peritos en el acto operatorio, quizá esto fuera lo de menos. Eran maestros en decidir qué es lo que debía hacerse en cada caso y esta era la superioridad que los restantes cirujanos les reconocían.

Cuanto se diga de la importancia del médico divisionario, es pálido al lado de la realidad. Un cirujano, dice Pezold, si se equivoca o yerra, se juega la vida de un hombre. Un error del jefe de una División compromete la vida de cientos. En su mano está la organización de los servicios

sanitarios de 20.000 hombres, que unas veces —en Reims— cubrían un frente de 20 kilómetros, y otras —en Montdidier— de 35. A sus órdenes llegaron a estar hasta 50 médicos. En la guerra tuvieron casi siempre la plena confianza y el auxilio sin reservas de los generales de la División con los que se entendían directamente. Se movían con actividad, vigilaban, todo lo veían por sus ojos y podían informar y organizar con conocimiento de causa. Sus principales contratiempos se los suministraban los períodos de operaciones con gran desplazamiento de los frentes. En estos casos llegaban a encontrarse muy lejos de los médicos de los Cuerpos, y hasta 35 kilómetros de las formaciones de retaguardia. Cuando tal ocurría, el servicio se resentía sin poder culpar a nadie de ello.

Más descansada era la labor del médico de Cuerpo de Ejército. Estaba más fijo, más pegado al cuartel general; pero, en cambio, ya no era el consejero directo de su general. Sólo se entendía con el Estado Mayor. Como por otra parte no siempre integraban su unidad las mismas Divisiones, tampoco estaba en contacto demasiado íntimo con sus subordinados. Su misión era atender a los aprovisionamientos y dar la última mano a las evacuaciones. Un refrán de guerra prusiano decía: "cuéntaselo todo y en todos los momentos al médico del Cuerpo de Ejército". A su poder iban todos los partes, estados, relaciones, pedidos, etc.

Sobre éstos se encontraban: el médico de Ejército, con su segundo; el de etapas, y en puesto más elevado todavía, el médico jefe del frente.

Los médicos jefes tienen en la guerra una misión esencialmente distinta que en tiempo de paz. En este último, revistan y regañan; critican todo lo malo y piden que no se repita. En campaña, su misión es revistar y auxiliar. Si desconocen ésto —sigue diciendo Pezold—, en vez del respeto sólo tendrán la rabia o la mofa del médico que lo hizo mal, según cual sea el temperamento de éste. No debe olvidar nunca el jefe, que mientras él reposa tranquilo en su sitio, casi siempre, seguro, hay muchos médicos militares en el frente que no pueden hacerlo, y cuando los visite y reviste debe procurar que se le reciba con el agrado con que se recibe al que va a tener para uno la palabra afectuosa, el con-

sejo oportuno y el auxilio necesario para seguir desempeñando su ruda labor.—(*Deutsche med. Wochenschrift*, 1934, número 49).

Traducido y adaptado por
F. G. D.

SUELTO

Hospital Militar de Madrid-Carabanchel

SERVICIOS DE FIMATOLOGÍA

Cursos teórico-prácticos de percusión y de auscultación del aparato respiratorio y de Fimatología general y Clínica.
Marzo-Abril de 1935.

Como en años anteriores, el Hospital organiza un curso de Fimatología para médicos que, al igual que el del año anterior, se compondrá de dos partes. En la primera se dará un *cursillo teórico-práctico de percusión y de auscultación*, siendo la primera lección el 11 de Marzo y la última el 16 del mismo mes. Número de alumnos, 15.

La segunda parte del curso constará de 25 lecciones teóricas: la lección primera el 20 de Marzo y la última el 17 de Abril. Este curso será teórico-práctico y concederemos especial importancia a la parte clínica, a la radiográfica y a los estudios fundamentales de anatomía patológica y de patogenia de la tuberculosis.

Las lecciones teóricas estarán a cargo del Jefe de los Servicios de Fimatología, Dr. Valdés Lambea, con la colaboración de los doctores Aranda, Castro Hernando, Fernández García, Martínez Dorrien, Milla y Ríos.

Matrícula, gratuita. Al final del curso se otorgarán diplomas de asistencia. Número de alumnos, 30. A las lecciones teóricas, la entrada es libre.

En el cursillo de auscultación se dará todos los días, a las nueve y media, una lección teórica de sesenta minutos, exponiendo los fundamentos del procedimiento, teoría, ex-

periencias, etc.; después, prácticas clínicas sobre los enfermos el resto de la mañana.

La solicitud de matrículas al Dr. Valdés Lambea, Marqués del Riscal, 9. Todo solicitante admitido será avisado oportunamente. Véase a continuación el programa resumido (1).

LECCIÓN 1.^a

“Objeto del curso”.—“Características de la tuberculosis como enfermedad en el pasado y en el presente”.—“Antigüedad de la tuberculosis en la historia del hombre”.—“La tuberculosis en los distintos pueblos”.—“La posición de la Medicina moderna frente al tuberculoso actual”.—“Polimorfismo y complejidad de los síndromes de naturaleza fímica”.

LECCIÓN 2.^a

“Las causas vivas de la tuberculosis”.—“Bacteriología de la tuberculosis”.—“Concepción actual sobre la patogenia de la tuberculosis”.—“Los distintos gérmenes”.—“Los ultravirus”.

LECCIÓN 3.^a

“Estudio de las puertas de entrada en bacteriología general y en Fimatología”.—“El mecanismo general de la infección tuberculosa y la evolución de las lesiones”.—“La tuberculosis proceso del sistema linfático, afección bacilémica y septicémica”.

LECCIÓN 4.^a

“Estudios e investigaciones sobre la herencia y el contagio en Fimatología”.

LECCIÓN 5.^a

“Elementos, condiciones y circunstancias que intervienen en la anatomía patológica y en los modos evolutivos de los procesos tuberculosos”.—“Tuberculosis, constitución y predisposición”.

(1) El programa detallado puede recogerse por los alumnos en los Servicios de Fimatología del Hospital Militar.

LECCIÓN 6.ª

“La lesión primitiva o chancro de inoculación”.—“Alveolitis específica y no específica”.—“El tubérculo”.—“Conocimientos fundamentales sobre el sistema retículo-endotelial.”

LECCIÓN 7.ª

“El momento inmunológico”.—“Las llamadas fases o períodos de Ranke”.—“El complejo primario”.—“Datos fundamentales sobre anatomía patológica, inmunología y clínica de los distintos estadios”.—“Clínica del complejo primario”.—“Clínica del segundo estadio, etc.”.

LECCIÓN 8.ª

“El llamado infiltrado precoz y las lobulitis”.—“El foco de los vértices”.—“Procesos bronconeumónicos y neumónicos de naturaleza fímica.”—“Los procesos cavitarios”.

LECCIÓN 9.ª

“Anatomía patológica y patogenia de las granulias”.

LECCIÓN 10.

“La clínica de los procesos granúlicos”.

LECCIÓN 11.

“La primera conversación con el tuberculoso”.—“Los modos de entrar en materia”.—“El interrogatorio en sus relaciones con la entrada en materia y con los síntomas trascendentales”.

LECCIÓN 12.

“Problemas diagnósticos fundamentales en Fimatología”.—“Los llamados síntomas de comienzo”.—“Síntomas funcionales, auscultatorios, radiográficos, etc., desde el punto de vista del diagnóstico temprano”.

LECCIÓN 13.

“Estudio del síntoma fiebre en clínica fimatológica”.

LECCIÓN 14.

“Procesos intratorácicos no tuberculosos desde el punto de vista del diagnóstico diferencial”.—“Los procesos supurados: bronquioalveolitis de distintos tipos, bronquiectasias, etcétera”.—Actinomicosis y litiasis bronco pulmonar”.

LECCIÓN 15.

“La sífilis broncopulmonar”.—“Los quistes hidatídicos”.
“Las neoplasias intratorácicas”.

LECCIÓN 16.

“Síndromes cardiovasculares de los tuberculosos”.—“Tuberculosis y cardiopatías”.

LECCIÓN 17.

“Lesiones y síndromes endocrinos de origen tuberculoso”.—“Tuberculosis y tiroides, tuberculosis y suprarrenales, etcétera”.—“El factor diabético en clínica fimatológica”.

LECCIÓN 18.

“La delgadez y la obesidad de los tuberculosos”.—“Distintos tipos de tuberculosos gordos y de tuberculosos flacos”.

LECCIÓN 19.

“Estudios fundamentales sobre el pronóstico”.

LECCIÓN 20.

“Terapéutica general de la tuberculosis”.—“Puntos de vis-

ta fundamentales”.—“La llamada cura higiénica”.—“El reposo y el ejercicio como elementos terapéuticos”.

LECCIÓN 21.

“La cura de aire libre y la cura de clima”.

LECCIÓN 22.

“El llamado tratamiento dietético de los tuberculosos”.

LECCIÓN 23.

“El calcio, los antígenos y la medicación sintomática”.

LECCIÓN 24.

“El tratamiento quimioterápico de la tuberculosis”.

LECCIÓN 25.

“El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis de los pulmones”.

NECROLOGIA

DON MANUEL OCAÑA LOPEZ

Teniente Coronel Médico.

Nació en Granada el día 28 de Diciembre de 1877. Verificó los estudios en la Facultad de dicha ciudad, obteniendo la licenciatura en 26 de Junio de 1899.

Previos los correspondientes ejercicios de oposición, ingresó en la Academia Médico Militar el 22 de Septiembre

del referido año 1899, siendo promovido a Médico segundo del Cuerpo en 20 de Junio de 1900.

Ascendió a Médico primero en Junio de 1905, a Comandante Médico en Agosto de 1918 y a Teniente Coronel en Septiembre de 1928. Prestó sus servicios en los Regimientos de Infantería Melilla, Rey, América y Otumba; Escuadrón de Cazadores de Melilla; Regimiento de Cazadores de Victoria, en comisión; Consulado de España en Alcazarquivir; Hospital de la misma plaza; Inspección de Sanidad Militar de la tercera región, como Secretario. Desempeñó las Direcciones de los Hospitales Militares de Tetuán y de Melilla, ejerciendo este último cargo, simultáneamente, con el de Jefe de los Servicios Sanitarios Médicos de la Circunscripción Oriental. Había desempeñado numerosas Comisiones del servicio, y estaba en posesión de una cruz de segunda clase, bicolor, del Mérito Militar, y la de San Hermenegildo, y de varias medallas, entre ellas, la de la Paz de Marruecos.

Su fallecimiento ocurrió en Melilla el día 1.º de Febrero último, y ha producido gran sentimiento por las bellas cualidades personales que le adornaban.

Descanse en paz nuestro estimado compañero.

VARIETADES

Ha fallecido en esta capital el culto Subinspector farmacéutico de segunda clase D. Félix Ruiz Garrido.

En el próximo número daremos la correspondiente nota necrológica.

* * *

Por reciente Decreto Presidencial ha sido promovido al empleo de Inspector el Coronel Médico D. Juan del Río. El nuevo General de nuestro Cuerpo, a quien felicitamos efusivamente, goza de merecidas simpatías por su carácter

abierto y bondadoso y su reconocido entusiasmo por el cumplimiento del deber.

* * *

La tercera conferencia del curso organizado por el Colegio de Doctores de Madrid, estuvo a cargo del Dr. D. Agustín Van Baumberghen, Teniente Coronel Médico retirado, quien disertó acerca de "La Sanidad en las modernas organizaciones militares".

* * *

Ha sido elegido Vocal del Colegio de Médicos de la provincia de Madrid el Comandante Médico D. Eduardo Sánchez Vega.

* * *

Ha fallecido en esta capital el Inspector Médico honorario, de nuestro Cuerpo, D. Maximino Fernández Pérez, cuyas dotes de ilustración y amor a la profesión de médico militar le valieron el aprecio y la consideración de sus compañeros.

Descanse en paz el distinguido Jefe, y reciba su familia la expresión de nuestra sincera condolencia.

* * *

También ha fallecido en esta capital el Excmo. Sr. D. Urbano Orad, Coronel de Inválidos, procedente de nuestro Cuerpo, al que pertenecía en la última guerra de Cuba, donde alcanzó la más alta recompensa militar, la cruz laureada de San Fernando.

Reciba su afligida familia nuestro pésame más sentido.

* * *

El Comité organizador del VIII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares, que había de tener lugar en Rumania, nos hace saber que se celebrará en Bruselas, del 27 de Junio al 3 de Julio del corriente año, con ocasión

de la Exposición Universal que se celebra en la capital de Bélgica y coincidiendo con las jornadas médicas de Bruselas.

Para inscripciones y demás detalles, dirigirse a la Secretaría general de dicho Congreso, Inspección general del Servicio de Sanidad (Ministerio de la Defensa Nacional, Bruselas).

PRENSA MÉDICO-FARMACEUTICA

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS.—El Dr. R. E. Torviso (*Semana Médica*, Septiembre 1934), después de hacer una exaltada y detenida descripción del tratamiento de las quemaduras por el ácido tánico, trata de las medidas que deben ser adoptadas en vista de las condiciones generales del paciente, y que son las siguientes: Cuando la lesión es muy extensa, puede resultar la acidosis; cosa que es evidenciada por la inquietud, sequedad de la lengua, aumento de urea en la sangre, disminución de los cloruros en la orina, y últimamente anuria; todo lo cual, debe ser combatido por inyecciones salinas hipertónicas por el recto, o por vía intravenosa, y los alcalinos tomados por la boca. La pirexia es un signo de absorción de los productos secos, más bien que una muestra de infección. La constipación o la diarrea serán tratadas conforme a las reglas clásicas, dice el autor.—M. M. S.

* * *

LAS AMÍGDALAS Y LA REACCIÓN FOTOQUÍMICA DE LA PIEL.—

Los Dres. S. Peller y B. Rubinstein (*Klin. Woch.* 25 de Agosto 1934) han sostenido la doctrina de que las amígdalas favorecen la pigmentación de la piel en sus reacciones a la luz, aduciendo la siguiente estadística y su evidencia experimental. Entre una numerosa serie de chicos, de edad de catorce a diez y seis años, algunos 13 por 100 de cabellos rubios, y sólo 7,6 por 100 de cabellos morenos fueron observados que habían sufrido la tonsilotomía. En ambos morenos y rubios, pero singularmente en los primeros, que padecían hipertrofia de las amígdalas o habían sido operados de tonsilotomía, reaccionaban a la influencia de los rayos ultravioleta sobre la piel del brazo, por un bien marcado, moderado o ligero eritema cutáneo del grupo correspondiente. Las amígdalas, dicen los autores, favorecen las reacciones defensivas de la piel a los rayos de luz, y la hipertrofia de ellas debe ser mirado como un caso de hipertrofia funcional fotoquímica de la piel.—M. M. S.

* * *

TRATAMIENTO MODERNO DE LA MALARIA.—El Dr. W. Kikuth (*Med. Welt*, Octubre 13 de 1934) resumiendo los varios medicamentos usados en el tratamiento de la malaria, recuerda que la *plasmoguina* puede destruir las formas sexuales crecientes del parásito de la malaria tropical; puede, en pequeñas dosis, hacer las gametas del *P. falciparum*, incapaces de desarrollo en el mosquito, y puede, después de una dosis de 0,02 gramos, inhibir la actividad del parásito. Por la adición de la plasmoguina a la quinina han sido disminuidas las recaídas desde un 50 a un 5 por 100; la proporción conveniente es de 30 partes de quinina y 1 de plasmoguina. La *atebrina* también ejerce una acción destructiva sobre los gérmenes palúdicos, y afecta con igual certeza a las tercianas, cuartanas y formas malignas del mal. Su acción es extremadamente rápida, y reduce las recaídas en un 15 a un 25 por 100; requiere para la cura unos cinco a siete días, y puede ser inyectada intravenosamente en los casos malignos con coma. Las infecciones tropicales pueden ser tratadas por la acción de la plasmoguina, unida a la atebriana, y esta mezcla cura maravillosamente las formas corrientes de la enfermedad.—*M. M. S.*

* * *

EL CHOQUE TRAUMÁTICO, por *V. H. Moon*.—La contractilidad de los capilares es independiente de la de las arterias y se regula por hormonas y por la existencia o falta de oxígeno. De la hipófisis parte una hormona que, conducida

por la sangre arterial, provoca la contracción de los capilares, y cuando esta contracción trae consigo una falta de oxígeno y asfixia consecutiva de los tejidos, los capilares se dilatan automáticamente para restablecer la actividad funcional. De este modo se establece un ritmo automático cuya regulación es independiente del sistema nervioso.

Las sales de los metales pesados y la histamina son venenos capilares que provocan un síndrome análogo al del choque traumático. Su lesión fundamental es la dilatación extrema de los capilares con contracción espasmódica de las arteriolas y aumento de la permeabilidad de la pared capilar. La sangre se espesa, las vísceras se encharcan, la circulación se acelera, así como la respiración, y los animales intoxicados mueren con los síntomas de una debilidad cardíaca. En la autopsia se encuentran venas vacías, arteriolas muy contraídas y capilares dilatados al máximo, con hemorragias de los tejidos, infiltración de plasma de éstos y sangre espesa y muy concentrada. La extrema dilatación de la red capilar abdominal hace el mismo efecto que una hemorragia copiosa; se puede hablar de una muerte por hemorragia en los capilares.

Hace tiempo se comprobó que en las quemaduras superficiales y extensas aparecían síntomas análogos al del choque traumático y se encontraban lesiones idénticas o muy análogas a las que se provocan mediante las inyecciones de venenos de los capilares. Las investigaciones de Lewis demostraron que en la piel existen histamina o sus-

tancias análogas a la misma, las que, al ser liberadas por la destrucción térmica de las células de la piel, pasan a la circulación y provocan la hiperemia y edema de las vísceras por dilatación de los capilares y aumento de la permeabilidad de sus paredes.

Los estudios llevados a cabo durante la guerra última pusieron en evidencia que en el choque traumático eran constantes la disminución del volumen total de sangre y el aumento extraordinario de su concentración; también se comprobó que el descenso de la presión arterial no se debía ni a la debilidad del miocardio y al fallo de la función vasomotora. Las arterias, lejos de estas atónicas y flácidas, se encontraban contraídas al máximo. Se comprobó también que las lesiones de las vísceras de los individuos muertos por choque traumático eran análogas a las encontradas en los casos de muerte por quemadura extensa y a las vistas en los animales cuando se les inyectaba histamina, es decir, hiperemia y edema de las vísceras, especialmente de los pulmones.

Los signos clínicos se caracterizaban por el fallo del corazón y la atonía completa de los capilares. Otros autores han comprobado las mismas lesiones y síntomas en casos de traumatismos abdominales y de infecciones agudas.

Concluye el autor estimando que en el choque traumático existe una liberación de histamina o de sustancias tóxicas de igual naturaleza, que provocan bruscamente la atonía capilar, con permeabilidad exagerada de sus paredes y espasmo de las arteriolas; que esto da lugar a síntomas análogos a los de las hemorragias intensas y más es-

pecialmente a una debilidad cardíaca máxima que provoca la muerte del enfermo, encontrándose constantemente en las autopsias hiperemias y edemas de pulmón y de otras vísceras, disminución en la cantidad total de sangre circulante y aumento exagerado de su concentración. (*Deutsche Med. Woch.*, 1934, núms. 44 y 45).—F. G. D.

* * *

EL TIPO MORFOLÓGICO CONSTITUCIONAL PREDOMINANTE EN LOS PREDISPUUESTOS AL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO, por el Dr. Giovanni, Mayor Médico del Hospital Militar de Bologna. *Giornale di Medicina Militaire*, Enero-Febrero 1931. — Como una aplicación práctica de la orientación constitucionalista que se ha comenzado a adoptar en el ejército italiano, el autor ha efectuado una investigación, para averiguar cuál es el tipo morfológico más frecuente, sobre 200 militares de la misma edad y en idénticas condiciones de vida y que ya han sufrido la poliartritis reumática.

Ante todo, establece como indubitable el orden infeccioso del reumatismo articular agudo y admite una predisposición constitucional que es hereditaria y, por lo tanto, transmisible por vía parenteral, vale decir una diátesis.

Considera que a pesar de que algunos autores, Bouchard, Besnier, etcétera, han identificado el artrismo con ese terreno diatésico, él ha podido constatar, coincidiendo con Barbier, Bezancon, M. P. Weill, que no tienen nada de común.

El autor ha creído interesante indagar qué preferencia tiene el

reumatismo articular agudo para las dos formas de desviación (ectipos) que se destacan en un sentido opuesto del normotipo; teniendo en cuenta que la poliartritis reumática es una enfermedad que manifiestamente ataca al sistema de relación y recordando que aquellos dos tipos el uno se caracteriza de deficiencia del tronco y cavidades esplánicas respecto a extremidades y, por ello, prevalencia de los órganos de la vida de relación sobre aquellos de la vida vegetativa (primera combinación morfológica de De Giovanni, longuilíneos o microesplánicos de Viola) y el otro: de exuberancia del tronco y, por lo tanto, de cavidades esplánicas sobre extremidades, con prevalencia del sistema de la vida vegetativa sobre aquélla de relación (tercera combinación morfológica de De Giovanni, brevilíneos o megaloesplánicos de Viola).

Luego de ponderar la eficacia del método de Viola que ha usado para el examen antropométrico y morfológico-clínico, informa los resultados de su investigación basada en los criterios de las clasificaciones de: Viola y Fici, Barbara y la reciente y muy moderna de

Viola que contempla la determinación del valor somático, del tipo morfológico, del error específico y del error genérico.

Como resultados, los predispuestos al reumatismo articular agudo, serían sujetos longuilíneos y no brevilíneos como ha afirmado Pende; sujetos hiponútridos, carácter por otro lado peculiar de su constitución microesplánica.

Ese estado de hiponutrición, vendría indirectamente a confirmar que el terreno constitucional diatéxico en ellos presente, es diverso de aquel artrítico que es generalmente caracterizado fuera del estado neuro-artrítico, por hipernutrición.

Además investiga el signo de Stiller que Viola y Fici han encontrado con fuerte porcentaje (90 por 100) en longuitipos (ectipos sanos) y que el autor lo ha hallado sólo en el 20 por 100 de los casos, perteneciendo casi todos al tipo longuilíneo puro y expresa la opinión de Viola sobre el significado morfológico constitucional de tal signo costal, que debe estimarse ligado a la constitución morfológica longuilínea hiperevoluta y no considerarse como estigma de especial forma morbosa como quería Stiller.—*Arturo León López.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

LAS LESIONES POR TUBERCULOSIS PULMONAR DURANTE LA ÚLTIMA GUERRA, por M. Dupuy, Teniente Médico.—A raíz de la guerra de 1914-18, las pensiones militares tomaron una extensión considerable. La imputabilidad al

servicio militar, de la tuberculosis pulmonar, fué admitida en muchos casos por presunción legal de origen (Ley de 31 de Marzo de 1919). Esta presunción acaba de ser suprimida por la ley de Presupuestos de 28 de Febrero de

1933 en el período de paz, pero mantenida en el de guerra. Resulta de estas nuevas disposiciones que todo candidato tuberculoso a una pensión militar, está ahora obligado a demostrar por un hecho preciso del servicio y por una indagación subsiguiente la imputabilidad de su enfermedad al servicio militar. Por otra parte, en evitación de pasados errores, se ha tenido en cuenta la curabilidad legal de la tuberculosis pulmonar, suprimiendo toda pensión definitiva.

A propósito de la intoxicación por los gases de combate, causa a menudo invocada por los antiguos combatientes, se ha establecido que la tuberculosis sea apreciada a continuación de la intoxicación, o que entre la fecha de esta última y la aparición de la enfermedad no haya habido intervalo libre de los síntomas bronco-pulmonares. Si la tuberculosis aparece algunos años después de la guerra, la imputabilidad al servicio no puede ya ser admitida.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Avril 1934).—J. P.

* * *

EL PAPEL DEL MÉDICO EN EL ENTRENAMIENTO DE LAS TROPAS DE MONTAÑA, por el Comandante Médico Girod, y los Capitanes Médicos Picquemal y Millo (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Aout - Septembre de 1933).—Las tropas de montaña deben vivir, trabajar y maniobrar en un terreno especial, la montaña. Partiendo de este hecho, su instrucción militar debe adaptarse a este terreno. El hombre llamado

a vivir en la montaña está sometido a dos influencias: el clima, caracterizado por la violencia y la brutalidad de sus variaciones y su repercusión más importante sobre el organismo; el terreno, caracterizado por el relieve, muy accidentado. La acción de la montaña sobre la economía puede conducir a tres hechos principales:

1.º *Altitud*.—Provocadora de reacciones respiratorias, circulatorias, hemáticas y excretoras y de trastornos tales, como el mal de las montañas.

2.º *Naturaleza del terreno*.—El relieve impone esfuerzos considerables, continuos, y, sobre todo, violentos, lo cual provoca un aumento de trabajo muscular, cardiovascular y respiratorio, muy fuerte.

3.º *El frío*.—Sobre todo húmedo que ocasiona lesiones locales, *el coup de froid*, y conduce a una sensibilidad particular, frente a ciertas enfermedades infecciosas.

Las tropas alpinas están destinadas a evolucionar y a combatir en montaña; su entrenamiento persigue un doble objeto: a) militar; haciéndolas adquirir una gran libertad de movimiento y de maniobra; b) profiláctica; buscando evitar los accidentes debidos al esfuerzo, mal preparado y mal dosificado, y a aquellos otros dependientes de la altitud, del terreno y del frío.

Estos objetivos se obtienen mediante una vigilancia continua de la higiene del soldado, sobre todo en lo concerniente al vestido y a la alimentación y por un entrenamiento racional y progresivo.—(*Archives médicales belges*, Juin 1934). J. P.

BIBLIOGRAFIA

Indicaciones, técnica y resultados de la gastrectomía, por el Dr. Serrada, Jefe del Servicio de aparato digestivo del Hospital de San José y Santa Adela. Precio: 5 pesetas.

Como resultado de una ponencia de la Academia Médico-Quirúrgica, el autor, antiguo Médico militar, reingresado recientemente en nuestro Cuerpo, hace en esta obrita un detallado resumen histórico de estas intervenciones, tan acrecentadas en estos últimos tiempos por el progreso quirúrgico y los resultados inmediatos y lejanos. Serrada recoge los datos de su consulta en la Cruz Roja durante los diez últimos años, de los que deduce que la cuarta parte de los enfermos del total que pasan por la consulta de aparato digestivo, lo son de úlcera o cáncer, en conjunto, 606 operaciones, siendo, entre ellas, 314 las resecciones practicadas.

Trata de la infección o complicación de la úlcera crónica, que se eleva en su estadística personal a un 60 por 100, describiendo la anatomía patológica de estas lesiones, así como de la asociación del cáncer y de la úlcera gástrica, pasando después a ocuparse de la técnica de la gastrectomía y estudiando al sujeto desde este punto de vista, pasando revista a los principales procedimientos y a sus derivados y dando a conocer algunos detalles de técnica en las gastrectomías practicadas por el autor.

Ocúpase, asimismo, de la gastrectomía total y de los resultados de la gastrectomía en general, exponiendo las impresiones personales de los operados, extendiéndose en algunas consideraciones acerca del metabolismo, del déficit pancreático y de ácido clorhídrico y de las reacciones biológicas en las complicaciones.

La mortalidad global operatoria asciende a un 8 ó 10 por 100, descendiendo la que se refiere a la úlcera a un 4.

Numerosos grabados y magníficas microfotografías avalloran este notable trabajo, que va seguido de una amplia y escogida nota bibliográfica.—*J. P.*

Sobre la génesis de las enfermedades mentales y nerviosas.
Teoría histológica, por el Dr. Eusebio Gimeno, Coman-
dante Médico.

Interesante opúsculo en el que el autor, después de hacer un apuntamiento de las funciones de la superficie cortical del cerebro, aún no bien determinadas, en gran parte de su extensión, no obstante el progreso de la neurofisiología y neuropatología y de la estructura del sistema nervioso, señala las zonas conocidas en totalidad o en parte, haciendo mención de los investigadores.

Estudia a continuación las impresiones sensoriales y su mecanismo de transmisión y las dificultades de apreciación de las facultades psíquicas, entrando de lleno en la teoría histológica que sirve de base al trabajo de que nos ocupamos.

El mecanismo histológico de la producción del sueño normal, la concepción del amiboismo celular, la existencia de los nervios reguladores de la corriente nerviosa demostrada por Cajal y otras importantes derivaciones seguidas de una amplia clasificación de los trastornos nerviosos y mentales, inducen al autor a conjeturar sobre los avances en estas tan áridas como importantes cuestiones y sobre su hipótesis histológica de la génesis enunciada.—*J. P.*

Destinos vacantes

Publicados por Orden circular de 4 del actual (D. O. núm 53).

Sanidad Militar (Medicina).—Inspección de Sanidad Militar de la primera Inspección general del Ejército, una de Teniente Coronel Médico.—Regimientos de Infantería números 14, 20, 36 (Astorga) y 39, una de Capitán Médico.—Batallón de Montaña núm. 5, una de Capitán Médico.—Batallón de Ametralladoras núm. 4, una de Capitán Médico.—Regimientos de Artillería Ligera números 1, 11 y 14, una de Capitán Médico.—Regimiento de Artillería a caballo, una de Teniente Médico.—Grupos mixtos de Zapadores y Telégrafos números 1, 2 y 4, una de Teniente Médico.—Primera Comandancia de Sanidad Militar, segundo grupo, una de Capitán y tres de Teniente Mé-

dico; cuarto grupo, dos de Teniente Médico.—Compañía automóvil para la División de Caballería, una de Teniente Médico. Plana Mayor de la segunda Comandancia de Sanidad Militar, una de Teniente Médico; primer grupo, una de Capitán y tres de Teniente Médico; segundo grupo, Sección Hipomóvil, dos de Teniente Médico; tercer grupo, dos de Teniente Médico; cuarto grupo, Sección Hipomóvil, dos de Teniente Médico.—Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la primera División orgánica, una de Coronel Médico.—Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la sexta División orgánica, una de Coronel Médico.—Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de Baleares, una de Teniente Coronel Médico.—Hospitales militares: de Madrid, dos de Teniente Médico; de Sevilla, una de Teniente Médico; de Valencia, una de Teniente Médico; de Barcelona, una de Teniente Médico; de Zaragoza, una de Teniente Médico; de Burgos, una de Comandante Médico; de Valladolid, una de Teniente Médico; de Las Palmas, una de Comandante Médico; de Ceuta, una de Comandante Médico.—Enfermería militar del Rif, una de Capitán Médico.—Necesidades y Contingencias del Servicio en el Rif, una de Teniente Médico.—Hospital militar de Larache, una de Capitán Médico.—Batallón de Cazadores de Africa núm. 8, una de Teniente Médico.—Batallón de Transmisiones de Marruecos, una de Capitán Médico.—Comandancia de Tropas de Intendencia de la Circunscripción Occidental, una de Capitán Médico y una de Teniente Médico.—Grupos de Fuerzas Regulares: de Larache núm. 4, una de Teniente Médico; de Alhucemas núm. 5, una de Capitán Médico. Grupo divisionario de Sanidad Militar de la Circunscripción Occidental, una de Teniente Médico.—Grupo divisionario de la Circunscripción Oriental, una de Capitán Médico.

Sanidad Militar (Farmacia).—Farmacia militar de la primera División orgánica, una de Subinspector Farmacéutico de segunda.—Farmacia militar de la tercera División orgánica, una de Farmacéutico segundo.—Farmacia militar de la quinta División orgánica, dos de Farmacéutico segundo.—Farmacia militar de la sexta División orgánica, una de Farmacéutico primero.—Farmacia del Hospital militar de Barcelona, una de Farmacéutico segundo.—Farmacia del Hospital militar de Vigo, una de Farmacéutico primero.—Farmacia de la Clínica militar de Oviedo, una de Farmacéutico primero.—Jefatura de los Servicios Farmacéuticos de Baleares, una de Farmacéutico segundo.—Farmacia del Hospital militar de Mahón, una de Farmacéutico segundo.—Jefatura de los Servicios Farmacéuticos de la Circunscripción Occidental y Farmacia del Hospital militar de Ceuta, una de Farmacéutico Mayor.—Farmacia de la Enfermería del Rif, una de Farmacéutico segundo.
