

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año III

Madrid 1.º de Septiembre de 1909

Número 17

SUMARIO

Neurología: D. Leopoldo Méndez Pascual.—Organización y formaciones sanitarias de una división en campaña: Los hospitales de campaña, por F. González Deleito.—Apuntes clínicos de venereología y sifiliografía (conclusion), por A. Solduga.—Servicio farmacéutico en campaña, por L. Nieto.—*Prensa médica:* La oftalmo-reacción en la fiebre tifoidea.—Fibrolisina en el tratamiento de la obesidad.—Transmisión del virus sifilítico a los conejos.—Observaciones múltiples sobre vacunoterapia.—Sobre la existencia de isolisinas en el suero de la sangre de los tumores malignos.—Un portador de bacillus Eberth tratado con éxito por la inoculación de vacuna tifoidea.—Tratamiento de la fiebre tifoidea por inyecciones subcutáneas de bacillus tíficos vivos y atenuados.—Sobre el tioresol en el tratamiento de la hemorragia.—Sobre el crecimiento de la talla de los conscriptos en algunos Ejércitos europeos.—Heridas por armas de fuego.—La tuberculina como medio diagnóstico de la tuberculosis en el Ejército.—*Bibliografía:* Notas de la práctica sifiligráfica, por Julio Gómez Muñoz.—Mummificación y embalsamamiento en tiempo de los Faraones, por el Dr. D. Rodolfo del Castillo y Quatilliers.—La tiroidectomía parcial en la enfermedad de Basedow, por Dacio Crespo Alvarez.—*Sección oficial.*

SUPLEMENTOS: Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Septiembre de 1909.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

NECROLOGÍA

D. Leopoldo Méndez Pascual,

Farmacéutico segundo.

El 14 de este mes falleció en el Peñón de Vélez de la Gomera el Farmacéutico segundo Sr. Méndez Pascual, á consecuencia de heridas que le fueron inferidas el día anterior. No tenemos del caso más que breves referencias telegráficas, y desconocemos los motivos que le llevaron á ocupar el honroso puesto de combatiente y las circunstancias en que recibió las lesiones que le produjeron la muerte. Sólo sabemos que servía destino de plantilla en el hospital de la mencionada plaza y

que fué herido cuando combatía al frente de una sección de tiradores.

Ingresó el finado en el Cuerpo de Sanidad Militar, previa oposición, en 10 de Diciembre de 1897, y fué destinado al hospital de Chafarinas, y después, sucesivamente, á las farmacias militares de Madrid, al Laboratorio Central de medicamentos, y en 1906 al hospital del Peñón. Se hallaba en posesión de la medalla de Alfonso XIII y de la cruz de primera clase del Mérito Militar con distintivo blanco y pasador de «Industria militar». Por Real orden circular de 18 de Agosto (D. O. núm. 184) se le ha conferido el empleo de Farmacéutico primero, «como recompensa al extraordinario mérito contraído en la defensa del Peñón de Vélez de la Gomera, en la que tomó parte activa, falleciendo el día 14 á consecuencia de las graves heridas recibidas el día 13».

Méndez Pascual ha sido la primera baja ocurrida en el personal de la Sanidad Militar en esta campaña, y su nombre viene á aumentar la larga serie de compañeros que perdieron la vida en función de guerra.

El Cuerpo está de duelo, aun cuando experimente la satisfacción del deber cumplido. ¡Descanse en paz nuestro distinguido compañero!

ORGANIZACIÓN Y FORMACIONES SANITARIAS DE UNA DIVISIÓN EN CAMPAÑA

LOS HOSPITALES DE CAMPAÑA

Siguiendo la evolución general de todos los escalones sanitarios, los hospitales de campaña tienden al avance hacia la

línea de fuego en su instalación y asimismo á un funcionamiento, puesto que permite no sólo relevar con toda rapidez la ambulancia á fin de que ésta pueda marchar con la división, sino incluso á funcionar al mismo tiempo que ella, recibiendo heridos directamente del campo de batalla y aligerándole el servicio.

Al mismo tiempo que esa instalación pronta y avanzada, se exige una rapidez de evacuación que permita al hospital seguir en su evolución al tren del Cuerpo de Ejército ó de la división de que forme parte.

Tan sólo en el Ejército austriaco se inmoviliza el hospital, pero hay que tener en cuenta que en la organización sanitaria de este Ejército existe una formación propia y exclusiva de él, lo que ellos llaman la ambulancia, que ya en otra ocasión hice notar era distinta en su significación de sus sinónimas en nuestro Ejército y en el francés. Esta formación constituye en ellos el tercer escalón del servicio de primera línea; se instala á retaguardia del Verbandplatz, formación principal de una compañía sanitaria y análoga á nuestra ambulancia divisoria, y es la que tiene la movilidad de los hospitales de campaña de otros Ejércitos, si bien no avanza tanto como ellos por existir también en Austria una columna de evacuación de heridos, dotada de abundante material para el transporte de éstos con cierta rapidez á una jornada de retaguardia. Esto hace notar L. Herz en su estudio acerca del servicio sanitario en el Ejército inglés durante la guerra anglo-boer (1).

Para darles esta movilidad y hacerlas evacuar, á las proximidades del campo de batalla ha sido preciso establecer formaciones de segunda línea intermediarias entre ellos y las cabeceras de los hospitales de la zona de evacuación, que han

(1) L. Herz, loc. cit., pág. 23: «Es pleicht mehr den Ambulanzen unserer Divisions-Sanitäts austals». Hega le cita porque los mayores motivos de confusión provienen del empleo de nombres análogos para designar servicios distintos.

funcionado de diverso modo pero con idéntico fin, tanto en los rusos como en los nipones, en la última campaña.

Establecieron estos últimos un escalón llamado Teilitse-Bioin ú hospital estacionario, que instalándose á retaguardia de los hospitales de campaña, hacían las veces de éstos y al mismo tiempo de hospital de evacuación. Iban afectos á las divisiones combatientes y podían subdividirse en tres secciones.

Matignon dice que ha visto funcionar estos hospitales como hospital de campaña y hospital de evacuación simultánea y sucesivamente. Gracias á ellos los hospitales de campaña pueden gozar de la movilidad máxima y seguir á la división en sus evoluciones.

En los rusos puede estimarse como análogos en sus funciones los hospitales movibles de campaña no divisionarios, que como ya se ha dicho anteriormente quedan afectos al Inspector general de hospitales y al Inspector médico del Ejército.

Gracias á la existencia de estas formaciones, no pudo aplicarse en esta guerra á los hospitales de campaña la definición grotesca de que «es un caballero corpulento y grueso partidario de la comodidad, etc.»

Su misión no se ha reducido á la de relevar la ambulancia, como se le asigna en todos los Reglamentos sanitarios antiguos y aun se afirma en el último de campaña del Ejército francés (1), sino que la relevan ó la doblan según las circunstancias, funcionando durante el combate y aligerando el servicio de los puestos de curación divisionarios. En este punto son muy explícitos los Reglamentos de los Ejércitos japonés y alemán.

El artículo 102 del Reglamento sanitario japonés dice:

(1) Téngase en cuenta respecto á éste, que es provisional, para armonizar el antiguo con la organización de los servicios de retaguardia, y que en lo demás reproduce exactamente el anterior, sin contener las innovaciones que se ensayan y preparan.

El papel principal del hospital de campaña es recibir los heridos de *la primera línea* y de la ambulancia. . . . ; y el del Ejército alemán ordena lo mismo en los artículos 105, 143, 149 y 157.

Su instalación, por lo tanto, es precoz, relativamente, y se hace una vez formalizado el combate y después de estar funcionando el puesto principal de curación ó ambulancia. Como existen varios en las divisiones, lo ordinario es que se escalonen los necesarios, instalando el primero cerca de la ambulancia.

Sobre este punto es también muy explícito el Reglamento alemán, que ordena se coloque uno de ellos en las inmediaciones de aquélla y en el sitio de mayores pérdidas.

El Reglamento general de campaña no hace más que reforzar esta opinión, y en el esquema del funcionamiento de servicios sanitarios en el combate, se ve al hospital de campaña recibir directamente los heridos de los puestos de curación regimentales. (V. al final del trabajo este esquema).

Ahora bien, no puede marcarse de modo preciso la distancia, y se comprende bien que depende de causas múltiples, velocidad del avance del Ejército, estado de las vías de comunicación, etc. Así, por ejemplo, en la batalla de Moukden, la 5.^a división instaló su hospital número 3 en Sino-tchen-tze, á 4 ó 5 kilómetros de la ambulancia. En cambio la 8.^a división abrió su hospital número 1 en el mismo día (1.º de Marzo), en Pekao-Tai, en el mismo poblado que su ambulancia. El segundo día aumentó la distancia porque los hospitales no siguieron el movimiento de avance de la división; pero el 3 de Marzo la 5.^a división volvió á tener en contacto sus ambulancias y hospitales, y del 5 al 10 de Marzo esta división y del 4 al 11 la 8.^a, estuvieron instaladas al lado aquéllas de éstos (1).

(1) Matignon: loc. cit., pág. 244.

En la guerra anglo-boer, los ingleses colocaron sus hospitales, la mayor parte de las veces, á retaguardia de su artillería, para ponerlos al abrigo del fuego enemigo; por ejemplo, detrás de Mont Alice en el combate de Spionskop, de Monte Christo, en el asedio de Ladysmith (1).

Por lo tanto, puede afirmarse que la tendencia es bien marcada hacia el avance de los hospitales de campaña todo lo posible á la línea de fuego, sin más limitación que la de protegerlos del fuego enemigo.

Tiene por base este criterio, el deseo y la conveniencia de que la evacuación sea lo más rápida posible y el herido se encuentre pronto en sitio apropiado para que pueda atendersele con más tiempo y medios que los disponibles en los puestos regimentales y divisionarios. Durante la guerra ruso-japonesa, y según los datos de Matignon, puede establecerse que á las siete ú ocho horas de ser heridos los japoneses se encontraban en estos hospitales, y aun se dió caso de que sólo transcurrieran dos horas entre el momento de la baja y el ingreso en el hospital. Los ingleses tienen á gala la rapidez con que ingresaban y eran atendidos los heridos en sus hospitales de campaña en la guerra anglo-boer. En Colenso se establecieron 4 hospitales de campaña en Naval Hill y un Stationay Hospital en Chievaly, cerca de 4 millas á su retaguardia; los 740 heridos fueron atendidos aquella misma noche en los hospitales de campaña y evacuados en la mañana siguiente al Stationay Hospital.

Junto con su aproximación á la primera línea, el hospital de campaña requiere una gran movilidad, que sólo puede asegurarse con un espléndido servicio en las cabeceras de evacuación. El ejemplo anteriormente citado revela esta movilidad en los hospitales ingleses. Otro ejemplo tomado de la misma campaña es el siguiente: el 15 de Enero de 1900, al día

(1) L. Herz: loc. cit., pág. 24.

siguiente del gran combate de Spionskop, recibe el hospital de la 5.^a brigada orden de emprender la marcha á retaguardia. Esta orden se recibió á las ocho de la mañana, y á las once estaban levantadas las tiendas en disposición de marchar, el hospital y el convoy de heridos organizado y marchando hacia el sitio ordenado.

Para el caso de que esta evacuación sea imposible, los hospitales de campaña pueden convertirse en todos los Ejércitos en temporalmente inmovilizados, pasando de la jurisdicción del Médico divisionario ó del Cuerpo de Ejército á la del Inspector médico de etapas, y debiendo volver á su primitiva formación tan luego como cesen las causas que le obligaron á estacionarse. Todos los Reglamentos sanitarios admiten ciertos cambios eventuales de jurisdicción.

El mejor modo de conseguir la rapidez máxima en su instalación y evacuación consiste en la intercambiabilidad del material sanitario de ambulancias, hospitales de campaña y hospitales cabeceras de evacuación, y todos los Reglamentos modernos tienden á establecerla. Durante la campaña ruso-japonesa se estableció de hecho, aun cuando teóricamente no eran intercambiables el material é instrumental de estas formaciones.

Recientemente, el automovilismo intenta modificar las condiciones de instalación de este escalón sanitario, permitiendo entrever un alojamiento de la línea de fuego que no vaya seguido de ninguna desventaja en cuanto á la rapidez con que los heridos ingresen en estos hospitales. El aumento de capacidad de los vehículos encargados de la evacuación, así como su velocidad, bastante superior á la obtenida por la tracción animal, facilita el que estos escalones sanitarios se puedan situar á 10 ó 15 kilómetros de la línea de fuego, lo que permitiría además una instalación más completa y ordenada desde el punto de vista médico-quirúrgico.

Sé volvería entonces á la concepción antigua del hospital

de campaña, formación sanitaria de primera línea, y sólo las ambulancias compondrían la impedimenta y tren sanitario de las tropas combatientes.

Mientras tanto, los hospitales, en su totalidad ó por lo menos en parte, tienen que acercarse á la línea de fuego, y son escalones móviles dispuestos á establecerse y evacuar á retaguardia con toda la prontitud y celeridad posible.

El trabajo se verifica aquí como en todas las formaciones sanitarias, de una manera intermitente y por rachas. Con la dotación que tienen casi todos los Ejércitos, 4 á 6 hospitales por división, es suficiente para las necesidades.

Durante la guerra anglo-boer, en Colenso, se asistieron en los hospitales 800 heridos en total por 18 Médicos, ó sea un promedio de 44'5 entrados por cada Médico; pero el trabajo estuvo desigualmente distribuido, pues sólo el hospital de campaña de la 5.^a brigada asistió 24 Oficiales y 285 heridos.

En esta campaña, las batallas tuvieron un día de duración.

Los datos de la guerra ruso-japonesa son los siguientes para la Guardia en toda la campaña:

	Heridos.	Hospitales de campaña.	Heridos por cada hospital.	
Guardia	Yalou	356	2	177
	Yoshilei	405	3'5	115'7
	Liao-Yang	2.348	5'5	426'9
	Cha-Ho	2.856	4	714
	Moukden	2.338	3	779

Pero como estas batallas duraron varios días y no se tienen datos respecto al número de días que cada hospital funcionó, no puede formarse juicio exacto sobre la actividad de estos puestos.

Durante la batalla de Moukden, la 5.^a división abrió 4 hos-

pitales de campaña, que tuvieron la siguiente entrada media diaria:

	Entradas por día.
Hospital número 1.....	69
Idem id. 2.....	141'2
Idem id. 3.....	204'8
Idem id. 4.....	177'0
<i>Término medio de entradas.....</i>	<i>145'5</i>

La 8.^a división, en la misma batalla, estableció 3 hospitales, cuya actividad fué la siguiente:

	Entradas por día.
Hospital número 1.....	224'2
Idem id. 2.....	117'6
Idem id. 3.....	176'7
<i>Término medio de entradas.....</i>	<i>172'7</i>

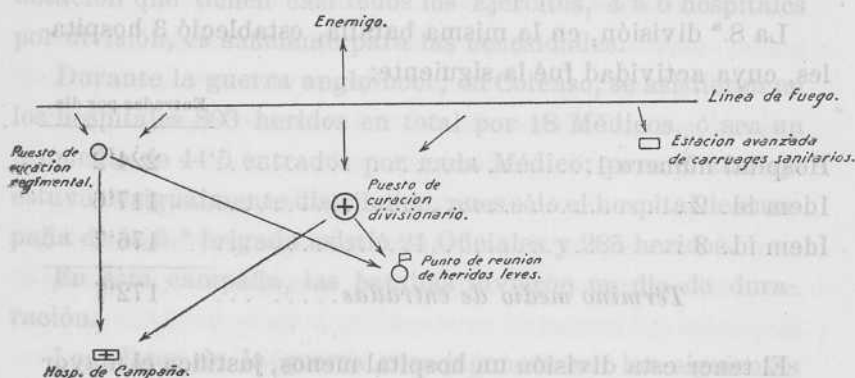
El tener esta división un hospital menos, justifica el mayor número de entradas. Siendo 8 el número de Médicos en cada hospital, el término medio es de 21'9 por Médico para la 8.^a división y 18'2 para la 5.^a, cifra nada excesiva; pero hay que tener en cuenta que en esta batalla estas divisiones estuvieron largo tiempo inmovilizadas, y que los hospitales estacionarios estuvieron funcionando en las inmediaciones de los de campaña, y bastantes heridos ingresaron en aquéllos directamente ó, por lo menos, sin pasar por éstos. El carácter especial de esta guerra hizo que, á pesar de la mortandad total de sus combates y del número de bajas verdaderamente extraordinario; los servicios sanitarios funcionaron normalmente y sin que en ningún momento hubiera una sobrecarga de trabajo extraordinaria.

Ahora bien; dada la desigual repartición de las bajas en las diversas unidades, conviene más establecer los hospitales

de campaña bajo el inmediato mando de los Jefes de Cuerpo de Ejército, á fin de que los Jefes médicos de éstos hicieran la distribución más conveniente, como en Alemania, Francia ó el sistema mixto ruso, de colocar dos hospitales con el tren divisionario y afectos á estas unidades, dejando los restantes bajo el mando del Jefe del Ejército, quien ordena su instalación y funcionamiento según las necesidades lo demanden.

F. GONZÁLEZ DELEITO,

Médico primero.



APUNTES CLÍNICOS DE VENEREOLOGÍA Y SIFILIOGRAFIA

(Conclusión).

Quando el chancro ó chancros genitales han perdido su especificidad convirtiéndose en úlcera ó úlceras simples, se suspenden los baños locales, los toques con la solución de cloruro de zinc y se prescinde de toda clase de tópicos, no usándose más que una cura aséptica, lavando la región con agua hervida y caliente, secándola luego y después cubriéndola con una pequeña compresa de gasa estéril, que se deja colocada entre el glande y prepucio.

La mayoría de los enfermos de este grupo, cuando ingresan en el hospital, presentan alguna de las complicaciones del chanero, principalmente la adenitis.

El «fagedenismo», esta temible complicación que tan frecuentemente se presentaba antes y que tanto respeto infundía á los Médicos del siglo pasado, va haciéndose cada vez más rara, hasta el extremo de que en los dos años que llevo al frente de la clínica únicamente he podido observar un caso en un enfermo con adenitis supurada y abierta, que prontamente obedeció á la acción del termo-cauterio. La linfangitis intensa es también una complicación rara; no así la adenitis, que es frecuentísima, y las que vemos en la práctica hospitalaria casi todas vienen supuradas ó terminan por la supuración.

En las adenitis supuradas de origen venéreo pueden darse dos casos: ó bien que la adenitis es de naturaleza específica por haberse embolizado en el ó en los ganglios el estreptococo de Ducrey Unna, lo cual constituye una rareza, ó bien la adenitis es producida por microbios piógenos vulgares, que es lo más frecuente. En ambos casos la supuración puede destruir, fundir en pus todo el parénquima ganglionar.

Voy á permitirme hacer algunas consideraciones acerca del tratamiento de las adenitis supuradas, por la rapidez con que se obtiene la curación de las mismas, procediendo tal como se hace en esta clínica. Algunos especialistas en venereología, en frente de una adenitis supurada, se contentan en todos los casos con la dilatación de la misma, practicando una incisión pequeña, por la cual dan salida al pus coleccionado; después drenan con gasa, aplican un apósito y se pasan días y más días, á veces meses, para obtener la cicatrización, cuando no se forman senos y madrigueras en puntos más ó menos próximos, que obligan nuevamente á hacer uso del bisturí, acabando por aburrirse el enfermo y el Médico.

En todos los casos soy partidario de hacer una incisión

amplia, más allá de los límites de la tumoración, y evacuado el pus procedo á la extirpación del ó de los ganglios infectados sin aplicar ningún tópico, haciendo únicamente curas asépticas. Procediendo de esta manera no sobrevienen complicaciones, la cicatrización no se hace esperar, viene rápidamente, ahorrándose molestias al enfermo. A mi modo de ver, este procedimiento tiene la ventaja de que aun en los pocos casos en que la adenitis es específica las curaciones pueden hacerse á cielo abierto, sin que queden madrigueras que constantemente reinfectan los bordes de la herida; dicho está que en la infección ganglionar específica no basta la cura aséptica, haciéndose preciso tratar la herida del mismo modo que los chancros que le han dado origen, y cuyo tratamiento en nada varía del expuesto en otro lugar.

Cuando la supuración intra y periganglionar ha destruido ó fundido en pus todo el parénquima del ganglio, en estos casos basta la sola dilatación amplia, porque cuanto más amplia y más se extreme en la limpieza el Cirujano, más rápidamente se obtiene la cicatrización.

En aquellos casos en que existe supuración intraganglionar, pero que ésta no ha destruido todo el parénquima del ganglio, cuando se ve que éste asoma fungoso por entre los bordes de la herida, si no se extirpa ese resto de ganglio infectado la supuración se eterniza y la cicatrización tarda en obtenerse.

Como se ve, esta opinión está fundamentada y se ajusta á la ley de Patología general de convertir en heridas asépticas las que son sépticas.

Al tercer grupo de la división de la clinica corresponden los enfermos sifilíticos, los cuales fundamentalmente son tratados por el mercurio, yoduros de potasa y sosa, y tónicos reconstituyentes, dando la preferencia entre estos últimos á los arsenicales. Formas farmacológicas, modos de administración, dosis, vías de introducción, asociación de estos me-

dicamentos, etc., varían según las manifestaciones y fecha de infección de cada caso particular.

En el periodo inicial de la sífilis, cuando puede sentarse de un modo indudable el diagnóstico de chancro duro y éste asienta en la cara cutánea, mucosa ó limbo del prepucio, puntos como se comprende de fácil extirpación del mismo sin daños mayores para el enfermo, y sobre todo cuando no existe invasión regional ganglionar de la infección sífilítica, soy partidario, y sin demora, de proceder á la extirpación del mismo, pues en la práctica estamos autorizados, hasta ciertos límites, de prescindir de teorías y discusiones, no acordándonos de que si el chancro es la puerta de entrada de la infección sífilítica (extremo con el cual en la actualidad están conformes la mayoría de los sífiliógrafos), ó bien es la primera manifestación inicial de una infección general; lo que sí siempre debe tener presente en la mente el práctico es de que la infección sífilítica, aun la más benigna en sus manifestaciones primitivas ó secundarias, es una infección grave, y que algunas veces extirpando el chancro se consigue lo que podríamos llamar una cura radical, ó sea que no vengan manifestaciones sífilíticas de ninguna clase mientras dura la vida del individuo. Estos son hechos de observación práctica, mucho más elocuentes que las teorías, y que raro es el sífiliógrafo de alguna experiencia que no tenga registrados algunos casos en el historial clínico de sus enfermos.

Antes de pasar más adelante y describir los medios que mejores resultados dan en esta clínica en el periodo secundario y terciario de la sífilis, he de manifestar que la división de la infección sífilítica en periodos es una división ficticia creada por las necesidades de la enseñanza de la Patología, pues en clínica estamos cansados de ver que estos periodos se involucran y que no guardan relación de fechas ni épocas en su aparición. Un ejemplo aclarará más la cuestión. Dentro del periodo secundario se presentan gomas, y en pleno periodo

terciario, cinco, ocho y más años de data de la infección, pueden hacerse constar placas en las mucosas que se conceptúan como correspondientes al periodo secundario. Existiendo tanta variabilidad clínica en la infección sifilítica, no puede decirse en tesis general, y menos en un tan corto é insignificante trabajo, en tal periodo tal tratamiento, sino que el Médico práctico tiene siempre que doblegarse y someterse al proceso tal como lo hace cada enfermo, y á las susceptibilidades del mismo, tanto por lo que se refiere á la infección como al tratamiento. Ejemplo práctico: Este año ha sido tratado en esta clinica un enfermo que llevaba seis meses de infección sifilítica, presentando manifestaciones secundarias en la boca y garganta—placas—, y en la piel ectima y síntomas de tumor cerebral con afasia, paresia del brazo derecho y de la pierna del mismo lado, exoftalmos del globo ocular izquierdo como síntomas de foco y vómitos como síntomas difusos, infección que por la fecha estaba de lleno en pleno periodo secundario, pero por su evolución y manifestaciones en los dos, secundario y terciario. Este enfermo, tratado en su principio exclusivamente por los mercuriales, ninguna involución de las manifestaciones sifilíticas, ningún alivio pudo notarse; después, al cabo de un mes de permanecer en la clinica siguiendo la misma medicación, más ocho gramos de yoduro potásico en las veinticuatro horas, rápidamente se hizo notar la eficacia del yoduro, hasta que, por último, este enfermo salió de alta y curado.

Hecha esta salvedad, diré que cuando la infección sifilítica de local y regional se generaliza por toda la economía, presentando los enfermos alteraciones patológicas que se traducen principalmente por procesos irritativos de la piel y mucosas, hasta entonces no se empieza el tratamiento que se podría llamar general, dando preferencia á la medicación mercurial por medio de las unciones con el unguento, y de las inyecciones hipodérmicas é intramusculares con el aceite gris. Si du-

rante este periodo irritativo, que se conoce más comunmente con el nombre de periodo secundario, simultanean las formaciones gomosas, da también buenos y aun mejores resultados la medicación mixta que la exclusivamente mercurial.

En tesis general puede decirse que, en el periodo de las formaciones gomosas, en el periodo terciario, la medicación que modifica más rápidamente esas formaciones es la mixta, y aun de los dos medicamentos que gozan fama de específicos contra la sífilis, mercurio y yoduro potásico, tiene más acción, más energia este último, que hace sentir más prontamente el latigazo á la enfermedad, no contentándose, si se quieren obtener resultados evidentes, con dosis medianas: si el enfermo tolera bien la medicación, si no es muy susceptible á la acción de este medicamento, debe darse á grandes dosis, pues en la práctica á menudo se ven enfermos que mejoran poco con esta medicación por tomar dosis insuficientes. Entre otros casos prácticos, voy á relatar el de un soldado que hace más de tres meses ha sido dado de alta en esta clínica, el cual hace un año padeció un chancro sífilítico, al mes tuvo fiebre, roseola y placas en la garganta; falto de recursos, ingresó en el Hospital clínico de esta capital, donde fué tratado por las inyecciones de aceite gris, practicándosele unas doce, y consiguiendo gran alivio, pero no la curación. Cuando salió de dicho hospital ingresó en filas, siendo destinado al regimiento de Infantería de Andalucía, de guarnición en Santoña, y el Médico de este Cuerpo le formuló las unciones hasta el número de 26, sin obtener tampoco la curación. Después ingresó en esta clínica con gomas múltiples del cuero cabelludo, reblandecidos y ulcerados, con abundante supuración y muy demacrado. Teniendo en cuenta el historial de este enfermo, le sometí desde el primer día de visita á un tratamiento mixto, compuesto de dos centigramos de biyoduro de mercurio y seis gramos de yoduro potásico, medicación que continuó tomando por espacio de un mes sin beneficio positivo, en vista de lo cual suspendí

el biyoduro y aumentando progresivamente la dosis de yoduro hasta 16 y 18 gramos, que llegó á tomar por espacio de varios días, logrando verse libre y curado de tan repugnantes manifestaciones.

Siendo la sífilis una entidad patológica de evolución por lo general lenta y de muy larga duración, creo que cuando estuviese bien determinada debería siempre, y en todas las ocasiones, ser causa de inutilidad para el ingreso en el Ejército y para continuar en el mismo los individuos que estuviesen en filas, por tres causas ó motivos principales:

1.º La infección sífilítica, aun la más benigna, tarda mucho tiempo en curarse, necesitando los enfermos en periodos alternos hacer uso de la medicación específica y estar constantemente bajo la vigilancia facultativa; en su consecuencia, estos son enfermos que durante su vida militar no hacen más que entrar y salir de los hospitales, causando gran número de estancias y resultando, por lo tanto, económicamente considerados, soldados muy caros y malos.

2.º En los cuarteles estos individuos son un peligro constante para sus compañeros, máxime si el soldado sífilítico es músico ó trompeta.

3.º Los individuos sífilíticos son flojos, que constantemente se presentan á reconocimiento ante el médico de sus Cuerpos, y cuando no están en los hospitales, pocas veces prestan el servicio de su clase en las compañías, batallones, etc., porque con frecuencia están rebajados de servicio, constituyendo por tanto una rémora en el cuartel y un impedimento en las marchas.

De los enfermos ingresados durante el año 1908 en esta clínica, han sido propuestos por inútiles y aceptados, tanto por la Comisión nombrada al efecto como por el Tribunal médico-militar, 13 individuos por los conceptos que á continuación se expresan: dos por padecer hernia inguinal, seis por debilidad general muy graduada, tres por sífilis de formá

grave, uno por degeneración de los ganglios y uno por caque-
xia escrofulosa.

En el año próximo pasado no ha habido ninguna defunción
en esta clínica.

La índole de la misma no permite hacer numerosas inter-
venciones, pero he aprovechado el escaso material quirúrgico
de que se ha podido disponer, y en esta sala se han practicado
numerosas extirpaciones de ganglios inguinales, tres hidroce-
les, múltiples circuncisiones, una prostatotomía, un quiste del
cordón con hernia y cura radical de la misma, y una extirpa-
ción de testículo tuberculoso.

ANTONIO SOLDUGA,

Médico mayor.



SERVICIO FARMACÉUTICO EN CAMPAÑA

En Filipinas, por la índole especial de los puntos en que
prestaba servicios el Cuerpo, fueron éstos estableciéndose
gradualmente y llegaron á ser bastante perfectos al terminar
la guerra con los norteamericanos.

Respecto á material farmacéutico, lo *inmenso* de nuestros
catálogos hace difícil su colocación y transporte; pero allí se
suprimió mucho, y en cambio se cuidó de que no hubiese des-
tacamento, por pequeño que fuera, que no contase con caja
botiquín con lo más preciso, y en los de cierta importancia
practicante.

En Filipinas había cajas-botiquines para 8, 16 y 32 hom-
bres, que se repostaban cada trimestre—lo que ahora hace-
mos aquí con las enfermerías regimentarias.

Destacamentos con botiquín y practicante de su Cuerpo ó de la Brigada sanitaria.

Enfermerías á cargo de sanitarios, que vendían medicamentos.

Enfermerías con Médico-director—del Ejército ó de la Armada —, que también vendían; hospitales con Farmacéutico, en que la venta se efectuó desde su creación, dado que en los puntos en que se establecían no hubo farmacias civiles hasta más tarde, cuando ya establecido el *servicio de ventas* en la Península, la *venta al público* se transformó en *suministro á Oficiales*, persistiendo en algunos bajo las dos formas, con tarifas distintas. Así, pues, donde había soldados ó población naval ó penal había medicamentos y quien los despachase.

*
* *
*

Mas al terminar la campaña de Mindanao con la toma de Marahú, se llegó al perfeccionamiento, que así debe llamarse á su simplificación, al establecer las *clínicas agregadas* planteadas por el Jefe de Sanidad de la división de operaciones Sr. Panzano, y que nos tocó llevar á la práctica; á la verdad, nada más sencillo.

La *clínica agregada* es una sala-visita de hospital que radica á distancia tal que su documentación pueda entrar en la Dirección del hospital— pasando por la Jefatura de servicios— el mismo día.

Se la provee á buena cuenta de medicamentos, artículos de despensas y compras, y ella guisa y despacha medicamentos, llevando cuentas interiores personales; pero remite á la Dirección, y por ende á la Administración, las plantillas, pedidos de alimentos, estadísticas, y á la farmacia los resúmenes de las libretas, y al fin de mes éstas y los estados parciales, y todo aparece incluido en la cuenta de la farmacia, en la estadística, en la cuenta de Administración, como si estuviese la clínica en el mismo punto que las restantes, y los

gastos reunidos se computan para el número total de estancias.

Lo que fué enfermería de Ulanca y luego de Sungut se agregó á Marahui; la de Momungan, á Iligan; el servicio de ventas siguieron efectuándole, se facilitó el servicio, la rendición de cuentas y se aclaró la estadística.

* * *

Personal.—Para dotar de personal relativamente entendido á los destacamentos y enfermerías sin necesidad de distraer personal de la Brigada sanitaria, resolvió el General Weyler—cuya competencia en servicios administrativos sanitarios es conocida—que cada unidad, compañía, batería ó escuadrón enviase dos individuos agregados al hospital de la plaza, los que en cursos trimestrales prestasen servicio en clínicas de Medicina y Cirugía y en la farmacia, asistiendo á las Academias reglamentarias de los sanitarios, y así en poco tiempo se familiarizaron con las curas, despacho y administración de medicamentos, régimen de raciones, etc., etc.

En algún sitio aun beneficiaron á los sanitarios, pues por comer con ellos lo hacían mejor que aquellos solos, por ser pocos.

En caso de campaña los convalecientes, los heridos leves, pudieran ir recibiendo esa instrucción sanitaria, añadida de una extensa explicación del material de curación, prácticas de desinfección, higiene, saneamiento, etc.

* * *

Respecto á material aséptico, recordamos la conveniencia de exigir que los paquetes de algodón de tamaño superior á 250 gramos lleven dentro *testigos*, esto es, barritas de vidrio fusibles á la temperatura de 125° y 130°—como marcan cifras esmaltadas—, lo que permitiría al operador ó al que practica

curas comprobar la *esterilización*, pues el hallarlos fundidos así lo indicará.

* * *

Un detalle sin importancia al parecer es el tamaño de los bultos á transportar, mas en alguna ocasión las remesas hechas en cajas grandes motivó el tener que abandonarlas enteras ó romperlas, extraer lo necesario y transportar á mano lo posible y desperdiciar el resto. En Mindanao el laboratorio de Manila subsanó el error haciendo las remesas en cajas *usadas de petróleo*, lo que si aumentó los bultos, hizo fácil su transporte, ya que cada cargador—deportado ó *coolie*—lle-
vaba cómodamente una, y aun aparejando las de medicamen-
tos—pesadas—con las de cura—ligeras—, formaban una carga á llevar entre dos hombres que evitaba los disgustos ocasionados por la diferencia de peso que á unos correspondía, pues cada dos formaban su *pinga*.

Las cajas de ese tamaño son, á más de fáciles de transportar, utilizables, desclavándolas un costado y cosiéndolas por detrás con las tablas y clavos separados al abrirlas, para formar con ellas las estanterías del botiquín á establecer, facilitando así la colocación de los recursos farmacológicos, y aun apiladas sin abrir, previamente rotuladas, ayuda á su distribución, sobre todo las que lleven paquetes de curación individual, que se conservarán más asépticos que los de un cajón grande que se abre y se deja mal cerrado.

* * *

Reconocimiento.—Acto diario, prolijo y embarazoso cuando se reunen fuerzas numerosas y distintas, en Marahuí, en Iligan, se practicó del modo siguiente: los enfermos quedados en sus alojamientos, al salir sus Cuerpos ó partidas á trabajos ó servicios, iban acompañados de practicantes ó del más entendido á reconocimiento, con una libreta con casilla para

nombres, tratamiento é indicación. Un solo Médico reconocía á todas las partidas, soldados, presidiarios, deportados, voluntarios, chinos, paisanos, etc., á veces 400 ó 500, y á cada uno le prescribía lo necesario: á muchos una cura sencilla, una aplicación antiescabrosa; en seguida, y con la libreta de prescripciones, iban á la farmacia y á cada uno individualmente se le administraba el medicamento, que era tomado *verdaderamente*, ó se les curaba, yendo á prestar luego ciertos servicios del campamento.

Por fin de mes esas libretas, visadas por el Jefe del Cuerpo, quedaban en la farmacia como comprobantes de las relaciones de cargo, que se enviaban al Estado Mayor para ser abonadas de *fondos de la campaña*.

Resultado: el personal bien atendido y barato, pues no se derrochaba, cosa que ocurre cuando se entregan grandes cantidades de medicamentos para ir despachando.

Tal vez, recordando algo de lo que en la práctica produjo buen servicio y economía, podamos, si el caso llega, no sólo evitar grandes dispendios en medicamentos, si que tener seguridad de que no faltan en un lado, y en momentos de verdadera necesidad, cuando en otro sitio se derrochan y desaprovechan.

L. NIETO,
Farmacéutico mayor.

PRENSA MEDICA

La oftalmo-reacción en la fiebre tifoidea.—El Dr. Beckers, de Kiel, ha publicado (*Munch. med. Wochenschrift*, núm. 28) el resultado obtenido en una serie de enfermos de fiebre tifoidea con la instilación en

el saco conjuntival de $\frac{1}{20}$ miligramo de tifotoxina. En todos ellos se produjo una reacción hiperémica característica de la conjuntiva, sin que en los sujetos sanos que se tomaron como testigos apareciera el

menor síntoma de reacción conjuntival. Según el autor, los resultados dudosos que han publicado otros observadores son debidos á la condición y dosis de la toxina, y en este punto es donde se ha de fijar la atención para que el valor diagnóstico de este medio resulte efectivo.

* * *

Fibrolisina en el tratamiento de la obesidad.—El Dr. Riedel, de Rothernbug, ha dado á conocer (*Munch. med. Wochenschr.*, núm. 28) la acción curativa de la fibrolisina en la obesidad. El autor ha observado dos casos de obesidad constitucional, en los que por medio de inyecciones subcutáneas de fibrolisina ha conseguido hacer disminuir de peso notablemente á los individuos.

Ninguna consecuencia desfavorable siguió al uso del medicamento que afectara á la salud general del enfermo.

La fibrolisina es un medicamento cuyo uso va extendiéndose á múltiples enfermedades. Últimamente se ha extendido su aplicación á la tuberculosis, carcinoma, sífilis, etc.

* * *

Transmisión del virus sífilítico á los conejos.—El Dr. Chivirino ha conseguido la transmisión de la sífilis á los conejos (*Riform. med.*, número 26) de la manera siguiente: Tomando substancia de un goma sífilítico como material de infección, consiguió por escarificación de la córnea la inoculación del espiroquete palida. A las treinta y seis horas de la inoculación se desarrolló una ulceración en la córnea en la cual pudo encontrarse el treponema de la sífilis. En otros casos se

forma una queratitis difusa, con infiltración de la conjuntiva y de la córnea.

* * *

Observaciones múltiples sobre vacunoterapia.—El Dr. Fleming considera como prueba indiscutible de la especificidad del coco-bacilo encontrado por Bordet y Gengou como causa de la coqueluche, la eficacia que parece tener en el tratamiento de esta enfermedad la vacunoterapia. Fundándose en este motivo, el autor recomienda contra la tos ferina el uso de la vacuna.

Los Dres. Willcox y Morgan dan á conocer los resultados obtenidos con la vacuna antipneumocócica en el tratamiento de 24 casos de pulmonía infecciosa.

Los autores consignan haber obtenido gran resultado con inyecciones de 15 á 20 millones de pneumococos.

El Dr. Benham se ha ocupado de la vacunoterapia en las infecciones catarrales. El autor describe varios microorganismos como causantes de las infecciones *à frigore*, y recomienda como medio digno de ensayarse la vacunoterapia en el tratamiento de estas enfermedades.

El Dr. Carmalt-Jones ha hablado del tratamiento del asma bronquial por la vacuna, partiendo del supuesto que la causa de la disnea espasmódica es una toxina específica consecutiva á una infección.

El Dr. Fleming discute la bacteriología y la vacunoterapia del acné vulgaris, y señala la conveniencia de distinguir el acné vulgaris de otras enfermedades conocidas con el nombre de acné y singularmente el acné rosácea.

* * *

Sobre la existencia de isolisinas en el suero de la sangre de los tumores malignos.—El Dr. Heniz, de Frankfurt (*Deutsche Med. Wochenschrift* 5 de Agosto) ha estudiado un nuevo medio de diagnóstico precoz del cáncer en la existencia de isolisinas en la sangre de los enfermos.

Mientras que en la sangre de los individuos sanos no se encuentran isolisinas, en el 50 por 100 de los casos de cáncer y en los tuberculosos se hallan sustancias que tienen la propiedad de disolver los glóbulos rojos. La isolisina que se encuentra en el suero de la sangre de los cancerosos no se cree sea un producto directo de los tumores, sino la consecuencia de una reacción del organismo sobre los derivados tóxicos de esos tumores, que obran destruyendo los eritrocitos. En determinadas condiciones, apreciando el poder hemolítico del suero de la sangre de los cancerosos, se puede llegar á la determinación diagnóstica precoz de este padecimiento.

* *

Un portador de bacillus Eberth tratado con éxito por la inoculación de vacuna tifoidea.—Los Dres. Irwin y Houston han publicado (*The Lancet*, núm. 5, 1909) la historia de un paciente que después de haber padecido la fiebre tifoidea presentaba todavía, después de siete años, gran número de bacillus Eberth en las orinas, y que tratado cuidadosamente por dosis progresivas de vacuna antitífica obtuvo una curación definitiva. Ya después de la cuarta inyección comenzaron á disminuir notablemente las bacterias y se mejoró visiblemente el estado general del enfermo. Los autores

llaman la atención sobre el hecho de que la cantidad de bacterias en la orina aumentase en los primeros tres días del tratamiento. De todo ello deducen que en los casos en que después de haber padecido un individuo la fiebre tifoidea sin que se restablezca del todo su salud, es atribuible su estado á una bacteriuria periódica ó permanente, que revela la persistencia del bacillus Eberth en el aparato urinario, conviene recurrir á la vacunoterapia para alcanzar la curación definitiva.

* *

Tratamiento de la fiebre tifoidea por inyecciones subcutáneas de bacillus tíficos vivos y atenuados.—Los Doctores Pessarolo y Quadrono dan cuenta (*Zentralbl. f. inn. Med.*, número 40, 1908) del resultado de la bacterioterapia con gérmenes vivos en 20 casos de enfermos de fiebre tifoidea.

El resumen de su estudio puede expresarse del modo siguiente:

1.º En los casos de fiebre tifoidea tratados por la bacterioterapia con gérmenes vivos atenuados se obtiene una verdadera producción de sustancias inmunizantes, demostradas por los procedimientos ordinarios: índice opsonico, poder aglutinante del suero, etc.

2.º Que las inoculaciones no dan ocasión á ningún trastorno ni síntoma local ni general desagradable ó perjudicial para el enfermo.

3.º Que es sobre todo en casos de tifoemia donde produce los mejores resultados la vacunoterapia.

4.º Que las inyecciones no deben retardarse más que el tiempo necesario para hacer el diagnóstico clínico y bacteriológico.

* *

Sobre el tirosol en el tratamiento de la blenorragia.—El tirosol es un preparado de sándalo que se usa como antgonorreico, y que, comparado con otros medicamentos de análoga naturaleza, no ofrece, puede decirse, ninguna ventaja excepcional. El Dr. Ernest Levin (*Deutsche Med. Wochenschrift*, núm. 31) ha publicado un estudio bastante completo sobre el uso del tirosol en la blenorragia y demostrado que ejerce una beneficiosa influencia en el curso del mal, sin que por su parte el medicamento ocasione ningún trastorno al organismo.

Sobre el crecimiento de la talla de los conscriptos en algunos Ejércitos europeos (*Deutsche Milit. Zeitsch.*, 20 de Mayo de 1908).—El Doctor Schweining publica un interesante estudio sobre la talla, llegando á estos resultados:

En el Ejército alemán las tallas inferiores á 1'65 han disminuido, mientras que las superiores á 1'70 han aumentado. En el Ejército austriaco se comprueba una evolución análoga, con aumento notable de la talla entre 1'70 y 1'80. En Italia el aumento se refiere á mayor número de tropas, pero es en menor escala con respecto al número de centímetros. En Francia las proporciones no son tan claras como en las precedentes. Llama la atención el aumento de los conscriptos debajo de 1'54.

En Bélgica pasa lo mismo, aumento de las tallas exiguas. En Holanda, disminución, en los últimos treinta años, de las tallas inferiores á 1'60. Aumento fuerte, por el contrario, de las tallas medias (1'60 á 1'69).

En Rusia disminuyen las tallas ínfimas, aumento de las medias y de las altas.

En Suiza, fenómeno análogo. Disminución de las pequeñas tallas, aumento de las medianas y disminución ó *statu quo* de las altas.

El autor cree que es un motivo de felicitarse ese aumento de la talla, y que por eso en todos los Ejércitos, menos en Francia, se ha establecido una talla mínima para el servicio. Francia, por el motivo aportado, aumento de las tallas ínfimas, ha suprimido desde 1905 el límite mínimo.

Heridas por armas de fuego (*Giorn. Intern. delle Scienze Mediche*, 1908).

—A. de Dominicis. «Paltauf observó que en los disparos hechos á boca de jarro se nota en la vecindad del orificio de entrada una coloración roja intensa, resultante de la acción del óxido de carbono sobre la sangre de los tegumentos. Esta coloración es más visible con la pólvora sin humo, pues su combustión desprende un 38 por 100 de óxido de carbono, mientras que la pólvora negra no suministra más que un 10 por 100.

El autor ha utilizado en sus experimentos los revólveres de pequeño calibre. La reacción de Kunkel Wetzel, al tanino, le demostró la presencia de carbo-oxihemoglobina en las heridas producidas á distancia de 25 centímetros para la pólvora negra, hasta 50 centímetros para la pólvora piroxilada. En la autopsia de los animales pudo encontrar difusión post-mortem del óxido de carbono en los tejidos profundos, corroborando así los datos anteriores de Wacholtz y otros au-

tores. La interposición de los vestidos no impide completamente la combinación de los gases de la combustión con la sangre de la herida».

* * *

La tuberculina como medio diagnóstico de la tuberculosis en el Ejército.— El Dr. Granz, de Viena, ha publicado (*Vien. klin. Wochenschr.*, número 28) el resultado de las observaciones obtenidas desde 1901 á 1902 sobre 1.000 soldados sospechosos ó

delicados de salud, en el curso del primer año de servicio, á los cuales inyectó la tuberculina como medio diagnóstico. De todos ellos reaccionaron con significación positiva cerca del 76 por 100. De éstos sólo una pequeña parte dieron más tarde muestras evidentes de infección tuberculosa. En todos los demás quedó la infección latente ó siguió un proceso de curación espontánea. En muchos casos la dosis de 3 miligramos no fué bastante á revelar por una reacción evidente la existencia de la tuberculosis dormida.

BIBLIOGRAFÍA

Notas de la práctica sifiliográfica, por Julio Gómez Muñoz, *Médico de la Beneficencia municipal de Valladolid, Director del Gabinete electroterápico y consulta de dermatología y males venéreos, etc.*— Valladolid. Zurro, 1909.— Folleto de 39 páginas.— *No se indica precio.*

Comprende este trabajito, debido al Sr. Gómez Muñoz, co-director de la consulta de sifiliografía establecida en Valladolid por nuestro compañero el Médico mayor D. Ricardo Pérez Mínguez, varios artículos acerca de la sífilis, los mercuriales, los yoduros y la medicación auxiliar y, por último, sobre «La sífilis y las orientaciones modernas».

Se leen con gusto por su claridad y saber clínico, demostrando la competencia del autor en la especialidad sifiliográfica.

* * *

Momificación y embalsamamiento en tiempo de los Faraones, por el Dr. D. Rodolfo del Castillo y Quartilliers, *Profesor de enfermedades de los ojos en el Instituto Rubio, Correspondiente de las Reales Academias de Medicina y de la Historia, etc.*—Madrid. «Revista de Medicina», 1909.—Folleto en 8.º de 20 páginas con 7 grabados.—*No se indica precio.*

La merecida fama que ha logrado el Dr. D. Rodolfo del Castillo, que figura á la cabeza de los egiptólogos españoles, nos excusa de más elogios, puesto que este acreditado trabajo honra como Médico y como erudito arqueólogo al autor.

* * *

La tiroidectomía parcial en la enfermedad de Basedow. Su fundamento patogénico y clínico, por Dacio Crespo Alvarez, *Médico de Sanidad Militar y exinterno de la Facultad de Medicina de Madrid.*—Folleto en 4.º de 105 páginas.—1908.—*No se indica precio.*

La calificación de sobresaliente que obtuvo esta Memoria del Doctorado de nuestro distinguido compañero, al ser calificada por el Tribunal correspondiente, acredita la suficiencia del autor y el modo acertadísimo con que supo desarrollar tema tan interesante, no exento de dificultades.

El Dr. Crespo establece en sus conclusiones que la enfermedad de Basedow, por su síndrome definido, debe separarse de todos los demás procesos patológicos; se declara partidario, en el orden patogénico, de la teoría de la «hipertiroidización»; afirma que la terapéutica médica es sólo paliativa, con lo que no podemos conformarnos, no habiendo dado resultados aceptables ni la electroterapia ni la sueroterapia, esperanza legítima, sin duda, pero no comprobada por la práctica. De todas las intervenciones quirúrgicas realizadas contra el mal de Basedow, la única aceptada unánimemente por los clínicos ha sido la tiroidectomía parcial, hecha

con arreglo á la técnica de Bottini, que es la preferible y no ofrece suma gravedad cuando se practica por una mano hábil y experta.

Felicitamos al ilustrado Médico primero por su nuevo título y por el trabajo merced al cual le ha logrado.

SECCIÓN OFICIAL

- 9 Agosto.—Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 179) declarando derecho á pensión á la viuda del Subinspector médico de segunda clase D. Francisco Parés Llausó.
- 10 » Real orden (*D. O.* núm. 178) desestimando instancia en solicitud de gratificación promovida por el Médico primero D. Francisco Moreno Sáenz.
- » Reales órdenes (*D. O.* núm. 178) concediendo ingreso en la escala de reserva gratuita facultativa del Cuerpo á los soldados D. José Moliné y García y D. José Chamón Vega, por reunir las condiciones reglamentarias.
- 11 » Real orden (*D. O.* núm. 178) disponiendo remisiones de material al hospital de la Misericordia de Málaga.
- » Idem íd. (*D. O.* núm. 178) disponiendo que el Médico mayor D. José Romero Aguilar pase destinado en comisión, sin ser baja en su destino de plantilla, al hospital de Córdoba.
- » Idem íd. circular (*D. O.* núm. 179) disponiendo que cuando se prorrogue una comisión indemnizable, con arreglo al artículo 13 del Reglamento, se abone á los comisionados únicamente media indemnización.
- » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 180) declarando derecho á pensión á la viuda del Médico mayor don Emilio Hermida y Alvarez y al huérfano del Médico primero D. Nicolás Murillo Vizcaíno.
- 12 » Real orden circular (*D. O.* núm. 179) disponiendo que los Jefes, Oficiales y asimilados en situación de supernumerario, reemplazo ó excedente destinados á activo, perciban el sueldo entero de su empleo desde el día de salida de su residencia para incorporarse á los destinos que se les asignen.

- 12 Agosto.—Real orden circular (*D. O.* núm. 179) dictando disposiciones relativas á descuentos judiciales por deudas de Jefes y Oficiales del Ejército de operaciones en Melilla.
- » » Idem id. id. (*D. O.* núm. 180) dictando disposiciones relativas á estadística sanitaria.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 181) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Antonio Bernal Desealzo y D. José Potous Martínez, y á los Médicos primeros D. Francisco Ibáñez Aliaga, don Eustasio Conti Alvarez y D. Alberto Fumagallo Medina.
- 13 » Idem id. (*D. O.* núm. 184) disponiendo que el Subinspector farmacéutico D. Federico Calleja Marcoartú pase á prestar sus servicios al hospital de Barcelona, y que el Farmacéutico segundo D. Santiago Gressa Camps pase en comisión al de Melilla, conservando su actual destino de plantilla.
- 14 » Idem id. circular (*D. O.* núm. 181) disponiendo que el personal nombrado en comisión con motivo de los sucesos de Melilla, así como el de dotación de trenes ó barcos hospitales, disfruten como indemnización durante el tiempo que estén separados de su residencia las cantidades siguientes:
- Coroneles, 10 pesetas diarias; Tenientes Coroneles y Comandantes, 8; Capitanes, 5; subalternos, 4; personal con sueldo de 1.500 pesetas ó superior, pero inferior al de Segundos Tenientes en activo, 3; sargentos y personal de 500 pesetas de sueldo anual ó superior, pero inferior á 1.500, 1; cabos y soldados, 0'30.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 181) dictando disposiciones referentes á instalación del hospital de la Misericordia de Málaga.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 181) destinando al hospital del Peñón al Farmacéutico segundo D. Manuel Fontán Amat, y que quede sin efecto el destino en comisión del de igual clase D. Santiago Gressa Camps.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 182) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores médicos de segunda clase D. José González García y D. Eliseo Muro Morales, y á los Médicos primeros D. José Huesa Bueno, D. Francisco Baixauli Perelló y D. Francisco Mora Caldés.

14 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 182) concediendo el retiro al Sub-inspector médico de segunda clase D. José Precioso López.
» » Reales órdenes (*D. O.* núm. 193) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Francisco Soler Garde y D. Antonio Solduga Pont; á los Médicos primeros D. Amador Hernández, don Ignacio Sanz Felipe, D. Cándido Navarro Vicente y don Melchor Carrión Navarro, y al Médico segundo D. Víctor Manuel y Nogueras.

16 » » Real orden (*D. O.* núm. 182) disponiendo transportes de material al hospital de Algeciras.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 182) disponiendo que el Médico primero D. Francisco Ortega Gómez pase á prestar servicio en comisión, conservando su destino de plantilla, á la segunda unidad de aerostación.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 183) disponiendo que los Médicos segundos que se relacionan pasen á servir los destinos que se les señalan:

D. Francisco Cid y Fernández, al segundo batallón de España, cesando en su comisión; D. Antonio Cordero y Soróa, al segundo batallón de Córdoba; D. Francisco Muñoz Baeza, al segundo batallón de América, cesando en su comisión; D. José Fernández y de Casas, al segundo batallón de la Reina; D. Alberto Blanco y Rodríguez, al segundo batallón de la Constitución; D. Manuel González Jaraba, al segundo batallón de Soria; D. Alejandro Rodríguez Solís, á la segunda sección de la segunda compañía de la Brigada, cesando en su actual comisión; don Adrián Gavín y Bueno, D. Cesáreo Gutiérrez y Vázquez, D. Elío Díez y Mato y D. Ignacio Granado y Camino, á sus destinos de plantilla, cesando en sus comisiones, y don Felipe Rodríguez y Martínez Toledano, al segundo batallón de Garellano.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 183) nombrando Médicos provisionales de Sanidad Militar á las clases é individuos de tropa comprendidos en la siguiente relación, quienes pasarán á servir los destinos que se les señalan:

D. Alberto Salgado y Salgado, al hospital de Madrid; D. Ramón Fernández Salazar, al mismo; D. Julián Clavería y Gonzalo, á la clínica de urgencia de esta Corte;

- D. José Parrilla y Bahamonde, á la misma; D. Ricardo Gaudioso y Tocón, al hospital de Sevilla; D. Amadeo Santín y Arias, al mismo; D. Jerónimo Dolarea y Ceballos, al hospital de Cádiz; D. Félix Puellas y Suárez, al hospital de Málaga; D. Emilio Ibáñez y Sáinz, al hospital de la Misericordia de Málaga; D. José González y Vidal, al mismo; D. José Martínez y Urquiza, al hospital de Málaga; D. Eugenio Balaguer y Jiménez, al hospital de Cádiz; D. José Molina y García, al hospital de Córdoba; don Antonio Fernández y Puente, al mismo; D. Honorio Manso y Rodríguez, al hospital de Valencia; D. Francisco Estapé y Panellas, al hospital de Barcelona, y D. Justo Vázquez y Vitoria, á la clínica de urgencia de esta Corte.
- 16 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 187) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Farmacéutico segundo D. Francisco Cala Martí.
- Idem íd. (*D. O.* núm. 188) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Gaspar Araujo y Lences y D. Antonio Alonso Fernández y al Médico segundo D. Elío Díez y Mato.
- 17 Id. » Idem íd. (*D. O.* núm. 184) dispone se reintegre el importe de pasaje sufragado por el Médico primero D. Jesús Bravo Ferrer para incorporarse á su destino, después de haber seguido curso de ampliación en el Instituto de Higiene Militar.
- Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 184) clasificando su situación de retirado al Subinspector médico de segunda clase D. José Precioso y López.
- 18 Id. » Real orden circular (*D. O.* núm. 184) concediendo el empleo superior inmediato al Farmacéutico segundo D. Leopoldo Méndez Pascual, como recompensa al mérito contraído en el Peñón de Vélez de la Gomera, donde falleció á consecuencia de graves heridas.
- Idem íd. (*D. O.* núm. 185) concediendo la gratificación anual de 720 pesetas, correspondiente á diez años de efectividad en su empleo, al Médico mayor D. Marcial Martínez Capdevila.
- Idem íd. (*D. O.* núm. 185) concediendo la gratificación anual de 600 pesetas, correspondiente á diez años de efectividad en su empleo, al Farmacéutico primero D. Ciro Benito del Caño.

- 18 Agosto. — Real orden (*D. O.* núm. 186) disponiendo que los Médicos segundos D. Felipe Rodríguez y Martínez Toledano y don Manuel González y Jaraba pasen destinados, respectivamente, á los segundos batallones de los regimientos de Infantería de Burgos y de la Lealtad.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 187) dictando disposiciones relativas al ingreso y permanencia en las Academias militares de los huérfanos de militar muerto en campaña ó de sus resultas.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 187) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir directamente el material necesario para la clínica de urgencia de esta Corte.
- » » Real orden circular (*D. O.* núm. 187) dictando disposiciones relativas á los Jefes y Oficiales heridos en la campaña del Norte de África.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 187) dictando disposiciones sobre el percibo de haberes de los Farmacéuticos del Cuerpo que, hallándose en situación de excedencia y prestando servicio en las farmacias militares y Junta facultativa, sean destinados en comisión con motivo de la actual campaña de Melilla.
- 21 » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 188) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Joaquín Aspiroz de León.
- » » Reales órdenes (*D. O.* núm. 188) concediendo ingreso en la escala de reserva gratuita facultativa del Cuerpo al cabo de la Brigada D. Mariano Cano y Val, que posee el título de Licenciado en Medicina y Cirugía, y al recluta D. Alfonso López García, que posee el de Licenciado en Farmacia.
- 23 » » Real orden (*D. O.* núm. 188) concediendo la separación definitiva del Cuerpo de Sanidad Militar al Médico segundo D. Dionisio Fernández y Alcalde.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 189) disponiendo remesas de material al hospital de Algeciras.
- 24 » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 189) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, al Médico primero D. Cándido Navarro Vicente y á los Médicos segundos D. Víctor Manuel y Noguerras y D. Eduardo Villegas y Domínguez.

24 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 190) concediendo ingreso en la reserva facultativa gratuita del Cuerpo al soldado de la reserva D. José Alvarez Yáñez y Gómez, por reunir las condiciones reglamentarias.

» » Idem íd. (*D. O.* núm. 190) aumentando el material sanitario de los trenes hospitales con blusas para el personal sanitario.

25 » » Idem íd. (*D. O.* núm. 190) disponiendo que una comisión del Instituto de Higiene Militar, compuesta por el Médico mayor D. Antonio Casares Gil y el Médico primero don Angel Morales Fernández, se traslade á la plaza de Melilla para dedicarse exclusivamente á investigaciones y análisis higiénicos, llevando al efecto el material que se relaciona.

» » Idem íd. (*D. O.* núm. 190) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á la situación ó destinos que se les señalan, conservando los que figuran en comisión sus destinos de plantilla:

Médico mayor D. Cándido Navarro y Vicente, á exce-
dente en la quinta Región.

Médicos primeros: D. Víctor Manuel y Nogueras, al primer batallón de Guipúzcoa; D. Eduardo Villegas y Domínguez, al primer batallón de Vizcaya; D. Domingo Maíz y Eleicegui, al primer batallón de Bailén, en comisión; D. Manuel Ocaña y López, al primer batallón de Otumba, en comisión; D. José Ruiz y Gómez, al primer batallón de Murcia, en comisión; D. Benjamín Tamayo y Santos, á la ambulancia de montaña de la segunda división, en comisión; D. Francisco García y García, al primer batallón de San Marcial, en comisión, y D. Gaspar Araujo y Lences, al primer batallón del Príncipe, en comisión.

Médicos segundos: D. Luis Ruiz y Mozo, al segundo batallón de Aragón; D. José Ruiz y Mozo, al segundo batallón de Galicia; D. Indalecio Blanco y Lon, á la ambulancia de montaña de la segunda división, en comisión, y D. Babil Coiduras y Maza, á la ambulancia de montaña de la segunda división, en comisión.

» » Reales órdenes (*D. O.* núm. 191) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquisición de material.