

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

FUNDADA EN 1886

PUBLICACIÓN QUINCENAL
(TERCERA ÉPOCA)

DIRECTOR

MANUEL MARTÍN SALAZAR

MÉDICO MILITAR

REDACTORES JEFES

JOSÉ POTOUS Y MARTÍNEZ

MÉDICO MILITAR

FIDEL PAGÉS MIRAVÉ

MÉDICO MILITAR

Comité permanente de colaboración:

F. G. DELEITO—E. ALONSO GARCÍA SIERRA—P. FARRERAS

Médicos militares.

S. CAMBRONERO

Farmacéutico militar.



Tomo XII.—Año 1922

MADRID

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO NIETO Y COMPAÑÍA

Tutor, 16.—Teléfono 20-42-J.

1922

ÍNDICE DEL TOMO XII

A

	<u>Pá ginas.</u>
Algunas consideraciones psiquiátricas acerca del número 118 del Cuadro de Exenciones vigente. Julio Camino	313
Algunas observaciones sobre la terapéutica antisifilítica con silversalvarsán (conclusión). Manuel Garriga	6
Algunos tratamientos recientes de la conjuntivitis gonocócica Octavio Sostre	305
Aspiraciones del Cuerpo de Sanidad: Olvido que debe repararse.	405

B

Balance psiquiátrico. Jesús Prieto	372 y	399
---	-------	-----

BIBLIOGRAFÍA:

Adulteraciones alimenticias, medios prácticos de reconocerlas y modo de evitarlas. Acción del Estado y del individuo. <i>D. Gregorio Olea</i>	56
El servicio farmacéutico del Ejército francés durante la guerra de 1914-18. <i>Dr. Antonio Moyano Cordón</i>	121
El tratamiento del paludismo en el Ejército español de Marruecos. <i>Antonio Oliveros Ruiz</i>	724
Estado actual de la doctrina de las secreciones internas. <i>Doctor D. Gregorio Marañón y Posadillo</i>	300
Estudio clínico terapéutico de los síntomas cardíacos de origen extracardíaco. <i>Dr. Antonio Crespo Alvarez</i>	604
Excmo. Sr. D. José Gómez Ocaña. Algunos datos de su biografía y para el juicio crítico de sus obras. <i>Manuel y Fernando Conde y López</i>	693
Higiene de la casa del pobre. <i>Dr. Leopoldo López Pérez</i>	184
Índice bibliográfico de Medicina 1922.....	573
La Intendencia Militar de los Ferrocarriles y etapas. <i>Ramiro Campos Turmo</i>	23
La investigación biológica en el cáncer. <i>Dr. Eduardo Semprún</i>	489
La Sanidad Militar en el Ejército español. <i>D. Guillermo Fernández Dávila</i>	57
La sordera y los vértigo como accidentes del trabajo. <i>Doctor C. Compaired</i>	81
Le Service de Santé de la III ^e Armée pendant la Bataille des France, Médecin Inspecteur Général Bassères.....	625
Manual [de Urología y Cirugía génito-urinaria. <i>Dr. Don Rafael Mollá</i>	272

Memoria dirigida al Excmo. Ayuntamiento de Madrid <i>Luis Heredero</i>	150
Reglamento-Programa para la enseñanza de enfermeras de San Vicente de Paúl de los Hospitales militares....	424
Sífilis cerebral de localización meningea por reacción de Herxheimer, consecutiva ésta a inyección de neosalvarsan. <i>Dr. Barrio de Medina</i>	667
Sobre lactancia artificial en las instituciones de puericultura y en la práctica privada. <i>Enrique Alabern</i>	210
Urología del médico práctico, con especial descripción de la técnica instrumental. <i>Dr. I. Cohn</i>	329
Bibliografía farmacéutico-militar. <i>L. Nieto</i>	593, 650 y 684
Biblioteca médico-castrense española. <i>L. Nieto</i>	530

C

Constitución histológica de las paratiroides internas. <i>F. Alberico Sánchez</i>	69
Contribución al estudio de la anestesia de los espláncnicos. <i>Antonio Guzmán Raíz</i>	713
Contribución al estudio de la conjuntivitis folicular. <i>Florentin Mallol</i>	467
Cuerpo de Sanidad Militar, Relación de donativos para erigir un mausoleo a la memoria de los muertos en campaña del expresado Cuerpo.....	381, 410, 452 y 483
Cuestiones sanitarias. La verdad de los hechos.....	51

D

Deuda de gratitud.....	180
Discusión en el Senado acerca de una enmienda del Sr. <i>Gil Casares</i>	493
Dos casos de traqueotomía <i>Abilio Conejero</i>	611

E

Ejercicio de demostración de material sanitario del Ejército francés en Marsella. <i>J. Potous</i>	555
El ácido cianhídrico en la higiene militar. <i>Dr. A. Redondo Flores</i>	43 y 221
El acto heroico del Médico Perdomo. <i>XX</i>	659
El Cuerpo de Sanidad Militar, el Estado Mayor Central del Ejército y los Ministros de la Guerra. <i>XXX</i>	110
El Dr. Semprún en Alemania.....	598
El hipnotismo y los síndromes motores del histerismo. <i>Julio Camino</i>	475
El homenaje a Gómez Ulla. <i>Dr. Martín Salazar</i>	369
El Senado y la Sanidad Militar.....	249

	<u>Páginas.</u>
En el Hospital de Carabanchel.....	415
En la Sociedad Española de Higiene.	471, 495 y 527
Escuelas prácticas de la primera Comandancias de tropas de Sanidad Militar. F. Ramos de Molins	703
Esplenomegalia palúdica con reacción mieloide. F. Alberico Sánchez	196 y 224
Experiencias sobre la malaria durante la guerra. Dr. Nocht . 229 y	285

H

Hospital militar de Cádiz (sala de cirugía). Luis Rubio	643
--	-----

I

In memoriam.....	177
Introspección. Dr. Galo Fernández España	166 y 193

L

La anestesia local en las operaciones intra-abdominales. J. Planelles	189
Labor plausible. La reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar.....	265
La cianhidrización en el Ejército.....	291
La estadística sanitaria del Ejército español (año de 1920). José Potous	219
La Jefatura de la Sección de Sanidad Militar	621
Las albúminas heteróminas en terapéutica ocular. F. Mallol de la Riva	61
La sífilis en los indígenas del Yobala. José Escobar	349 y 375
Las nuevas plantillas del Cuerpo de Sanidad Militar.....	535
Las reformas de Sanidad Militar.....	323
La tifoidea en el Ejército. Dr. D. Francisco Soler Garde ...	560,
587, 618, 647, 678 y	709
Los grandes oculistas de Europa. Jerónimo Sal Lence	95 y 125

N

Necesidad urgente de reorganizar los servicios psiquiátricos en nuestro Ejército. Julio Camino	671
---	-----

NEUROLOGÍA:

D. Victor García Martínez.....	17
D. José Espina Rull.....	18
D. Wenceslao Perdomo Benítez.....	18
D. Enrique Videgain Aguilar.....	19

	<u>Páginas.</u>
D. Daniel Miranda Román.....	19
D. Luis Fernández Jaro.....	204
D. Aquilino Fernández Vieta.....	266
D. Fernando Morell Terry.....	324
D. Pedro Lombana Rañada.....	418
D. Alfonso Aldeanueva Monje.....	453
D. Enrique Calatrava Torres.....	545
D. Félix Lázaro Muriel.....	599
D. Abilio Conejero Ruiz.....	600
D. Fernando Serrano Flores.....	621
D. Alberto Valdés Estrada.....	717
Notas de terapéutica y farmacología: Sobre una incompatibilidad. Dr. Leopoldo López Pérez.	1
Nuevos modos de exploración eléctrica de la excitabilidad neuromuscular. Octavio Sostre	172

O

Observaciones sobre cirugía de guerra. Dr. Nabuco de Goubea. 14, 103 y	135
Oclusión crónica infrapapilar y úlcera del duodeno asociadas. Fernando Plaza.	583 y 614

P

Prácticas radiológicas. Miguel Benzo Cano	339
--	-----

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA:

Algunas experiencias sobre la reacción de la luetina para el diagnóstico de la sífilis.....	297
Apendicitis: lesiones nerviosas.....	54
Cirugía del colon: fístulas y falsos tumores.....	388
Cutivacunación contra el carbunco.....	55
El silicato de sosa en el tratamiento de la arterioesclerosis..	549
Ensayo epidemiológico sobre la encefalitis epidémica.....	572
Envenenamiento mortal producido por aplicación de una pomada de naftol B.....	665
Epilepsia metatraumática... ..	120
Fractura del cráneo complicada de lesiones hipofisarias....	209
Identificación de los cadáveres por medio de la ficha dentaria signalética.....	458
Inmunización con tóxicas privadas de su toxicidad.....	423
La alianza de la higiene y de la patología en la medicina preventiva: el examen sanitario y sistemático.....	363
La desaparición de la fiebre amarilla.. ..	269
La osteomalacia por hambre en Viena.....	79

	<u>Páginas.</u>
La profilaxia antivenérea.....	183
La prueba de la glicerina adrenalínica en las enfermedades del hígado.....	298
La radioscopia de los riñones.....	242
Las neumoconiosis.	243
Los resultados lejanos de la cura en los sanatorios.....	602
Papel de la contaminación de las manos y otros objetos en la transmisión de las enfermedades contagiosas.....	21
Profilaxis de la tuberculosis a bordo de los buques de comercio.....	328
Reducción de las luxaciones con anestesia local.....	722
Sobre el asma hidatídico.....	691
Substitución de las curas y apósitos corrientes por jaulas asépticas, en el tratamiento de heridas, úlceras, etc.	499
Un caso de insuficiencia suprarrenal aguda en el curso de una fiebre recurrente. Lesiones preexistentes de las cápsulas suprarrenales.....	624
Un caso de tumor cerebral tratado por la radioterapia, y curado, al menos en apariencia.....	148
Un nuevo procedimiento de transfusión de sangre.....	362
Vacunoterapia de la oftalmogonorrea.....	487

PRENSA MILITAR PROFESIONAL:

Aparatos destinados al transporte sobre mulos, sistema Schuller, en las ambulancias francesas de las columnas móviles.	572
Aparatos para la comprobación de los cambios respiratorios en la Escuela de Gimnasia militar de Joinville.....	723
Consejos prácticos para el Ejército metropolitano llamado a servir en Africa.....	243
Dos casos de fractura de las espinas de la tibia en dos soldados.....	423
El personal y el material del puesto de socorro regimental ..	299
El tanque de guerra considerado desde el punto de vista médico.....	120
Empleo de los métodos eléctricos en los heridos de guerra...	459
Enfermedades de los ojos en la isla de Malta durante 1916-1917, observadas entre las tropas expedicionarias inglesas.	270
Inauguración del monumento a los camilleros de la región de la Somme.	625
La guerra y la sífilis hereditaria.....	329
La lucha antivenérea en el Ejército italiano durante la guerra de 1915 a 1918.....	22
La peste a bordo del buque de guerra «Cronstadt» en la rada de Biceria.....	210
La profilaxia mental en el Ejército.....	665

	<u>Páginas.</u>
La tuberculosis entre las tropas en campaña.....	692
Los Hospitales de evacuación en la guerra de trinchera y en la de movimiento.....	361
Los inútiles y la movilización.....	149
Los puestos de socorro.....	80
Mesa de operaciones plegable de «campana» en el Ejército francés.....	549
Organización de los servicios de profilaxia antimalárica en el Ejército Italiano durante la guerra 1915-1918.....	488
Reflexiones sobre el servicio de Sanidad en campaña en las guerras antiguas, recientes y futuras.....	389
Repartición del paludismo en Africa del Sur y determinación de los mosquitos en las zonas de los Hospitales militares.....	55
Síndromes de la famina en los prisioneros de guerra italianos en Alemania.....	500
Tuberculosis y reclutamiento militar.....	603
Un sector médico-quirúrgico del interior.....	184
Proyecto de material sanitario para los Cuerpos y Ambulancias. José Serret Tristany	260, 279, 308 y 346

S

Sanidad Militar: Instrucciones generales para el servicio de cirugía. D. Mariano Gómez Ulla	31
Sección oficial. 24, 57, 81, 122, 150, 185, 211, 244, 273, 302, 330, 365, 390, 425, 460, 490, 501, 550, 573, 605, 627, 667, 694 y Segundo Congreso Internacional de Medicina y Farmacia militares.....	726
Segundo Congreso Internacional de Medicina y Farmacia militares.....	201

T

Trenes hospitalares. Dr. A. Calvo Flores	159
Tres notas sobre cianhidrización. A. Redondo Flores	716

U

Una carta de Gómez Ulla.....	410
Una conferencia interesante.....	202
Un documento interesante.....	114

V

Valor diagnóstico del vértigo voltaico. Abilio Conejero	567
Variedades..... 19, 53, 76, 116, 144, 182, 205, 239, 267, 293, 325, 360, 384, 419, 454, 484, 499, 545, 569, 600, 622, 661, 688 y	718

Suplementos.—Manual legislativo.

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XII.

Madrid, 1 de Enero de 1922.

Núm. 1.

SUMARIO

Notas de terapéutica y farmacología: Sobre una incompatibilidad, por el **Dr. Leopoldo López Pérez**.—*Algunas observaciones sobre la terapéutica antisifilítica con silbersalvarsán* (conclusión), por **Manuel Garriga**.—*Observaciones sobre cirugía de guerra* (continuación), por el **doctor Nabuco de Goubea**.—*Necrología*: D. Victor García Martínez.—D. José Espina Rull.—D. Wenceslao Perdomo Benitez.—D. Enrique Videgain Aguilar.—D. Daniel Miranda Román.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Papel de la contaminación de las manos y otros objetos en la transmisión de las enfermedades contagiosas.—*Prensa militar profesional*: La lucha antivenérea en el Ejército italiano durante la guerra de 1915 a 1918.—*Bibliografía*: La Intendencia Militar de los Ferrocarriles y Etapas, por **Ramiro Campos Turmo**.—*Sección oficial*. SUPLEMENTO.—Índice del tomo XI.

NOTAS DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

SOBRE UNA INCOMPATIBILIDAD

El ejercicio diario de la profesión sugiere casos dignos de ser anotados por el médico que, recurriendo no pocas veces a formularios diversos, prescribe la asociación de medicamentos, consignados en muchos de ellos, sí, pero notoriamente incompatibles.

La dinámica de estos preparados sobre el organismo puede ser bien diferente de la que el terapeuta se propuso, toda vez que alterada la fisonomía físicoquímica de los gérmenes, por haber reaccionado entre sí, pudieron haber cambiado también las diversas propiedades de que están dotados.

Como justificación de lo dicho, fijemos nuestra atención en una fórmula de uso corriente, y que aparece consignada en algún formulario (1):

(1) Dr. V. Hersen: *Guía-formulario de Terapéutica*, 4.^a edición, página 666, línea 4.

Biyoduro de mercurio.....	20 centigramos.
Bicloruro de mercurio.....	1 gramo.
Alcohol de 90° c.....	40 gramos.
Agua destilada.....	250 »

(QUINQUAND.)

Ya en otra ocasión hicimos ver lo diferente que podía ser la acción de los fármacos sobre el organismo en el caso concreto de la poción de Tood (1).

Hoy insistimos sobre la necesidad de que el médico clínico prescriba solamente fórmulas que su práctica profesional le haga ver la conveniencia de su empleo. Pues si recurre sistemáticamente al manejo de formularios terapéuticos, puede encontrarse en ellos con asociaciones que, siendo excelentes a primera vista para ser usadas en determinada afección, por ser incompatible la asociación de los diversos componentes de ella, pueden producir acción bien diferente de la que el clínico se propuso.

En la fórmula dicha, preconizada como loción para combatir la pelada, se da el caso de hallarse asociados el cloruro y el yoduro mercúrico en solución hidroalcohólica.

Discurramos sobre esta asociación medicamentosa.

Veamos las características de solubilidad del yoduro mercúrico (I₂ Hg) en algunos formularios:

Medicamento (2) casi insoluble en el agua (1 : 6.000, aproximadamente).

Soluble en 130 partes de alcohol frío y fácilmente en las soluciones de yoduros alcalinos, de cloruro sódico y de sales amónicas,

(1) Tomo I, pág. 789.

(2) «De práctica profesional. Importancia del modo de recetar.» *Revista de Sanidad Militar*, año X, núm. 11, pág. 321.

Dorvault: *La Oficina de Farmacia Española*, por el Dr. D. Joaquín Más y Guindal. Madrid, 1920.

El Monitor de la Farmacia y de la Terapéutica, núm. 887, 5 de Julio de 1920.

Boletín Oficial del Colegio de Farmacéuticos de Cádiz, año III, número 28, pág. 453.

Revista Navarra de Medicina, Cirugía y Farmacia, año VIII, número 85, pág. 5.

Gaceta Médica Catalana, tomo LII, núm. 1.038. Barcelona, año XLIII, página 182.

formando sales dobles (yoduro mercúrico sódico o potásico, cuyas soluciones son incoloras).

La Farmacopea Española (1) dice: polvo casi insoluble en agua, soluble en alcohol y muy soluble en la solución de IK.

La Farmacopea Francesa (2): casi insoluble en el agua fría; más soluble en la hirviente.

a $+ 15^{\circ}$ C. en 130 partes de alcohol de 90° C. y en 20 partes a la temperatura de ebullición.

La solución acuosa de yoduro potásico se disuelve formando yoduro soluble.

Gerard (3) le asigna las siguientes características: poco soluble en agua, soluble en el alcohol, así como en una solución acuosa de sublimado y de yoduro potásico.

Lyon y Loiseau (4) se expresan del siguiente modo: casi insoluble en el agua (0,04 gramos por 100), soluble en el alcohol (1 por 200) y en las soluciones de yoduros y cloruros alcalinos.

El profesor Schmidt (5): el yoduro mercúrico es casi insoluble en el agua (1 litro de agua a $17^{\circ},5$ disuelve 0,0403 gramos), pero se disuelve en 130 partes de alcohol de 90 por 100 en frío y en 20 partes a la ebullición, dando un líquido incoloro, así como en las soluciones de muchos cloruros y yoduros.

Es decir, que todos los autores concuerdan en cuanto a la solubilidad de este compuesto.

Ahora bien; si fijamos nuestra atención en la fórmula dicha (Quinquand), a primera vista observaremos que en ella se hallan asociados el Cl Hg y el I₂ Hg.

Y si, como hemos visto, Gerard dice que el I₂ Hg se disuelve en una solución de sublimado, nos daremos cuenta perfecta que en dicha asociación el papel del cloruro mercúrico debe ser como disolvente del yoduro de este mismo metal.

Pues si nos fijamos en la propiedad que tiene el yoduro mercú-

(1) 7.^a edición, 1905, pág. 625.

(2) *Codex Medicamentarius Gallicus Pharmacopée Française*. París, 1908.

(3) *Precis de manipulations de Pharmacie*. París, 1912, pág. 192.

(4) *Formulario de Terapéutica*, pág. 362.

(5) *Química Farmacéutica*, Barcelona (Espasa editores), tomo I. *Química inorgánica*, pág. 1.088.

rico de tender a formar sales dobles, en el caso actual la disolución no será puramente física, sino química, por formarse cloroyoduro mercúrico.

Y si, como dicen Lyon y Loisseau (1), el poder antiséptico del biyoduro, así como el del sublimado, se debilita en las sales dobles y en las soluciones alcohólicas y glicerinadas.

Y el Dr. Camilo Calleja (2) se expresa, respecto al yoduro mercúrico, diciendo que como medicamento es casi solamente un mercurial; en la fórmula prescrita por Quinquand (única en la cual hemos encontrado asociados el cloruro y el yoduro mercúrico), se tenderá, sin duda, a debilitar la acción enérgica e irritante atribuída al yoduro mercúrico.

Ahora bien; si, como supone Mialhe (3), los efectos terapéuticos del yoduro mercúrico provienen de haberse transformado en cloruro mercúrico por reacción de los cloruros del organismo y en la fórmula indicada, se prescribe asociado ya al cloruro mercúrico, no llega a comprenderse claramente el efecto que el terapeuta se ha propuesto con esta asociación medicamentosa, en la que ya va la solución mercúrica al estado de cloruro. Mas si nos fijamos en que Louberain (4) admite que dichos efectos son debidos a combinarse la sal mercúrica con la albúmina, formando compuestos solubles en los cloruros del organismo, y, por lo tanto, difusibles, bien pudiera explicarse la asociación de Quinquand, fundamentada en esta hipótesis, toda vez que se cumple la condición de solubilidad de la sal mercúrica de yodo.

En síntesis, diremos: que el terapeuta parece se propone, con la aplicación de esta fórmula, disminuir la acción irritante enérgica del I_2 Hg sobre el organismo, mediante su disolución en la de sublimado.

Ahora bien; si ese fué el fin, debiera sustituirse el Cl Hg por el IK (cuerpo nada irritante).

Y si lo que se busca es la acción antiséptica del sublimado, el yoduro mercúrico la debilita grandemente.

Por último, a la tendencia del yoduro mercúrico a formar sal

(1) Formulario citado, pág. 362.

(2) *Recetario Internacional*, 2.^a edición. Madrid, 1917, pág. 515.

(3) Sádaba: *Farmacia práctica*, tomo I, pág. 763.

(4) *Idem* id., tomo I, página citada.

doble con el cloruro mercúrico y el yoduro potásico, debe, pues, atribuirse su incompatibilidad con dichas sales.

Digamos ahora dos palabras acerca de la preparación de esta asociación medicamentosa:

La técnica a seguir es la siguiente: se disuelve en un mortero, por trituración, el cloruro mercúrico en la precisa cantidad de agua, y se completa el total prescrito en la fórmula.

Por otro lado, se tritura también en un mortero el I_2 Hg con el alcohol y se termina la operación vertiendo poco a poco esta solución sobre la primera.

En cambio, si se vierte la primera sobre la segunda, se produce un precipitado de I_2 Hg, insoluble en la solución de cloruro mercúrico prescrita, pero soluble si se agrega un exceso de Cl_2 Hg en polvo.

Si nos fijamos en el proceso de la solución, vemos que en el primer caso se forma cloroyoduro mercúrico soluble; en el segundo, en cambio, no obstante hallarse en exceso el cloruro mercúrico con relación al yoduro, sin duda la constitución del yoduro precipitado necesita más sal mercúrica para volver a formar la combinación cloroyoduro mercúrico.

Es, sin duda alguna, el estado de agregación molecular el que interviene de modo directo en la formación de esta sal doble.

En la firme creencia que con la fórmula de Quinquand pudiera el terapeuta conseguir efecto un tanto diferente de lo que se proponga al prescribir dicha asociación medicamentosa, creemos de suma utilidad para la práctica profesional estas observaciones, que, no por ser conocidas, deben ser olvidadas.

DR. LEOPOLDO LÓPEZ PÉREZ,

Farmacéutico mayor de la Armada.

Hospital de Marina de San Carlos, San Fernando (Cádiz).



Algunas observaciones sobre la terapéutica antisifilítica con silbersalvarsán

(Conclusión.)

Pero es frecuente que durante el tratamiento se haga positiva la reacción, incluso después de la primera inyección que actúa de estimuladora; ocurre esto, generalmente, cuando la terapéutica se inicia de los quince a veinte días después de la aparición del chancre, y en este caso una terapéutica continuada (15 inyecciones del silber) suele hacerla ceder, manteniendo la esterilización por la administración subsiguiente del mercurio, y continuando más tarde el tratamiento en la forma antes indicada.

La cuestión del tratamiento abortivo de la sífilis es hoy una de las de más actualidad y gana de terreno, de día en día, en el ánimo y práctica de los sifiliólogos. Es casi siempre factible, con dosis seriadas normales de los distintos salvarsanes, cuando se comienza a raíz (hasta ocho días) de la aparición del chancre; más tarde, hemos podido observar que es también posible, si el enfermo tolera dosis de medicamentos muy elevadas y repetidas con gran frecuencia. Como dice felizmente Sabouraud, en este tratamiento debe seguirse una conducta análoga a la que se sigue en la inmunización antirrábica, es decir, adelantarse con la terapéutica a la infección. Hoy parece probado por repetidas y concienzudas observaciones, que los arsenicales crean estado refractario a la enfermedad, como parece comprobarlo la realidad del llamado *tratamiento preventivo o profláctico* con inyecciones de distintos salvarsanes. Pues bien; nos parece que, si en cierto número de días, contados a partir de la aparición del chancre (veinticinco a cuarenta y cinco días), el organismo ha recibido de 2 a 3 gramos de silbersalvarsán, el medicamento habrá creado el estado refractario y la reacción no sobrevendrá. Se podrá argüir que, desde ese momento, podrá estimarse curada la sífilis, y, realmente, si la práctica respondiera a las concepciones teóricas, así debiera ser; pero la serorreacción es susceptible de reactivarse, y, por consi-

guiente, misión de la terapéutica es impedir esa recidiva; de aquí la necesidad de continuar el tratamiento; pues, hoy por hoy, no disponemos de ningún recurso que nos demuestre, de modo preciso y seguro, cuándo la sífilis está curada.

b) *Enfermos en periodo secundario.*—Interpretamos como tal, aparte de las eflorescencias cutáneomucosas características, el Wassermann positivo, aun en ausencia de aquellos síntomas clínicos. Ordinariamente, es la serorreacción síndrome más precoz que los brotes eruptivos, y de por sí justifica una terapéutica intensa que puede, en ocasiones, impedir la aparición de placas y pápulas, lo que no es poco desde el punto de vista de la contagiosidad de estas lesiones. En todo enfermo con Wassermann positivo nosotros intentamos, y generalmente lo conseguimos, un tratamiento mixto y permanente, tan largo cuanto lo exija la negatividad de los síntomas clínicos e inmunológicos. Primero damos de 10 a 15 inyecciones de salvarsanplata (de 2,15 a 3 gramos), y luego seis de calomelanos (0,08 cada una) o 30 de cianuro (0,02 gr.). Después reanudamos la terapéutica en igual forma. Si el Wassermann se ha hecho negativo, hacemos un tratamiento complementario exactamente igual al indicado, y después del mismo dejamos descansar dos meses al enfermo, reanudando la terapéutica por dos años, en la forma que luego diremos. Una terapéutica permanente es hoy aconsejada por muchos sifilólogos, y por lo que se refiere a mi pequeña experiencia, puedo asegurar que es bien tolerada por casi todos los enfermos.

c) *Enfermos en intervalos de latencia de la enfermedad.*—Tienen Wassermann negativo y ausencia de todo síntoma clínico. Aquí la pauta de la terapéutica la da el número de tratamientos que ha sufrido el enfermo, su duración y la fecha del último Wassermann positivo. Cuanto más tiempo haga de éste y más tratamientos se hayan seguido, más seguridades hay de la curación y mayores intervalos de descanso pueden darse al enfermo. Si ello ocurre durante el final del primer año y transcurso del segundo de la sífilis, damos seis inyecciones de argentosalvarsán (0,10 a 0,25 grs.) en seis semanas; descanso de dos a tres meses, y nuevo Wassermann. Si en el curso de un tratamiento la reacción se tornase positiva (reactivación), es imprescindible comenzar de nuevo una terapéutica permanente como antes hemos dicho. En una palabra: el síntoma de laboratorio es de tal importancia para el por-

venir del enfermo, que hasta su negatividad definitiva debe proseguirse el tratamiento. No parece confirmarse la idea emitida por algún autor (Vernes), de que la negatividad del Wassermann mantenida más de ocho meses la hace ya definitiva; por consiguiente, lo serorreacción debe perseguirse e investigarse periódicamente.

d) *Enfermos con accidentes terciarios.*—O bien con síndromes séricos y del líquido céfalloarraquídeo. La terapéutica mixta (arsenomercurial y yódica) ha de ser muy intensa y pertinaz. En enfermos de tabes y parálisis general damos cinco inyecciones semanales: tres de 0,15 gramos de silbersalvarsán, en días alternos, y dos de cianuro, de dos centigramos, dejando libres dos días por semana. Quincenalmente damos una inyección intraespinal de medio miligramo de salvarsanplata, diluido en 10 c. c. de suero salino, y extrayendo 25 c. c. de líquido céfalloarraquídeo. Al mismo tiempo damos una inyección endovenosa de 20 centigramos de silber, pues la evacuación del líquido céfalloarraquídeo y la acción revulsiva de la dilución de silber, inyectada en el raquis (única acción que ejerce), son suficientes a provocar aracnoiditis y anormal permeabilidad de los plexos coroides, que dejan pasar a su través el arsenical inyectado en las venas. Hacemos un tratamiento continuado de tres meses, durante los cuales damos seis inyecciones intrarraquídeas y 5,50 a 6 gramos de argentosalvarsán (1).

Después de los tres meses de tratamiento el enfermo descansa otros tres, y reanuda la medicación en la misma forma. Nuestra experiencia es muy limitada todavía para apreciar la duración global del tratamiento; es más, los pequeños éxitos logrados, limitados a mejorías de no gran importancia, parecen indicar que estamos todavía muy atrasados en cuanto se refiere a la curabilidad de la parasifilis nerviosa.

En enfermos de sífilis cerebroespinal los resultados son, en cambio, muy favorables; se logra con una terapéutica activa permanente la curación de las lesiones, si no son muy antiguas.

Cuanto hemos dicho respecto al tratamiento general de la sífilis, en distintos períodos, es aplicable al de la heredosifilis; pero se tendrá en cuenta la edad y peso de los enfermitos para calcular la dosis. Esta puede considerarse de cuatro a cinco miligramos por

(1) Cinco inyecciones alternas de 0,15 gramos y una de 0,20 gramos (coincidiendo con la intraespinal) cada quincena.

kilo de peso, y debe darse semanalmente. Como preparado mercurial es muy útil una dilución siruposa de licor de Van Swieten o jarabe de Gibert. Procuraremos lograr, como en los adultos, la esterilización biológica, aunque los síntomas séricos son, en los heredosifílticos, más tenaces que en la sífilis adquirida.

Técnica de la inyección y accidentes que puede provocar el medicamento.—Nosotros hervimos en agua destilada (precisamente) una jeringa corriente de 10 c. c., con cánula fina de acero o platino y una capsulita de vidrio o porcelana. Después ponemos en ésta 6 u 8 c. c. de agua destilada o esterilizada o de suero salino normal. Abrimos la ampolla de silbersalvarsán y echamos su contenido en el líquido de la cápsula; el producto se disuelve bien, y es mejor no agitarlo para que no se concrete en grumos. La solución puede hacerse a lo Ravaut, en la misma ampolla del medicamento. Cargamos la jeringa y ponemos turgente la vena con un lazo de goma.

Como la solución es muy oscura, para tener la seguridad de estar en la vena, es útil dejar una gruesa burbuja de aire, que ocupe la cánula y alargador de la jeringa, y que, impulsada por la sangre, va a chocar contra el émbolo, sirviéndonos de seguro indicador y evitando los desagradables contratiempos que ocasiona verter la solución fuera del vaso. La inyección debe darse con tanta mayor lentitud, cuanto más concentrada esté la solución que se inyecta.

Los accidentes que pueden presentarse, aparte de los molestísimos que ocasiona inyectar medicamento fuera de la vena, son: fiebre, cefaleas, vómitos, crisis nitritoides, erupciones diversas y neurorrecidivas. Se citan casos de muerte, aunque muy contados.

Desde luego debe darse la inyección tres o cuatro horas después del desayuno o de la comida, y el enfermo no debe volver a tomar alimento hasta cuatro o cinco horas más tarde, si no nota fiebre o malestar de otra índole. En este caso se sujetará exclusivamente a la dieta láctea.

No hay inconveniente en que reanude sus ocupaciones una hora después de inyectado. La inyección la damos estando sentado el enfermo, que acostamos, y debe permanecer en cama uno o dos días, en casos de lesiones vasculares específicas.

Cuando comenzamos a emplear el silbersalvarsán, creíamos que la fiebre era constante después de las dos primeras inyeccio-

nes; pero, a medida que ha sido mayor nuestra experiencia, hemos podido apreciar que el accidente no es frecuente, y que lo mismo se observa en las primeras que en las últimas inyecciones. En un total de 2.300 inyecciones que hemos puesto, la fiebre ha podido demostrarse sólo en 500 o 600. Lo mismo ocurre en las cefaleas, que son más frecuentes cuando el enfermo come una hora antes o poco después de la inyección. Lo ordinario es que casi un 80 por 100 de los enfermos experimenten alguna molestia (malestar general, dolor de cabeza, fiebre) con las primeras inyecciones.

Algunos no las sufren hasta la cuarta o quinta, y suelen ellas ser bastante atenuadas. En cuanto a los vómitos, sobrevienen, bien a renglón seguido de la inyección, si hace poco tiempo que el enfermo ha tomado alimento, o bien dos o tres horas más tarde, porque éste come algo durante el período de reacción (de dos a cuatro horas). Como no son constantes los vómitos, convendrá estudiar la susceptibilidad del enfermo, y si ésta es acentuada, deberá hacersele observar una dieta especial, que abarca de tres horas antes a cinco después de la inyección. Buenas horas para inyectar son las diez de la mañana y las cinco de la tarde; en el primer caso, el enfermo puede tomar un ligero desayuno a las siete y media, y volver a comer frugalmente a las dos de la tarde; en el segundo, se hará una comida ligera a las doce y media o una, y se cenará a las nueve o diez de la noche. En los casos en que, a pesar de estas precauciones, sobrevienen vómitos, el enfermo observará dieta láctea rigurosa por veinticuatro horas. Nunca hemos observado diarreas ni ictericia, pero pueden presentarse, al igual que ocurre durante la medicación con los otros arsenicales.

Las crisis nitritoides son de intensidad muy variable y bastante frecuentes. Por lo general, pueden apreciarse en sus formas leves, en el 1 por 30 de los enfermos. Ordinariamente, el cuadro de las mismos queda reducido a vasodilatación inmediata a la inyección, con sensación de calor en la garganta y en el rostro. Este tórnase vultuoso, con congestión conjuntival intensa, sensación angustiosa de ahogo, y, a veces, como signo final y resolutivo, un vómito. La crisis dura, generalmente, de unos segundos a dos o tres minutos, y puede repetir varias veces durante las dos o tres horas siguientes, y aunque alarman a los enfermos, no pasan de

ser pequeños accidentes, sin mayor trascendencia y gravedad que la indicada.

En otras ocasiones la crisis es tardía y de más intensidad. El enfermo se encuentra repentinamente sobrecogido por un escalofrío inicial pequeño, que repite con mayor intensidad varias veces en pocos minutos, hasta que sobreviene otro intensísimo y de larga duración (crisis coloidoclásicas²), de quince a veinticinco minutos de duración, muy similar al del paludismo; el cuadro, tan angustioso para el enfermo, suele finalizar, o por sudoración profusa, sin dejar como rastro más molestias, o con fiebre y vómitos. También, en lugar de ser tan acelerados los escalofríos, pueden ser más espaciados y tenues, y de ocho a diez horas de duración. Hemos podido comprobar, *palpablemente*, después de usar algún tiempo la nueva medicación, que los accidentes vasocongestivos con escalofrío, que hemos descrito, son exclusivamente producidos por las condiciones del agua o suero empleado como disolvente, y, lo que también es muy importante, por las de la que se emplea para hervir la jeringa. Siempre que hemos esterilizado ésta en agua filtrada (muy caliza), han sucedido las crisis; asimismo, siempre que hemos usado agua bidestilada o suero salino antiguos, hemos observado los desagradables accidentes apuntados. Así, pues, lo mejor es disponer de un balón de vidrio duro (de Strömlin), donde se esterilizan el agua o suero para la inyección, recientemente preparados, y, además, hervir los utensilios para la misma en agua destilada. El tratamiento de las crisis es el clásico aconsejado siempre en estos accidentes, con solución al milésimo de adrenalina (8 a 20 gotas), tomadas antes o después de la inyección, o por vía hipodérmica (1 c. c.) en casos de mayor importancia. Desde luego, no debe aumentarse la dosis de la inyección siguiente en enfermos que en la anterior hayan presentado crisis congestivas.

Otros accidentes observados, aunque realmente raros, son eritrodermias difusas de intensidad variable. Nosotros las hemos visto en cuatro enfermos, de los cuales, en tres se presentaron de veinte a cuarenta días después de finalizar tratamientos de 8, 10 y 14 inyecciones, y, en otro, después de la segunda inyección (0,10 gramos). Ninguno de ellos había sufrido anteriores tratamientos salvarsánicos ni mercuriales, y tampoco presentaron alteraciones en la excreción nitrogenada, albuminuria, ni trastornos digesti-

vos. Tres de los enfermos citados presentaban eritema escarlatini-forme en sábana, muy pruriginoso, que comenzó a palidecer de los tres a cinco días de evolución, sin descomposición, y curando por completo en semana y media aproximadamente. En el otro, el eritema del mismo aspecto, pero más extenso y formando pápulas poco salientes en la cara interna de ambos brazos, apareció después de la segunda inyección, y terminó a los cinco días, por descamación de dos tipos: al principio, furfurácea, y, más tarde, de tipo exfoliativo, en grandes hojas, sobre todo, en las manos. La descamación duró cerca de tres meses, y el prurito, con ligera remitencia, sólo se mantuvo en los primeros diez días de la erupción. Como tratamiento, se suspendió la medicación arsenical y se administró adrenalina y cloruro cálcico, hiposulfito sódico (4 gramos) por vía intravenosa en días alternos y régimen lacto-vegetariano. Todos estos enfermos han sido más tarde sujetos a tratamiento seriado silbersalvarsánico, sin que hayamos observado en ellos el menor centratiempo.

Por último: hemos tenido un enfermo de cuarenta años, con sí-filis insospechada, y deducida de lesiones específicas y distróficas características, encontradas en dos de sus hijos, cuya infección, por relato del interesado, podía remontarse a veintidós años atrás en que tuvo un chancro. Wassermann claramente positivo (+ + + +) en el suero y orina normal. Le inyectamos 0,10 grs. de argento-salvarsán, que tolera muy bien. Tres días después, el enfermo se ve imposibilitado de abandonar el lecho, con intensísima cefalea, vómitos incoercibles, fenómenos parésicos del tercero y sexto pares, rigidez de la nuca y 37°,2 de temperatura. Al hacerle la raquí-centesis, obtenemos un líquido claro, hipertenso, con Wassermann negativo; 42 linfocitos por mm. c. (Nageotte), Nonne y Pandy positivos, y 0,26 grs. de albúmina (escala Bloch). Resulta negativa la investigación del Koch y diplococos diversos. En vista de los resultados que nos da el examen del líquido, consideramos que el enfermo padece meningo recidiva, de origen salvarsánico (verdadera reacción de Herxheimer nerviosa), y en vista de que sufre empeoramiento de toda la sintomatología en los tres días siguientes, nos decidimos a insistir en el tratamiento específico, haciéndolo con inyección intravenosa de cianuro (0,02 grs.), durante cuatro días, y dándole al quinto una segunda inyección (0,05 grs.) de silbersalvarsán, todo ello simultaneado con 3 grs. diarios de

yoduro potásico por vía digestiva, y repetido con regularidad durante tres meses. Siguiendo esta conducta, desde el cuarto día comenzaron a ceder los síntomas meníngeos, y al mes se encontraba el enfermo perfectamente; al final del tratamiento no presentaba tampoco ningún síntoma de laboratorio. Este caso acredita la necesidad de mercurializar bien a los enfermos de sífilis antigua no tratada, para evitar reacciones tan violentas que puedan incluso constituir un serio peligro para la vida del enfermo.

*
* *

En resumen: de nuestra experiencia sobre el silbersalvarsán puede deducirse:

1.º Que es el antisifilítico que más enérgica acción ejerce sobre los síntomas inmunológicos de la enfermedad.

2.º Que es de más amplias aplicaciones en el tratamiento abortivo que los restantes neoarsenicales.

3.º Que su toxicidad es menor que la del salvarsán (606), y no mayor que la del neosalvarsán y novarsenobenzol.

4.º Que los accidentes que provoca son siempre leves si se tienen en cuenta las siguientes indicaciones:

a) Enfermo sin lesiones renales.

b) Ebullición del instrumental que se emplea para las inyecciones, en agua destilada. Empleo, como disolvente, de agua bidestilada o suero salino isotónico recientemente preparados. Administrar la inyección tanto más lentamente cuanto más concentrada sea la solución que se inyecte.

c) Tratar previamente al enfermo con preparados mercuriales siempre que presente síntomas de vascularitis o su sífilis sea muy antigua. En el primer caso es absolutamente necesario el descanso prolongado del paciente.

d) Hacer tratamientos reglados de 12 a 15 inyecciones, de manera que se inyecten, en total, de 2 a 3 grs. de medicamento. Alternarlos o simultáneos con preparados mercuriales y yodurados. Insistir en la medicación hasta obtener un Wassermann negativo, y luego evitar su recidiva con tratamientos más moderados.

BIBLIOGRAFÍA EN CASTELLANO SOBRE EL MISMO ASUNTO.

Ferratges: REVISTA DE SANIDAD MILITAR: núm. 23. Diciembre 1919.
Garriga (M.): *Clinica castellana*: 1921.

Garriga (M.): «Sobre los límites del tratamiento abortivo de la sífilis.» *Asociación española para el progreso de las ciencias*. Congreso de Oporto, 1921.

Kolle. *Revista Médica de Hamburgo*, núm. 2, 1920, y núm. 5, 1921.

Sáinz de Aja y Echevarría: *Actas dermo-sifiliográficas*, núm. 3, 1921.

Sánchez-Covisa (J.) y Bejarano: *Siglo Médico*, números 3.481 y 3.482. 1920. *Actas dermo-sifiliográficas*. Junio y Julio 1920. *Archivos de Medicina, Cirugía y especialidades*. 1 Agosto 1921.

MANUEL GARRIGA,
Capitán Médico.

Valladolid, Octubre 1921.

OBSERVACIONES SOBRE CIRUGIA DE GUERRA

(CONTINUACIÓN)

LAS FASES DE UN HERIDO ABDOMINAL

A) *Del campo de batalla a la formación quirúrgica.*

A los cirujanos consultores de las grandes unidades corresponde velar con el mayor cuidado para que se lleven a conocimiento de los Médicos de los puestos de socorro, puesto de reconforto, y de los grupos de masajistas, ciertas recomendaciones referentes a los heridos en el vientre.

En ese sentido deben ser distribuídas frecuentes circulares, a fin de que los médicos hagan comprender a sus enfermeros y camilleros, ciertas prescripciones. Sería hasta útil que los propios combatientes tuviesen conocimiento de algunos de esos consejos, a fin de no cometer imprudencias cuando se ven heridos, y evitar que cometan faltas graves aun con la mejor buena fe, cuando auxilian a un camarada herido en el vientre.

Una vez levantado el herido deben recomendarle se quede inmóvil en la hamaca, no dándole, bajo ningún pretexto, nada a beber, a fin de evitar los vómitos y los consecuentes movimientos convulsivos del vientre.

Si un soldado o camillero, condolido ante la vista de su camarada herido que pide agua a gritos, caritativamente le da de beber,

comete un acto que puede tener consecuencias muy nocivas para el paciente.

Cuando mucho, lo que se puede hacer es aplicar una inyección de morfina para calmar los dolores e inmovilizar el intestino lo más rápido posible.

Finalmente, desde que el herido sea llevado al punto donde estacionan los automóviles sanitarios, deberá ser inmediatamente conducido sin esperar—como vi muchas veces hacerlo—la llegada de otros heridos para completar la capacidad de las ambulancias. Verdad que ese automóvil no puede andar con gran velocidad, sobre todo si los caminos no son buenos, pues es preciso evitar lo más posible los tropezones, aunque se trate de ir ligero. Se debe tratar de no detenerse en el trayecto hasta llegar a la formación especial destinada a los heridos del vientre. Es preciso tener siempre presente, en todas las fases del transporte, que ganar una hora representa muchas veces la salvación de la vida de un herido.

Los médicos del puesto de socorro deben recordar siempre que toda herida lumbar o de las fosas ilíacas puede ser también una herida del abdomen, comprobando si los pacientes sienten dolores de vientre (cólicos), y si el vientre estuviera duro y resistente al tacto (resistencia muscular), en cuyo caso procederán del mismo modo que con los heridos abdominales.

Deberán también abstenerse de toda maniobra ligera o repentina; nunca deben ceder al deseo de una franja del epilón o de cualquier porción del intestino que pueda estar herido o machucado. Deben limitarse a un curativo y dar inmediatamente pase al enfermo.

La inyección de suero antitetánico no es, en general, practicada en los puestos de socorro, sino después de la separación de los heridos, cuando puede ser hecha con relativa calma. Para los heridos de abdomen esa inyección precoz da los mejores resultados, no sólo porque previene el tétano, sino porque también favorece la coagulación de la sangre, evitando las grandes hemorragias. Con todo, para esa clase de heridos es conveniente no practicar esa inyección en la piel del vientre, que aun siendo el lugar preferido para otra especie de herida, no lo es para éstas, porque el dolor y la natural reacción de defensa que sobrevienen a la inyección pueden ocasionar sospechas en la apreciación de los síntomas locales.

B) *Llegada de los heridos.*

«El diagnóstico y la decisión operatoria.»

A la llegada del enfermo no debe haber esperas ni demoras, por pequeñas que sean; la cuestión de tiempo debe sobreponerse a todo, debe ser hecho inmediatamente el diagnóstico y la intervención.

Hay casos en que por una larga abertura salen en hernia o epilón el intestino; otros en que se puede precisar el herido abdominal por la región biceral que fué recorrida por el proyectil, examinándose el orificio de entrada y de salida. Hay casos en que, al contrario, es difícil constatar la dirección seguida, por la bala por sólo haber un orificio de entrada, una pequeña herida sobre todo cuando esa herida se encuentra en un punto alejado de la pared abdominal propiamente dicha, como, por ejemplo, en la región lumbar, junto a la columna vertebral, tórax, región del sacro, perineo, nalga, etc.; en estos casos el diagnóstico clínico debe ser corroborado por el diagnóstico radioscópico.

.....

La anestesia.

Cuando se operan los heridos en pleno campo, en el invierno, a la noche, en tiendas o barracas con comunicaciones mal cubiertas y mal calentadas, o cuando éstos hacen largos trayectos, el cloroformo debe ser el anestésico preferido, con el fin de evitar las congestiones pulmonares.

Cuando se opera de día, en el verano o cuando hay pasajes cerrados reuniendo todas las formaciones, es mucho más conveniente el uso del éter, por ser menos tóxico, más fácilmente eliminable y menos deprimente, con la condición, sin embargo, de ser aplicado con la máscara d'Obredanne.

Durante la guerra, en general, los aparatos de anestesia son tanto más indispensables, cuanto se está obligado a echar mano de anestésistas inexpertos. El ideal sería el empleo de la anestesia local por las soluciones de novocaína a 1 por 100. Ese método, sin embargo, tan precioso en la clínica civil, es casi impracticable en la cirugía de guerra, donde es siempre difícil obtener soluciones frescas y bien eterizadas.

La operación.

Dos son los principios primordiales de la laparotomía de guerra:

1.º Es preciso tener bastante claridad para evitar demoras y para la pesquisa exacta de las lesiones intraabdominales.

2.º Se debe siempre que sea posible, practicar estas laparotomías en posición horizontal, sin posición de Trendelenburg, a no ser en casos excepcionales, para evitar la generalización de una peritonitis.

.....

Resumiendo: Puede practicarse con éxito la cirugía abdominal de guerra. Es preciso, sin embargo, que se disponga de un equipo entrenado en este género de cirugía, de una instalación suficiente y de un laboratorio radiológico perfecto. Es necesario que los heridos sean recibidos en las primeras horas después de haber sido heridos, y que se pueda guardarlos y seguirlos después de la operación en alojamientos abrigados e inamovibles.

DR. NABUCO DE GOUBEA,

Jefe de la Misión Médica especial Brasileña en Francia.

(*Revista de Sanidad Militar*, de Buenos Aires.)

(Continuará.)

NECROLOGÍA

Don Víctor García Martínez,

Capitán Médico.

Nació en Mayagüez (Puerto Rico), el día 26 de Agosto de 1888, y en Junio de 1911 se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad Central. En 29 de Enero de 1915 fué nombrado Médico provisional y destinado al Hospital Militar de Barcelona, pasando después a prestar sus servicios al Regimiento Infantería de Alcántara. Previa oposición, ingresó en la Academia del Cuerpo en 28 de Septiembre de dicho año, obteniendo el em-

pleo de Médico segundo con la antigüedad de 13 de Junio de 1916, destinándosele al Regimiento Infantería de Toledo y en el mismo año al Hospital militar de Chafarinas, donde permaneció hasta Marzo de 1917, que fué destinado a la Comandancia general de Melilla, en la que prestó sus servicios hasta su ascenso a Capitán Médico en Diciembre de 1919. Quedó disponible en Melilla, y en Mayo de 1920 se le destinó a la Comandancia general de esa Plaza, para necesidades y contingencias del servicio. Fué Profesor de los cursos de Oftalmología, y asistió a diferentes operaciones de campaña. Estaba en posesión de una Cruz roja del Mérito Militar y de la Medalla de Africa. Murió gloriosamente el día 24 de Julio último en el territorio de Melilla.

Don José Espina Rull,

Capitán Médico.

Nació en Riera (Tarragona), el día 13 de Marzo de 1892, graduándose de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Barcelona, el día 27 de Junio de 1913. Ingresó en la Academia el 26 de Septiembre de 1914, ascendiendo a Médico segundo en 25 de Junio de 1915 y a Capitán Médico en 18 de Julio de 1919. Prestó sus servicios en los Regimientos Infantería del Serrallo y Luchana, Cuarto Regimiento de Zapadores Minadores, Cuarta Compañía de la antigua Brigada de tropas del Cuerpo y Enfermería de Monte Arruit. Destinado al Regimiento Infantería de Valladolid, encontró gloriosa muerte en el territorio de Melilla, el 25 de Octubre último.

Estaba en posesión de la Medalla de Marruecos.

Don Wenceslao Perdomo Benítez,

Teniente Médico.

Nació en Las Palmas (Canarias), el día 8 de Diciembre de 1895, y en Junio de 1920 se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía. Ingresó en la Academia el 27 de Septiembre del mismo año, obteniendo el empleo de Teniente Médico en 26 de Enero de 1921, y destinado al Regimiento Infantería de Saboya, pasando después a la Policía Indígena de Melilla. Murió por la Patria el 22 de Julio último, sirviendo dicho destino.

Don Enrique Videgain Aguilar,

Teniente Médico.

Nació en Seo de Urgel (Lérida), el día 25 de Noviembre de 1892, graduándose de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Valencia en Junio de 1917. En 27 de Septiembre de 1919 ingresó en la Academia, y en 21 de Enero de 1920 fué promovido a Teniente Médico, destinándosele al Regimiento Infantería de Africa, en cuyo destino y territorio de Melilla murió gloriosamente el 25 de Octubre último.

Don Daniel Miranda Román,

Farmacéutico segundo.

Nació en Algeciras, el día 10 de Octubre de 1899. En 26 de Julio de 1919 fué nombrado, previa oposición, Farmacéutico segundo, destinándosele al Hospital de Pamplona, pasando después a la Enfermería de Zeluán. Fué muerto gloriosamente durante el asedio de dicho poblado, entre los días 21 y 31 de Julio último.

Descansen en paz nuestros estimados compañeros.



V A R I E D A D E S

Al Subinspector Farmacéutico de primera clase D. Gregorio Olea le ha sido discernido, por la Sociedad Española de Higiene, uno de los Premios del legado Roel, por el mérito de su Memoria titulada *Adulteraciones alimenticias*.

Como de costumbre, la entrega del premio y del diploma de Socio Corresponsal a él anejo, tuvo lugar, de manos del excelentísimo Sr. Ministro de la Gobernación, en la solemne sesión inaugural del presente curso.

Reciba tan ilustrado Jefe nuestra cordial felicitación por este nuevo éxito científico.

Ha sido nombrado Director de la Academia de Sanidad Militar el Coronel Médico D. José Masfarré Jugo, Jefe entusiasta y laborioso, cuyo nombramiento ha sido muy bien recibido.

*
* *

Terminado su cometido en Melilla, ha regresado a esta Corte nuestro querido compañero de redacción el Capitán Médico D. Fidel Pagés, Jefe de uno de los equipos quirúrgicos.

También ha regresado de dicha Plaza, por haberse disuelto el equipo quirúrgico de que era Jefe, el Comandante Médico D. Víctor Manuel Nogueras.

La intensa labor efectuada por ambos Cirujanos ha sido justamente elogiada.

*
* *

Con el título de «Viajero ilustre» escribe el corresponsal del *Eco de Tetuán*, en Larache, el siguiente suelto:

«Desde hace unos días es nuestro huésped el Inspector Médico de primera clase Exomo. Sr. D. Federico Urquidí, perteneciente al Cuerpo de Sanidad Militar, con destino en la primera Región, y el cual, en virtud de órdenes expresas del Gobierno, se halla realizando una visita de inspección a todos los servicios sanitarios de la zona del Protectorado de España en Marruecos, habiendo visitado en esta ciudad todos los establecimientos y dependencias donde reciben asistencia nuestros soldados enfermos y heridos en la campaña que aquí sostiene la Nación.

Terminada dicha visita en esta ciudad, se trasladó el Sr. Urquidí a la vecina población de Alcázarkibir, para continuar la misión que se le ha encomendado, y donde piensa permanecer unos días para informar minuciosamente al Gobierno de las condiciones sanitarias de este territorio y de los establecimientos en el comprendidos. El General Urquidí regresará a Larache dentro de breve tiempo.»

*
* *

El Jefe de Sanidad Militar de Melilla publicó, con fecha 16 del pasado, la siguiente orden:

«Desde esta fecha queda hecho cargo de la Jefatura del Cuerpo de Sanidad Militar el digno Coronel Médico D. Manuel Puig Cristián, y, al cesar en la misma, es un deber en mí enviar a todos los

que compartisteis conmigo momentos difíciles del servicio de campaña y de Plaza en este territorio, enviaros un cariñoso saludo de despedida, en el que quiero que veáis una prueba de gratitud por la eficacia y valiosa cooperación que en todo momento me prestasteis, solucionando en bien del servicio cuantas dificultades se presentaron para el mejor éxito de la gestión que nos está encomendada.

Al despedirme de vosotros me llevo la convicción de que todos habéis hecho el máximo en vuestra labor, y os pido que guardéis en la memoria esta página brillante del Cuerpo de Sanidad Militar, que jamás se borrará en la memoria de vuestro Coronel.—*Francisco Triviño.*»

*
* *

Los Jefes y Oficiales con destino en la Academia de Sanidad Militar han dedicado al Coronel Médico D. José Sánchez y Sánchez, que hasta el día 7 del pasado mes de Diciembre ha desempeñado la Dirección de ese Centro, un artístico álbum en pergamino, con sus firmas, como demostración del cariño que todos le profesan y de las grandes simpatías que ha sabido conquistar durante el tiempo de su mando.

*
* *

Damos nuestro más sentido pésame a nuestro activo corresponsal administrativo en Barcelona, el Teniente D. Domingo Escolar, por la desgracia de familia que acaba de experimentar.

*
* *

Han sido nombrados Directores del Instituto de Higiene y Hospital de Urgencia, respectivamente, los prestigiosos Coroneles Médicos D. Eduardo Semprún y D. Isidro García Julián.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Papel de la contaminación de las manos y otros objetos en la transmisión de las enfermedades contagiosas.—El Dr. Matousek continúa las investigaciones efectuadas por Weaver y Murchie, sobre la presencia del estreptococo hemolítico y del bacilo de la difteria en las manos

de las *nurses*, el polvo de los calzados, el suelo y las paredes próximas a las camas, tiradores de puertas y otros objetos.

El número de bacterias patógenas encontrado, ha sido menos elevado que en las experiencias de Weaver y Murchie, lo que puede

atribuirse a que las manos de las *nurses* habían sido lavadas con arreglo a una mejor técnica. Además, el número de infecciones secundarias fué también menor.

La presencia de estreptococos hemolíticos en el piso y en las zapatillas de los enfermeros, llama la atención acerca de la posibilidad de transmisión del material infeccioso por los calzados. El autor ha encontrado el estreptococo hemolítico en 6,20 por 100 de los cultivos de la cara externa de las mascarillas que llevaban los enfermeros; una vez entre 25 exámenes de uñas, después de los lavados, siguiendo la práctica corriente; cuatro veces entre 14 experiencias hechas en los suelos, dos

veces entre nueve sobre las paredes y tres veces entre seis en el polvo de los calzados.

El autor concluye sobre la necesidad de la esterilización cuidadosa de los utensilios de mesa de los enfermos, la limpieza esmeradísima de las manos y de las uñas, en el uso de la careta y en la utilidad de la vigilancia de la limpieza de los enfermeros y de los alrededores de los enfermos, de la renovación de material y de la rebusca de agentes patógenos.

(*The Journal of the American Medical Association*.—*Office International d'Hygiène Publique*, Juillet 1921.)—J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

La lucha antivenérea en el Ejército italiano durante la guerra de 1915 a 1918.—M. Cabruccio proporciona detalles muy extensos acerca de la asistencia sanitaria dada a las tropas en lo concerniente a enfermedades venéreas, asistencia que se basó en los tres principios siguientes:

- a) Profilaxiasocial e individual;
- b) Tratamiento rápido y eficaz de los enfermos;
- c) Recuperación rápida y máxima de los mismos.

En vez de adoptar los medios de represión más severos contra la prostitución y de tomar medidas

defensivas a favor de las víctimas de estas dolencias, la autoridad sanitaria se ha dedicado más a elevar la consciencia de los soldados, aconsejándoles la abstención de las prostitutas clandestinas, ya aconsejándoles los medios de defenderse contra la posibilidad del contagio (institución de casas de tolerancia para uso de los militares, conferencias y distribución de propaganda higiénica, instalación de gabinetes de profilaxia individual inmediata, creación de fichas individuales para sífilíticos, etc).—(*Giornale di Medicina Militare*.)—J. P.

CENTRO TÉCNICO DE FUMIGACIÓN

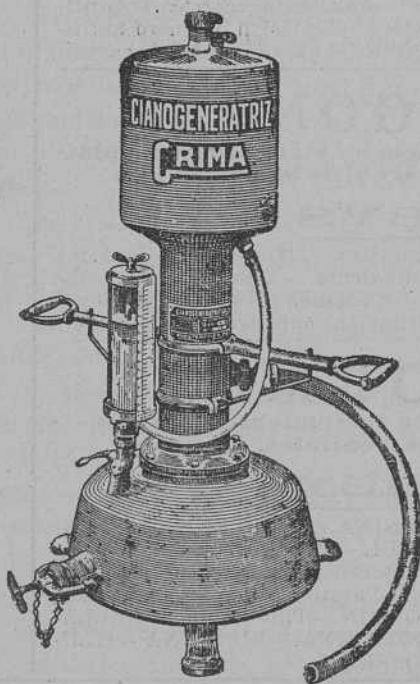
C. GRIMA

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



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

Con las desinsectaciones cianhídricas, mediante la **CIANOGENERATRIZ**



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

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

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

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

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

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA

IBYS

MADRID.—BRAVO MURILLO, 45

Director: Dr. J. Durán de Cottés

NEFROSERUM

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

Sueros IBYS

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

ANTIGONOS

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

Vacunas IBYS

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

GINORMIN

Poliglandulina para tratamiento de los síndromes genitales.

Opoterapia IBYS

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

PÍDANSE MUESTRAS Y LITERATURA

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

TELÉFONO 17-41 J.

BIBLIOGRAFIA

La Intendencia Militar de los Ferrocarriles y Etapas.—Notas para su estudio por Ramiro Campos Turmo, Capitán de Intendencia.

El autor, joven entusiasta de esta clase de estudios, que realmente constituyen la vida del Ejército y la base de su eficiencia, ha podido presentar en breve plazo una obra tan extensa como interesante, que revela grandes iniciativas y una acabada y genial concepción de lo que representan las comunicaciones para el desarrollo de la misión efectiva de los contingentes armados.

Sirviéndole de acicate su merecido puesto en la Inspección general de Ferrocarriles y Etapas, discurre con gran acopio de datos acerca de la movilización, y muy en particular del abastecimiento y avituallamiento de los Ejércitos, pasando revista con envidiable erudición a lo que sobre el particular ocurre en los principales países.

Las ideas del Sr. Campos, tan valientes como razonadas respecto a los servicios de Intendencia en nuestra Nación, seguramente encontrarán acogida entre los llamados a no menospreciar la importante función de los mal llamados Cuerpos auxiliares, necesitados de amplia reforma, utilizando en su favor los más modernos medios para su buen funcionamiento, si se quiere que cumplan desembarazadamente su altruista cometido.

El trabajo del Capitán Campos, revelador de su gran competencia en asunto de tanta trascendencia y de un noble estímulo en beneficio de su Cuerpo, viene prologado por el ilustre Intendente R., que oculta modestamente su nombre para entregarse, sin duda, de lleno, a una crítica, no por dura y amarga, desprovista de sabias enseñanzas, recogidas a través de dilatada experiencia.

Reciba el autor de la obra, a quien damos las gracias por el ejemplar recibido, nuestra entusiasta enhorabuena por su valioso trabajo.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 14 Diciembre...—Real orden (*D. O.* núm. 279) disponiendo que el Coronel Médico D. Francisco Triviño Valdivia cese en el cargo de Jefe de Sanidad Militar de Melilla, quedando disponible en la primera Región.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 279) disponiendo que el Coronel Médico D. Manuel Puig Cristián pase a ejercer el cargo de Jefe de Sanidad Militar de Melilla, en comisión.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 279) disponiendo que el Coronel Médico D. Victorino Delgado Piris pase destinado, en comisión, al primer grupo de Hospitales de Melilla, como Director.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 279) disponiendo que el Comandante Médico D. Manuel Arnao Suffo substituya en el cargo de Director del tren-hospital núm. 1, sin ser baja en su destino de plantilla, al del mismo empleo D. Angel Calvo-Flores Morales, el que se incorporará a su destino del Hospital militar de Sevilla.
- 16 » Real orden (*D. O.* núm. 281) disponiendo que el Subinspector Farmacéutico de segunda D. José Abadal Sibila, disfrute en dicho empleo la efectividad de 20 de Septiembre de 1920 colocándose en su escala delante de D. Ciro Benito del Caño.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 281) disponiendo que se haga extensiva la Real orden de 8 de Agosto último (*D. O.* número 175), relativa a la reposición sin cargo de medicamentos y efectos a la Compañía de Sanidad Militar de Larache, a las de Ceuta y Tetuan.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 281) disponiendo se suministre sin cargo la dotación de medicamentos indicada en la Real orden de 30 de Julio de 1919 (*C. L.* núm. 295), al grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Ceuta, número 3.

- 17 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 282) [disponiendo se anuncie a concurso una plaza de Jefe del Laboratorio de Análisis de la segunda Región, entre los Comandantes y Capitanes Médicos que deseen ocuparla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 282) disponiendo que el Comandante Médico D. José Cancela Leire substituya en el cargo de Director del tren-hospital núm. 2, al del mismo empleo, D. Laureano Cáceres Ponce, que se incorporará al Hospital militar de Sevilla, para prestar sus servicios en Comisión.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 282) disponiendo que el Capitán Médico D. Isidro López Pavón pase en comisión a la primera Comandancia de tropas de Sanidad Militar.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 282) disponiendo que el Hospital establecido en Valdelasierra, para enfermos procedentes de Africa, funcione independientemente del militar de Madrid-Carabanchel.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 282) concediendo licencia al Teniente Médico D. Gracián Triviño Sánchez para contraer matrimonio con D.^a María de los Dolores Susanna Almaraz.
- 19 » Real orden (*D. O.* núm. 283) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Alfonso Aldeanueva Monje cese en la comisión del Hospital de Valdelasierra y se incorpore a su destino de plantilla.
- 21 » Real orden (*D. O.* núm. 285) disponiendo que el Coronel Médico D. José Masfarré Jugo se traslade, en comisión del servicio, a las diferentes Plazas del litoral de la Península o poblaciones de fácil comunicación con las mismas, al objeto de estudiar las que reúnan condiciones para establecer campos de convalecientes, con destino a enfermos procedentes del Ejército de operaciones.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 285) disponiendo que el Capitán Médico D. Domingo García Doctor substituya, sin perjuicio de su destino, en el Hospital de evacuación de Ciudad Real, al del mismo, D. Miguel Roncal Rico, el que se hará cargo, en comisión, del Hospital de evacuación de Jaén.

21 Diciembre.—Real orden (D. O. núm. 285) disponiendo queden disueltos los Equipos quirúrgicos números 1, 2, 4, 8, 9, 10, 13 y 20, sin perjuicio de quedar constituidos nominalmente, en previsión de que las circunstancias aconsejasen su funcionamiento.

» » Real orden (D. O. núm. 285) dictando disposiciones referentes a las ropas de cama de los Hospitales militares.

24 » Real orden (D. O. núm. 285) disponiendo que los Jefes y Oficiales Farmacéuticos que se indican pasen a servir los destinos siguientes:

Subinspector Farmacéutico de segunda clase: D. José Abadal Sibila, ascendido, de Jefe de la Farmacia militar de Roger de Lauria (Barcelona), al Hospital de Valladolid (F.).

Farmacéuticos mayores: D. Hermenegildo Aguaviya Tejedor, del Hospital militar de Santa Cruz de Tenerife, a la Farmacia militar de Roger de Lauria (Barcelona), como Jefe (V.), y D. Santiago Gressa Camps, ascendido, de la Farmacia militar de Santa Mónica (Barcelona), al Hospital de Santa Cruz de Tenerife (F.).

Farmacéuticos primeros: D. Pío Font Quer, de disponible en la cuarta Región y en comisión en el Hospital de Pamplona, a la Farmacia militar de Santa Mónica (Barcelona) (V.); D. Modesto Martínez e Isasi, de la Farmacia militar de Mahón, a disponible en la sexta Región y en comisión al Hospital de Pamplona (F.), y D. Augusto Alcázar Fernández, ascendido, de la Farmacia militar de esta Corte, núm. 5, a la de Mahón (F.).

Farmacéuticos segundos: D. Carlos Ulibarri Rubio, del Hospital de Palma de Mallorca, a la Farmacia militar de esta Corte, núm. 5 (V.), y D. Joaquín Arijón Gende, de la Farmacia militar de Valladolid y en comisión en el Hospital de evacuación de Murcia, al de Valdelasierra, en igual concepto.

Farmacéuticos auxiliares: D. Pedro Pulgar Nogal, del Hospital de Valdelasierra, al de Madrid-Carabanchel (F.), y D. Clemente Borbonet Codina, del Hospital de evacuación de Murcia, al de Palma de Mallorca (F.).

24 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 288) dictando disposiciones para la ampliación y mejora de los Hospitales militares de Melilla.

» » Real orden (*D. O.* núm. 288) disponiendo se asigne al Hospital militar de Madrid-Carabanchel la dotación de 1.150 camas.

» » Real orden (*D. O.* núm. 288) disponiendo que se acumule la mayor suma de medicamentos en los Depósitos de Melilla, Ceuta y Larache.

» » Real orden (*D. O.* núm. 288) nombrando Director de la Academia de Sanidad Militar al Coronel Médico don José Masfarré Jugo.

» » Real orden (*D. O.* núm. 288) disponiendo que el Jefe y Oficiales Médicos que se indican ejerzan, durante el próximo año, los cargos que se mencionan en las Comisiones mixtas de Reclutamiento:

Comandantes Médicos: D. Juan Sánchez Pallasar, observación de la de Badajoz; D. Ramón Ruiz Martínez, observación de la de Jaén, y D. Francisco Conde Albornoz, observación de la de Madrid.

Capitanes Médicos: D. Manuel Sánchez Barriga, Vocal de la de Badajoz; D. Domingo García Doctor, Vocal de la de Ciudad Real; D. Miguel Roncal Rico, observación de la de idem; D. Aniceto García Fidalgo, Vocal de la de Cuenca; D. Ramón Pellicer Taboada, observación de la de idem; D. Antonio Cordero Soroa, Vocal de la de Jaén; D. Agapito Argüelles Terán, Vocal de la de Madrid; D. Leopoldo Martínez Olmedo, idem interino de la de idem; D. Manuel Pelayo Martín, Vocal de la de Toledo; D. Manuel Domínguez Martín, idem interino de la de idem, y D. Luis Saura del Pan, observación de la de idem.

» » Real orden (*D. O.* núm. 289) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se indican pasen a servir los destinos siguientes:

Artículo 5.º del Real decreto de 21 de Mayo de 1920
(*D. O.* núm. 113).

Coroneles: D. Francisco Triviño Valdivia, disponi-

ble en la primera Región, al Hospital militar de Vitoria, como Director; D. Eduardo Semprún Semprún, del Hospital militar de Urgencia de Madrid, al Instituto de Higiene Militar, como Director; D. Isidro García Julián, de Director del Hospital militar de Vitoria y en comisión con igual cargo en el segundo grupo de Hospitales de Melilla, al Hospital militar de Urgencia, como Director, continuando en su anterior comisión; D. Eduardo Coll Sellarés, de la Jefatura de Sanidad Militar de Santa Cruz de Tenerife, a la Jefatura de Sanidad Militar de Melilla, continuando en comisión en su anterior cargo; D. Victorino Delgado Piris, ascendido, de la Secretaría de la Inspección de Sanidad Militar de la primera Región, disponible en la misma y en comisión en el primer grupo de Hospitales de Melilla, al Hospital militar de Coruña, como Director, continuando en su anterior comisión.

Tenientes coroneles: D. Justo Muñoz García, de la Base Naval de Cartagena, a la Secretaría de la Inspección de Sanidad Militar de la primera Región (art. 1.º); D. Francisco Ibáñez Aliaga, del Hospital militar de Burgos, a la Base Naval de Cartagena (art. 1.º), y don Bartolomé Navarro Cánovas, ascendido, del Hospital militar de Urgencia de esta Corte, al Hospital militar de Burgos (art. 10).

Comandantes: D. Luis Rubio Janini, del Hospital militar de Cádiz, y en comisión Jefe del Equipo quirúrgico núm. 17 (Cádiz), al Ministerio de la Guerra, continuando en dicha comisión (art. 1.º); D. Rafael Fernández Fernández, Jefe a las órdenes del Inspector accidental de Sanidad Militar de la octava Región, y en comisión, Director del barco-hospital *Alicante*, al Hospital militar de Coruña (art. 1.º).

Por necesidades del servicio.

D. Norberto Olózaga Belaunde, del Hospital militar de Pamplona, al grupo de Hospitales de Melilla, en comisión, sin causar baja en su destino de plantilla; don

Manuel Sánchez Barriga, ascendido, del Regimiento Cazadores de Villarrobledo, 23.º de Caballería, al Hospital militar de Cádiz y en comisión a la Enfermería de R'gaia; D. Luis Aznar Gómez, ascendido, de la cuarta Comandancia de tropas de Sanidad Militar, y en comisión Jefe del Equipo quirúrgico núm. 6 (Melilla), a disponible en Melilla, continuando en la expresada comisión; D. Laureano Cáceres Ponce, del Hospital militar de Lérida, y en comisión en el de Sevilla, al Hospital militar de Cádiz en igual concepto, cesando en la anterior comisión.

Rectificación.

D. Ildefonso Escalera García, del Hospital militar de Barcelona, y en comisión en los grupos de Hospitales de Melilla, cesa en su anterior comisión, incorporándose a su destino de plantilla.

Capitanes: D. Felipe Pérez Feito, disponible en la primera Región y en comisión en el Colegio de Guardias Jóvenes de Valdemoro, a las Comandancias de Artillería e Ingenieros de El Ferrol, continuando en la expresada comisión (art. 1.º); D. Modesto Cotrina Ferrer, del octavo Regimiento de Artillería ligera y en comisión Equipo quirúrgico núm. 18, en Sevilla, a la cuarta Comandancia de tropas de Sanidad Militar, continuando en la expresada comisión (art. 1.º); don Joaquín Trías Pujol, disponible en la cuarta Región y en comisión en el Equipo núm. 20 en Madrid, en el que cesa, al Hospital militar de Barcelona, en comisión; D. Enrique Sánchez Vish, de la Comandancia de Artillería e Ingenieros de Cádiz y en comisión en el tren-hospital núm. 2, a su destino de plantilla, cesando en la anterior comisión; D. Manuel Crespo de Vega, disponible en la primera Región y en comisión en el Equipo quirúrgico núm. 2, en Melilla, en el que cesa, al primer batallón Expedicionario del Regimiento Infantería de Cantabria, núm. 39, en comisión; D. Angel Jordana de Pozas, del batallón Expedicionario del Regimiento Infantería de Cantabria, núm. 39, a la Coman-

dancia general de Melilla, para necesidades y contingencias del servicio (art. 10); D. Luis Marina Aguirre, disponible en la primera Región y en comisión Equipo número 1, en Melilla, en el que cesa, al Regimiento Infantería de Palma, núm. 61 (art. 10); D. Arturo Manrique Sanz, del Colegio de Huérfanos de Santiago y en comisión en el batallón Expedicionario del Regimiento Infantería de Palma, núm. 61, al segundo batallón Expedicionario del Regimiento Infantería de la Reina, número 2, en igual concepto, cesando en la anterior; D. Eustaquio González Muñoz, disponible en la primera Región y en comisión en el Colegio de Huérfanos de Santa Bárbara y San Fernando, al Hospital militar de Madrid-Carabanchel, en igual concepto, cesando en la anterior comisión; y D. Juan Castells de Santiago, disponible en la primera Región y en comisión en el Equipo núm. 9, en Madrid, en el que cesa para la asistencia a Generales, Jefes y Oficiales disponibles, de Reserva y Reemplazo en Madrid, en comisión.

Rectificación: D. Pedro González Rodríguez, de la Comandancia general de Melilla, para necesidades y contingencias del servicio, al Regimiento Infantería de Otumba, núm. 49.

24 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 289) concediendo a los Jefes y Oficiales Médicos que se mencionan las gratificaciones de efectividad que se citan:

Teniente coronel D. Bonifacio Onsalo Morales, 500 pesetas por un quinquenio.

Comandante D. Federico González Deleito, 500 pesetas por un quinquenio.

Capitanes D. Francisco Tinoco Acero, 500 pesetas por un quinquenio; D. Manuel Bernal Noailles, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad; D. Juan Martínez Roncalés, 1.100 ídem id.; D. Angel Capa Aribatorre, 1.100 ídem id., y D. Francisco de la Peña Azaola, 1.100 ídem id.