REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XV. | Madrid, 1 de Marzo de 1925. | Núm. 5.

SUMARIO

Aneurismas traumáticos, por el **Dr. Lozano**. — *Servicio sanitario de una División en campaña* (continuación), por **Isidro García Julián**.— *Estudio psiquiátrico social sobre los paranoicos*, por **Julio Camino**.= *Necrología:* Excmo. Sr. D. Enrique Feyto Martín. = *Variedades*.= *Prensa médico-farmacéutica:* Un caso de amebiasis urinaria.=*Prensa militar profesional:* El tracoma entre las tropas africanas.=*Bibliografía*.=*Sección Oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

ANEURISMAS TRAUMÁTICOS

Cuando acontece una herida arterial pueden ocurrir tres cosas: que el sujeto muera a consecuencia de la hemorragia; que la herida se cure completamente, y que la herida no se cure completamente, sino que se tapone transitoriamente con un coágulo, situado entre los labios de la herida y apoyado sobre los tejidos circundantes. Después el coágulo, empujado por la sangre arterial, se va dislocando cada vez más; se agranda por efecto de nuevas hemorragias y recibe las pulsaciones arteriales. Es un hematoma pulsátil, más que un aneurisma, que se forma en el espesor de los tejidos. Al cabo de tres semanas, poco más o menos, se forma una membrana dura, a veces con precipitaciones calcáreas, en íntima conexión a los músculos y al tejido celular, por fuera; con los coágulos del hematoma, por dentro. Queda así constituído un saco lleno de coágulos, y con el núcleo hueco lleno de sangre circulante. He aquí el aneurisma traumático.

Su formación depende del sitio o región anatómica en que recae y de la resistencia de los tejidos en que tiene lugar el aneurisma.

Como se ve, esta constitución anatómica está lejos de ser la de

un saco aneurismático, formado todo él a expensas solamente de la pared arterial, cual sucede con el aneurisma verdadero.

Según Haberer, de 196 aneurismas traumáticos observados por él, 102 eran arteriales; 65, arteriovenosos; 29, mixtos.

Los últimos eran aneurismas mezclados con hematoma y comunicaciones venosas. Ellos demuestran que en cirugía de guerra, principalmente en las lesiones arteriales causadas por proyectiles, las lesiones son complejas, y no pueden clasificarse rigurosamente como aneurismas espúreos o como aneurismas arteriovenosos.

Los aneurismas traumáticos se ven preferentemente en cirugía de guerra; en la civil se ven algunas veces, cuando las arterias atraviesan abscesos cuyo pus erosiona la arteria.

Nosotros hemos visto un caso de absceso en el triángulo de Scarpa, cuyo pus buscó salida en el hueco poplíteo. El absceso era consecutivo a una hernia estrangulada, cuyo intestino se gangrenó. La arteria femoral, rodeada completamente de pus durante más de un mes, fué un día erosionada y asiento de un aneurisma traumático. Los libros de cirugía insisten en la frecuencia relativa de estos aneurismas en la carótida interna por abscesos perifaríngeos.

El aneurisma traumático, sea cualquiera la región donde se encuentra, empieza a formarse tan pronto como la arteria es lesionada por arma blanca, de fuego, etc. (Véase tomo II, páginas 401-503-504 de nuestra *Patología quirúrgica.)* Sin embargo, en la clínica no siempre se manifiesta inmediatamente al traumatismo, sino que entre éste y la aparición del aneurisma pasa cierto tiempo, durante el cual el enfermo parece curado; un día, inopinadamente, se presenta el aneurisma.

Un soldado, de veintitrés años de edad, fué herido por un casco de granada el 25 de Agosto de 1917 en la pierna izquierda. La herida curó, y el hombre pudo valerse de la pierna sin ninguna molestia. El 2 de Marzo de 1918 se presentó en el hueco poplíteo un abultamiento con intensos síntomas de inflamación. La pierna izquierda estaba atrofiada. La rodilla, en posición angular, por contractura; el pie, en equinismo. El tumor era como un puño y pulsátil; la piel que le cubría estaba intensamente enrojecida y edematizada. También estaba intensamente edematizada toda la pierna. El tumor era muy sensible, a causa de inflamación. Temperatura, 38°,2.

Al disecarse el saco aneurismático por el profesor Bier en isquemia artificial, se halló un saco cuyas paredes faltaban en la parte anterior. En este punto los coágulos se hallaban en contacto con el periostio y la cápsula articular. La arteria poplítea presentaba un orificio de un centímetro de extensión, que fué cerrado con una sutura. El campo operatorio fué suturado; colocación de un tubo de desagüe durante veinticuatro horas. Tras de la operación desapareció la fiebre. A los catorce días se vió que estaba todo curado.

La manifestación primera que inicia la sintomatología del aneurisma traumático, y por la cual el cirujano cae en la cuenta de que se halla ante un aneurisma, es la hemorragia, hasta el punto de que Bier dice que si se presenta una hemorragia secundaria tras una herida y donde, además, existe una arteria gruesa, debemos aceptar *a priori* un aneurisma traumático. Otro síntoma que inicia la escena, aunque menos frecuentemente que el anterior, es la aparición brusca de un abultamiento o tumoración en el sitio del traumatismo acompañados de fiebre. Por cierto que esta última circunstancia, la fiebre, ha llevado bastantes veces a tomar un aneurisma por un absceso. De ejemplo puede servir el caso clínico anterior.

La explicación que puede darse para estas maneras de acusarse el aneurisma traumático, es que la herida arterial se había cerrado automáticamente; tras el traumatismo, por una trombosis, se abre de nuevo con motivo de un esfuerzo o por la infección inoculada con el arma traumatizante.

Los síntomas de todo aneurisma traumático son: abultamiento pulsátil, sincrónicamente a los latidos cardíacos; las compresiones nerviosas acusadas por neuralgias, contracturas, adormecimiento, hormigueos o parálisis; las compresiones circulatorias que producen edema en regiones situadas por debajo de la lesión; las contracturas musculares de tipo isquémico, observadas en el segmento del miembro correspondiente; finalmente, ruido de soplo o zumbido en forma de susurro, al nivel del aneurisma, sincrónico también con el pulso, y, por lo tanto, intermitente; desaparición de este ruido cuando se comprime la arteria aferente.

El último síntoma es patognomónico de aneurisma traumático. Sin embargo, puede faltar (aneurismas muertos de Küttenr). Puede existir sin aneurisma en arterias estrechadas o comprimidas por

un tumor o un absceso, o en las estrechadas por una sutura quirúrgica.

De todo lo anteriormente dicho se deduce, así se observa en la clínica, que la diferenciación del absceso y del aneurisma es muy difícil. Se citan varios casos de abertura de aneurismas traumáticos creyéndoles un absceso. Bier llega a la conclusión de que en todo caso en que se presente la indicación de abrir un absceso, en el cual los síntomas y los antecedentes le hacen sospechoso de aneurisma, debe admitirse el último y obrar en consecuencia.

También ciertos angiosarcomas pueden tener pulsaciones y soplos que los semejan al aneurisma.

El aneurisma traumático puede considerarse como una afección grave a causa de las frecuentes complicaciones: hemorragia repentina, supuración, embolía, gangrena subyacente, compresiones de toda clase, alteraciones sobre el corazón y la circulación general, según diremos más adelante al hablar del aneurisma arteriovenoso.

Es verdad que el aneurisma puede curarse espontáneamente, y de ellos hay ejemplos, pero no debemos fiarnos de esta contingencia.

Un soldado, de treinta y cuatro años, fué herido el 28 de Octubre por schrapnell en el muslo derecho. Sangró abundantemente. Se le desarrolló bajo la ingle un aneurisma de la arteria femoral, del tamaño de un huevo de gallina, pulsátil. Tres años y medio después de la lesión se le oía el ruido de zumbido, había pulsaciones, pero el tumor había disminuído. El 30 de Octubre de 1919 el profesor Bier encontró bajo la ingle, y sobre la arteria femoral, un tumor del tamaño del pulgar, de consistencia pétrea, que no tenía pulsaciones ni acusaba zumbido de ninguna clase. El pulso de la arteria dorsal del pie y en la tibial posterior había desaparecido, por trombosis de la arteria. No se notaban cambios en la pierna, aunque el sujeto se quejaba de sensación de frío y de tirantez en ésta.

Tratamiento.—Actualmente puede decirse que el único es la extirpación del saco, con sutura circular o lateral de la arteria correspondiente, para no interrumpir la corriente sanguínea. Las estadísticas de ciertos autores, especialmente las de los profesores Bier, Ranzin y Haberer, así lo aconsejan. Ranzin ha hecho 38 suturas arteriales, y sólo ha visto una recidiva de aneurisma. Habe-

rer ha hecho 140, y sólo ha visto una recidiva. La trombosis la ha visto pocas veces este autor, y la hemorragia secundaria ninguna vez.

Los resultados de la ligadura comparados con los de la sutura arterial durante la guerra mundial hablan en favor de la primera.

Para Haberer no es obstáculo a la sutura arterial el que no se pueda hacer la hemostasia a lo Esmarch, cual acontece en la ingle o en el hueco supraclavicular; prefiere operar siempre sin esta hemostasia previa. Al descubrir el aneurisma pasa un hilo de seda gruesa sobre la arteria aferente y otro sobre la eferente; con ellos acoda las arterias para interrumpir la corriente sanguínea, sin alterar las paredes arteriales. Tampoco es obstáculo para aconsejar la sutura arterial las dificultades de aproximación de los extremos de las arterias, porque Haberer dice que hasta separaciones de 4 centímetros pueden salvarse si se diseca y moviliza bien la arteria, especialmente en sus colaterales, que deben ser ligadas y seccionadas si hiciese falta.

Un punto importante es saber el momento en que debe hacerse la extirpación del aneurisma y la sutura arterial, a partir del traumatismo. Nosotros creemos que cuanto antes se haga la sutura, el saco y el coágulo tendrá menos adherencias, y la operación será más fácil; pero también hay que tener presente que la infección hecha por el proyectil o el cuchillo no ha desaparecido si operamos demasiado pronto. Atendiendo a esta última circunstancia, parece que el momento mejor para operar el aneurisma es cuando la herida ha cicatrizado, o sea a la tercera semana. Si el crecimiento del aneurisma o la hemorragia apremian, no deberá vacilarse en operar aunque haya infección. En estos casos convendrá dejar un ligero desagüe en la herida.

Caso de que el cirujano no esté en condiciones de realizar la sutura, podrá hacerse la ligadura del saco por encima y por debajo, extirpando éste y haciendo la hemostasia cuidadosa de todas las colaterales que nazcan del saco, y las cuales se hallarán mejor sin la isquemia artificial a lo Esmarch.

De 196 casos de Haberer, fué hecha la sutura arterial en 140. De las 140 suturas hubo 85 circulares y 55 laterales. Los casos de sutura dieron dos muertes, los de ligadura dieron ocho muertes; tres casos sufrieron amputación.

Aneurisma de los miembros.—Los aneurismas traumáticos de

las arterias periféricas de los miembros (pedias, colaterales de los dedos, arcos palmares, radial, cubital, peronea, tibiales) no ofrecen nada especial después de lo dicho anteriormente. Martens, en su trabajo, coloca una figura representando un aneurisma de la arteria tibial posterior, que tiene la particularidad de ser muy grande, a pesar de no haber transcurrido diez días desde la herida arterial. Este aneurisma comprimió el ramo aferente de la arteria, impidiendo la circulación de la misma.

Digno de mención es el aneurisma asistido por nosotros en la colateral de los dedos. (Véase tomo II, páginas 401-503-504 de nuestra *Patología quirúrgica.)*

Este aneurisma pudo ser estudiado al microscopio, y demostró que la capa interna o endotelial formaba el saco, y, por lo tanto, las hemorragias que sucesivamente se presentaron eran por rotura de dicha capa. Quizá ocurra igual en todos los aneurismas: que el saco tiene pared propia, formada por distensión o proliferación de la capa interna, mientras el coágulo es cosa accesoria, o sea producto de la hemorragia que origina cada rotura secular.

Este caso tan insólito demuestra también que hasta cierto punto pueden servir las arterias colaterales de los dedos para investigar experimentalmente la formación de los aneurismas traumáticos.

Desde el punto de vista de la sintomatología, los aneurismas del antebrazo, de la pierna y del muslo, es de mencionar la contractura de tipo isquémico que producen algunas veces.

El tratamiento de estos aneurismas periféricos se hará por medio de la extirpación del saco, previa ligadura por encima y por debajo del mismo. A pesar de esta ligadura, no se presentan gangrenas en las regiones subyacentes, porque la circulación queda asegurada por las arterias paralelas.

Otra cosa sucede cuando el aneurisma asienta en la humeral, la axilar o la subclavia; en la femoral, en la ilíaca externa o en la ilíaca primitiva. Todas estas arterias, por su condición de únicas, al obstruirse por una ligadura, determinan la gangrena de la mano o del pie casi siempre, sobre todo si la ligadura se hace por encima de la femoral profunda o por encima de la humoral profunda. Por esta circunstancia, la extirpación del aneurisma debe ir seguida de la anastomosis arterial o sutura circular, sin hacer caso de las pocas veces en que no se ha presentado la gangrena tras la ligadura.

Haberer, en 24 casos de aneurismas de la arteria subclavia, hizo la sutura o anastomosis en 18; la ligadura en seis. En las primeras no tuvo ninguna muerte; en las segundas tuvo tres muertes.

Por este motivo la intervención quirúrgica en los aneurismas de los segmentos apendicularios en que no hay más que una arteria, es más complicada que en aquellos en que hay varias. Añádase a esto que la hemostasia previa a la operación no puede hacerse ni en las arterias ilíacas, ni en la axilar, ni en la subclavia.

Es verdad que según Haberer, no hace falta ni es conveniente tal como hemos dicho en párrafos anteriores.

Además, hay necesidad de ejecutar una laparotomía para las ilíacas y una desarticulación de la clavícula para operar aneurismas de la subclavia. (Fig. 18 del tomo II del *Handbuch.*)

Aneurismas del cuello.—El que ofrece mayores dificultades de diagnóstico es el de la arteria vertebral en su recorrido por la región supraclavicular. Sin embargo, las parálisis del gran simpático del recurrente y del accesorio harán sospechar en este aneurisma.

El tratamiento de los aneurismas de la carótida primitiva o de la carótida interna se hará por extirpación del saco, seguido de anastomosis si queremos evitar la anemia del cerebro con graves trastornos funcionales y aun la muerte. Así, por ejemplo, Pilz fija en 54 por 100 la muerte por ligadura de la carótida primitiva. Sin embargo, nosotros hemos hecho varias ligaduras de la carótida primitiva en el transcurso de operaciones quirúrgicas, y no lamentamos ninguna muerte. Reconocemos que puede presentarse y que actualmante el procedimiento de elección en la terapéutica de los aneurismas será la anastomosis arterial.

Haberer, en doce casos de aneurisma operados por él en la carótida primitiva por medio de sutura, curaron los doce sin alteraciones funcionales en el cerebro. Un enfermo murió por mediastinitis a causa de una herida concomitante del esófago.

El mismo autor ha operado un aneurisma de la carótida interna por ligadura aferente y eferente, que sufrió trastornos funcionales en el cerebro.

Los aneurismas de la carótida externa pueden tratarse por extirpación del saco, previa ligadura. La circulación colateral está garantizada, en este caso, por muchas arterias.

En la faringe se han descrito aneurismas traumáticos de la ca-

rótida interna, los cuales se presentaron con los caracteres de un tumor pulsátil de la pared. Se tomaron por abscesos amigdalinos a causa del edema que los envolvía. Inversamente, falsas pulsaciones se han tomado por aneurismas.

Aneurismas de la pared torácica.—Se conocen los de la arteria mamaria interna, intercostales, torácicas largas, subescapulares, etcétera, por rotura de las costillas, por balazos, por erosiones, etcétera, etc. Es fácil confundirlos con los abscesos; cuando están llenos de coágulos, con los tumores sólidos.

Curaciones espontáneas no se han observado nunca. En cambio, se cita un caso de muerte por hemorragia secundaria, cinco meses después de una toracoplastia, en cuya ejecución se hizo una herida arterial que condujo al aneurisma. Börst cuenta uno en la arteria subescapular, que produjo la muerte a los ochenta y seis días después de un balazo.

Aneurismas traumáticos de la cabeza.—Morenstin ha descrito uno consecutivo a un balazo de revólver. El hematoma subcutáneo era pulsátil y correspondía a un aneurisma de la arteria meníngea media; éste comunicaba con el hematoma subcutáneo, a través del orificio que había hecho el proyectil en el cráneo.

En la cara se han descrito aneurismas en la facial y en las arterias de los labios consecutivamente a punzadas y cortaduras. Su aparición brusca es característica. Sin embargo, en un caso se confundió con un quiste.

En las arterias del cuello cabelludo también se han descrito aneurismas por diferentes autores. Küttner vió cuatro durante la guerra, consecutivamente a balazos en la arteria occipital.

El tratamiento se hace por la extirpacion, seguida de ligadura.—(*La Medicina Ibera.*)

DR. LOZANO,
Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

SERVICIO SANITARIO DE UNA DIVISIÓN EN CAMPAÑA

Conferencia pronunciada por el Coronel Médico D. Isidro García Julián, el 11 de Septiembre de 1924, en el curso de información para el Mando, y especial para Coroneles de las armas combatientes.

(CONTINUACIÓN)

Las moscas son agentes transmisores de la fiebre tifoidea, del cólera, de multitud de infecciones del tubo digestivo, diarreas y disentería, y merecen, por tanto, la atención del servicio sanitario. Es muy probable, casi seguro, que los trastornos de vientre que padecen con frecuencia nuestras tropas de Africa y que, humorísticamente, se designan por los soldados con el nombre de «barriguitis», aparte de condiciones atmosféricas y cambios diarios de temperatura, tengan por origen la acción de las moscas, que se proveen de materiales a inocular en la suciedad de los campamentos, generalmente indígenas, y en la falta de aseo corporal de todos, ya que es un hecho demostrado la frecuencia de las diarreas y de la disentería en los locos, a los que por su estado no es posible someterles a prácticas de limpieza, y están constantemente sucios.

Contra las basuras y estercoleros donde se desarrollan las larvas, debe actuarse alejándolos mucho de la proximidad de las habitaciones, destruyéndolos por el fuego o por la acción suficientemente prolongada de soluciones antisépticas de cresyl, aceite de hulla, sulfato de hierro, además de la destrucción de los dípteros, por los vapores de formol y formaldehido.

Asimismo debe practicarse la petrolización de las aguas que contengan larvas de anofeles propagadores del paludismo, aparte de la medicación preventiva y eficaz por la quinina. Es este un punto en el que el Jefe Médico divisionario debe insistir cerca del Mando. El paludismo es el azote de nuestras tropas de Africa, y los ensayos de medicación quínica profiláctica han fracasado por la

falta de método, por la irregularidad en el mismo, por la pequeñez de las dosis y por la resistencia de todos a tomar la quinina.

Y, sin embargo, no hay otra medicación profiláctica del paludismo que las sales de quinina (clorhidro-sulfato, sulfato y cloruro) administradas por el método de Ziemann, miércoles y domingos: 1,20 gramos de quinina en cuatro dosis, dos por la mañana y dos por la tarde, cuando las tropas están en descanso; o por el de Celli, 0,30 gramos todos los días, al atardecer, prolongándolo *ocho semanas* después de abandonar la región palúdica; ha dado los mejores resultados en la guerra mundial, en los pantanosos lugares de Polonia y de Ukrania.

Finalmente, y dejando para cuando se trate de la desinfección del campo de batalla cuanto se refiera a inhumaciones, y antes de terminar lo que se refiere a servicios sanitarios de carácter higiénico en la División, ha de consignarse la posibilidad de practicar vacunaciones preventivas cuando aparezcan casos de peste, cólera, tifus o disentería, y la necesidad de luchar constantemente con las enfermedades venéreas.

Son las medidas de higiene siempre deslucidas; sus éxitos no son palpables inmediatamente; es difícil hacer entender a los profanos la dependencia que existe entre la causa y el efecto; su práctica es, a veces, mortificante o dolorosa, y la resistencia a dichas medidas es general, por lo que se hace necesario fortaleza, en los médicos para recabar el apoyo decidido del Mando, sin el que será imposible su ejecución, o siendo ésta defectuosa o incompleta irá seguida del fracaso.

El servicio sanitario durante la marcha comprende la asistencia de los enfermos y despeados, que de una manera continua y sucesiva se producen en las distintas horas de la jornada. Estos son atendidos en los primeros momentos por los médicos de los Cuerpos, que, ocupando el lugar que reglamentariamente les corresponde en la columna, podrán autorizarles para montar en carruajes o acémilas, bagajes, o simplemente para descargarse del fusil, manta y mochila, que colocarán en éstos o dispondrán su incorporación a los coches de ambulancia. Frecuentemente, las fuerzas que constituyen la División se disgregan o dislocan en varias direcciones, por lo que será utilísimo que en la orden diaria de marcha se señalen «puntos de reunión», a donde deberán ser dirigidos los enfermos y despeados graves, y en los que podrán es-

perar, en las más favorables condiciones, los carruajes de la mencionada ambulancia que han de recogerlos, o la evacuación, si se estimase oportuna, ahorrando así a los enfermos transportes y fatigas innecesarios, y evitando, muchas veces, el alejamiento del lugar donde se ha de dirigir dicha evacuación.

Cuando la División está acampada o acantonada, uno de los grupos de ambulancia, cuando menos, instalado bajo tienda o en los locales que se le designen, funcionará en la asistencia de los enfermos como un verdadero hospital, sujeto a la autoridad del Jefe médico divisionario. Este informará al Mando de la necesidad de realizar las evacuaciones, que podrán ser efectuadas diariamente al término de la jornada o cuando se consideren oportunas, previa la selección y clasificación de los enfermos, utilizando carruajes de requisición, convoyes o trenes de víveres en retorno, y, de ser posible, trenes ordinarios de viajeros. Cuando la división permanezca algún tiempo acantonada, será conveniente, si se quiere conservar la mayor integridad de la misma, retardar las evacuaciones fuera de la zona de operaciones, sobre todo en los primeros días, pues de no hacerlo así se corre el riesgo de separar de la columna, por tiempo ilimitado y por indisposiciones a veces ligeras, muchos soldados que, asistidos en la ambulancia, podrán ser reintegrados a filas prontamente, y que de ser evacuados a sitio donde no llegue ya la autoridad divisionaria ni la inspección del Jefe médico de la misma, pueden darse en la práctica como hombres perdidos para la División.

Por esto hay que meditar mucho antes de aceptar los ofrecimientos de algunas camas para enfermos fuera de la zona de operaciones, hechos por particulares o por pequeños municipios, que, en definitiva, no tienen buenas condiciones para la asistencia, pues bien pronto dichos ofrecimientos patrióticos derivan en intereses particulares. En todo caso, en la orden general de la División serán señalados el lugar, número y manera de efectuar las evacuaciones.

No hace muchos años eran los combates, en general, del siguiente modo: Advertida la presencia del enemigo, y a la distancia de 2.000 metros aproximadamente, la División tomaba la formación de combate. Iniciado éste con fuego de artillería de campaña, era contestado, al principio, por la artillería contraria, mientras las fuerzas de infantería avanzaban e iban tomando posiciones

entre los disparos de cañón, a los que se sumaba poco a poco el fuego de fusilería, que se hacía eficaz a la distancia de 700 u 800 metros del enemigo, en cuyo punto la línea de tiradores cesaba de progresar, deteniéndose; y aprovechando para cubrirse todo lo posible los accidentes y repliegues del terreno o ligeras o improvisadas fortificaciones, mantenía el fuego con la mayor eficacia.

Después de este período, a veces de varias horas, en que la batalla se convertía en un asedio de posiciones, se llegaba a la base final, y que pudiera llamarse decisiva, en que uno de los combatientes, quebrantado por el fuego, agobiado por la proximidad y vigoroso ataque del contrario, las desalojaba muchas veces sin esperar el asalto a la bayoneta, retrocediendo y retirándose, perseguido a veces por la caballería. Por estas circunstancias, por la sencillez de los armamentos empleados (cañones de 0,75 o de menor calibre, fusiles, granadas de mano, ametralladoras, bayonetas, lanzas y sables), el combate tenía cierta simplicidad en su desarrollo, que permitía con relativa facilidad el del servicio sanitario en el campo de batalla, la cura hasta en primera línea, valiéndose del paquete de curación o de los recursos de la bolsa de socorro, pudiendo en la última fase del mismo realizar el levantamiento y transporte de los heridos en las condiciones señaladas por el Reglamento, dirigiéndolos a la Ambulancia colocada, generalmente, a una distancia relativamente cerca del lugar del combate. Las batallas duraban algunas horas, o a lo más un día, y una vez alejado el enemigo, los elementos sanitarios disfrutaban de facilidad para la busca y recogida de los muertos y heridos propios, y de los abandonados por aquél en su retirada.

Pero el cuadro ha cambiado notablemente: las batallas de Pehao-Tai, Lieao-Yang, Moukden, en la guerra rusojaponesa, inician la serie de batallas que duran varios días; que se repiten en la última guerra, en el Marne, en el Iser, en la batalla del Flandes, con sus cinco semanas de combate, y en tantas otras, y culminan en la batalla defensiva de Verdun, que comenzada en 21 de Febrero de 1916 perduraba al firmarse el armisticio en 1918, Y a la guerra de movimiento con que se inicia la campaña, sigue pronto la de posición; los cañones de pequeño calibre dejan el lugar a los grandes cañones, cuyo transporte parecía imposible, los que cubren de explosivos no sólo las líneas enemigas, sino las ocupadas por las reservas y la retaguardia de éstas, impidiendo la

llegada de tropas de refuerzo y socorro, lanzando en un sólo día más de 10.000 toneladas de hierro y acero, cantidad que se consumió en toda la guerra francoprusiana del 70. Y los fusiles son sustituídos por cañones de infantería y diversas máquinas de guerra, y contra las tropas parapetadas se lanzan los carros de asalto y los tanques; la aviación, sustituyendo a la caballería, descubre, persigue y bombardea al enemigo, a pesar del *camouflage* y medios con que se disimula, y cuando éste se oculta en las trincheras o se hunde en los abrigos subterráneos, allí le persigue el contrario con los pesados, deletéreos y mortales gases asfixiantes.

Esta ligera descripción es suficiente para deducir y comprender las dificultades con que ha de tropezar el servicio sanitario en la curación, recogida y transporte de los heridos. El jefe de la fuerza, que pone decidido empeño en ocultarla de la vista del enemigo, disimulando su verdadera situación, impedirá la actuación de los camilleros, que sólo servirían de punto de referencia, para que éste descubriera el sitio donde se hallan las tropas.

En el hermoso e interesante libro *Bulgaria ante la Guerra Europea*, de que es autor el Teniente coronel Lon, de nuestro Estado Mayor Central, que permaneció agregado al ejército de Bulgaria toda la campaña, se lee «que a los camilleros del mismo se les prohibió recoger heridos en la intensidad del combate y mientras no tuvieran probabilidades de no ser heridos a su vez», considerando esta prohibición como un mal menor, necesario ante el hecho repetido de que por salvar la vida de un hombre perdieran la suya los tres que, en aquel país de montaña, sirven una camilla.

Los heridos que abandonan la línea de fuego durante el combate, buscan su guarida en accidentes del terreno, en los embudos de los grandes proyectiles de artillería, en diferentes lugares donde se reúnen formando esas agrupaciones que se conocen con el nombre de *nidos*, en los que los más inteligentes y esforzados curan a los otros con el paquete individual, caminando los que están en condiciones en busca del puesto de socorro o de la ambulancia, y dando al personal sanitario noticias del punto en que quedaron los que por sí solos no pudieron valerse.

Es practicamente casi imposible llegar a recoger los heridos en el momento de la lucha en la guerra de movimiento. Es de noche cuando los camilleros pueden realizarla, o aprovechando alguna circunstancia de la misma, progresando a saltos como los comba-

tientes, para verificar su retorno de noche, caminando lenta y trabajosamente, por regiones de embudos, buscando el modo de protegerse, a la vez que protegen al herido que conducen.

En la de posición, como la zona de combate va aumentando en profundidad, jamás soñada, por el alcance cada vez mayor de la artillería que coge bajo sus fuegos las reservas y bagajes, ha sido necesario la construcción de refugios avanzados para 12 heridos; de puestos de socorro de batallón para 25 a 50, a 500 metros de la línea general de defensa, y otros de mayor capacidad, para las necesidades del regimiento a dos kilómetros de ésta; refugios y puestos subterráneos cuya techumbre tenga una carga de siete a nueve metros de tierra, y a ser posible, una capa de un metro de piedra, y que han de disponer de dos salidas, ante la contingencia de que pueda ser obstruída por la explosión de los obuses, comunicando con caminos cubiertos o galerías subterráneas en el lugar de las ambulancias, con amplias habitaciones para heridos y médicos.

Con lo que queda expuesto puede juzgarse de las condiciones difíciles y precarias en que se realiza el servicio sanitario de vanguardia, y de la lentitud con que los heridos graves llegarán a la ambulancia o al hospital de campaña donde han de ser operados; y ocurre pensar en la suerte que esperaría a los heridos con hemorragia y, sobre todo, a los penetrantes de vientre o de cráneo, cuyas probabilidades de curación están en razón directa de que sean intervenidos prontamente, resultando la operación ineficaz y la muerte del herido segura, más allá de las doce o catorce horas de ser herido, si no se hubiera creado una formación sanitaria, *ad hoc*, hija de la Gran Guerra, desconocida en nuestro reglamento, pero adaptada a nuestro Ejército de Africa desde la campaña de 1921, y en la que han destacado y destacan los nombres de Pagés, Gómez Ulla, Nogueras, Herrer y otros cirujanos orgullo de nuestra Sanidad, «El Equipo y el Puesto quirúrgico». Esta formación sanitaria no ha sido aun catalogada, y no debe confundirse con los puestos de socorro; pero perteneciendo al servicio de vanguardia, debe formar parte de la División; y el Mando, asesorado por el Jefe de Sanidad de la misma, ordenará el punto y el momento de la lucha en que haya de establecerse, para atender sola y exclusivamente a las operaciones quirúrgicas de urgencia.

(*Continuará.*)

COMUNICACIÓN AL II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

ESTUDIO PSIQUIÁTRICO-SOCIAL SOBRE LOS PARANOICOS

CONFLICTOS Y DELITOS FAMILIARES Y SOCIALES A QUE PUEDEN DAR LUGAR

La paranoia (desviación del juicio) es aquella constitución, predisposición o tendencia mental, que como producto de la herencia mórbida poseen algunos sujetos para padecer con frecuencia y de un modo prolongado y crónico, estados pasionales violentos que, desviando constantemente el cauce normal del pensamiento, y matando más o menos totalmente el sentido de la crítica, les conduce fatalmente a ideas e interpretaciones delirantes de carácter fijo o sistematizado.

Y en este sentir, la *paranoia* es una constitución psico-morbosa que entra de lleno dentro del gran grupo de los degenerados mentales, o sea, de los disgenésicos constitucionales del órgano cerebro, al igual que dentro de éstos puede darse la constitución psiquiasténica, la histérica, la epiléptica, la locura insánite, etc., etc.

Mas ¿cuáles son las lagunas o déficit mentales que dan sello y carta de acción a los paranoicos?

Mientras que en el histérico son la inestabilidad psíquica, la emotividad rápida e intensa, el predominio del subsconsciente, la sugestibilidad y las reacciones bruscas y exaltadas; en el epiléptico, la suspicacia, irritabilidad e impulsibilidad, la debilitación intelectual y el predominio grande del automatismo; en el psiquiasténico, las obsesiones, impulsiones hacia aquellos actos que la conciencia moral prohibe más imperiosamente; en el esquizofrénico, la escisión asociativa con sus ambuvalencias, con su constante lucha de ideas antagónicas y su indiferencia morbo-afectiva, y el loco moral, el predominio de los sentimientos bajos y ruines sobre los altruístas y elevados (pérdida del sentido moral, ciegos morales). El síndrome mental que se destaca siempre en el paranoico, dominando y rigiendo su pobre personalidad, es una hipertrofia patológica de su *yo* acompañada de un tono afectivo francamente des-

agradable; el *paranoico* es, ante todo y sobre todo, un hiperemotivo más, no brusco y pasajero ante el triste o alegre, como ocurre en el histérico y hasta en el individuo normal, sino persistente y crónico, un supraemocionable, algo así como si fuera una pila eléctrica cargada constantemente de un tono emocional, receloso, susceptible, reservado, minucioso, desconfiado, de amor propio desmedido, de orgullo, etc., etc., que crea en él un constante descontento y malestar espiritual, tono, en una palabra, que al acompañar alguna idea tiende a alterar la esencia prima de la misma por muy noble y elevada que sea, y por muy sólidas que hayan sido las raíces tomadas de la realidad. Por ello el *paranoico* cualquier emoción que experimente al intelectualizarse, tiende a persistir en él de un modo prolongado y patológico, transformándose por ello fácilmente en pasión y, como según el dicho vulgar, la pasión a nada que perdure quita conocimiento, de aquí que en el *paranoico* se originen constantemente errores mentales sobre la verdadera y real interpretación de todas o de la mayoría de las sensaciones y percepciones, tanto exógenas como endógenas, que en un momento dado pueden arribar al campo de su conciencia.

Y precisamente de esta falsa interpretación psicosensorial de estos errores mentales tributarios de la *pasión morbosa*, es donde se derivan después ese conjunto de alucinaciones, interpretaciones e ideas delirantes y absurdas y fijas, que por no haber experimentado el control de la exo y autocrítica impuesto por las doctrinas, apreciaciones y ejemplos de los demás, o sea de la opinión pública y de la realidad, son convertidos fácilmente en esa clase de delirios crónicos, con o sin alucinaciones conocidas con el nombre de paranoicos o sistematizados.

Todo lo cual origina en estos sujetos un estado mental enfermizo, para ellos ignorado, que tiende a encauzar todos sus juicios y razonamientos, la mayoría de una lógica, al parecer aplastante, hacia la defensa de sus absurdas convicciones y de sus ideas e interpretaciones delirantes.

En el paranoico, como dice Ribot, todo es afecto, sentimiento o emoción, violento y prolongado; todo es pasión, en una palabra, y pasión tan grande, tan tirana, que absorbe casi por completo la energía del resto de las demás actividades mentales del individuo pensante, y especialmente las que constituyen el sentido de la crítica y el poder deliberador de la voluntad, por cuyos motivos el

paranoico es arrastrado irresistiblemente hacia la conquista y defensa de sus inconmovibles, erróneas y fijas ideas e interpretaciones delirantes que, tarde o temprano, son convertidas en actos patológicos y reacciones impulsivas de carácter psíco-motor hacia el escándalo, homicidio, suicidio, fuga, etc., etc., y como el paranoico o delirante sistematizado no reconoce, como le pasa al obsesivo o fóbico, el carácter patológico de sus ideas e interpretaciones delirantes, sino, al contrario, las considera lógicas, asimilándolas fuertemente a su *yo*, de aquí que no admite que nadie se las discuta, no considerándose culpable de sus propios males, de los fracasos que sufre y de los conflictos y tragedias que origina, sino culpando de ello más bien a todo cuanto le rodea, generalmente a la ciudad, calle o casa en que vive y, particularmente, a sus familiares, amigos o allegados más próximos.

JULIO CAMINO,
Comandante Médico.

(*Continuará.*)

NECROLOGÍA

Excmo. Sr. D. Enrique Feyto Martín,

Inspector Médico de primera clase, en situación de reserva.

Nació el 22 de Agosto de 1854, graduándose de licenciado en Medicina y Cirugía en Junio de 1874, siendo nombrado Médico provisional en Julio del mismo año, y en Mayo de 1875 ingresó, previa oposición, en el Cuerpo con el empleo de Médico segundo. En Junio de 1876 se le confirió el de Médico primero de Ultramar, y en Mayo de 1877 el grado de Médico mayor, obteniendo el de Médico primero de la escala general del Cuerpo, por antigüedad, en Agosto de 1877, y en Julio de 1893 el de Médico mayor de Ultramar, que obtuvo reglamentariamente en la escala de la Penín-

sula en Febrero de 1896. Promovido a Subinspector Médico de segunda clase en Noviembre de 1908, lo fué al de Subinspector Médico de primera clase en Febrero de 1915, obteniendo el de Inspector Médico de segunda clase en Marzo de 1918, y el de Inspector Médico de primera clase en 5 de Julio de 1920.

Prestó sus servicios en el Regimiento Infantería del Rey, con el que asistió a diferentes hechos de armas contra las partidas carlistas en Cataluña y en el Norte, y después pasó a la Isla de Cuba, estando en campaña con el primer Batallón de Milicias Blancas de la Habana, y terminada la insurrección estuvo en el Hospital de Ciego de Avila, Batallón de Alba de Tormes y Tercio de Guerrillas montadas de Puerto Príncipe. Regresado a la Península, fué colocado en el Regimiento de Vizcaya, pasando después al de Alfonso XII, de Caballería.

En 1893 pasó al distrito de Filipinas, y estuvo allí destinado en los Hospitales de Manila, Zamboanga y Malate, desempeñando además numerosos servicios de guarnición y de campaña, especialmente cuando fué establecido el bloqueo de Manila. Repatriado en Noviembre de 1898, quedó en situación de excedente hasta Mayo de 1900, que pasó al Hospital militar de Lérida, y en Enero de 1903 fué destinado a la asistencia de Generales de cuartel y Jefes y Oficiales excedentes y de reemplazo en Barcelona. Volvió a quedar excedente en Noviembre de 1908, y en Febrero de 1909 se le nombró Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la sexta Región, pasando al mes siguiente a la asistencia del personal de Plana Mayor de la Capitanía general de la cuarta Región.

Ascendido a Subinspector Médico de primera clase, se le destinó a la Jefatura de Sanidad Militar de Tenerife, y en Agosto de 1916 pasó a Valencia como Director del Hospital militar. De Inspector de segunda clase desempeñó las Inspecciones de Sanidad Militar de la séptima y de la quinta Regiones, siendo nombrado para igual cargo en la cuarta al ascender a Inspector de primera clase, y desempeñándolo hasta su pase a situación de reserva.

Poseía dos Cruces rojas de primera clase del Mérito Militar, otra roja de segunda clase pensionada, una blanca de primera clase y otra de segunda de la misma Orden; Gran Cruz, Cruz y Placa de San Hermenegildo, Encomienda de Isabel la Católica, Medallas de Alfonso XII, con los pasadores de Peña-Plata y Vera; de Cuba, con distintivo rojo; de Luzón, de la Jura de S. M. y de los Sitios

de Zaragoza. Era Benemérito de la Patria por las campañas carlista y primera de Cuba.

Su fallecimiento ocurrió en Barcelona, donde residía, en los primeros días del pasado mes de Febrero.

¡Descanse en paz el respetable Inspector!

VARIEDADES

Los alumnos de la Academia de Sanidad Militar, invitados atentamente por los Sres Semprún y González Granda, Inspector Jefe de los servicios de Higiene del Ejército y Director del Instituto de Higiene, respectivamente, acudieron a este Centro para presenciar las interesantísimas películas cinematográficas de los laboratorios de investigación científica y de las fábricas de las Farbenfabriken Vorm Friedr Bayer Compañía, cuyos productos tan merecido crédito disfrutan.

*
* *

Se ha verificado, en los respectivos cuarteles, el solemne acto de la jura de bandera por los reclutas recientemente incorporados a nuestras unidades sanitarias, habiéndoseles distribuído a la tropa ranchos extraordinarios.

*
* *

La Universidad de Zaragoza y en especial sus Facultades de Medicina y Ciencias, acaban de rendir un grandioso y merecidísimo homenaje a nuestro sabio compatriota D. Santiago Ramón y Cajal, del que ya tienen conocimiento detallado nuestros lectores por la prensa diaria.

La Revista de Sanidad Militar se asocia con el mayor entusiasmo al noble rasgo de los profesionales zaragozanos.

*
* *

Por delegación del Capitán General de Cataluña, presidió la sesión inaugural del presente curso en la Real Academia de Medici-

na de Barcelona, el Inspector de Sanidad Militar de la cuarta Región y Académico numerario D. Francisco Soler Garde.

*
* *

Damos el más sentido pésame al Teniente coronel Médico don Rafael Chicoy, por la desgracia de familia que ha experimentado recientemente.

*
* *

En Guadix (Granada) se ha iniciado una suscripción popular para ofrecer, como testimonio de simpatía, las insignias de la Cruz de Beneficencia de primera clase con distintivo morado y negro, que acaba de serle concedida, al Capitán Médico D. Servando Casas Fernández.

*
* *

La última reunión que celebró la Sociedad de Abolicionismo tuvo lugar en el teatro de Eslava el domingo día 15 de los corrientes, y en ella, el Dr. Juarros, sintetizó el credo abolicionista en seis conclusiones:

a) Supresión de los Reglamentos del hetairismo, por suponer una ley de excepción sin ventaja alguna.

b) Creación del delito sanitario, estableciendo sanciones para quien comprometa la salud ajena: contagios, venta de géneros averiados, etc.

c) Ley contra el parasitismo social, o sea: obligación legal de probar que se vive de medios lícitos.

d) Ley de investigación de la paternidad, es decir: deber legal de que todo hijo sea reconocido por su padre, problema ahora en camino de solución práctica, merced al descubrimiento de nuevas reacciones sanguíneas.

e) Creación del certificado médico prematrimonial.

f) Igualdad del hombre y de la mujer ante la ley.

*
* *

A fines del pasado mes pronunció una interesante conferencia en el Centro del Ejército y de la Armada el Comandante Médico D. Julio Camino.

La disertación, que versó sobre Hipnotismo, Sugestión y Autogestión, fué muy del agrado de la distinguida concurrencia al acto.

En las irritaciones intestinales, en las disenterías, en cuanto exige un régimen el aparato digestivo, está indicado el

AGUA DE INSALUS

Estómago
Hígado
Vías urinarias.

Dirección: Tolosa (Guipúzcoa)

LOECHES LA MARGARITA

JARDINES, 15, MADRID

AGUA MINERAL NATURAL PURGANTE—DEPURATIVA

Curación de las enfermedades del **Aparato digestivo**, del **hígado**, especiales de la **mujer** y todas las de la **piel**.

Más de medio siglo de uso universal en bebida y baño.

PANCREATINA
ESPLENINA
OVARINA
NEFRINA

Opoterápicos López-Brea

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

ARNAU HNOS., VERDAGUER Y BALLÍS, 5 Y 7. - BARCELONA

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

MUESTRAS A LOS SRES. MEDICOS QUE LAS SOLICITEN

GUÍA MANUAL DE MATERIAL SANITARIO

(ESPECIALMENTE EN CAMPAÑA)

POR EL TENIENTE CORONEL MEDICO

D. JOSÉ POTOUS MARTÍNEZ

ex-Profesor de dicha asignatura en la Academia Médico-Militar.

Obra de 400 páginas con 36 figuras en el texto.

Precio: 7 pesetas.

Declarada de utilidad para el Ejército.

El conferenciante practicó algunas experiencias con enfermos de su clínica.

***

AVISO A NUESTROS SUSCRIPTORES DE PROVINCIAS Y ÁFRICA

La administración de esta Revista, aunque cuenta en todas las regiones y territorios de Africa con corresponsales celosos, que ponen de su parte cuanto pueden en beneficio del periódico, esfuerzo que nunca agradeceremos bastante, suelen tropezar a menudo con dificultades para el cobro, devolviéndonos al final de la recaudación numerosos recibos del personal que por unas u otras causas (especialmente cambios de destino, ausencias de las plazas, etc.), nos obligan a sostener una constante y extensa correspondencia con los interesados, tan molesta y perjudicial para ellos como para nosotros.

Para obviar dichos inconvenientes, y que no tengan los suscriptores y corresponsales que girar tan a menudo y pueda al mismo tiempo precisarse mejor la situación de los interesados, hemos acordado cobrar las suscripciones de fuera de Madrid por semestres, a cuyo efecto remitiremos a nuestros corresponsales los recibos al final del tercer mes en que estén comprendidos dichos semestres.

Mucho agradeceremos a nuestros suscriptores (algunos de los cuales pagan por semestres y aun por año desde larga fecha) acojan con su habitual benevolencia esta innovación, que, como a nosotros, ha de evitarles molestias y perjuicios.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Un caso de amebiasis urinaria, por A. N. Worsley y J. Bateman.—Hombre de treinta años, que residió cuatro meses en Omdurmam. El 29 de Enero experimentó un dolor no muy acentuado en el lado derecho, entre las costillas y la cresta ilíaca, posteriormente cerca de la columna vertebral. El dolor aumentó con rapidez y se hizo continuo. Frecuencia de la micción antes y durante el ataque. La vejiga continuaba llena después de la micción, eliminando en ésta solamente pequeña cantidad de orina. Al cabo de una hora, vómitos de moco y bilis, sin náuseas. A las cinco horas cedió el dolor bruscamente. Temperatura nor-

mal. El 8 de Febrero hubo un segundo ataque análogo al anterior, pero con fiebre muy moderada. Se presentó diarrea. En las heces se vieron quistes de *ameba coli*, pero no se encontraron de *ameba hystolitica*. Otro tercer ataque tuvo lugar el 24 de Febrero; en éste predominaron, al lado de los síntomas urinarios, los gastro-intestinales. Pulso muy lento (45). Ictericia. En la orina se encontraron hematíes y piocitos, y gran número de cuerpos redondos que correspondían a la fase pre-quística de la *Entameba histolytica*. En las heces se encontraron después quistes de esta *ameba* y de la *coli*. Tratado el caso por inyecciones de emetina, desaparecieron los quistes de la orina y de las heces. Los autores creen que se trata de un caso de amebiasis urinaria. La existencia de ictericia hace pensar en que el hígado estaba atacado también, y sospechan que la afección haya sido originada por una infección sanguínea. — (*The Journ. of Trop. Medicine and Hygiene*, 15 de Octubre de 1924.)— *E. Luengo.*—(*Siglo Médico*, Enero 1925.)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

El tracoma entre las tropas africanas.—El Dr. Millet, Médico mayor de segunda clase del Ejército francés, manifiesta que el tracoma constituye un serio peligro en el Africa del Norte, como lo demuestran las estadísticas establecidas en los consejos de revisión.

Hay necesidad de eliminar, desde luego, el 11 por 100 del contingente presentado. Por otra parte, provoca hospitalizaciones en número importante durante la duración del servicio: 15 000 estancias de tratamiento por año aproximadamente en los Hospitales militares de Argelia.

Para el autor, que aporta sobre esta interesante cuestión documentos importantes, el tracoma no es contagioso; es una conjuntivitis crónica que sucede a una o a varias conjuntivitis agudas descuidadas o insuficientemente tratadas.

Perseguir atentamente la rebusca de toda conjuntivitis, harto insidiosa, sobre todo en los niños, representa el primer tiempo de la profilaxia.

El empleo del nitrato de plata al 1 por 100, que asegura la curación de toda conjuntivitis debutante, completa la obra profiláctica. Esta obra debería ser confiada no sólo a los médicos, escasos en estas circunstancias, sino a todos los auxiliares facultativos utilizables, comadronas, institutores, imanes, tolbas, etc. — (*Archives de Médécine et de Pharmacie Militaires*, Octobre 1924).—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

La Psiquiatría para el médico práctico, por Hans W. Gruhle, Profesor en la Universidad de Heidelberg; traducción española de la segunda edición alemana, por D. Antonio Vallejo Nájera, Comandante Médico; 328 páginas de 22 × 16; 23 grabados en el texto. Editorial Labor, S. A., Barcelona. Buenos Aires, 1925.

Dice el autor de la obra en el prólogo que «no se propone compendiar el material científico de la Psiquiatría con el mero objeto de procurar a los estudiantes uno de tantos libros preparatorios de examen académico, sino servir de auxiliar y guía para médicos prácticos (¿generales?) y estudiantes, procurando a unos y a otros explicación racional y precisa de muchos hechos que cotidianamente se ofrecen a su observación, y que deben ser estudiados, no teóricamente, sino según los datos que la experiencia apronta».

En la primera parte estudia «Los síntomas», dividiendo éstos en trastornos cuantitativos, cualitativos y de asociación de las ideas (54 páginas). En partes sucesivas se ocupa de los «Tipos de personalidad anormales o psicópatas» (70 páginas); los «Síndromes o procesos morbosos» (86 páginas); los «Síntomas orgánicos más importantes en los trastornos mentales» (24 páginas); «Tratamiento» (18 páginas); «Peritaje psiquiátrico» (31 páginas). El traductor añade, de su parte, un apéndice sobre la Legislación española, argentina, uruguaya y chilena, referente a las cuestiones civil y criminal, que se relacionan con los alienados. Por último, es del autor una «Bibliografía de los tratados más recomendables para el médico práctico», bibliografía clasificada en la que, por cierto, no son citadas más obras extranjeras que dos francesas de P. Janet.

No falta, claro es, tratándose de Psiquiatría, la clasificación nosográfica del autor.

La excelencia de esta obra es el capítulo que se ocupa de lo que el autor llama «Anormalidades psíquicas congénitas o psicopatías» en el que campean las ideas modernas sobre el entronque

de lo extrictamente enfermizo con lo normal, concepción que separa a la Psiquiatría de otros sectores de la Patología, por el diverso modo esencial en que debe ser considerado lo morboso psíquico y lo morboso somático.

Es un tratado de agradable lectura, apropiada introducción a la Psiquiatría moderna, en el que se cumple debidamente el fin que el autor se propuso. La traducción está hecha con fidelidad y claridad inmejorables y la parte editorial mejor presentada que el original alemán.—*Santos Rubiano.*

SECCIÓN OFICIAL

9 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 33) disponiendo que los alumnos de la Academia de Sanidad Militar verifiquen en los días del 1 al 15 de Marzo próximo las prácticas que se indican.

12 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 34) concediendo tres meses de prórroga a la comisión que en el tren-hospital núm. 2 desempeñan el Comandante Médico D. Felipe Rodríguez y Martínez Toledano y el Capitán Médico D. Santiago Sarry Bujan.

12 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 34) concediendo prórroga de tres meses a la Comisión que como encargado de la asistencia facultativa de la guarnición y plaza de Vitoria desempeña el Capitan Médico don Ignacio Fernández de Castro.

12 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 34) concediendo licencia al Capitán Médico D. Isidro Rodríguez Medrano para contraer matrimonio con D.ª Angeles del Río Olmedo.

12 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 34) concediendo la separación del servicio activo al Capitán Médico D. Cecilio Fariñas Carvajal.

12 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 34) concediendo la separación del servicio activo al Teniente Médico D. José Pérez Fernández.

12 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 34) concediendo el pase a reemplazo por herido al Capitán Médico D. Isidro Sáez Martínez con residencia en la primera Región.

12 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 34) concediendo el pase a reempla-

zo por herido al Teniente Médico D. Fabriciano García Cicuendez, con residencia en la primera Región.

13 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 35) disponiendo se aumente una plaza de Teniente coronel Médico en el Hospital de Sevilla, otra de Comandante Médico en el Colegio de Huérfanos de Santiago (Sección de varones), y una de Capitán Médico en la Fábrica de Pólvoras de Murcia, suprimiendo la de Teniente coronel Médico del Colegio de Santiago, la de Comandante Médico en el Hospital de Sevilla, y la de Capitán Médico de Necesidades y contingencia del servicio en Las Palmas.

14 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 36) nombrando Alféreces Médicos alumnos de la Academia de Sanidad Militar a los doce opositores aprobados siguientes: D. José Escobar Bardoy, D. José Manuel Pintos Castro, D. Antonio Alvarez González, D. Augusto Granados Gómez, don Valeriano Herena García, D. Cesidio Linares Vergara, D. Manuel López del Rey, D. Emiliano Aguilera Fernández, D. Gonzálo Martínez Caminero, D. Francisco Torres Ibáñez, D. Juan Antonio Valderrama Calder Smith y D. Juan Ortega Mesa.

16 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 38) estableciendo el servicio de mineralización y gasificación de aguas en las farmacias de los Hospitales de Madrid Carabanchel, Barcelona, Melilla, Ceuta y Larache, que serán dotados por el Laboratorio Central de Medicamentos de los aparatos y material necesarios, a excepción de la primera, que los tiene ya.

17 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 39) resolviendo que el plan de alimentos vigente en los Hospitales militares para las clases e individuos de tropa pueda aumentarse en un litro de leche, como extraordinario, para sólo en los enfermos que el Jefe de la clínica considere estrictamente preciso.

19 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 40) concediendo al Capitán Médico D. Amadeo Fernández Gomara el abono de la cuarta parte del tiempo que prestó asistencia a fuerzas indígenas, o sean cuatro meses y catorce días.

19 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 40) disponiendo quede disponible por herido, en la primera Región, el Capitán Médico D. Domingo Martínez Eroles.

19 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 40) concediendo licencia al Capitán Médico D. Miguel Echevarría Martínez para contraer matrimonio con D.ª Pilar Salgado Ferrer.

19 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 40) disponiendo pase a reemplazo por enfermo el Capitán Médico D. Octavio Sostre Cortés.

20 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 41) concediendo al Capitán Médico D. Manuel Bermúdez Pareja abono de la cuarta parte del tiempo que prestó asistencia a Fuerzas indígenas, o sean cuatro meses y diez y seis días.

20 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 41) concediendo licencia al Teniente Médico D. Manuel Massa Palop para contraer matrimonio con doña María de los Dolores Fulgencia Toboso y Mellado.

20 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 41) concediendo la gratificación de efectividad que se indica a los Jefes y Oficiales siguientes: De 500 pesetas por un quinquenio: Teniente coronel Médico, D. Angel Jack Ocampo; Comandantes Médicos, D. Rafael Llorente Federico, D. Juan Ramos Cuadrado, D. Ramón Anglada Fuxá; Capitanes Médicos, don Manuel Crespo de Vega, D. Ignacio Olea Herráiz. De 1.000 pesetas por dos quinquenios: D. Juan López Quelles, D. Alberto Forés Palomar. De 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad D. Benjamín Turiño Campano.

21 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 42) destinando al Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Ceuta, núm. 3, al Teniente Médico D. Marceliuo Martín Duelmo.

23 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 43) concediendo la Cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo rojo, a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes: Capitanes Médicos D. Felipe Campos Albuerne, D. Luis Cantarino Escamilla, D. Isidro Rodríguez Medrano y D. Antonio Carnero Moscoso; Teniente Médico D. Carlos Puig Quero.

23 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 43) destinnando a los Jefes y Oficiales Farmacéuticos siguientes:

Subinspectores Farmacéuticos de segunda clase: D. Miguel Robles Pineda, del Hospital de Zaragoza a la Farmacia Militar del Buen Acuerdo (Melilla), de Jefe (V.); D. Gabriel Romero Landa, de disponible en la primera Región, al Hospital de Zaragoza. (V.), y D. Jenaro Peña Guerau, ascendido, del Laboratorio Central de Medicamentos a disponible en la primera Región.

Farmacéutico Mayor: D. Rafael Ximénez de la Macorra, ascendido, del Laboratorio de Medicamentos de Málaga a disponible en la segunda Región.

Farmacéutico primero: D. Juan Salvat Bové, del Hospital de Barcelona a disponible en la cuarta Región.

Farmacéutico segundo: D. Clementino Villaverde Almarza, de la Farmacia Militar de esta Corte, núm. 3, al Hospital de Barcelona (V.).

26 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 45) destinando al Ministerio de la Guerra al Teniente coronel Médico D. Alberto Ramírez Santaló.

26 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 45) anunciando a concurso una plaza de Capitán Médico oto-rino-laringólogo, de nueva creación, en los Grupos de Hospitales de Melilla.

26 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 45) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Coronel: D. José Valderrama Martínez, ascendido, del Estado Mayor Central a disponible en la primera Región.

Tenientes coroneles: D. Pablo Salado Fernández, ascendido, del Hospital Militar de Tetúan a disponible en la sexta Región; D. Amadeo Arias Rodríguez, ascendido, del segundo Regimiento de Sanidad, al Hospital Militar de Sevilla (Art. 1.º), y D. Ricardo Rojo Domínguez, del Colegio de Huérfanos de Santiago (Sección de varones), a la asistencia de la Plana Mayor de la Capitanía General de la séptima Región y Gobierno Militar de Valladolid.

Comandantes: D. Felipe Rodríguez Martínez Toledano, del primer Regimiento de Sanidad y en comisión en el tren-hospital núm. 2, cesa en la expresada Comisión y se incorpora a su destino de plantilla, y don Rafael Criado Cardona, del Hospital militar de Pamplona y en Comisión en el Instituto de Higiene Militar, al Hospital Militar de Guadalajara, por necesidades del servicio, continuando en la expresada Comisión como alumno de los cursos de higiene.

Artículo 1.º

D. Gerardo Pastor Fernández, del Grupo de Sanidad Militar de la séptima Región al Colegio de Huérfanos de Santiago (Sección de varones), y D. Benigno Fernández Corredor y Chicote, ascendido, del Batallón de Radiotelegrafía de campaña al Grupo de Sanidad Militar de la séptima Región.

Artículo 10.

D. Eusebio Jimeno Sáinz, ascendido, del Depósito de Sementales de la octava Zona Pecuaria al Hospital militar de Pamplona.

Artículo 15.

D. Aurelio Díaz y Fernández Fontecha, del Hospital militar de Sevilla, plaza suprimida en su empleo, al segundo Regimiento de Sanidad.

Real decreto de 9 de Mayo último (*D. O.* núm. 108).

D. José Rodríguez Castillo, del Hospital militar de Figueras al de Tetuán, en comisión, sin causar baja en su destino de plantilla, con arreglo a la Real orden circular de 13 de Agosto último (D. O. núm. 180).

Cesan en sus actuales comisiones y se incorporan a su destino de plantilla:

Capitanes: D. Juan García Gutiérrez, a la Fábrica de productos químicos, del Regimiento Infantería de Valladolid, 74, expedicionario en Melilla; D. Manuel Ruigómez Velasco, a la Comandancia de Carabineros de Madrid, del Regimiento Infantería de Alcántara, 58, expedicionario en Melilla; D. Elías Nager Martínez, al 10.° Regimiento de Artillería ligera, del de Infantería de Asturias, 31, expedicionario en Ceuta; D. Santiago Sarry Buján, al Depósito central de Remonta, del tren-hospital núm. 2; D. Enrique Blasco Salas, a la Escuela de Equitación, del tren-hospital núm. 3, y D. José Jover Jover, al quinto Regimiento de Zapadores Minadores, del cuadro eventual de Ceuta.

Artículo 1.°

D. José Frapolli Rica, del Regimiento Infantería de Sevilla, 33, expedicionario en Larache, al de Cazadores de Alfonso XII, 21, de Caballería; D. Luis Jiménez Fernández, del Regimiento Infantería de Navarra, 25, al cuarto de Artillería pesada; D. Joaquín Segoviano Rogero, del Batallón de montaña de Reus, 6.° de Cazadores, al 10.° Regimiento de Artillería pesada; D. Eusebio Torrecilla Parodi, del Hospital Militar de Alhucemas al Depósito de Sementales de la octava Zona pecuaria; D. Teófilo Zalaya Clavería, del Regimiento Infantería de Albuera, 26, al de Asturias, 31; D. Angel del Río Pérez, de disponible en la primera Región al cuarto Regimiento de Intendencia; don Luis Muruzabal Sagues, de la ambulancia expedicionaria del sexto Regimiento de Sanidad a la asistencia del personal de la plaza de Pamplona; D. Gabriel Alonso Pérez, del Regimiento Infantería de Aragón, 21, al octavo Regimiento de Intendencia; D. Manuel Noriega Muñoz, del Regimiento Infantería Galicia, 19, expedicionario en Melilla, al de Dragones de Santiago, 9.° de Caballería; D. Francisco Castejón Laclaustra, del Regimiento Infantería de Guadalajara, 20, al Batallón de montaña La Palma, 8.° de Cazadores; D. Vicente Tinaut del Castillo, del Batallón de montaña La Palma, octavo de Cazadores, a la Fábrica de Pólvoras de Murcia; D. Arcadio García de Castro y Raya, del 6.° Regimiento de Artillería pesada, al

Batallón de Radiotelegrafía de campaña (art. 3.° del Real decreto de 4 de Julio último, D. O. núm. 150); D. José Gómez Segálerva, del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Melilla, 2, al Regimiento de Aerostación; D. Constantino Roldán Sevilla, del noveno Regimiento de Artillería ligera, expedicionario en Melilla, al de Infantería de Ceriñola, 42 (Real decreto de 9 de Mayo último, D. O. núm. 108), y D. José Salarrullana Alabart, del Regimiento Infantería de Africa, 68, al de Cazadores de Alcántara, 14.° de Caballería. (Real decreto de 9 de Mayo último, D. O. núm. 108).

Artículo 10.

D. Salvador Vicente Estévez, del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42, al Batallón de Montaña, 12 de Cazadores, y D. Agapito Argüelles Terán, de los Grupos de Hospitales de Melilla al Regimiento Infantería de Saboya, 6.

En comisión, con derecho a las dietas reglamentarias, sin causar baja en sus destinos de plantilla:

D. Policarpo Carrasco Martínez, de la Escuela Central de Tiro al tren-hospital núm. 3; D. José Serratosa Ballesteros, del Batallón de Montaña Alba de Tormes, segundo de Cazadores, a la asistencia del personal y guarnición de la plaza de Burgos, y D. Manuel Boyero García, del Regimiento Infantería de Cantabria, 39, a la asistencia del personal y guarnición de la plaza de Burgos.

Quedan disponibles por heridos, con arreglo a la Real orden circular de 22 de Agosto de 1923 (D. O. núm. 184):

D. Asterio de Pablo Gutiérrez, del Batallón Cazadores de Arapiles, 9, en la primera Región, y D. Francisco de la Cruz Reig, del Regimiento Infantería de Burgos, 36, en la cuarta Región.

En plaza de Capitán, con arreglo a la Real orden circular de 17 de Noviembre último (D. O. núm. 259):

Forzosos.

Tenientes: D. Pedro Gómez Cuéllar, del Grupo mixto de Ingenieros de Tenerife, al Tercio de Marruecos; D. José Villalobos Roldán, del Hospital militar de Mahón al Batallón Cazadores de Arapiles, 9; D. Alberto Cortés del Ejido, del Regimiento de Aerostación y en comisión en el séptimo de Artillería pesada, al batallón de Montaña Reus, 6.° de Cazadores, expedicionario en Larache, cesando en la expresada comisión; D. Emilio Granados Gómez, del Hospital militar de Barce-

lona y en comisión en el Regimiento Cazadores de Tetuán, 17.° de Caballería, al Regimiento Infantería de Aragón, 21, expedicionario en Ceuta, cesando en la expresada comisión; D. Antonio Romero García, del segundo Regimiento de Sanidad al Hospita militar de Alhucemas; D. José García Delgado, del 16.° Regimiento de Artillería ligera, al de Infantería de Alcántara, 58, expedicionario en Melilla; D. Alonso Encalado Ruano, del Regimiento Dragones de Montesa, 10.° de Caballería, al de Infantería de Africa, 68, y D. Juan Durán Sánchez, del cuarto Regimiento de Sanidad al Cuadro eventual de Ceuta, sin causar baja en su destino de plantilla.

Jefes y Oficiales a quienes comprenden el apartado *a*) art. 2.° del Real decreto de 9 de Mayo último (D. O. núm. 108):

Coroneles Médicos, el núm. 1 de la escala.

Tenientes coroneles Médicos, del 1 al 3 de la misma.

Comandantes Médicos, del 1 al 5 de ídem.

Capitanes Médicos, del 1 al 13 de ídem.

Oficiales Médicos que habiéndoles correspondido servir en Africa, no han sido destinados por los motivos que se expresan:

D. Eugenio Ruiz Miguel, alumno de los cursos de Cirugía; D. Manuel Hombría Iñiguez, de reemplazo por herido; D. Luis Marina Aguirre, de los servicios de Aviación; D. Ubaldo Gastaminza Bireben, alumno de los cursos de Higiene, y D. Jaime Roig Padró, de reemplazo por enfermo.

Jefes y Oficiales a quienes comprende el art. 13 del expresado Real decreto (probable destino a Africa antes de seis meses):

Comandantes Médicos: D. Manuel Lamata Desbertrand, D. Luis Iglesias Ruiz, D. Vicente Ganzo Blanco y D. Carlos Pérez Serra.

Capitanes Médicos: D. Eugenio Ruiz Miguel, D. Jaime Roig Padró, don Ubaldo Gastaminza Bireben, D. Angel del Río Pérez, D. Isaac Correa Calderón, D. Diego Medina Garijo, D. Damián Navarro García y D. Federico Jiménez Ontiveros.

26 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 45) disponiendo el pase a reemplazo por enfermo, con residencia en esta Corte, del Capitán Médico don Luis Alonso Alonso.

26 Febrero.—Real orden (D. O. núm. 45) confirmando la declaración de haber pasivo de 750 pesetas mensuales asignadas al Teniente coronel Médico D. Miguel Manero Yanguas.

Establecimiento tipográfico Nieto y Compañía.—Tutor, 16, teléfono 20-42 J.