

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año VIII.

Madrid, 15 de Marzo de 1918.

Núm. 6.

## SUMARIO

*La pneumonía franca en el niño*, por **Patricio Borobio**.—*Nuestros Médicos militares*, por el **Dr. Julio Camino**.—*Reformas militares: Notas sobre reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar* (continuación), por el **Dr. Eduardo Sánchez Vega**.—*Himno del soldado sanitario*, letra del Médico segundo **D. Ignacio Olea**, música del Médico segundo **D. Enrique Blasco Salas**.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: De la anestesia general prolongada por el cloruro de etilo á pequeñas dosis, repetidas en las grandes heridas.—*Diagnóstico de la osteomielitis aguda*—*Prensa militar-profesional*: Estudio sobre cuarenta y seis heridos de abdomen tratados en una ambulancia divisionaria.—*Bibliografía*: Voluminoso cálculo renal, por el Dr. Pedro Cifuentes.—*Cistitis crónica con retención*, tratada con inyecciones de vapores de iodo, por el mismo autor.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

## LA PNEUMONÍA FRANCA EN EL NIÑO

El axioma médico que dice: no hay enfermedades, sino enfermos, tiene una de sus más claras confirmaciones en el asunto que encabeza este artículo. La pneumonía del niño no es otra que la del adulto; es la misma, pero su manifestación, su expresión clínica es diferente. El proceso morboso, en su esencia, en su patogenia, en aquellas cualidades que no pueden variar sin que varíe la especie nosológica, es idéntico en todas las edades; y, sin embargo, todos los autores clásicos nos hablan de la pulmonía del viejo, como variante clínica que debe conocerse, sin que con ello se pretenda que son *dos* pulmonías.

De igual manera, el organismo del niño reacciona de un modo peculiar en presencia de la enfermedad pneumonía, é imprime en ella ciertas modificaciones que el Médico debe estudiar, si no quiere exponerse á desconocerla. Por eso la Medicina infantil, la Pediatría, si no es una especialidad propiamente dicha, es una Me-

dicina especializada. No basta del todo ser buen Médico general para ser buen Médico de niños. Un experto y competente clínico, que diagnostica al vuelo la pulmonía en el adulto, quizá no reconozca la misma pulmonía en un niño pequeño, ó por lo menos quede sumido en la incertidumbre, sin atreverse á formular un juicio concreto.

¿Por qué? Precisamente porque la pneumonía en el pequeño niño es casi siempre una pneumonía *latente*, una pneumonía *disminuida*, una pneumonía cuya imagen clínica es *pequeña*, y necesitamos mirarla con cristal de *aumento* para que llene el campo visual de nuestro entendimiento. Aquel cuadro clínico, de rasgos salientes, que forma la pneumonía del adulto: escalofrío, fiebre, dolor de costado, disnea, tos, esputo viscoso y sanguinolento, cefalalgia, agitación, delirio, sed, se borra casi del todo en la pneumonía infantil. El niño pneumónico (me refiero siempre al menor de tres años ó cuatro) se nos ofrece á la observación en estado de aparente calma, dormido ó soñoliento; no se queja, no tose, no expectora, tiene fiebre alta, frecuencia respiratoria, no verdadera disnea, cuando más una espiración forzada y levemente quejumbrosa. ¿Quien dirá que tiene una pulmonía? Y, sin embargo, la tiene. Auscultad, y os convenceréis; todo niño con fiebre alta, cuya causa no se ve claro, debe de ser auscultado.

El comienzo de la pneumonía infantil se marca por una brusca elevación térmica, sobrevenida de repente, en plena salud. No hay escalofrío: alguna vez se produce un vómito *único*. El niño, de pronto, se refugia en el regazo de su madre, nodriza ó niñera, inclina la cabeza, se queda como dormido, y tiene 40°. La anorexia es absoluta; pronto aparece una sed viva; si es niño lactante, mama con avidez, sin duda buscando el líquido que mitigue su sed.

Ausencia completa de tos y de expectoración: el niño no tose *nada*, hasta el punto que la madre duda de que tenga pulmonía. La tos aparece más adelante; en la declinación y primeros días de la convalecencia el niño toserá para eliminar exudados; pero, de todos modos, es la tos un síntoma de escasa importancia. El esputo pneumónico, tan característico en el niño mayor, no se presenta *jamás* en el niño pequeño.

El dolor de costado espontáneo, el dolor pungitivo propio de la pneumonía, no existe en el niño, ó si existe, no puede expresarlo.

Sin embargo, el dolor provocado no falta *nunca*; hay que buscarlo comprimiendo dulcemente, sin gran fuerza, con la yema del dedo en los espacios intercostales; un gesto doloroso, un grito, un quejido, á veces un llanto prolongado, responden siempre á esta compresión: el dolor se revela. Pero no corresponde exactamente al punto ó región torácica que está sobre el foco pneumónico; el dolor es difuso, mejor dicho, parece estar dolorido todo el tórax, lo mismo por delante que por detrás, en el lado sano como en el enfermo. Según mi observación, los puntos de preferencia para provocar el dolor son: por debajo de la clavícula, y al nivel del omoplato. Este dolor provocado tiene una grandísima importancia para el diagnóstico de la pulmonía en el niño, ya que, como he dicho, sus síntomas no son muy abundantes.

Muchas veces este dolor torácico se traslada al vientre, siendo entonces lo que Comby llama, con feliz frase, punta de costado abdominal. Doy fe de haberlo observado con gran frecuencia; interrogado el niño que qué le duele, contesta que el vientre, y puede creerse una apendicitis ú otro afecto abdominal ó de aparato digestivo, lo que es de aparato respiratorio. Tengo la convicción de que muchas gastritis, indigestiones, fiebres gástricas, gastroenteritis de los niños han sido pneumonías mal diagnosticadas, que por fortuna han terminado por curación.

Disnea verdadera no hay, pero sí ese aleteo especial de la nariz que todo médico de niños conoce; ese levantamiento rítmico de las alas nasales que no falta nunca en las cosas agudas de aparato respiratorio, é indica siempre la existencia de un obstáculo á la hematosis. La respiración es muy frecuente, pudiendo llegar á 50, 60, 70 y más movimientos respiratorios completos al minuto.

Hay un síntoma que puede llamarse patognomónico de la pneumonía, aunque no es exclusivo de ella, porque se observa igualmente en la bronquitis, la bronconeumonía y la pleuresía, en general, en todos los afectos agudos del aparato respiratorio; pero que no por eso es menos importante para el diagnóstico, unido á los otros síntomas, y escluidas otras enfermedades. Este síntoma es *la inversión del ritmo respiratorio*, que se manifiesta por lo que se llama respiración *espiratriz*. Un tiempo completo de la respiración normal comienza por la inspiración profunda, sigue un pequeño descanso, luego la espiración lenta y pausada, por fin un gran descanso. El ritmo invertido de la pneumonía comienza por

una espiración breve, dolorosa, forzada, lanzando un-quejido, un *je*; inmediatamente, sin descanso intermedio, una inspiración rápida é incompleta; por fin, un pequeño descanso. Resulta de este ritmo una manera de respirar que se traduce por una serie de verdaderos quejidos respiratorios, y que indica, sin duda alguna, que aquel enfermito padece una afección aguda del aparato respiratorio.

A este modo respiratorio corresponde lo que en francés se llama *tirage*, y en castellano podemos llamar *tiro*, observable á la simple inspección del tórax desnudo. A cada respiración se hunden los espacios intercostales, el reborde costal y el hueco epigástrico, y se abomba el abdomen por el descenso en contracción, del músculo diafragma. El tiro indica siempre un obstáculo considerable á la libre ventilación pulmonar.

De los síntomas generales el más importante es la fiebre, que tiene como caracteres: ascensión rápida, cifras de 40° con ligeras y cortas remisiones, duración breve, terminación frecuentemente brusca por crisis ó gradual por lisis. Es una curva gráfica inconfundible.

Con todo ello, la pneumonía puede sospecharse y aun diagnosticarse racionalmente, pero la seguridad se adquiere sólo por la auscultación y percusión. La percusión nos da sonido submacizo (nunca macizo del todo) sobre el foco pneumónico, pero la apreciación, á lo menos según mi experiencia personal, de los tonos de percusión, la considero difícil y delicada en la pneumonía, así como en la pleuresía es el signo de primer orden. Por ello doy mucha más importancia á la auscultación. La auscultación en el niño, por la finura de los sonidos á percibir, exige una educación especial, auscultar mucho, auscultar despacio; con paciencia, auscultar comparativamente el lado sano y el enfermo.

Dos son los signos físicos que la pneumonía da por auscultación: el estertor crepitante y el sopló bronquial. El estertor crepitante se ha llamado así por analogía con el ruido ó crepitación de la sal común sobre las ascuas; también se ha comparado al que produce un mechón de pelo frotado entre los dedos, y al de las burbujas que rompen en la superficie de una bebida gaseosa. Está formada por multitud de pequeños chasquidos secos, que se oyen *tan sólo* en la inspiración. Es signo cierto cuando existe. Bastantes veces falta, ó puede ser tan débil que el oído no consiga apreciarlo.

El que no falta nunca, y es para mí el signo decisivo, es el soplo bronquial. Pero hay que descubrirlo, hay que saber buscarlo, hay que acostumbrarse á distinguirlo; porque además, su intensidad es muy varia. Un soplo fuerte, rudo, anfórico, lo oye cualquiera; un soplo suave, dulce, necesita de un oído fino, y más que fino, educado. El soplo se oye primero sólo en la espiración; es un soplo ligero; una especie de resonancia levísima del roce del aire á su paso por los bronquios. A medida que la condensación del foco pneumónico avanza, el soplo se hace más rudo, más fuerte, de timbre tubario ó anfórico; pero siempre más marcado en el tiempo de la espiración que en el de la inspiración. De broncofonía ni pectoriloquia no hay que pensar en un niño pequeño que no habla. Pero lo que sí se oye muy bien es la resonancia del grito, que es metálico y penetrante, cual si se metiera por el oído que ausculta: esta exageración de la resonancia del grito se aprecia mejor comparando el lado enfermo con el lado sano. Los sitios en que de predilección se oye el soplo en la pneumonía infantil son: la región infraclavicular, las supra é infraescapular y la axilar; puede también oirse en las bases, pero no se olvide que la pneumonía de vértice es la más frecuente en el niño.

El síndrome clínico completo de la pneumonía del niño puede formularse así: principio brusco, fiebre alta, dolor torácico provocado, á veces dolor abdominal, respiración frecuente, ritmo respiratorio invertido, ó sea respiración espiratriz; estertor crepitante, soplo bronquial, duración corta, siete á doce días, terminación rápida.

Pero lo que quiero hacer notar, porque es la verdadera esencia y finalidad de este modesto artículo, como si dijéramos la moraleja de la fábula, es que tal síndrome completo y acabado se da pocas veces en el niño; que pueden modificarse, atenuarse y aun *faltar* cada uno de los síntomas que lo integran, que son verdad real y no fantasía clínica estos casos borrosos, mutilados. Así, el principio puede no ser brusco; la fiebre puede no ser alta ni continua, sino moderada y con grandes remisiones, casi intermitencias; el dolor puede no existir; la frecuencia respiratoria se explica bien por la fiebre; la respiración espiratriz no se observa; el estertor crepitante no se oye; la duración puede ser menor de siete y mayor de doce días; la terminación puede ser gradual. ¿Cómo descubrir entonces la pneumonía? Quedan siempre, por lo menos, dos sínto-

mas: uno general, la fiebre; otro local, el soplo bronquial; pero como la fiebre es común á muchas enfermedades, en fin de cuentas, el *único* signo característico que no falta es el soplo bronquial.

¿Y si falta también el soplo? En tal caso el diagnóstico sería científicamente imposible, á lo menos el diagnóstico cierto, quedando sólo al clínico, como posible inducción, el diagnóstico de probabilidad, de presunción racional, fundado en el comienzo, en la evolución, y en algún síntoma más ó menos claro que pueda quedar. Se dice en los libros que hay pneumonías sin signos físicos; no tengo autoridad para negar esta afirmación, pero por mi cuenta diré que no creo en esas pneumonías; yo no las he visto, y si existen, deben ser tan extraordinariamente raras, que no se tropiece con una en el dilatado ejercicio profesional.

Verdad es que los casos en que la pneumonía sin síntomas se presenta son pocos, pero al fin son un cierto número; y en esos casos difíciles es en los que el diagnóstico debe afirmarse, y la perspicacia del clínico se pone á prueba. Cuando la pneumonía se ofrece con la plenitud de sus síntomas, el diagnóstico es facilísimo. Aparte de estas pneumonías de latencia extremada, hay que decir que es poco frecuente que los síntomas y signos falten tan en absoluto. Así, no suele faltar el estertor crepitante; es muy raro que falte la respiración espiratriz, que necesariamente lleva la atención del médico á una afección aguda del aparato respiratorio; el dolor torácico provocado á la opresión se revela casi siempre; el modo de comenzar repentino, la fiebre alta, el curso del mal, su terminación, son circunstancias que, bien apreciadas, facilitan el diagnóstico en los casos dudosos.

Dos formas clínicas reviste con frecuencia la pneumonía infantil que pueden extraviar el juicio diagnóstico: la pneumonía abortiva y la pneumonía cerebral. La pneumonía abortiva se caracteriza por su brevedad, la atenuación de sus signos, y desde luego por su término favorable. Es difícil definir la duración que ha de tener una pneumonía para que pueda llamarse abortiva; pero entiendo como abortiva la que dura cinco días; porque si dura seis ó siete, ya es una pneumonía normal, y si dura menos de cinco días, puede dudarse de ella; yo, al menos, no concibo una pneumonía tres días, enfermedad que algún autor ha descrito con el nombre de congestión pulmonar aguda, no atreviéndose, y con

razón, á calificarla de pneumonía. Cuesta trabajo admitir que las fases del complejo proceso pneumónico, fluxión, exudación, coagulación y reblandecimiento del exudado, eliminación y reabsorción del mismo, puedan cumplirse en un plazo de tres ó cuatro días; por eso no puede considerarse como verdadera pneumonía la que dure menos de los cinco días.

Estas pneumonías breves existen: unas veces con síntomas graves, ruidosos, que ceden de pronto en una crisis rápida; otras veces, las más, con síntomas atenuados, leves, pero intensos, que no parecen corresponder á una enfermedad tan importante como la pneumonía. Por no pensar en ella, el médico se expone á desconocerla, aunque el error, por la benignidad del caso, no tenga consecuencias. La fiebre es moderada, no hay disnea ni ritmo espirador; no hay tos ni esputo; no hay dolor, y si lo hubo, fué leve y pasajero; el aspecto del niño es plácido y tranquilo. ¿Cómo ha de tener una pneumonía? La auscultación nos responderá. Búsquese con cuidado el soplo bronquial, y se encontrará dulce, suave, pero claro, allá en las profundidades de la axila, y no faltará casi nunca, acompañándole algún estertor crepitante fugaz. Basta. Como dice el adagio, del lobo un pelo.

La pneumonía llamada cerebral ó con síntomas cerebrales, *muy frecuente* en niños neuróticos ó de herencia neuropática, expone al clínico no prevenido á grandes fracasos en el diagnóstico y en el pronóstico. Se esfuman los síntomas pneumónicos y se recargan los síntomas nerviosos; padece el pulmón en silencio, pero grita fuerte el cerebro; sus gritos atraen la atención y distraen el juicio; allí está el humo, pero el fuego no está allí. El cuadro clínico de estas pneumonías es, poco más ó menos, el siguiente: Repentinamente el niño, en plena salud, se pone muy malo, tiene alta fiebre, se queja mucho de cefalalgia, tiene vómitos, astricción de vientre, puede tener convulsiones, temblor de miembros, delirio alto, gran agitación, vista extraviada, cara encendida, mucha sed, cabeza echada hacia atrás; otras veces soñolencia, verdadero estado comatoso, no conoce, no responde; la presión despierta dolor en el tórax, pero también en el vientre, en los miembros, en la nuca, en todas partes. No. Busquemos el signo físico revelador, el rayo de luz que aclare esta situación sombría, y lo encontraremos, de las cien veces, en las noventa y nueve; el soplo bronquial será el iris de paz de aquella tormenta. El niño no tiene una meningi-

tis, el niño tiene una pneumonía; el niño no está en peligro de muerte, el niño sanará. Vuelva la tranquilidad al acongojado espíritu de aquella buena madre. Esperemos unos días, muy pocos, y la crisis favorable sobrevendrá, y el fantasma de la meningitis quedará desvanecido ante los gratos resplandores de una convalecencia rápida y feliz.

No gusto de invocar mi experiencia, que ni es mucha ni acertada; pero declaro que este caso, tal y como lo acabo de describir breve y malamente, ha pasado delante de mí más de una vez; por eso quiero puntualizarlo, aunque ya los autores lo han hecho antes y mejor que yo, que no presumo de haber inventado ó descubierto el Mediterráneo, esto es, la pneumonía cerebral.

Dos palabras de tratamiento. La pneumonía carece de tratamiento propiamente dicho; hay tratamientos de la pneumonía, en el sentido de medios terapéuticos que para ella se preconizan y se usan; no hay tratamiento que de una manera directa y eficaz modifique, acorte ni cure el proceso biológico de la pneumonía: este tratamiento, que sería un tratamiento patogénico, no se ha descubierto todavía. No se olvide (y se olvida á menudo) esta gran verdad, este axioma que la observación secular viene señalando: la pneumonía *por sí misma*, tiende *siempre* á la curación, y se cura (refiriéndome sólo á la pneumonía franca del niño) en el 95 por 100 de los casos. La pneumonía es tratada por el médico, pero se cura ella; la pneumonía se cura con todo y con nada; se cura, como ya se ha dicho, en frase un tanto escéptica, *con tratamiento, sin tratamiento y á pesar del tratamiento*.

Yo soy un convencido de este axioma; yo creo en todos y no creo en ninguno de los tratamientos de la pneumonía. Yo he visto, en mi práctica, pneumonías tratadas de muy distintos y opuestos modos, pneumonías indagnosticadas y tratadas como otra enfermedad, pneumonías desconocidas y no tratadas; yo mismo he tratado pneumonías con medicaciones varias, según nos mandaban los libros, los autores ó las ideas reinantes; y he tratado otros pneumónicos con la simple expectación. En todos los casos, invariablemente, la enfermedad hacía su crisis y el enfermo sanaba. La sabia Natura seguía serenamente su curso sin preocuparse de la intervención del médico, aun siendo ésta muchas veces inoportuna, cuando no perturbadora y revolucionaria.

Por eso en la pneumonía se han acreditado gran número de tra-

fría—el baño—los sueros, pneumocócico, antidiftérico, normal de caballo—han sido, por turno, empleados para tratar la pneumonía con éxito semejante: ninguno puede envanecerse de superar á los otros. Y no cito más que los que yo conozco directamente ó por referencias ó estudios de otros; desde el más antiguo al más moderno, los tengo á todos por iguales.

Mi tratamiento de la pneumonía franca del niño es de una extrema simplicidad, de una expectación casi absoluta. Ni hablar de la sangría general, ni de la ventosa escarificada; no uso jamás el vejigatorio, ni la revulsión con el aceite de crotón; los tengo por perjudiciales. Doy una sencilla poción expectorante balsámica, á base de tiocol, de benzoato de sosa, añadiendo el formiato de sosa como tónico de la fibra muscular. Modero las exaltaciones febriles con pequeñas dosis de antipirina ó piramidón; no uso el baño, por parecerme nocivo para el curso normal de la pneumonía, sin beneficio positivo para el enfermo. Reposo, bebida abundante, alimentación líquida, aire puro. En suma: medios sencillos, nada violentos, y esperar, saber esperar.

No discuto *in extenso*, aunque podría hacerlo, abusando de la hospitalidad que en sus páginas concede la REVISTA á este deslabazado trabajo, los fundamentos de mi conducta, porque no estoy haciendo un tratado de Patología ó de Clínica, sino un artículo científico, lo cual es muy distinto. Expongo llanamente mis convicciones de médico ya viejo, asumiendo, como es natural, la responsabilidad de lo que afirmo. Si mis ideas, que acaso pudieran parecer extrañas, llegan á adoctrinar á alguno de mis pacientes lectores, yo le fío, bajo la fe de mi experiencia y de mi honradez tamientos, los más contrapuestos é incongruentes, ofreciendo cada uno su estadística de cientos y miles de casos curados. Ninguna estadística es mejor que la otra, y ninguna es mejor que la de la pneumonía no tratada; luego todas son iguales; luego será lícito tratar la pneumonía con este tratamiento, con el otro, con el de más allá ó con ninguno, pues que el resultado final ha de ser el mismo. ¡Oh, la estadística! ¡Oh, la magia de los números. Los números son ciegos, los números no dicen nada; hay que analizarlos, hay que interpretarlos. A la estadística se le ha hecho decir todo lo que se quería que dijera.

La sangría—el tártaro emético—el quermes la digital—la quí-  
nina—el formiato de sosa—los fermentos metálicos—la envoltura

médica, que no tenga empacho en aceptarlas; practíquelas y será un convencido como yo.

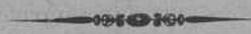
PATRICIO BOROBIO,  
Ex-Médico segundo del Cuerpo.  
1879-1887.

### MI SALUDO

Implícito va en las líneas que anteceden, inspiradas, más que por la penuria científica mía, por el amor que siento al Cuerpo de Sanidad Militar. Paréceme que no basta este saludo implícito, y quiero que sea explícito, expresivo, ardiente, tanto cuanto me lo dicta este corazón de viejo, que latió bajo el uniforme ocho años, los más felices de mi juventud.

Alguna pobre producción mía manchó por entonces las páginas de esta Revista. Hoy, no me atrevo á decir que las manchan, pero sí que las ocupan un retrato y un artículo de quien fué, es y será, porque no ha dejado de serlo, un admirador de Sanidad Militar. Guardo, como reliquias santas, la espada, la levita y la guerrera, que tantas veces, con ilusión juvenil, ceñí y vestí, mientras requería de amores, allá en la *Caput Castellæ*, á la que hoy es madre de mis hijos. Mis Jefes ya no existen, de mis compañeros de promoción, ¡cuán pocos quedan!

Queridos compañeros del Cuerpo, que pasáis los ojos por este blanco papel: que Dios os pague, como yo os agradezco, el honor que me hacéis. Sin conoceros os ama quien fué uno de vosotros, y quisiera volver á ser Médico segundo.



## NUESTROS MÉDICOS MILITARES

Nuevas orientaciones acerca de cuál debe ser nuestra misión en las Academias y Colegios militares.

Una vez creado el Cuerpo civil de Inspección médico-escolar, me ha sugerido é impulsado á poner á la consideración de nuestro distinguido y honorable Cuerpo, y á la de las Autoridades milita-

res, los siguientes razonamientos respecto á la amplitud que en su cometido profesional y docente debe darse á todos aquellos compañeros encargados, ó que en lo sucesivo se encarguen, del servicio facultativo en nuestros Colegios de huérfanos y Academias militares.

Hasta la fecha parece ser que á los Médicos de Sanidad Militar destinados en estos Centros sólo se les ha encomendado una misión médica de carácter puramente general; esto es, inspeccionar locales, filiar, vacunar, reconocer, seleccionar y asistir individuos; habiéndose relegado á segundo término otra misión no menos importante que las anteriores, y que realmente debía constituir la especialización y aptitud científica de todo aquel compañero llamado á desempeñar dichos destinos.

Esta especial misión del Médico militar destinado en un Colegio ó Academia (aparte de su misión médica general), se basaría principalmente en proporcionar á los alumnos de los mismos (aunque no fuesen más que elemental) aquellos conocimientos de Higiene, Anatomo-fisiología, Psicología y Terapéutica que todo hombre que se precie de culto, y, por ende, haya de pertenecer el día de mañana á una colectividad X, debe poseer.

Porque, ¿quién duda ya, en los tiempos que corremos, que si necesario es á un individuo, para no sucumbir en sociedad y saber conservar su puesto, el poseer conocimientos científico-técnicos profesionales, no menos imprescindibles y necesarios le serán todas aquellas enseñanzas que puedan guardar íntima relación con la disciplina, conservación y robustecimiento de su salud física y moral?

¿Hay nada tan grande y trascendental para un individuo en este mundo como el *Nosce te ipsum* psicosomático?

¿Y quién mejor que el Médico puede enseñar á un individuo el conocimiento de su propia máquina, de su funcionalismo y de los remedios para su conservación y robustecimiento?

¿No se mide también la vitalidad y engrandecimiento de los pueblos por la energía física y potencialidad intelectual-moral de sus individuos?

Pues entonces, ¿por qué no enseñar también á las almas militares infantiles todas estas nociones médicas encaminadas á la conservación y robustecimiento físico y mental de estos futuros hombres del mañana?

.....  
.....  
Claro está que para mejor poder practicar esta enseñanza en los Colegios de huérfanos y Academias militares, así como la que haya de constituir la preparación ó especialización profesional de cada cual, habría que comenzar por hacer una escrupulosa selección médica de niños y adolescentes á su ingreso en estos Centros, y en la cual selección no habría de darse sólo preferencia, como hoy se hace, al factor físico de aptitud, sino también al psicomoral.

Como resultado de esta selección nos encontraríamos entre los aspirantes á ingreso en Colegios, con dos clases de niños: unos que llamaríamos normales, y otros anormales (entre estos últimos los habría físicos y psíquicos), y claro está que para éstos, y muy especialmente para los psíquicos, los procedimientos y métodos de enseñanza habrían de ser otros muy diferentes de los empleados con los niños normales.

Verificada la selección de huerfanitos militares anormales, habría que proceder: ó á no admitirlos en los actuales Colegios, pasándoles á cambio su pensión para que pudieran educarse en las escuelas civiles de anormales (cuando éstas se creen), ó á que mediante una bien entendida Asociación filantrópica de todas las Armas y Cuerpos del organismo Ejército, se proyectase la pronta creación de una ó varias de estas escuelas militares de anormales infantiles donde pudiera ingresar, sea cual fuere su procedencia militar, todo niño tarado de vicios, imperfecciones ó enfermedades psicofísicas.

Después de esto, sobradamente se comprenderá que de llegar á crearse estas nuevas instituciones militares para la enseñanza de niños imperfectos, con nadie mejor que con el Cuerpo de Sanidad Militar habría y debería contarse, puesto que dentro de él no tardarían las demás colectividades militares en encontrar los higienistas paidópatas, psiquiatras y hasta pedagogos necesarios para llevar á cabo esta clase de enseñanza, en la que, por otra parte, los elementos naturales y farmacológicos, y especialmente los modernos métodos de Pedagogía y Psicoterapia, habrían de jugar el principal papel.

La selección en los adolescentes aspirantes á ingreso en las Academias militares habría de ser practicada también por el Cuer-

po de Sanidad Militar, basándose, no solamente en los defectos físicos que el aspirante pudiese presentar, sino también en los defectos que en el orden de su personalidad moral pudieran tener.

Y en este sentir, ante la menor duda que pudiera surgir en el acto del reconocimiento, de que nos hallamos en presencia de un adolescente de esos que, á pesar de su robusta complexión física, presentan, sin embargo, taras, lagunas, vicios é imperfecciones psíquicas (hereditarias ó no), debemos proceder, según el grado de estas imperfecciones del espíritu, ó á incapacitarle, desde luego, para su ingreso en la Academia, ó á abrirle su correspondiente hoja clínica de observación y estudio, y únicamente cuando los datos arrojados por ésta nos garanticen que este individuo puede ser apto intelectual y moralmente para la carrera de las Armas, procederemos á autorizar su ingreso.

Únicamente así evitaríamos el lamentable espectáculo que casi todos los años se da en nuestras Academias militares, de tener que expulsar de las mismas algún incorregible é indisciplinado, y contribuiremos también á librar el día de mañana al organismo Ejército de esa colección de elementos nocivos y perturbadores, que, por desgracia, tampoco faltan dentro de los Institutos armados.

Como resumen de todo lo expuesto, fácilmente se comprenderá que nuestras Autoridades militares debían aprovechar adecuada y oportunamente todas estas actividades y enseñanzas especiales que el Cuerpo de Sanidad Militar puede desplegar, sin apenas gravar para nada el presupuesto de guerra; tanto más cuanto que nada costaría á nuestro actual equitativo y celoso Ministro el conceder á nuestros compañeros actualmente destinados en Academias y Colegios de huérfanos militares, las mismas preeminencias y derechos de que actualmente disfrutaban los Profesores de dichos Centros militares de enseñanza.

DOCTOR JULIO CAMINO,

Médico primero.

Madrid, Febrero 918.

---

REFORMAS MILITARES

---

## Notas sobre reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar

(CONTINUACIÓN)

### Personal médico y practicantes para las Armas y Cuerpos.

El personal médico para tiempo de paz, en los Cuerpos, puede quedar reducido al que existe en la actualidad, ó sea á un Médico por batallón de Infantería é Ingenieros y uno por Regimiento de Caballería, ídem de Artillería, Comandancias de Artillería, batallones de ídem pesada, grupos de Artillería de posición afectos á las Comandancias y Comandancias de Intendencia.

En cuanto al personal de practicantes, deberá dotarse de un practicante segundo ó tercero por cada batallón de Infantería é Ingenieros, uno por Regimiento de Caballería y Artillería y uno también por cada Comandancia de Artillería, batallón de ídem pesada, grupo de posición y Comandancias de Intendencia.

Para campaña se dotará á los Regimientos de Infantería de siete Médicos, uno mayor, como Jefe de Sanidad, y dos por cada batallón, que serán: un primero y dos segundos de la escala activa, y el resto, segundos y terceros, de la escala de reserva gratuita; en Artillería, un Médico por grupo de baterías, siendo un primero y un segundo de activo y un segundo ó tercero de la reserva; también habrá un Médico por grupo de escuadrones de Caballería, ó sea dos por Regimiento de cuatro escuadrones, siendo uno de ellos de la escala de reserva. En los batallones de Ingenieros serán dos por batallón, perteneciendo también dos de ellos á la escala de reserva; las Comandancias de Artillería tendrán un Médico por grupo de baterías. Cada grupo de compañías de Intendencia afecto á una División llevará un Médico.

Al pie de guerra, el número de Médicos de las anteriores unidades se completará con los de la escala de reserva ó de complemento.

Se dotará, en caso de movilización, y para entrar en campaña, á cada compañía, escuadrón, batería ó unidad similar, de un practicante.

Los Médicos de las unidades que componen las divisiones en cuadro no pueden desempeñar otros destinos en la Administración central ó regional, como se propone en la ley orgánica, pues tiene suficiente cometido con la asistencia médica del personal de estas unidades y el servicio de plaza, que es muy grande, sobre todo en ciertas capitales de provincia.

### **Tropas de Sanidad Militar**

Al tratar de la reorganización de las tropas de Sanidad Militar, debemos partir de la base de que éstas sólo han de prestar el servicio en campaña, y durante el tiempo de paz se prepararán para ella, manejando el delicado y complicadísimo material del Cuerpo, teniendo una ó dos veces al año maniobras y ejercicios de conjunto, para lo cual se tendrá en esas épocas al máximo del completo el personal de tropa, y en cuadro reforzado durante el resto.

Estas tropas no prestarán servicio en el Instituto de Higiene, laboratorios ni farmacias, pues en éstas existe en la actualidad un Cuerpo de practicantes y mozos de farmacia en que se ingresa previa oposición, sobrando, por lo tanto, los sanitarios; no lo prestarán tampoco de escribientes en las Inspecciones y Sección de Sanidad Militar, ni en los hospitales, puesto que para dicho servicio se debe crear el Cuerpo de practicantes, similar al de la Armada, empleando de este modo un contingente profesional grande, pues hoy día ha adquirido gran importancia la carrera de practicante, siendo muchos los que la estudian. Estarán de ese modo mejor servidos los hospitales, por ser un personal permanente, y no el actual, que tiene grandes defectos, siendo entre ellos uno de los principales el tener que enseñar por fuerza esta profesión, que requiere ser voluntaria para su mejor aprovechamiento, enseñanza que se da á individuos que en su mayor parte carecen de ilustración, pues si bien se destinan á Sanidad estudiantes de Medicina ú otras carreras, son éstos en su menor número, puesto que la mayoría se compone de labradores y artesanos.

Esto, en lo referente á practicantes. En cuanto á los enfermeros, no se deben emplear nunca individuos sujetos al servicio militar, por ser éstos necesarios en campaña por su robustez y desarrollo, cualidades que no son indispensables para desempeñar

dicho servicio, debiendo, por lo tanto, estar servido por el elemento civil que no esté útil para campaña y no sea movilizable.

Como consecuencia de este criterio, y considerando á las tropas de Sanidad Militar de una gran movilidad, se propone su organización en Brigadas (que debieran ser tantas como Cuerpos de Ejército), al mando de un Subinspector Médico de primera, proponiendo solamente la de tres de ellas para la Península, fundándose en razones de economía.

Nos inducen á dar preferencia á esta organización, y no á la de Comandancias, como se propone en el proyecto de ley orgánica, los razonamientos hechos anteriormente de movilidad y desaparición del servicio de hospitales; la necesidad de existir un Jefe superior que esté en tiempo de paz en contacto directo con sus tropas; que las prepare para manejarlas y para que den el mayor rendimiento en campaña, no teniendo que improvisar en ésta, como ocurriría con la organización de las Comandancias, á cuyo frente sólo se consigna un Jefe, y al ir á campaña el grupo de tropas, suponemos se le agregaría otro, que sería extraño completamente á dichas tropas, no estando habituado á ellas, teniendo necesidad de restarlo de su destino de tiempo de paz, quedando éste vacante, puesto que todos los destinos de Sanidad Militar en paz no se pueden suprimir, sino, por el contrario, hay necesidad de aumentarlos en campaña; y si el Jefe de la Comandancia fuera el que acompañase á sus tropas, tendría otro que ocupar su puesto, lo cual ocasionaría un gran trastorno en la marcha de ésta, pues tiene que servir de base á las unidades sucesivas de tropas de Sanidad Militar que fuesen organizando.

Estos defectos desaparecen con la organización que se propone de Brigadas, porque al movilizarse ésta, marcha con ella su primer jefe, asumiendo el mando supremo de los servicios sanitarios de un Cuerpo de Ejército en campaña, los cuales no le son desconocidos, por haber estado en tiempo de paz en constante relación con ellos, quedando en la base ó habitual residencia de la Brigada como Jefe representante de la unidad el del Detall, que organizará las unidades sucesivas para dotar á nuevas Divisiones ó Cuerpos de Ejército, cometido no nuevo para él.

DR. EDUARDO SÁNCHEZ VEGA,  
Médico primero.

(Continuará.)

# HIMNO DEL SOLDADO SANITARIO

LETRA del Médico segundo D. Ignacio Olea.

MÚSICA del Médico segundo D. Enrique Blasco Salas.

*Marcial. C.M.M. 120 = ♩*

*Canto*

*Violino*

*Contrabajo de la Brigada de Tropas de Sanidad Militar.*

*f* Sol - da - do sa - ni - ta - rio, la Cruz de Mal - ta lle - va y  
- da do sa - ni - ta - rio, tom - bica sus - to en la guerra y

*f* *mf*

*Fin.*

The musical score is written on five staves. The top staff is for the vocal line, labeled 'Canto', and the bottom two staves are for piano accompaniment, labeled 'Violino' and 'Contrabajo'. The score begins with a key signature of one flat (B-flat) and a 2/4 time signature. The tempo and character are indicated as 'Marcial. C.M.M. 120 = ♩'. The lyrics are written below the vocal line. The score includes dynamic markings such as 'f' (forte) and 'mf' (mezzo-forte). The piece concludes with a 'Fin.' marking.

so - mo la mas no - ble, De mi de - ber es - cla - va, a  
 fra - dar a mi Pa - tria mi tam - bien es - pa - ñol, Si el pa - so al e - me - mi - ga  
 me

los De - mos me de - bo, Y en el pe - ño a - cu - do  
 ca - rar - hi - mos ce - rra, Sea Cruz de Ma - la - ta vi - tos - ces  
 do - ño del do - lo - ra - ba - ño al (2.<sup>a</sup> us).

Sol - da - do - que ju - ras - te ante la

Pa-trem... tu ge-ni-tro-ia-sam-que doc-tor e-  
 sta, Pa-tri-um-de-um

ti-me cum tu-sam-que...  
 re-ty-ta-to la-mage-a-mi-um-de-um

♩. ♪. ♩. ♪. ♩.

♩. ♪. ♩. ♪. ♩.

## V A R I E D A D E S

---

El distinguido Médico primero y notable Cirujano, D. Víctor Manuel Nogueras, ha presentado á la Academia Médico-Quirúrgica una interesante comunicación sobre sutura temporal de rótula, avalorada con magníficas pruebas radiográficas y demostración en enfermos.

\*  
\* \*

El día 10 del corriente fueron elegidos Senadores por la Universidad Central y la Real Academia de Medicina, respectivamente, los Dres. D. Luis Ortega Morejón y D. Antonio Espina.

\*  
\* \*

Con el objeto de desempeñar una comisión, han salido para Bulgaria el Médico mayor D. Francisco Baixauli y el primero don Silvano Escribano, y para Turquía, el Subinspector Médico de segunda D. Félix Lázaro y el Médico primero D. Eduardo Sánchez Martín.

Les deseamos una grata estancia en el extranjero.

\*  
\* \*

Nuestro querido compañero el distinguido Médico militar y Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina Central, D. Manuel Bastos Ansart, ha dado una brillante conferencia en la Real Sociedad Gimnástica Española, sobre educación muscular.

\*  
\* \*

El Congreso Nacional de Medicina española, que debía celebrarse el mes de Mayo próximo, ha sido aplazado hasta Octubre. Dado el número de congresistas inscriptos y el de comunicaciones anunciadas, revestirá seguramente el Congreso una importancia científica considerable, revelando además todo cuanto en España se hace para contribuir al progreso de las ciencias médicas.

Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción.

*Balance de Caja correspondiente al tercer  
cuatrimestre de 1917.*

D E B E	Pesetas.
<i>Existencia anterior.....</i>	19.632,33
Escuela Superior de Guerra.....	166,65
Brigada Obrera y Topográfica.....	100,00
Compañías de la Brigada Obrera y Topográfica....	450,00
Depósito de la Guerra.....	666,60
Academia Médico-Militar.....	166,65
Laboratorio Central de Medicamentos.....	666,65
Brigada de Sanidad Militar.....	2.279,25
Compañía de Sanidad Militar de Ceuta.....	473,60
Idem íd. de Melilla.....	245,40
Idem íd. de Tenerife.....	108,50
Idem íd. de Gran Canaria.....	174,00
Alumnos de pago.....	3.267,30
Reembolsos de equipos.....	1.447,78
Cuotas individuales.....	12.289,26
Reembolso de pensiones.....	31,00
Donativos.....	454,80
<i>Recibido de la Intendencia general.</i>	
Para agencias.....	98,80
Para personal civil.....	2.470,00
Para material.....	14.820,00
Para personal de Jefes y Oficiales.....	11.543,26
Para indemnizaciones de un capellán.....	35,20
Para bonificaciones.....	2.068,60
TOTAL.....	73.655,63

H A B E R	Pesetas.
Sostenimiento del Colegio.....	15.128,49
Equipos.....	3.465,17
Pensiones.....	11.204,50
Gastos generales.....	10.678,41
Bonificaciones.....	2.068,60
Pagas de Jefes y Oficiales é indemnizaciones.....	11.578,46
Metálico.....	19.532,00
TOTAL.....	73.655,63

DONATIVOS

De los niños Celia y Federico Queipo de Llano, 115 pesetas y un juguete valorado en 20 pesetas; del personal de S. M. de Melilla, 26,80 pesetas; del Médico primero D. Federico Gil Acevedo, 2 pesetas; del ídem íd. D. Pedro Muñoz, 25 pesetas; del personal de E. M. residente en Pamplona, 22 pesetas; del personal de S. M. de Tetuán, 60 pesetas; de los Farmacéuticos de la Sección de Farmacia de la primera Región, 200 pesetas; sobrante de un banquete de los nuevos Capitanes del Cuerpo de E. M., 4 pesetas.

NOTA. En el anterior cuatrimestre se consignaron 118 pesetas como donativo de D. Anacleto Cabezas; pero mejor informados, se hace constar hoy que el referido donativo corresponde á dicho señor y al Comandante de E. M. D. Lucas Cebreiros, así como las 42 pesetas que figuraron en el primer cuatrimestre de este año.

Madrid, 15 de Enero de 1918.—El Subinspector Médico de segunda, Jefe del Detall, *Enrique Plaza*.—V.º B.º El Inspector Médico de segunda, Presidente, P. A., El Vicepresidente, *Tenorio*.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

**De la anestesia general prolongada por el cloruro de etilo á pequeñas dosis, repetidas en las grandes heridas.**—Los excelentes resultados obtenidos por el cloruro de etilo en anestesia general para las intervenciones en los viejos, enfermos

debilitados y grandes infectados, han sugerido á Cazin y Koecklin el empleo de este medio hasta para las anestias de larga duración en los grandes traumatismos, siempre que el cloroformo se halle contra-indicado.

El procedimiento empleado es el de la compresa.

El modo de administración del anestésico se sujeta á las siguientes reglas:

La primera dosis varía de 2 á 5 centímetros cúbicos; con esta dosis, á la tercera inspiración, y algunas veces á la segunda, la analgesia es completa y se puede comenzar la operación. Unos tres minutos después, la anestesia sigue á la analgesia; es suficiente entonces dar el cloruro de etilo á pequeñas dosis, no pasando de 5 centímetros cúbicos, dosis regularmente espaciadas cada cinco minutos aproximadamente.

La anestesia general por el cloruro de etilo comprende, según Rebould, tres periodos:

1.º Periodo analgésico corto, que dura uno á tres minutos.

2.º Periodo anestésico que dura el tiempo de la administración.

3.º Periodo analgésico largo, que sucede siempre á la anestesia, y que dura de quince á veinte minutos.

Puede emplearse en operaciones de una hora y más, y la dosis total es de 25 á 30 centímetros cúbicos.— (*Paris Chirurgical*, Janvier 1917).— J. P.

\* \* \*

**Diagnóstico de la osteomielitis aguda**, por Thorning, W. B.—El autor cita algunos casos en los que hubo errores diagnósticos, confundiendo principalmente la osteomielitis con el reumatismo y con otras artritis agudas. El diagnóstico de reumatismo debe ser reservado para aquellos casos en los que hay artritis múltiple, fiebre, sudor profuso y tendencia á la endocarditis.

En la osteomielitis, como en el reumatismo, hay leucocitosis; pero en la primera enfermedad el número de glóbulos blancos oscila entre 25.000 y 40.000, y en el reumatismo nunca alcanza cifras tan elevadas. En la osteomielitis la lesión está por encima ó por debajo de la articulación, y en el reumatismo es la articulación misma la afectada. El dolor en la osteomielitis es agudo y muy intenso; en el reumatismo agudo el ataque de dolor es gradual y generalmente menos fuerte. La cápsula de una articulación reumática se presenta tensa y fluctuante, y el punto de mayor dolor corresponde á la misma interlínea articular. En la osteomielitis el dolor no asienta en la articulación, sino al lado de ella.

El pus de una osteomielitis puede perforar el cartílago epifisario y producir una artritis séptica, pero esto nunca ocurre en los primeros días. En el reumatismo el dolor es provocado por el movimiento, y en cambio, el reposo se acompaña de sedación del mismo; en la osteomielitis el dolor no varía sensiblemente entre el reposo y la movilidad. En estos casos hay que excluir, por un interrogatorio y examen detenido, la posibilidad de una artritis neisseriana.

La osteomielitis es casi siempre una infección estafilocócica, no siendo raro el caso de infecciones mixtas. Como la osteomielitis es casi siempre de origen hematógeno, hay que buscar con el mayor cuidado la puerta de entrada de la infección, anginas, influenza, forúnculos, etc. Tratamiento, la incisión inmediata con trepanación y drenaje del conducto medular.— (*Atlante J. Rec. Med.*)—F. P.

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

**Estudio sobre cuarenta y seis heridos de abdomen tratados en una ambulancia divisionaria.**—Comunicación á la Sociedad de Cirugía de París por M. Séguinot.—Estos 46 casos han sido tratados: 12 por abstención con 12 muertes, y 34 por laparotomía con 17 muertes, 5 curaciones y dos resultados dudosos.

M. Quénu hace notar que conviene dividir estos casos en dos grupos: en el primero, las intervenciones fueron realizadas en períodos de calma (en número de 20), y el autor ha podido dar observaciones. En el segundo, se hicieron las operaciones en período activo, y no ha dado sobre estos 14 casos más que una muy breve nota relativa á 3 de ellos solamente, los 3 seguidos de curación.

La mayor parte de los heridos observados en período de calma fueron ocasionados por explosiones (obús, bombas, espoletas), 2 solamente por bala; 13 se acompañaban de lesiones univiscerales (9 curaciones y 4 muertes), y 7 de lesiones multiviscerales (3 curaciones y 4 muertes).

### *Lesiones univiscerales, 13.*

Intestino delgado, 10	}	4 muertes.
Intestino grueso, 1..	}	6 curaciones.
Estómago, 2.....	}	1 curación.
		2 curaciones.

### *Lesiones multiviscerales, 7.*

Delgado y vejiga, 3.	}	2 curaciones.
Delgado y grueso intestinal, 2.....	}	1 muerte.
Hígado y colon, 1..	}	2 muertes.
Recto y vejiga, 1. . .	}	1 muerte.
		1 curación.

Estos dos cuadros indican una gran proporción de curaciones en los heridos del intestino delgado, 8 en 15 casos, ó sea más del 50 por 100, y todavía es preciso añadir que en 5 casos la herida del delgado iba acompañada de otra lesión visceral (herida de la vejiga en 3 casos, de los que uno, además, con herida de vena iliaca y herida del intestino grueso en 2 casos).

La mayor parte de los heridos han sido recibidos en la ambulancia á las tres ó menos de las tres horas: el más tardío llegó á las cuatro horas y media, y curó.

De los 27 casos observados en período activo, 12 no operados dieron 12 muertes; 14 casos operados dieron 9 muertes, 2 consecuencias dudosas (evacuados) y 3 curaciones (2 heridos de hígado y una herida de hígado y colon).

Los resultados de esta segunda serie operatoria contrastan con los precedentes: estos últimos, dando una mortalidad de 8 sobre 20, ó sea el 40 por 100 solamente; la segunda serie, dando 9 muertes en 12 casos (eliminando los dos casos dudosos), ó sea una mortalidad del 75 por 100.

Esto es debido probablemente á que las intervenciones de la segunda serie fueron practicadas en malas condiciones, debido á la afluencia de heridos, á falta de calma, al hacinamiento de las salas, á el ir y venir de las evacuaciones, á la insuficiencia de personal, á la falta de asepsia en la sala de operaciones.—(*Presse Médicale*, núm. 8.)—A. G.

## BIBLIOGRAFÍA

---

**Voluminoso cálculo renal.** (Extracción y nefrectomía; curación),  
por el Dr. Pedro Cifuentes, del Hospital de la Princesa.

**Cistitis crónica con retención, tratada con inyecciones  
de vapores de iodo,** por el mismo autor.

Ambos trabajos, publicados, respectivamente, en la *Revista Española de Urología y Dermatología* y en *El Siglo Médico*, vienen á sumar una lucida contribución á las numerosas y escogidas producciones del autor en la especialidad de vías urinarias.

Con el saber práctico que tanto le distingue, hace el relato clínico y operatorio de manera á determinar inmediatas y precisas enseñanzas á quienes puedan encontrarse frente á casos semejantes á los que cita.—*J. P.*

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

11 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 45) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas durante el mes de Septiembre del año anterior por el Médico mayor D. Eliseo Rodríguez Sayans; por los Médicos primeros D. José González Vidal, D. Juan Pomar Taboada y D. Cesáreo Gutiérrez Vázquez, y por el Médico segundo D. José Barros San Román.

18      »      Real orden (*D. O.* núm. 52) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas durante el mes de Agosto pasado, por los Oficiales que á continuación se expresan: Médicos primeros D. Adolfo Chamorro Lobo, D. Juan González Vidal, D. Juan Pomar Taboada y D. Elío Díez Mato, y por los Médicos segundos D. Federico Jiménez Ontiveros, D. José Barros San Román y D. César Merás Vázquez.

- 20 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 54) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas en el año anterior por los Jefes y Oficiales que á continuación se expresan: Médicos mayores D. Amador Hernández Alonso, D. César González Haedo y D. Juan Planelles Ripoll, y Médicos primeros don Eduardo Suárez Torres, D. Rafael Power Alesson, don Antonio Carreto Navarro y D. Carlos Crivell Navarro.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 56) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas en los meses de Junio á Septiembre último por los Jefes y Oficiales que se mencionan: Médico mayor D. Eusebio Martín Romo; Farmacéutico primero D. Jaime Blanc Vila; Médicos primeros don Manuel Pelayo M. de Hierro, D. Fernando Muñoz Beato, D. Joaquín Cotande Llabata, D. Abilio Conejero Ruiz, D. José Cogollos Cogollos y D. Manuel Lamata Desher-tan, y á los Médicos segundos D. Joaquín Bonet Jordán y D. Francisco Camacho Cánovas.
- 25 Febrero.—Real orden circular (*D. O.* núm. 46) disponiendo que la gratificación del servicio de ventas que disfrutaban los Jefes de las Farmacias donde está establecido el despacho de medicamentos al público militar, sea 75 pesetas mensuales para los Subinspectores Farmacéuticos y de 60 para los Farmacéuticos mayores.
- » » Real orden circular (*D. O.* núm. 46) convocando á oposiciones para cubrir cincuenta plazas de Médicos-alumnos en la Academia Médico-Militar, entre los Doctores y Licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten, hasta el 26 de Agosto próximo, con sujeción á las bases y programas aprobados por Real orden de 19 de Abril de 1913 (*D. O.* núm. 80) y *Gaceta de Madrid* de este mismo año, número 106, y á las modificaciones introducidas á las mencionadas bases.
- 28 » Real orden (*D. O.* núm. 46) disponiendo la separación del servicio activo, á petición propia, del Médico provisional D. Agapito Zamora y Pérez de las Barcas, y el ingreso del mismo en la Reserva gratuita facultativa del Cuerpo, con el empleo de Médico tercero.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 46) concediendo el empleo de Mé-

dico segundo de la Reserva facultativa del Cuerpo al Médico de la expresada Reserva D. Miguel Baena Martínez.

- 26 Febrero..—Real orden (*D. O.* núm. 46) disponiendo la separación del servicio activo, á petición propia, del Médico provisional D. Francisco Revuelta Arroyo, y el ingreso del mismo en la Reserva gratuita facultativa del Cuerpo, con el empleo de Médico tercero.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 46) concediendo al Médico primero D. José Mira Perin la gratificación anual de 1.500 pesetas.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 46) nombrando á los Jefes y Oficiales Farmacéuticos del Cuerpo que han de formar el Tribunal de las oposiciones convocadas por Real orden circular de 25 de Enero último para cubrir cinco plazas de Farmacéutico segundo del referido Cuerpo.
- 27 » Real orden (*D. O.* núm. 248) declarando indemnizable la comisión desempeñada del 4 al 6 de Diciembre de 1917 por el Médico primero D. Juan Romo de Oca.
- 28 » Real orden (*D. O.* núm. 48) destinando al personal que figura en la siguiente relación para la asistencia á los cursos de Oftalmología que darán comienzo el día 1.º de Marzo en los Hospitales militares de Madrid-Carabanchel, Córdoba, Valencia, Barcelona, Pamplona, Valladolid, Ceuta y Melilla:

*Subinspectores Médicos de segunda clase:* D. Pio Brezosa Tablares, asistencia al personal de Plana mayor de la Capitanía general de la cuarta Región y Subinspección; D. Celestino Alemany y Aznares, asistencia al personal de Plana mayor de la Capitanía general de la séptima Región y Subinspección; D. Francisco Domingo Ortiz, asistencia al personal de Plana mayor de la Capitanía general de la tercera Región y Subinspección; don Manuel Molin Guerra, á las órdenes del Inspector de Sanidad Militar de la tercera Región.

*Médicos mayores:* D. Emilio Fuentes Sáenz Diez, Brigada de tropas de Sanidad Militar; D. Ramón Ruiz Martínez, asistencia al personal de Prisiones militares; don Luis Torres Ibarra, Hospital militar de Valencia; don

Carlos Domingo Jover, Hospital militar de Valencia; D. Juan Roche User, Hospital militar de Pamplona; don Benjamín Tamallo Santo, Hospital militar de Valladolid; D. Francisco Escapa Bravo, Hospital militar de Valladolid; D. José del Buey Pagán, Grupos de hospitales de Melilla; D. Leopoldo Queipo Riesco, Grupos de hospitales de Melilla; D. Francisco García García, Grupos de hospitales de Melilla; D. Bernabé Cornejo García, Grupos de hospitales de Ceuta; D. Eduardo Ramos Ordóñez, Grupos de hospitales de Ceuta; D. Juan Barcia Eleizegi, Grupos de hospitales de Ceuta.

*Médicos primeros:* D. Antonio Carreto Navarro, segundo Depósito de Caballos Sementales; D. Rafael Power Alessón, Regimiento Lanceros de Sagunto, 8.º de Caballería; D. Angel Sánchez Sánchez, Jefe del Gabinete radiológico del Hospital militar de Córdoba; D. Rafael Jiménez Ruiz, Yeguada militar; D. Juan López Quelles, primer batallón del Regimiento Infantería de la Reina, 2; D. Adolfo Rincón de Arellano y Lobo, Hospital militar de Valencia; D. José Cogollos Cogollos, Regimiento de Cazadores de Victoria Eugenia, 22.º de Caballería; don Manuel Lamata Desvertrand, 8.º Regimiento montado de Artillería; D. Joaquín Cotanda Llavata, primer batallón del Regimiento Infantería de Mallorca, 13; D. Enrique Rocandio Martín, 11.º Regimiento montado de Artillería; D. Aniceto García Fidalgo, tercera compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar; D. Mannel Pelayo y Martín del Hierro, primer batallón del Regimiento Infantería de Guadalajara, 20; D. Julián Minguillón de Soto, Ambulancia montada de la cuarta Región; D. Pedro Farreras Samper, Jefe del Laboratorio de análisis del Hospital militar de Barcelona; D. Felipe Campos Albuerne, cuarta compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar; D. Pedro Lombana Rañada, Regimiento Cazadores de Almansa, 13.º de Caballería; D. Fernando Marzo Abedía, primer batallón del Regimiento Infantería de América, 14; D. Alfonso Gaspar Soler, Comandancias de Artillería é Ingenieros de Pamplona; D. Manuel Amieva Escandón, Colegio de Huérfanos de Santiago;

D. Mariano Escribano Alvarez, sexto Regimiento montado de Artillería; D. Manuel Garriga Rivero, séptima compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar; D. Paulino Fernández Martos, Jefe del Laboratorio de análisis de los Grupos de hospitales de Melilla; D. Babil Cuiduras Maza, Comandancia de Intendencia de Melilla; D. Juan Pellicer Escalona, Jefatura de Sanidad Militar de Melilla; D. José Aguilera Sabater, Comandancia de Intendencia de Ceuta; D. Francisco Chinchilla Rosende, Parque de Sanidad Militar de Ceuta; D. Jaime Prat Solé, Regimiento Cazadores de Vitoria, 28.º de Caballería.

*Médicos segundos:* D. Félix Martínez García, Hospital militar de Madrid-Carabanchel; D. Luis Saura del Pan, Hospital militar de Madrid-Carabanchel; D. Ramiro González Sierra, Brigada de tropas de Sanidad Militar (Madrid); D. Juan Pérez Ruiz y Crespo, segundo batallón del Regimiento Infantería de Otumba, 49; don Vicente Vilar Martínez, segundo batallón del Regimiento Infantería de Mallorca, 13; D. Fernando Plaza Gómez, Hospital militar de Barcelona; D. Manuel Noriega Muñoz, segundo batallón del Regimiento Infantería de Alcántara, 58; D. Carlos de la Calleja Hacar, segundo batallón del Regimiento Infantería de Vergara, 57; don César Yaque Laurel, segundo batallón del Regimiento Infantería de la Constitución, 29; D. Enrique Blasco Salas, segundo batallón del Regimiento Infantería de América, 14; D. José Segoviano Rogero, séptima compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar; D. Eduardo García Sánchez, Regimiento mixto de Artillería de Melilla; D. Luis Fontes Blanco, Regimiento Cazadores de Alcántara, 14.º de Caballería; D. José de Lemus y Calderón de la Barca, Grupos de hospitales de Melilla; don Flaviano Eguren Fernández, Regimiento mixto de Artillería de Melilla; D. Rafael Olivares Bel, Grupos de hospitales de Melilla; D. Tomás Rallo Colandrea, asistencia de la Comandancia general de Ceuta; D. José Cartelle Brage, Grupos de hospitales de Ceuta; D. Cecilio Hernández González, Grupo de Fuerzas regulares indígenas de Ceuta, 3; D. Juan Arjona Trapote, Grupos de hospi-

tales de Ceuta; D. Servando Casas Fernández, Compañía mixta de Sanidad Militar de Ceuta; D. Julián Martínez Renedo, Grupo de Fuerzas regulares indígenas de Ceuta, 3; D. Francisco Fernández Casares, Compañía mixta de Sanidad Militar de Ceuta; D. Heriberto Villalobos Ballesteros, Grupos de hospitales de Ceuta; D. Francisco de la Cruz Reig, Regimiento mixto de Artillería de Ceuta.

28 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 48) concediendo el retiro para Málaga al Subinspector Médico de primera clase D. Emilio Muñoz Sevillano, que se encontraba en situación de reemplazo por enfermo.

1 Marzo...—Real orden (*D. O.* núm. 50) aprobando el presupuesto de 115.030 pesetas para terminación de las obras del Hospital militar de Logroño, y disponiendo que su importe sea cargo á los fondos dotación de los servicios de Ingenieros del corriente año, debiendo ejecutarse las obras por el sistema de contrata.

4 > Real orden (*D. O.* núm. 52) concediendo un crédito de 20.140 pesetas, con cargo á los servicios de Ingenieros, para ampliación y reparación del gabinete hidroterápico y del cuarto de aseo y limpieza del Hospital militar de Badajoz.

5 > • Real orden (*D. O.* núm. 53). Con el fin de evitar gastos excesivos al Erario y reglamentar el servicio de clasificación definitiva del material sanitario de hospitales, que actualmente se remite al Parque de Sanidad Militar, según lo dispuesto por Reales órdenes circulares de 30 de Mayo de 1914 (*C. L.* núm. 86) y 11 de igual mes de 1915 (*C. L.* núm. 87), y comprender, dentro del mencionado servicio, el reconocimiento de todo el material sanitario perteneciente á unidades y dependencias del expresado Cuerpo, que en la misma forma haya de ser propuesto por inútil y repuesto sin cargo, el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien resolver lo siguiente:

1.º Todo el instrumental y los efectos sanitarios que hayan de ser propuestos por inútiles y se consideren aprovechables, deberán remitirse al Parque de Sanidad Militar, en la forma dispuesta por la segunda de las so-

beranas disposiciones anteriormente citadas, y su reconocimiento se llevará á cabo por el personal mecánico pericial de dicho establecimiento, que expedirá un certificado de su clasificación definitiva, en aprovechable ó inútil, en vista de cuyo documento se formulará por el Jefe del Detall la oportuna relación, que, con el visto bueno del Director, servirá de base para la confección de la propuesta de baja del material inutilizado.

2.º Cuando se trate de aparatos, máquinas ó carruajes, su reconocimiento pericial se llevará á efecto en el centro ó unidad que tenga á su cargo dicha clase de material sanitario, realizándose por personal de los Cuerpos de Artillería ó Ingenieros, en análoga forma á lo ya establecido para los aparatos de desinfección en el art. 25 del Reglamento de este servicio, aprobado por Real orden circular de 4 de Julio de 1904 (*C. L.* núm. 116). La copia de certificado que se expida acompañará á la propuesta de baja ó recomposición correspondiente.

3.º El material clasificado como inútil en los indicados reconocimientos será desbaratado en el Parque de Sanidad Militar ó establecimientos donde haya sido reconocido. Dicho desbarate se hará con arreglo á las instrucciones determinadas por los referidos peritos.

4.º Los elementos resultantes del desbarate del citado material serán nuevamente reconocidos por los peritos y distribuidos en dos grupos: uno, formado por elementos aprovechables, los cuales se conservarán para recomposiciones sucesivas de material de análoga clase, en cuyo concepto serán alta en las cuentas de cargo de los establecimientos respectivos; y otro grupo, constituido por aquellas partes que, consideradas completamente inservibles, deberán ser enajenadas con las formalidades reglamentarias. Todos estos extremos se detallarán en la certificación correspondiente; y

5.º De esta última clasificación de material inútil se dará también cuenta á la Superioridad, mediante el acta oportuna, acompañada de una copia del certificado pericial, á los efectos de conocimiento subsiguiente.

6 Marzo...—Real orden (*D. O.* núm. 53) concediendo el empleo inme-

diato á los Jefes y Oficiales de la siguiente relación: don José Fernández Baquero, Subinspector Médico de segunda; al Médico mayor D. José del Buey y Pagán; al Médico primero D. Manuel Meléndez Castañeda, y á los Médicos segundos D. Tomás Martínez Zaldívar y don Jerónimo Blasco Zabay.

- 6 Marzo... — Real orden (*D. O.* núm. 53) concediendo el retiro para esta Corte al Subinspector Médico de primera D. Joaquín Gámir y Díaz Colón y á D. Vicente Esteban de la Reguera.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 54) concediendo la Gran Cruz de la Orden del Mérito Militar designada para premiar servicios especiales, á los Subinspectores Médicos de primera clase, retirados, D. Fernando Cano de Santayana y Guibert y D. José Tolezano y Mercier.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 55) declarando con derecho á pensión á los huérfanos del Farmacéutico primero de Sanidad Militar D. Francisco Trilla Abio.
- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 55) disponiendo se aumente la plantilla del Hospital militar de Tetuán con un Médico primero, y compensando este aumento con la supresión de la Enfermería de la Restinga y el cambio de categoría de la de Sammar, que pasará á ser de Médico segundo.
- 8 » Real orden (*D. O.* núm. 55) concediendo el pase á situación de supernumerario sin sueldo, con residencia en San Sebastián, al Médico primero D. Justo Díaz Tortosa, destinado en el Regimiento Infantería de Bailén, núm. 24.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 55) concediendo el pase á situación de supernumerario sin sueldo, con residencia en Tetuán, al Médico primero de Sanidad Militar D. Maximino Martínez Zaldívar.
- 11 » Real orden (*D. O.* núm. 57) destinando al Parque de Sanidad Militar al Subinspector Médico de primera clase don Pedro León Jiménez, y al Subinspector Médico de segunda D. Juan García Fernández.

