

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIII.

Madrid, 15 de Mayo de 1923.

Núm. 10.

SUMARIO

Sobre la existencia de un espacio paravertebral hipersonoro en los pneumotórax de tensión, por **Fidel Pagés**.—*Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología*, por el **Dr. José A. Palanca**.—*La Estadística sanitaria del Ejército español. (Año 1921)*, por **J. Potous**.—*Estudio sobre el torticolis mental de Brissaud, basado en varios casos clínicos de mi experiencia personal*, por **Julio Camino**.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Ensayos de leucocitirerapia.—*Prensa militar profesional*: La depuración de las aguas potables para las tropas en campaña.—*Bibliografía*: Cartilla contra la tuberculosis, por el **Dr. José Valdés**.—*Sección Oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Mayo de 1923.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

Sobre la existencia de un espacio paravertebral hipersonoro en los pneumotórax de tensión.

Durante mi estancia en Melilla, al frente de uno de los servicios quirúrgicos del Hospital Docker, he tenido ocasión de asistir a algunos heridos de pecho con fenómenos interesantes, cuya historia clínica doy a continuación.

A. N., soldado de la Legión extranjera, y herido el día 22 de Septiembre de 1922, ingresa en el Hospital Docker, de Melilla, con una herida con orificio de entrada a nivel de línea mamilar, en cuarto espacio intercostal izquierdo, y salida en noveno, a 10 cm. de la línea media en el mismo lado.

El enfermo acusa gran ansiedad respiratoria, con tiraje, cianosis intensa y enfisema de la mitad superior del cuerpo, muy acentuado en ambos huecos supraclaviculares, ausencia de murmullo vesicular e hipersonoridad en el lado izquierdo. Ligero desplazamiento del corazón, con tonos normales; pulso, 120; temperatura, 36,5; esputo hemoptoico.

Exploramos al herido en un intermedio operatorio, y no tene-

mos tiempo de inquirir más datos clínicos; se diagnostica un pneumotórax de tensión con escasa hemorragia, y se lleva al paciente a la mesa de operaciones.

Anestesia local en una amplia zona posterior, comprendiendo las 8.^a, 9.^a y 10.^a costillas, según técnica corriente; incisión a lo largo de la 9.^a costilla de unos 20 cm. de longitud, con el punto medio un poco por encima del orificio de salida del proyectil. Resección de 15 cm. de costilla, que se acompaña de un grande abombamiento de pleura a este nivel. Incisión puntiforme, que luego se prolonga a todo lo largo del defecto costal, colocando un separador de Tuffier para abrir campo.

El pulmón está muy retraído, y se coge con dos pinzas de anillo, practicando la maniobra de Müller para fijar el mediastino. Se exterioriza el pulmón y se descubre desde el primer momento el orificio de salida en el lóbulo inferior, cerca del borde inferior de su cara posterior. Sangra poco, pero se le sutura dando dos puntos con catgut de oclusión, y otros dos con seda de invaginación. El orificio de entrada en el plano anterior no se percibe, y como no sangra, y, por otra parte, no poseíamos entonces un aparato de hiperpresión que nos hubiera denunciado su presencia por la espuma que la salida de aire hubiera producido a su nivel, renunciamos a ulteriores maniobras y dejamos libre el pulmón, después de hacer *toilette* de pleura secando la poca sangre que contenía. Oclusión parcial de pared, dejando tubo de drenaje, como medida de seguridad contra tensión intrapleural, los primeros días, desaguando en vaso cerrado.

En la misma sesión se le hacen dos pequeñas incisiones en ambos huecos supraclaviculares, para aliviarle de su enfisema; curso post-operatorio favorable. A los tres días se quita el tubo, y el enfermo, mejorando progresivamente, es evacuado a la Península, a los veinte días de herido, para terminar su curación y convalecencia.

A. M., soldado de la Legión extranjera, herido el día 2 de Octubre de 1921, presenta una herida por arma de fuego, con orificio de entrada en el tercer espacio intercostal izquierdo, a dos centímetros del borde esternal, y salida en el octavo espacio izquierdo, por debajo del ángulo escapular. Viene transportado en camilla, con gran ansiedad respiratoria, tos y hemoptisis abundante, pulso pequeño y rápido e intenso estado de *shock*.



Fig. 1.^a

Se le practican inyecciones de suero y morfina para calmar la tos y la disnea, dejándole en observación, con reposo absoluto en cama, semisentado.

Al siguiente día, la ansiedad respiratoria ha aumentado, y se aprecia, a simple vista, que los espacios intercostales izquierdos están borrados. La percusión en posición sentada (única que tolera en su estado de ansiedad) da una zona mate horizontal, que alcanza por delante el nivel del cuarto espacio, con desaparición, como es natural, del de Traube, e hipersonoridad por encima del espacio mate. La matidez cardíaca se confunde a la izquierda con la descrita, pero se ensancha hasta tres traveses de dedo por fuera del borde derecho del esternón. Existe el ángulo hepatocárdico. Desaparición de murmurio vesicular en el lado izquierdo. Los ruidos normales del corazón, muy amortiguados. Pulso pequeño, 140 pulsaciones; temperatura, 38,5.

Radioscopia con enfermo sentado; una zona opaca correspondiente a derrame pleural izquierdo y un desplazamiento enorme de la sombra cardíaca hacia la derecha. Diagnóstico: hemopneumotorax intenso y posible hemopericardias.

Se le lleva a la sala de operaciones, y previa inyección de dos centigramos de morfina, se le acuesta para practicar una exploración operatoria de pulmón y pericardio por vía anterior, pues el estado del enfermo y la hemorragia interna que sufría lo exigían. Con el enfermo acostado, y dado el yodo, percuto de nuevo el tórax, y los datos varían completamente, pues siguiendo el corazón tan desplazado como antes, toda la superficie anterolateral del tórax acusa una sonoridad anormalmente alta, que invade la zona mediastínica. Indudablemente, además de sangre, existe en la pleura izquierda un pneumotórax de tensión, y procedemos a operar sin pérdida de tiempo.

Incisión en T de Rhen-Durante, que comprendo en su rama vertical desde el 2.º cartilago costal hasta la inserción del 7.º, paralela y a nivel del borde esternal izquierdo, y su rama horizontal, de unos 10 cm., a lo largo del 4.º cartilago costal (fig. 1.^a). Se levanta el plano cutáneo muscular y se resecan los cartílagos 3.º, 4.º y 5.º Extirpación de los espacios interóseos correspondientes con ligadura distal en masa y ligadura de la mamaria interna en los extremos de la abertura operatoria. La pleura queda al descubierto, muy tensa, como un balón, y no se ve del orificio de entra-

da del proyectil más que un punto como cubierto por una masa que parece formada por sangre y restos de tejidos arrastrados por el proyectil. La oclusión del orificio es hermética. Separando el triangular del esternón, vamos en busca del borde anterior de la cavidad pleural, y al mismo tiempo del pericardio. Ambas formaciones están muy desplazadas y tenemos que sacar el fondo de saco pleural de por debajo del esternón; al tacto en las maniobras de liberación, el contenido pleural se aprecia a gran tensión. El pericardio se observa libre de lesión, y procedemos a puncionar la pleura con la punta del bisturí para que salga el aire poco a poco, evitando de este modo posibles desplazamientos rápidos del corazón que terminasen fatalmente la situación muy apurada del herido. El aire pleural sale sibilante por el pequeño orificio, y cuando la tensión está nivelada con el atmosférico, lo que se reconoce porque durante la inspiración entra aire en la pleura, y en la espiración sale, se transforma la puntura en incisión amplia a lo largo del cuarto espacio, colocando un separador de Tuffier, que nos permite explorar el interior del tórax izquierdo con todo detalle.

Como se sabe, la determinación de pneumotórax, de amplia abertura en las toracotomías extensas, requiere que se proceda lenta y progresivamente en el momento de dar entrada al aire atmosférico en la cavidad pleural, caso de no recurrir a los procedimientos llamados fisiológicos (hiperpresión, hipopresión, narcosis intratraqueal de Meltzer Auer), que evitan el colapso pulmonar y los desplazamientos del mediastino, con la inevitable consecuencia del fenómeno descrito por Brauer, del aire pendular, que determina una considerable merma respiratoria en el pulmón sano.

La clínica ha demostrado que en las lesiones unilaterales los peligros del pneumotórax operatorio son perfectamente vencidos por el enfermo, siempre, sin embargo, que su producción sea lenta y progresiva.

De la misma manera, la salida del aire pleural en los pneumotórax de tensión entiendo debe hacerse bajo los mismos preceptos que regulan su entrada en el pneumotórax operatorio, pues una rápida reposición visceral podría producir acodaduras vasculares y trastornos funcionales de mucha importancia.

La colección sanguínea es onorme en la pleura y se vacía en parte, secando con compresas. El contacto de la gasa con la zona hiliar produce movimientos de tos convulsiva, en los que sale por

la abertura operatoria gran cantidad de sangre, que se proyecta a distancia. La hemorragia es en extremo alarmante, y el estado del herido, de extraordinaria gravedad, por lo que procedemos con la mayor presteza posible a buscar el pulmón origen de la hemorragia, que se encuentra retraído en la parte alta y posterior de la cavidad.

Con unas pinzas de pulmón se trata de esteriorizar el parénquima; pero el estado del herido no permite prolongar la operación con la busca de los orificios fraguados por el proyectil y la sutura de los mismos, por lo que nos decidimos a aplicar tres compresas abdominales grandes, comprimiendo bastante la región interna del pulmón, de donde proviene la sangre en las inmediaciones de los grandes vasos del hilio. El estado de anemia en que se encuentra el enfermo y el de colapso pulmonar, producido por la tensión del aire intrapleurar, serían causa de que, en el momento operatorio, la cantidad de sangre que manaba de la superficie del pulmón no fuera muy grande (1); pero, sin duda, al encontrarse la víscera libre de la compresión periférica del aire y agitada por los movimientos de la tos, la hemorragia se hubiera intensificado, de no aplicar un taponamiento como el descrito.

Se termina la *toilette* pleural y se da fin a la operación, estrechando la herida operatoria con unos puntos de crin, vendaje coarriente, 600 c. c. de suero adrenalizado y cafeína.

Pulso, 150; la ansiedad respiratoria, favorablemente modificada.

El apósito aparece al día siguiente muy manchado en sangre, por la absorción de la que todavía quedaba en cavidad pleural. El pulso va mejorando y el estado subjetivo del enfermo es satisfactorio. A los dos días se levanta la cura, renovando el taponamiento. No hay hemorragia pulmonar. Por la abertura operatoria se ven perfectamente los movimientos de la revolución cardíaca en el pericardio y la expansión del cayado aórtico a través de la hoja mediastínica de la pleura.

A los cinco días fluye por la herida un exudado abundante y

(1) Téngase en cuenta que no es lo mismo el colapso pulmonar en un pneumotórax simple, que en el pneumotórax de tensión. En el primer caso, la circulación sanguínea es mayor que en un pulmón distendido, como ha demostrado Cloetta con sus experimentos; pero, en el último, las paredes de los vasos, principalmente de las venas, están tanto más aplastadas cuanto mayor es la tensión del aire en la cavidad pleura.

la temperatura se eleva a 39°, habiendo signos generales de infección. Sin duda, los restos de sangre en la pleura abierta se han infectado y es necesario proceder a crear una fácil salida a los exudados, para lo cual se practica la resección de la 10.^a costilla en el fondo del saco posterior. Los coágulos existentes en el fondo del saco costodiafragmático alcanzan un espesor de tres o cuatro centímetros, que tuvimos que atravesar con una pinza para llegara la

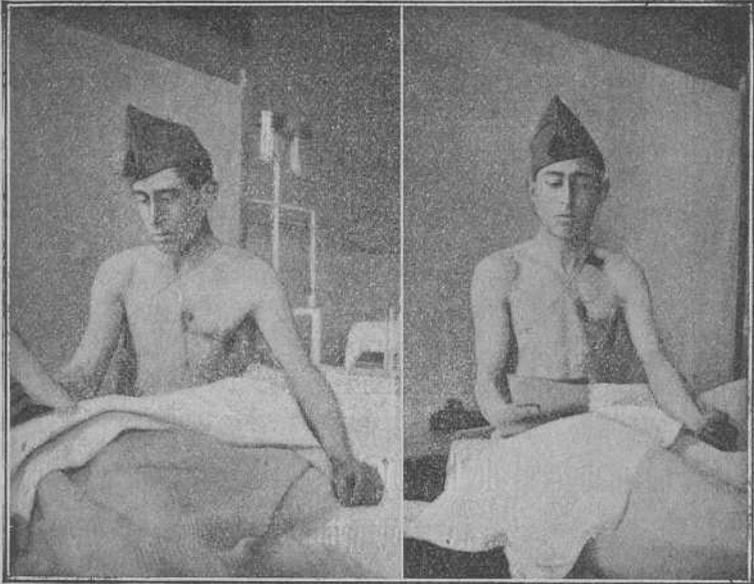


Fig. 2.^a

Fig. 3.^a

cavidad libre de donde fluye algún exudado. Se coloca un drenaje grueso envuelto en gasa, y desde el día siguiente se hacen lavados discontinuos con Dakin, desde la herida anterior o la posterior. Un tratamiento similar al empleado por Berard y Dunet en las pleuresías.

A los veinte días cesa todo exudado y se quita el tubo posterior, continuando la evolución del proceso completamente normal. Se permite levantar al herido, y poco a poco va cerrando la cavidad pequeña que comunica con la herida anterior, terminando de cerrar con una inyección de pasta de Beck, y pudiendo considerarse completamente curado a los dos meses y medio (figs. 2.^a y 3.^a)

Los hallazgos operatorios de los dos casos descritos con el abombamiento de la pleura parietal a nivel de las costillas reseca-
das; el cambio de aspecto del fondo del saco pleural: la hipersono-
ridad de la zona cardíaca en la última de las heridas historiadas,
eran datos suficientes para admitir en los pneumotórax de tensión
la existencia de modificaciones de percusión, debidas a desplaza-
mientos viscerales análogos a los que tienen lugar en los grandes
derrames pleurales, y me propuse estudiar con más detenimiento
estos detalles, si en adelante se me presentaba ocasión propicia
para ello, que no tardó en presentarse, habiendo tenido la oportu-
nidad de operar otro herido en análogas condiciones que los dos
anteriores, y cuya historia clínica doy a continuación.

FIDEL PAGÉS,
Comandante Médico.

(Concluirá.)

FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas
de Bacteriología

SEÑORES:

En las Universidades extranjeras existe la costumbre de que los Profesores inauguren sus tareas docentes con una conferencia en la que expongan el estado en que se encuentra la Ciencia que ha de ser objeto de sus explicaciones. En esta primera lección, exige la misma costumbre que se rinda público homenaje de gratitud a los maestros que con sus enseñanzas y sus consejos contribuyeron a la formación del espíritu científico del nuevo profesor.

Nada podría resultar para mí más grato que el cumplimiento de esta obligación; pero es el caso que mientras en la Universidad yo tuve excelentes profesores de Anatomía, de Patología quirúrgica y aun de otras materias, no tuve igual fortuna en lo que se refiere a Higiene y Bacteriología; así es que puedo afirmar de una

manera terminante que la Universidad no influyó para nada en mi orientación hacia el estudio de estas disciplinas. Podría, ciertamente, callar piadosamente estas circunstancias, pero prefiero decirlo, porque sospecho que igual ocurría en otras Universidades españolas, en las que no se enseñaba poca ni mucha Higiene; no se enseñaba nada, y bien está que se conozcan las deficiencias, para que la enmienda sea más fácil. Quede, pues, sentado que durante mi vida escolar jamás tuve ocasión de ver un cultivo de gérmenes, y que terminé aquélla sin darme cuenta, ni siquiera aproximada, de la importancia que podría tener la Higiene en la vida de los pueblos, y bien por contrario, antojándoseme esta Higiene como disciplina tan árida y tan inútil, que no podía comprender la razón a que obedecía su presencia como asignatura independiente en aquel plan de estudios. Bien es verdad que la imposición oficial que exigía el conocimiento de la estéril Ciencia quedaba en la práctica perfectamente corregida por el espíritu comprensivo del encargado de la enseñanza, que, abundando en mi modo de pensar de entonces, ni se preocupaba de enseñarla durante el curso, ni llegada la hora de los exámenes exigía su conocimiento.

En mucho había contribuido a mi desdén por la Higiene mi incredulidad hacia lo que nos decían los libros que servían de texto, que me parecían más hijos de la fantasía que de hechos reales. Así es que cuando yo, por mi cuenta y riesgo, estudiaba las reacciones de inmunidad aplicadas al diagnóstico, cuando leía las investigaciones bacteriológicas que podían realizarse en las enfermedades infecciosas, y cuando paralelamente comprobaba que mis profesores no se servían nunca de ellas para sus diagnósticos, y aún más, que en la Universidad no existía un laboratorio de Higiene, llegué a estar firmemente convencido de que lo que decían esos libros eran fantasías científicas, o que, por lo menos, si eran hechos reales, serían de tan difícil comprobación, que su aplicación a la práctica sería nula; y discurría así, porque el excelente concepto que tenía de mis profesores me impedía pensar que privasen a la enseñanza y se privasen ellos mismos de ningún procedimiento de diagnóstico que fuese realmente útil.

Fué ya terminados mis estudios e ingresado en el Cuerpo Médico del Ejército, cuando comencé a entrever que la Higiene no era una materia tan estéril como yo había creído en mis tiempos de estudiante. Primero en la Academia Médico-Militar y después en el

Instituto de Higiene, me enseñaron que los microscopios, que para mí no habían tenido hasta entonces más misión que ser contemplados tras las vitrinas, eran aparatos de los que, sabiéndolos emplear, se podían obtener muy provechosas enseñanzas. Las láminas de los libros de bacteriología, que hasta entonces se me aparecían como concepciones quiméricas, aparecieron ante mis ojos como una realidad, y mi sorpresa llegó a su límite cuando tuve la evidencia de que tanto los fenómenos de aglutinación como los de fijación del complemento eran fáciles de practicar, y además tenían una inmediata aplicación al diagnóstico. Para no cansaros, os diré que de manera tan grata me enseñaron, que insensiblemente me fuí aficionando a los trabajos de laboratorio, y siempre dentro de los establecimientos militares me puse en condiciones de alcanzar la honrosa toga del maestro. Ved, pues, qué distinta es la realidad de la vida de las ficciones que nos rodean. Precisamente en estos últimos tiempos han menudeado las campañas contra el Cuerpo de Sanidad Militar, contra el que se han acumulado cargos de los que no ha podido defenderse con la energía que lo hubiera efectuado una colectividad civil.

Por eso yo en esta primera lección quiero ante vuestros ojos restablecer la verdad en este punto, afirmando que desde hace ya muchos años, y ante el hecho de que los médicos al salir de las aulas universitarias desconocían, en su gran mayoría, los conocimientos indispensables de Higiene, la Sanidad del Ejército tuvo que establecer entre sus médicos la enseñanza de esa rama de la Medicina, y que el ejercicio de esa función docente la ha perfeccionado de tal manera, que dudo que en ningún centro de nuestro país, ni universitario, ni de otra naturaleza, alcance el grado de perfección que en la Sanidad Militar. Yo me complazco, por tanto, en rendir público homenaje a los médicos militares españoles, que han sido mis profesores, y muy especialmente a los fundadores de esa enseñanza, los Dres. Alabern, Martín Salazar y Pérez Nogueras.

Faltábame aún para darme cuenta exacta de la importancia de la Higiene en la sociedad actual, estudiar detenidamente las grandes campañas profilácticas, conocer la intervención del higienista en múltiples cuestiones sociales, y esto sólo pude lograrlo cuando ingresado en el Cuerpo de Sanidad civil estuve en condiciones de obtener fruto de los consejos, de las enseñanzas y del ejemplo de los Directores de la Sanidad pública, a quienes hago presente mi

gratitud, y en particular a los Dres. Martín Salazar y García Durán.

Afortunadamente, la enseñanza de la Higiene y de la Bacteriología ha progresado bastante en la mayoría de las Universidades, y sin haber llegado a la perfección, no alcanza tampoco el grado de abandono que tenía en mis épocas de escolar. Hoy casi todas las Facultades de Medicina cuentan con Profesores jóvenes y entusiastas, y que se dan perfecta cuenta de la trascendencia de su misión; los laboratorios comienzan a crearse y la enseñanza en general ha sufrido una mejora considerable. Aquí mismo, en Sevilla, el paso de mi antecesor el Dr. Salvat ha producido considerables mejoras, no sólo en la enseñanza, sino en la misma población, en la que el Dr. Salvat intervino con notable acierto en la solución de algún problema sanitario. Siguiendo las huellas de tan distinguido Profesor, yo os anuncio que intentaré un cambio radical en la enseñanza de esta asignatura en los cursos venideros, porque en el presente tendré que contentarme con seguir la explicación del programa como hasta ahora, y vosotros sabréis perdonarme, sobre todo si tenéis en cuenta que con un microscopio mohoso y treinta y ocho pesetas para prácticas no se pueden fomentar los trabajos de investigación. Pero además, la enseñanza de la Higiene y de la Bacteriología aplicada exigen ineludiblemente un constante trabajo de laboratorio, y este trabajo sólo es fructífero cuando está en relación con la clínica de tal modo que se pueda ver su aplicación al diagnóstico. Por eso es absurdo que entre esta Facultad de Medicina y el Hospital clínico medien varios kilómetros de distancia que malogran las iniciativas del Profesor. Todos los Institutos de Bacteriología que rinden un efecto útil, lo rinden precisamente porque tienen anejo un departamento o un hospital de enfermedades infecciosas en donde tienen la primera materia para sus estudios de investigación, y cuando esto no ocurre, y ello es frecuente en nuestro país, se convierten en centros burocráticos, meros repetidores de la ciencia extranjera, sin que su labor de investigación sea nunca apreciable. Afortunadamente para nosotros, yo he encontrado un gran apoyo en la Diputación provincial, que se muestra propicia a favorecer cuantas iniciativas redunden en beneficio del Hospital, y creo que no transcurrirán muchos días sin que comience la construcción de un laboratorio emplazado en los alrededores del departamento de infecciosos del Hospital Provincial, en el que

seguramente podremos reunirnos en el próximo curso para estudiar prácticamente los problemas de diagnóstico y de prevención de las enfermedades evitables.

Si se logra instituir la enseñanza en esa forma, trataré de evitar que en el desarrollo de las lecciones exista una preterición lamentable de las dos partes fundamentales de que consta nuestra asignatura: Higiene propiamente dicha y Bacteriología, y aun tendré presente que si oficialmente el estudio de la Parasitología queda reservado para los que aspiran a la investidura de Doctor, en la práctica es inadmisibile que ningún médico español salga de las aulas universitarias sin conocer perfectamente capítulos como el del paludismo, como el de la anquilostomiasis y cien más, con los que la realidad de la vida les hará trabar conocimiento tan pronto como comiencen el ejercicio profesional, cualquiera que sea su grado académico.

DR. JOSÉ A. PALANCA,
Comandante Médico.

(Continuará.)



La Estadística sanitaria del Ejército español. (Año de 1921.)

Acaba de llegar a nuestras manos, gracias a la atención del Excmo. Sr. Jefe de la Sección de Sanidad Militar, el Resumen que, como todos los años, publica el Ministerio de la Guerra de nuestro país, y en el que se reflejan con la mayor exactitud posible las oscilaciones en la salud de los contingentes armados, especialmente en lo que concierne a su morbilidad y mortalidad.

Lo primero que nos sorprende al pasar la vista por el cuadrito que encabeza dicho documento, y que se refiere a la morbosidad y mortalidad generales por 1.000 del contingente de tropa, es el fuerte ingreso en Hospitales y la elevada cifra de mortalidad; la primera circunstancia, o sea el número de entrados en Hospitales, resulta el mayor del decenio de 1912-1921 (cifras proporcionales, 706); y en cuanto a la mortalidad (9,13), supera también a la de los distintos años del expresado decenio, excepto el de

1918, en que fué mayor todavía. Seguramente habrá contribuído mucho a este desagradable resultado la movilización de tropas y subsiguiente período de operaciones activas de campaña, como consecuencia de los luctuosos sucesos desarrollados en el territorio de Melilla en Julio y Agosto del referido año, no siendo de extrañar, por tanto, que las cifras absolutas de muertos y entrados en Hospital hayan sido las mayores (605 y 41.664, respectivamente), en un total de 157.069 de los últimos y 2.032 de los primeros, en las distintas regiones y territorios militares de España y sus posesiones.

En el movimiento general por Armas aparece la de Infantería en el segundo lugar de la mortalidad (cifras proporcionales por 1.000 del efectivo, 9,94), y en realidad puede decirse que ocupa el primer lugar, pues las tropas para servicios especiales que la superan en este sentido, suman un contingente mucho más reducido de fuerza en revista.

El mes que se distinguió más por el número de entrados en Hospital fué el de Diciembre, coincidiendo con la primera revista de los reclutas incorporados (cifras absolutas, 25.000), si bien le superó en mortalidad el de Octubre (cifras absolutas, 344; proporcionales, 1,19 por 1.000 hombres del efectivo).

En cuanto a las guarniciones cuyo efectivo fué superior a 1.000 hombres, correspondió a Badajoz el mayor número de entrados en Hospital (cifras proporcionales, 1,417,7) y la cifra más alta de mortalidad a Arcila (cifras proporcionales, 22,97).

En el cuadro que señala el movimiento general de enfermos por enfermedades principales, llama la atención la enorme cifra de entrados en Hospital por paludismo (36.904), que dan una proporción de 165,99 por 1.000 del contingente; y aunque haya que descontar alguna parte de ellos por las condiciones de urgencia en que se diagnostican los pacientes a su ingreso en los Hospitales, queda de todos modos una cifra elevadísima que invita a perfeccionar la profilaxia, sobre todo en nuestros territorios de Africa, y a no reparar en gastos, evidentemente reproductivos, con sólo fijarse en que dichos enfermos ocasionaron 581.819 hospitalidades, a más de un considerable número de licencias. Aunque sólo fallecieron de las formas perniciosas de la malaria 238 individuos, que representan 1,07 por 1.000 del contingente y 7,02 por 1.000 salidos del Hospital, no hay que olvidar que la anemia palúdica y

las constantes recidivas colocan al malárico en manifiestas condiciones de inferioridad, aparte de las complicaciones viscerales, a veces tardías o indelebles, de indudable importancia para el porvenir del enfermo.

Las enfermedades de la piel ocupan el segundo lugar en la morbilidad (cifras absolutas, 19.069; proporcionales, 85,77 por 1.000 del efectivo), y no hemos de repetir lo que tantas veces hemos expresado en este mismo lugar acerca de la *efectividad* de las prácticas de limpieza y abrigo del soldado en los cuarteles.

La sífilis ocasionó la elevada cifra de 5.963 entradas en Hospital (26,82 por 1.000 hombres del efectivo), no contribuyendo poco a ello los descuidos en las prácticas de proflaxis y en la ocultación en general, sobre todo, de ciertas recidivas a que no se suele dar al principio gran importancia.

La fiebre tifoidea aún sigue cebándose en nuestros soldados, a pesar del empleo de la vacuna, que se prepara esmeradamente y en gran cantidad en nuestro Instituto de Higiene. Dicha infección produjo 217 defunciones, 5 el tifus exantemático y otras 5 la viruela.

La tuberculosis pulmonar determinó también bastante mortalidad (cifras absolutas, 141; proporcionales, 0,63 por 1.000 del efectivo).

El total general de muertos fué de 2.115, correspondiendo la mayor mortalidad al primer año de servicio.

Los inútiles durante el tiempo de servicio en filas fueron 3.573, y los que resultaron a la incorporación se descomponen en 4.429 totales y 1.332 temporales. El número de licencias por enfermo concedidas ascendió a 10.407, la mayor parte debidos al paludismo.

Los resultados de la vacunación antivariólica determinaron 806 por 1.000 de resultados positivos.

No existen en este Resumen datos acerca de la morbosidad y mortalidad comparados con otros Ejércitos, a causa de no haberse recibido las correspondientes estadísticas de intercambio, cosa en verdad lamentable, por haber terminado hace años las circunstancias de guerra que ocasionaron su interrupción.

J. POTOUS,

Teniente coronel Médico.

ESTUDIO SOBRE EL TORTICOLIS MENTAL DE BRISSAUD

BASADO EN VARIOS CASOS CLÍNICOS DE MI EXPERIENCIA PERSONAL

Y he aquí por qué se aprecian en estos enfermos esos pliegues profundos en la piel de la nuca y cuello, en el lado correspondiente a la inclinación, y la elevación y adición del hombro homólogo y parte del cuerpo correspondiente, todo lo cual determina a veces

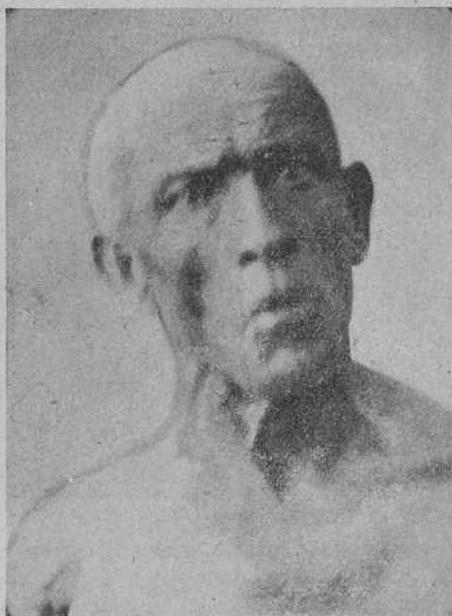


Fig. 4.^a—El enfermo de la segunda historia a los dos meses de tratamiento.

en el enfermo serias dificultades en la marcha. (Véanse fotos, número anterior de esta Revista.)

El *torticollis mental* se acompaña, al cabo de algún tiempo, y debido a la persistencia de la actitud viciosa, de sensaciones de cansancio y dolores muy penosos en la región del cuello y espalda; pero mucho más desconsolador suele ser en ellos el dolor moral

que experimentan ante la impotencia de su voluntad para poder oponerse a la rotación de su cabeza.

Síntomas son todos los descritos que, como el lector habrá podido comprobar, se presentaron en los tres casos anteriormente historiadados.

Diagnóstico diferencial.—El tortícolis mental de Brissaud puede ser confundido:

1.º Con *tortícolis agudo pasajero*, pero éste se conoce siempre; el frío, un movimiento brusco o una mala postura del cuello sobre



Fig. 5.^a—La enferma de la tercera historia.

la almohada de la cama, la aparición es brusca, el dolor es vivísimo y se exagera por la presión, sobre todo en las articulaciones vertebrales. Además, cura pronto, en cuatro o seis días, cosas que no ocurren con el tortícolis mental.

2.º Con el *tortícolis permanente, muscular y crónico*; pero éste es propio del recién nacido y de la infancia, es congénito, esto es, debido a un defecto de desarrollo o a un traumatismo obstétrico; no es doloroso y es incurable; síntomas que no se dan en el tortícolis mental de Brissaud.

3.º Con el *tortícolis histérico* no puede nunca confundirse el tor-

ticolis mental de Brissaud, por las razones siguientes: en el tortícolis histérico siempre hay antecedentes pitiáticos en el sujeto, y los estigmas mentales propios de esta psiconeurosis; su aparición es brusca, sigue o a una gran crisis histeriforme convulsionante, o sin haber mediado ésta, por imitación y contagio ante la presencia de

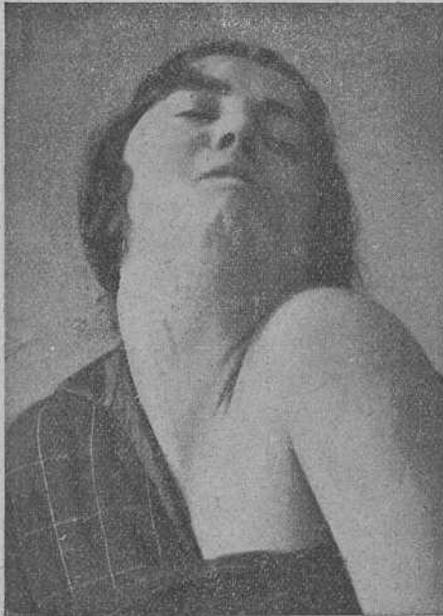


Fig. 6.ª—Enferma citada en este trabajo como caso de tortícolis histérico.

otro sujeto atacado de tortícolis, como ocurrió en la enferma cuya fotografía publico. (Véase foto núm. 1.)

Esta enferma es una famosa histérica de mi clínica de pobres de la *Cruz Roja*, que habiendo presenciado un día el interrogatorio y exploración de uno de los enfermos antes historiado, se presentó a los pocos días en la consulta afecta de un intenso y raro *torticollis*; indudablemente, en ella el tortícolis se produjo por imitación, contagio y sugestión, y claro está que no se sostuvo mucho tiempo, porque tratándose de una enferma a quien yo tenía sometida a tratamiento hipnoterápico, tan sólo con una sesión de hipno-

tismo la desapareció. (Véase la foto núm. 2, en que la enferma aparece curada de su tortícolis.)

En la fotografía del tortícolis de esta enferma puede apreciarse ya de paso la anómala, exagerada, rara y excéntrica forma y distribución del tortícolis, que no se adapta al cuadro descrito para el tortícolis mental de Brissaud.

Tratamiento.— El tratamiento es también un dato interesantísi-



Fig. 7.^a—La enferma de tortícolis histérico después de una cura por el hipnotismo.

mo para establecer el diagnóstico diferencial con otras clases de tortícolis.

El tortícolis *ad frigore* o agudo cede en cuatro o seis días con diaforéticos, calmantes, masaje y electricidad.

El tortícolis crónico infantil es incurable, y sólo la cirugía puede aliviarle algo.

El tortícolis histérico cura rápidamente o perdura algún tiempo por hábito y autosugestión; pero en todos los casos es curable por psicoterapia sugestiva en vigilia o por *hipnotismo*, como ocu-

rió en la histérica del caso historiado, y cuyas fotografías publicó antes y después de su curación, mediante la sugestión hipnótica, para fijar bien este punto del tratamiento.

El *torticolis mental de Brissaud* sólo es curable y aliviable por *reeducción psicomotriz*, y en este sentir daré algunas notas terapéuticas del tratamiento que seguí en los tres casos historiados.

Todos ellos llegaron a mí después de haber fracasado cuantas medicaciones de índole física y medicamentosa con los mismos se ensayaron.

En vista de lo cual, yo opté por el procedimiento de base científica más práctica, que fué el de tratar estos enfermos por psicoterapia reeducativa, según los métodos indicados por el mismo *Brissaud* y *Pitrés*, con algunas modificaciones personales mías surgidas en el curso del tratamiento, en consonancia con la psicología especial de cada enfermo, el grado de intensidad y la antigüedad de su *torticolis*.

Los métodos los practiqué empleando sesiones casi diarias durante algunos meses, en las que atendí preferentemente a la *reeducción psíquica*, mediante la corrección *oral*, la persuasión y la sugestión, y a la *reeducción motora*, mediante maniobras gimnásticas sencillas, suaves, lentas, ordenadas y constantes.

Lo cierto del tratamiento fué que el enfermo historiado en primer lugar, a las *quince* o *veinte* sesiones de *reeducción psicomotriz* mejoró notablemente, y a los cuatro meses se hallaba curado, hasta el punto de conseguir que el enfermo pudiese volver a usar cuello de camisa almidonado, y sustituir su pesada capa (tantos años usada) por el *gabán*.

El segundo caso historiado curó completamente a los dos meses del tratamiento indicado, y el tercero llevo tratándolo un año con una mejoría muy manifiesta, hasta el punto de hacer exclamar al enfermo que, aunque no consiguiese más, ya se da por satisfecho, por habérsele calmado los dolores, la angustia moral, poder afeitarse y dedicarse a su trabajo de guarda en el Parque de la Moncloa.

JULIO CAMINO,

Comandante Médico de Sanidad Militar; Jefe técnico de la Clínica militar del Manicomio de Ciempozuelos; Miembro titular de la Société de Psychologie, d'Hypnologie et de Psychotherapie de París; Profesor encargado de la Clínica de Psico-neurología del Cuarto Dispensario de la Cruz Roja de esta Corte, etc.

VARIEDADES

Aniversario de promoción (1903).

Los Médicos de la promoción de 1903 prometieron solemnemente al final del banquete de despedida al Dr. Sanmartín reunirse a los veinte años. La fecha de cumplir la sentimental oferta ha llegado, y la Comisión entonces nombrada, en virtud de lo que se la ordenó, ha organizado el siguiente programa para los días 9 y 10 del próximo Junio.

Día 9, mañana.—Lección explicada por uno de los Catedráticos, aun en activo, de aquella época en la cátedra del Dr. Sañudo.

A continuación se irá a dejar flores a la estatua del Dr. Sanmartín.

Día 9, tarde.—En el Colegio de Médicos, acto de recuerdo a los Profesores y alumnos muertos.

Día 10, mañana.—Banquete en el Campo del Recreo.

Además se hará una orla de todos cuantos compañeros deseen figurar en ella; delicado motivo de meditación al ser comparada con la obtenida hace cuatro lustros.

Si la suscripción diera para ello, se editaría un pequeño libro, en que cada uno relataría—en un par de cuartillas—cuáles fueron los rumbos y peripecias de su vida.

Para adhesiones, iniciativas, etc., escribir a la Conserjería del Colegio de Médicos, poniendo en el sobre «Promoción de 1903».

*
* *

Asociación filantrópica de Sanidad Militar.

No habiendo sido posible en el año actual celebrar la Junta general ordinaria por la situación en que se encuentra la mayoría del personal, la Directiva lo propuso así a los Delegados de los distritos y Jefes de Dependencia de Madrid, y habiéndose recibido su conformidad, en sesión del día 21 de Abril ha acordado:

1.º Que conste en acta el sentimiento de la Junta por el fallecimiento durante el año 1922 de los socios D. Víctor García Martínez, D. Luis Fernández Jaro, D. Agustín Mundet, D. Francisco

Ortega Gómez, D. Fernando Morell, D. Pedro Lombana, D. Alfonso Aldeanueva, D. Enrique Calatrava, D. Modesto García Martínez, D. Fernando Serrano y Flores, D. Wenceslao Perdomo, D. Abilio Conejero, D. Federico López Manteca, D. Félix Lázaro Muriel, don Félix Alfonso Liébanas, D. Julio Aldas Torres, D. Alberto Valdés Estrada, D. Manuel Bernal Noailles y D. Pantaleón López Piñeiro.

2.º Que queden elegidos para los cargos de Vocal segundo, Vocal cuarto, Tesorero y Secretario, respectivamente, D. Enrique Redó Vignau, D. Luis Benito Campomar, D. Armando Costa Tomás y D. Juan Castells de Santiago; cesando en los mismos también, respectivamente, D. Valentín Suárez Puerto, D. Jenaro Peña Guerau, D. Joaquín Aspiroz de León y D. Fidel Pagés Miravé, haciéndose constar en acta un voto de gracias para estos últimos, y tomando posesión de su cargo los elegidos.

3.º Que se apruebe la cuenta general de 1922, cuyo resumen es como sigue:

DEBE

	Pesetas.
Existencia del año anterior.....	66.442,64
Recaudado en 1922.....	37.578,86
Por cupones de los títulos de la Deuda en el año....	1.200,00
<hr/>	
<i>Suma el Debe.....</i>	<i>105.221,50</i>

HABER

Por 26 cuotas funerarias, a razón de 1.500 pesetas, y giros.....	28.586,80
Por gratificaciones a los Auxiliares.....	1.440,00
Por gastos de impresos, estampilla, sobres y sellos..	345,20
Por impuesto al Estado de los títulos de la Deuda..	70,02
<hr/>	
<i>Suma el Haber.....</i>	<i>30.442,02</i>

RESUMEN

Importa el Debe.....	105.221,50
Idem el Haber.....	30.442,02
<hr/>	
Existencia en Caja en 31 de Diciembre de 1922.	74.779,48

Cuerpo de Sanidad Militar.

Relación nominal de los Sres. Jefes y Oficiales de la Compañía mixta de Sanidad Militar de Ceuta, que contribuyen cada uno para el mausoleo de los héroes de Sanidad Militar de Africa.

	Pesetas.
Teniente Médico D. José Rey Cebrián.....	10,00
Idem íd. D. Nicolás Canto Borreguero.....	10,00
Idem íd. D. Juan Durán Sánchez.....	10,00
Idem íd. D. Joaquín Serviño Aguirre.....	10,00
Teniente (E. R.) D. Antonio Gómez Hernández.....	10,00
Alferez (E. R.) D. Federico del Barrio Mayorál.....	10,00
Veterinario segundo D. Ramón Tomás Saldaña.....	10,00
Clases y soldados de la antigua Compañía mixta de Sanidad Militar de Ceuta.....	126,80
Compañía mixta de Sanidad Militar de Ceuta.....	1.000,00
<hr/>	
TOTAL.....	1.196,80
Gastos de sello y transferencia.....	0,85
<hr/>	
TOTAL LÍQUIDO.....	1.197,65
<hr/>	

* * *

El Teniente Médico D. Antonio Romero García, del Consultorio indígena del Zaio, ha remitido a nuestro Redactor-jefe, D. José Potous, 15 pesetas como donativo para la erección del mausoleo a nuestros compañeros muertos en Africa.

Dicha cantidad ha sido entregada al Habilitado de la primera Región, Sr. Tintorero.

* * *

Han regresado de Africa algunas fuerzas expedicionarias de la primera, cuarta, sexta y séptima Comandancia de tropas del Cuerpo.

Damos nuestra cordial bienvenida a las sufridas tropas sanitarias.

* * *

Han sido elegidos Diputados a Cortes por Las Palmas y Alcira, respectivamente, los Dres. Van-Baumberghen, Médico de Sanidad Exterior, y Pittaluga, Catedrático de San Carlos.

Asimismo han resultado elegidos Senadores los doctores Ortega Morejón, Gil Casares, y nuestro querido Director Sr. Martín Salazar.

*
* *

Ha sido operado por el Comandante Médico Sr. Bastos el del mismo empleo Sr. Gómez Moreno, que sufrió hace poco tiempo un accidente de motocicleta en Melilla.

Celebraremos el total restablecimiento del estimado compañero.

*
* *

El Capitán Médico Dr. D. Enrique Sáez ha establecido su consulta para enfermedades de los ojos en la calle de Ayala, 15, 2.º izquierda (horas, de tres a cinco), continuando su consulta gratuita los martes y viernes, de cinco a seis, en la Policlínica Cervera, Jorge Juan, 3.

Deseamos muchos éxitos a tan distinguido especialista.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Ensayos de leucocitirerapia. — L. Bazy.—(*Société de Chirurgie en la Presse Médicale*, núm. 28, Abril 1922. París.)—El Dr. Luis Bazy verifica los primeros ensayos experimentales de Regard y resume brevemente la técnica empleada por este autor. Esta consiste esencialmente en extraer del animal un litro de sangre, recogida en un recipiente, citratado, fijada con alcohol tras centrifugación. Los leucocitos son separados, lavados y

nuevamente fijados por el alcohol.

Mr. Regard ha experimentado a la vez sobre animales nuevos y sobre animales previamente vacunados. En este último caso, los leucocitos inyectados tienen un poder de vacunación específica.

El autor, que no ha obtenido todavía resultados terapéuticos en el hombre, se limita a señalar que las inyecciones cutáneas son bastante dolorosas y provocan una reacción violenta, en tanto que las inyec-

ciones intravenosas son mejor soportadas.

En todo caso, el líquido Ioucoci-

tario debe ser siempre empleado a dosis débiles.—*Vidaurreta (Clínica y Laboratorio, Febrero 1923.)*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

La depuración de las aguas potables para las tropas en campaña.—

El Dr. Angelini manifiesta que los compuestos de cloro, empleados reglamentariamente en el Ejército italiano para hacer potables las aguas, el hidrosán, el permanganato de potasa y la tintura de yodo, presentan una eficacia destructora entre los gérmenes -aprovechosos de las aguas, y desde este punto de vista deben ser clasificadas por orden de eficacia decreciente del siguiente modo: vasija individual de hipoclorito de sosa, vasija de hipoclorito de sosa para 50 litros de agua, hidrosán, tintura de yodo, permanganato, polvos a base de permanganato.

Las vasijas (individuales o colectivas) de hipoclorito de sosa, cuya preparación data de los años de guerra; el hidrosán, preparado en Enero de 1922, rinden eficazmente potables las aguas tratadas en razón de la cantidad de cloro libre que ellas poseen todavía.

Esta comprobación del examen químico está confirmada por la ausencia de *bacterium coli* en el agua, sin materias en suspensión, depurada merced a dichos productos químicos después de haber sido abundantemente contaminada de ese germen.

Es preciso reducir la cantidad sobre la cual debe actuar la dosis de substancia que debe hacer potable el agua para evitar la inestabilidad de los productos clorados (75 litros en vez de 100, 40 en vez de 50) cuando esta substancia ha sido preparada hace algún tiempo, o prolongar el contacto con la masa de agua.

El crecimiento de la clureza ocasionado a las aguas por el empleo de las vasijas de hipoclorito de sosa y de hidrosán, es prácticamente despreciable desde el punto de vista del consumidor, cosa que podría remediarse filtrando el agua tratada o dejándola sedimentar.

El tratamiento de las aguas por el sulfato de alúmina, completado por una filtración, no aumenta la clureza de una manera apreciable.

El hecho, pues, que el grado hidrotimétrico de las aguas depuradas por los medios químicos reglamentarios en el Ejército italiano y por el hidrosán no acusa una elevación sensible, demuestra que estos procedimientos son convenientes para la depuración de las aguas potables.—(*Giornale di Medicina Militare*, fasc. 1.º, 1923.)—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Cartilla contra la tuberculosis, por el Dr. José Valdés, Médico militar.

Como complemento de las conferencias pronunciadas por el autor en el Casino Obrero de la fábrica de Trubia, ha condensado en esta interesante cartilla todo lo más práctico y sancionado que respecto a profilaxis tuberculosa se ha venido aceptando en estos últimos tiempos.

La condición climatérica del lugar, las deficiencias, desviaciones y vicios que imperan en el hogar obrero, la extenuación producida por las largas horas de trabajo, son tratadas por el doctor Valdés con gran conocimiento de causa y de una manera tan expresiva y convincente, que a pesar de las muchas publicaciones análogas, algunas de verdadero mérito, que como medio de propaganda contra el mal se vienen sucediendo en la extensa bibliografía sobre tuberculosis, las prescripciones y consejos que en el librito se reseñan están tan bien orientadas, que no dudamos en afirmar que serán de las que producirán mayor fruto, o en otros términos, que responderán perfectamente al propósito del autor, atento a la vida higiénica del obrero y a disminuir el fuerte contingente de tuberculosis que existe en Trubia.

La influencia del alcohol, la de la alimentación escasa o mal elegida, la del aire confinado, la de los regocijos y deportes, el papel de las moscas, de la leche y de los alimentos como medios de propagar la infección, también son estudiados de manera muy completa. Los alimentos recomendables, la conducta a seguir por el tuberculoso, la estéril terapéutica medicamentosa y las prácticas de desinfección cierran el trabajo del Comandante Médico Sr. Valdés Lambea, que bien merece una entusiasta felicitación por el esfuerzo realizado en pro de la clase obrera.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 28 Abril.....—Real orden (*D. O.* núm. 95) confirmando la declaración de aptitud para el ascenso hecha, por el Capitán general de la quinta Región a favor del Teniente Médico D. Leandro Martín Santos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 95) confirmando el empleo superior inmediato al Teniente Médico D. Leandro Martín Santos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 95) aprobando la determinación del Capitán general de la primera Región, de haber declarado de reemplazo por enfermo al Comandante Médico D. José Fernández Casas.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 95) concediendo el retiro por inútil al Comandante Médico D. Juan Sánchez Pallasar.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 96) concediendo veintiocho días de licencia, por asuntos propios, para Alemania, Francia e Italia, al Comandante Médico D. José Gómez Márquez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 96) concediendo veinticinco días de licencia, por asuntos propios, para Roma y París, al Comandante Médico D. Mariano Anfruns Armengol.
- 30 » Real orden (*D. O.* núm. 96) destinando al Teniente Médico D. Severiano Bustamante y Fernández de Lugo al Regimiento Infantería de Valladolid, en Melilla.
- 1.º Mayo.....—Real orden (*D. O.* núm. 27) disponiendo se celebre concurso para cubrir las plazas de especialidades en los Hospitales siguientes:

Hospital de Madrid-Carabanchel: Dos de Comandante para Cirugía. Una de Comandante para Otorino-laringología. Una de Comandante de Dermosifilografía. Una de Comandante para Urología. Una de Teniente coronel para Odontología.

Hospital de Sevilla: Una de Comandante para Oftalmología. Una de Comandante para Dermosifilografía. Una de Comandante para Radiología.

Hospital de Valencia: Una de Comandante para Dermosifilografía. Una de Comandante para Cirugía.

Hospital de Barcelona: Una de Comandante para Cirugía. Una de Comandante en Oftalmología. Una de Comandante en Oto-rino-laringología. Dos de Comandante en Dermosifilografía.

Hospital de Zaragoza: Una de Comandante en Oftalmología. Una de Comandante en Dermosifilografía.

Hospital de Burgos: Una de Comandante en Cirugía. Una de Comandante en Oftalmología. Una de Comandante en Dermosifilografía. Una de Comandante para Laboratorio de análisis.

Hospital de Valladolid: Una de Comandante para Cirugía.

Hospital de La Coruña: Una de Comandante para Cirugía. Una de Comandante para Dermosifilografía. Una de Capitán para Radiología.

Hospital de Palma de Mallorca: Una de Comandante para Cirugía.

Hospital de Santa Cruz de Tenerife: Una de Comandante para Cirugía.

- 4 Mayo.....—Real orden (*D. O.* núm. 99) disponiendo se celebre concurso para proveer una plaza de Director del Hospital militar de Tarragona, correspondiente al empleo de Teniente coronel Médico.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 99) aprobando la declaración de reemplazo por enfermo, con residencia en la primera Región, hecho al Farmacéutico segundo D. Félix González Gutiérrez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 99) concediendo el pase a superior numerario sin sueldo en la primera Región el farmacéutico primero D. Arturo Eyries Rupórez.
- 5 » Real orden (*D. O.* núm. 100) confiriendo el empleo superior inmediato a los Jefes y Oficiales siguientes:
Comandante D. Dionisio Tato Fernández; Capitanes D. José Rodríguez Castillo, D. Antonio Pérez Núñez, D. Gustavo Martínez Maurique, D. Sebastián Mouserrat Figueras y D. Ramón Zorrilla Polanco.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 100) concediendo el uso del distintivo del Profesorado al Coronel Médico D. José Masfarró Jugo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 100) disponiendo se celebre con-

curso para proveer una plaza de Teniente coronel Médico especialista en Psiquiatría, vacante en el Manicomio de Ciempozuelos.

- 5 Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 100) disponiendo que a los Jefes y Oficiales Médicos se les asignen las especialidades que se citan, además de las que de plantilla vienen desempeñando.

Comandantes Médicos: D. Adolfo Rincón de Arellano, Director del Laboratorio de Análisis del Hospital militar de Valencia, la de Oto-rino-laringología del mismo Hospital; D. Manuel Garriga Rivero, Director del Laboratorio de Análisis del Hospital de Valladolid, la Dermosifilografía del mismo establecimiento, y don Julio Villar Madrueño, oftalmólogo del Hospital de Valladolid, la de Radiología de dicho Hospital.

Capitán Médico: D. José Artal Costa, Radiólogo del Hospital de Valencia, la de Oftalmología del mismo Hospital.

- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 101) disponiendo, como aclaración a la Real orden circular del mes actual, que la plaza de Cirujano del Hospital militar de Barcelona corresponde al empleo de Teniente coronel Médico.
- 8 » Real orden (*D. O.* núm. 103) disponiendo que el Teniente Coronel Médico D. Daniel Ledo Rodríguez ejerza el cargo de observación en la Comisión mixta de Reclutamiento de Palencia, y los Capitanes D. Benigno Fernández Corredor y D. José Ristol Vidiella los mismos cargos en las de Jaén y Lérida, respectivamente.
- 11 » Real orden (*D. O.* núm. 104) concediendo al Comandante Médico D. Julio Villar Madrueño licencia para contraer matrimonio con D.^a María del Carmen González y Díez.

Correspondencia administrativa de la Revista.

Sr. Más Cleries.—(Melilla.)—Queda abonada su suscripción hasta fin de Junio próximo.

Sr. Romero.—(Melilla.)—Idem id.

Sr. Iribas.—(Melilla.)—Idem id. hasta fin de Septiembre próximo.

Sr. Montoro.—(Melilla.)—Idem id. hasta fin de Marzo último.
