

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año VIII.

Madrid, 1 de Abril de 1918.

Núm. 7.

SUMARIO

La inhibición psicológica, por **Galo Fernández España**.—*Determinación objetiva de los defectos de refracción del ojo por el Médico militar en funciones de perito*, por **José G. Márquez**.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Tratamiento de las heridas vasculares en el frente.—*Prensa militar-profesional*: Cirugía de guerra.—*Proyectiles intracraneales múltiples habiendo dado lugar á varios síndromes oculares: hemianopsia homónima, queratitis neuroparalítica y parálisis de los destrogiros*.—*Bibliografía*: Estudio sobre el pulso venoso, por el doctor D. Emiliano Eizaguirre.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1 de Abril de 1918.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

LA INHIBICIÓN PSICOLÓGICA

¿Qué se entiende por este epígrafe? Es el poder detener ó suspender la realización de un acto, bien sea voluntario ó bien pertenezca á aquellos movimientos alejados de la conciencia, semi-conscientes unos, y hasta automáticos propios de las categorías inferiores cerebrales. No llega á todas las funciones la acción inhibitoria voluntaria; las de naturaleza orgánica la resisten, por más que al escribir estas líneas me viene á las mientes el caso de un querido y desaparecido compañero de Cuerpo, que nos asustaba al tomarle el pulso, suspendiendo los latidos cardíacos cuantas veces lo ordenaba su voluntad. Ejercía una inhibición por el gran simpático al pneumogástrico, hasta casi paralizar el corazón. Pero este caso es rarísimo en las circunstancias en que lo verificaba en perfecto estado normal, y obedeciendo á una acción psíquica voluntaria. En la patología de las neurosis cardíacas y en las del sistema nervioso se presentan, como expresión sintomática, trastor-

nos funcionales de índole inhibitoria, somáticos, y que sólo indico para hacer comprensivo el fenómeno.

En todo acto voluntario hay dos elementos distintos: el estado de conciencia el *yo quiero*, que hace constatar una situación, pero sin eficacia por sí misma, y un mecanismo psicofisiológico muy complejo en que reside únicamente el poder de obrar ó de impedirlo. Esta conclusión general es la resultante del conocimiento de la voluntad en su doble mecanismo de impulsión y de detención del movimiento, y cuya fuente es el carácter individual.

Todo estado de conciencia tiene tendencia á traducirse en acto, siendo un caso de la ley fundamental de que el reflejo es el tipo único de toda acción nerviosa y de toda vida de relación.

Para explicar el mecanismo de la inhibición no hay una doctrina clara y aceptada por todos, como para los reflejos. Unos admiten centros de suspensión, y hasta nervios especiales capaces de suprimir una acción en tramitación en lugar de reforzarla.

Ferrier, desde un punto de vista cuya importancia psicológica es evidente, admite en los lóbulos frontales la existencia de centros moderadores que serían los factores esenciales de la atención.

Hay casos en los que la suspensión no tiene necesidad de explicarse, como en aquellos en que la incitación voluntaria cesa por sí misma, como, por ejemplo, el dar de lado una lectura enojosa.

Otros casos parecen explicarse por una de las hipótesis precisadas. Nosotros podemos detener la risa, la tos, ciertos movimientos pasionales, poniendo en juego, según pueden observarse, los músculos antagonistas.

En los casos que se ignorase cómo se produce la detención, cuyo mecanismo fisiológico permanece desconocido, la psicología nos puede enseñar alguna cosa. Se puede citar un ejemplo de los más sencillos, un acceso de cólera detenido por la voluntad. Esta detención está lejos de ser la regla; ciertos individuos son del todo incapaces. Otros lo son desigualmente; su potencia de suspensión varía según el momento y las circunstancias que concurren; pocos son aquellos que tienen dominio de sí mismos.

Si la incitación es muy violenta, que pasa seguidamente al acto, aunque resulte disparatado, se llega tarde para evitarlo. Si se da tiempo á que se suscite un estado de conciencia con ideas antagonistas, si son lo bastante estables, la detención tendrá lugar.

Como prueba de ello referiré un caso presenciado por mí. El General B..., ya difunto, persona corpulenta y de gran prestigio militar y social por su carácter y ciencia, marchaba pausadamente por una acera de la calle del Barquillo; al llegar á la calle de San Marcos fué empujado violentamente contra la pared por un hombre del pueblo, que corría desaforadamente, al volver en la esquina, tropezándose con el General. Un súbito ataque de cólera acometió al General, bien reflejado en su semblante, y levantando en alto el bastón con propósito de descargarlo sobre el imprudente, en lugar de dejarlo caer permaneció unos segundos con el bastón en el aire, contraído y como cataléptico, con la facie enrojecida y profiriendo interjecciones que no son para contarlas, y aprovechando el causante este momento para ponerse en fuga.

¿Qué explicación tiene este caso? El estado de conciencia primitivo (cólera) ha evocado estados antagonistas que varían de un hombre á otro, y que pueden ser idea del deber, temor de la opinión, de las leyes, de las consecuencias y hasta del ridículo, y se ha producido una derivación del flujo nervioso, un empobrecimiento del primer estado en favor del segundo, una verdadera inhibición en su provecho.

Se une además como factor esencial un estado afectivo. No todos los sentimientos son estimulantes de la acción; muchos tienen un carácter depresivo que tienden á anularla. En los casos extremos, la excitabilidad de los centros musculares, vasomotores, secretores, está suspendida momentáneamente por verdadera inhibición, como sucede con el terror exagerado.

En el hombre mal educado, la tendencia al acto es inmediata. La obra de la educación consiste justamente en suscitar estados antagonistas.

El fenómeno de suspensión puede explicarse de una manera suficiente por un análisis de las condiciones psicológicas donde se produce, cualquiera que sea la opinión que se tenga sobre el mecanismo fisiológico. Sin duda sería preferible ver más claro, tener una idea más neta del modo de verificarse, para tener noción de cómo dos excitaciones casi simultáneas se neutralizan. Si esta cuestión, todavía oscura, fuera más clara, nuestra concepción de la voluntad como potencia de suspensión sería más precisa y quizás distinta. Y es que el conocimiento introspectivo es todavía deficiente para apreciar y comprender todas las fases que se su-

ceden al realizar un movimiento voluntario, y de ordinario, la conciencia sólo aprecia el principio y el término del proceso.

Hay dos clases de tipos del esfuerzo volicional: el uno que consiste en detener los movimientos del instinto, de la pasión, del hábito, y el otro que consiste en vencer la malicia, la torpeza y la timidez; el primero es un esfuerzo de resultado negativo; el otro lo es positivo; el uno nos produce una detención y el otro una impulsión. Estos dos tipos pueden reunirse en una fórmula única; hay esfuerzo cuando la volición sigue la línea de mayor resistencia.

Este esfuerzo volicional no tiene lugar jamás, que cuando la impulsión ó detención y la elección coinciden, es decir, cuando nuestras tendencias naturales y el yo quiero van en el mismo sentido; ó, en términos más claros, cuando lo que es inmediatamente agradable al individuo y lo que es deseado por el mismo, forman un todo único. Siempre tienen lugar cuando dos grupos de tendencias antagonistas luchan por suplantarse recíprocamente. En efecto; todo el mundo sabe que esta lucha tiene lugar entre las tendencias inferiores, cuya adaptación es inmediata, y las tendencias superiores en que aquélla es más compleja. Las primeras son siempre las más fuertes por naturaleza; las segundas lo son algunas veces por artificio. Unas representan una potencia registrada en el organismo, y las otras una adquisición de fecha más reciente.

Existen además causas conocidas, semiconocidas y desconocidas, y que pueden resumirse en una palabra: en el carácter individual. Todas estas pequeñas causas que obran, resumen el individuo físico y psíquico, y que no son abstracciones, son procesos fisiológicos ó psicofisiológicos, que suponen un trabajo en los centros nerviosos, cualquiera que éstos sean. ¿Es, pues, temerario sostener que el sentimiento del esfuerzo volicional es por sí mismo un efecto de estos procesos fisiológicos? Se puede objetar, la impotencia actual del modo de determinar su mecanismo. Este punto es más oscuro que el mecanismo que diferencia, según se trate de producir una impulsión ó una detención; el sentimiento del esfuerzo volicional no es idéntico en ambos casos.

En ciertos estados psicológicos y mórbidos, la existencia de una idea fija da por resultado la suspensión de un movimiento. Como toda idea no existe por sí misma sin ciertas condiciones ce-

rebrales, puesto que ella no es más que una parte de un todo psicofisiológico, ó sea la parte consciente, es preciso admitir que responde á un estado normal del organismo, quizá de los centros motores, y de los cuales proviene su origen. Cualquiera que sea, no es, como ciertos alienistas lo han sostenido con insistencia, una exaltación de la voluntad; todo lo contrario, ó sea su ausencia. No difiere de las impulsiones irresistibles más que en la forma, que es de naturaleza inhibitoria.

La patología mental nos enseña que existen ciertas afecciones que tienen por principal carácter la inhibición de la voluntad. El mutismo frenopático, asociado á una idea fija, parasitaria, y que es el centro de atracción de estas otras coadyuvantes, acompañadas de un estado afectivo depresivo, producen la inhibición de la palabra por un terco capricho de la voluntad, impotente para vencer los obstáculos que se oponen á la acción motora de las imágenes verbales, viéndose al enfermo días y meses sumido en un silencio absoluto y hasta en completa inmovilidad, acusando un defecto de impulsión en la acción de la voluntad. Análogas á esta vesania se presentan hechos en apariencia contradictoria. Las histéricas son á menudo poseídas por una idea fija invencible. Una rehusa comer, otra hablar, otra á ver, porque el trabajo de la digestión, el ejercicio de la voz ó de la visión determinarían, según ellas, un dolor sumamente penoso, y cuyas enfermas, por influencias del médico, que logra vencer su temor infundado devolviendo á los órganos que están inhibidos su funcionamiento propio, y restableciéndolas por completo.

Como caso curioso de exceso de impulsión consciente de la voluntad, refiero uno observado por el que estas líneas escribe, en un guerrillero de las guerrillas montadas de Cuba, por el año de 1881. Marchaba dicho individuo con su guerrilla por las Cinco Villas, en operaciones, cuando al acercarse por un sendero á un ingenio, vió de pronto á un negro que cortaba la caña por hallarse en la zafra. Al ver la espalda del negro, disparó sobre él la carabina, no haciendo blanco, por fortuna, en el negro. Sus compañeros lo desarmaron, y durante cinco días estuvo vigilado, porque notaron algo extraño al cometer este atentado, que no justificaba el pacífico y trabajador hombre de color. Algún tiempo después de este suceso, estando durmiendo en su hamaca en el barracón donde se alojaba su guerrilla, vió un vigilante de cuadra que á me-

día noche se levantaba, cogiendo la carabina y cargándola como para hacer fuego. Rápidamente lo sujetó, ayudado por otros guerrilleros, que le echaron una manta á la cabeza, logrando quitarle la carabina.

Por estos dos hechos se dispuso que pasara á observación al Hospital militar de la Habana, donde pudo observarlo el que esto escribe.

Si no recuerdo mal, este sujeto avisaba cuando sentía venir su ataque, para que lo encerraran en una celda, acusándose de ser un mal hombre y criminal.

Se trataba, por lo tanto, de una perversión ó impulsión instintiva, homicida consciente, provocada en el primer caso por una sensación visual, la espalda del negro, y en el segundo caso, por una imagen sensorial ó por un ensueño; en ambos casos, había alguna obnubilación de sus facultades intelectuales con inhibición de los sentimientos antagonistas que pudieran detener su impulso, y dar lugar á que entraran en juego la reflexión y otros sentimientos que se opusieran á su acción morbosa.

Fué declarado inútil y trasladado al manicomio de Mazorra, cerca de la Habana, y tuve noticia de que continuaba siendo un loco peligroso por el carácter homicida de su dolencia.

Como se ve por los casos referidos, y que sirven de prueba para sostener mi tesis de la inhibición psicológica, la deducción que se obtiene de ellos no tiene más pretensión que la de representar un esquema demostrativo del fenómeno inhibitorio. Probablemente, muchos trastornos mentales reconocerán por causa modificaciones vasomotoras y estímulos en los centros cerebrales á expensas de otros anemiados que darán lugar, bien examinados, á síntomas de la naturaleza expresada. Dificilísimo resulta, dado la solidaridad funcional del cerebro y su infinita red de células y fibras que lo constituyen, aislar de una manera somática su propia función. La Psicología explica cómo se produce la sensación, la imagen, las ideas y sentimientos; pero cada uno de éstos representa una síntesis muy compleja que el análisis fisiológico contribuirá á descifrar. Hoy por hoy, no pueden conceptuarse más que como variedades de la acción motora en perpetua vibración, y que se revelan por los caracteres psicológicos ó funcionales citados.

GALO FERNÁNDEZ ESPAÑA,
Subinspector Médico de 1.ª

Determinación objetiva de los defectos de refracción del ojo por el Médico militar en funciones de perito.

Es sin duda una de las mayores dificultades con que tropieza para desempeñar acertadamente su cometido el Médico militar encargado de la observación de reclutas en las Comisiones mixtas, y de las Salas de comprobación en los Hospitales militares, la carencia casi absoluta de conocimientos oftalmológicos, en que por deficiencias de nuestra organización universitaria se halla.

Es verdad que en la mayoría de los casos, la buena voluntad del clínico y la índole misma de los padecimientos, permiten á éste resolver los problemas, que determinado orden de afecciones oculares le ofrecen, ya que por manifestarse como en las demás regiones del organismo bajo forma de traumatismos y sus consecuencias, tumores, infecciones, etc., aunque condicionadas por la especial estructura del órgano y lo especialísimo de su función, es posible juzgar de ellas, aplicando á su estudio los conocimientos médicos generales en posesión de todos, y sin que los factores integrantes de nuestro juicio se hallen constituidos en tales casos por ideas fundamentales extrañas á las que ordinariamente nos sirven de medicina general, para llegar á nuestras conclusiones clínicas.

Pero existe una categoría de estados ó defectos peculiares del aparato visual, cuyo conocimiento no puede ser basado en los de patología general, aplicables, según hace poco hemos visto, al estudio de muchas de sus enfermedades, sino que ha de estar fundado en principios ópticos, fenómenos fisiológicos, sin conexión alguna con aquéllos, y exclusivamente relacionados con el órgano de la visión, por lo cual requieren un estudio aparte.

Una conjuntivitis es una inflamación que, como todas, se traduce por los síntomas propios de ésta, y que sólo tiene de particular la localización, que hace añadir á su sintomatología trastornos visuales, por ser visual la función del órgano en cuyas proximidades asienta. Pero tiene una etiología infecciosa, patoge-

nia, curso y tratamiento análogos al de las demás inflamaciones del organismo.

Un defecto de refracción no tiene parecido con ningún otro defecto orgánico extraño al ojo, y si conociendo muy bien las infecciones se puede tener en ausencia de cultura especial un concepto aproximado de lo que serán las oculares, sin poseer aquellas nociones ópticas y fisiológicas de que antes hablábamos, no es posible juzgar de los defectos ópticos del ojo.

Podría deducirse de cuanto llevamos expuesto, que siendo obligatorio para los Médicos militares fallar en definitiva sobre las inutilidades que determinan los vicios de refracción, creemos indispensable conozcan todos á la perfección la Oftalmología, y siguiendo razonando por el mismo procedimiento, todas las especialidades.

Precisamente por opinar que en la práctica ello no es posible, ni tampoco dotar á toda Comisión mixta ó Sala de comprobación de un especialista para cada sección de enfermos, escribimos estas notas, estando firmemente convencidos de que con la lectura de ellas (al menos esta es nuestra aspiración), cualquier compañero, sin necesidad de derivar su atención al estudio teórico de cuestiones no siempre claras en los libros, y para muchos bastante alejadas de sus orientaciones científicas, podrá salir airoso del paso sin tener que recurrir á Médicos civiles, como alguna vez se ha hecho, con grave detrimento de nuestro prestigio personal y colectivo, y posible riesgo de ser interesadamente informados.

Si el dominio de los procedimientos exploratorios conducentes al diagnóstico y medida de los defectos de refracción fuese difícil, complicado ó inasequible el instrumental, yo me abstendría de publicar estas notas ó las llevaría en otra forma expuestas á una revista de la especialidad. Pero como todo Médico militar en funciones de perito tiene á su disposición, por ser reglamentario, el material necesario y suficiente para esta clase de exámenes, y es tal la sencillez de ellos, que desde el primer día, sin ayuda de nadie, puede por sí solo diagnosticar y medir con exactitud casi matemática, la miopía, hipermetropía y astigmatismo, prescindiendo en absoluto de las manifestaciones del sujeto, insistimos en llamar la atención de los compañeros hacia el sistema que vamos á describir, en la seguridad de que todos podrán comprobar por sí mismos los beneficios de su empleo.

Son muchos los procedimientos usados por los oculistas para llegar al conocimiento exacto de estos defectos; pero entre todos, ninguno tan perfecto, tan asequible al Médico militar, tan sencillo y exacto como la Skiascopia, ó fenómeno de la sombra pupilar. Entusiasmado como oculista y como Médico militar, desde mi iniciación en su práctica de tal procedimiento, y designado desde hace más de un año, por delegación de mi sabio Maestro el doctor Barraquer, para dirigir la sección de refracción y enfermedades de fondo de ojo, en la clínica afecta á la Cátedra de Oftalmología de esta Facultad, he tenido ocasión de practicar centenares de esquiascopias, en los numerosísimos enfermos que concurren á mi departamento, controlando á diario por mí mismo los resultados de la exploración por este medio, y los obtenidos por los demás procedimientos objetivos y subjetivos, llegando á la conclusión rotunda, categórica y absoluta de que la esquiascopia es inmensamente superior á cuantos procedimientos han sido empleados hasta el día con tal fin.

Iguales conclusiones se desprenden de mis trabajos en el mismo sentido, verificados en el Hospital militar de esta plaza, en donde, gracias á la esquiascopia, me ha sido posible descubrir simulaciones imposibles de revelar por otros medios, facilitándome sobre manera la labor de asesorar al eminente Cirujano que en la actualidad desempeña el cargo de Jefe de la Sala de comprobación.

El instrumental necesario se reduce á una caja de lentes de ensayo y un espejo oftalmoscópico plano. Cualquier local regularmente amplio, y que pueda quedar á oscuras, basta para nuestro objeto. Como fuente de iluminación, nos serviremos de un mechero de gas ó una lámpara de incandescencia, aproximadamente de 25 bujías de intensidad, á ser posible esmerilada, ó en su defecto recubierta por papel de seda blanco.

El foco de luz puede colocarse fijo en la pared, á la altura de la cabeza del enfermo y á la derecha ó á izquierda de éste. Un trozo de cartón rectangular, dispuesto perpendicularmente á la pared por uno de sus lados, y entre la cabeza del sujeto á examinar y la luz, de modo que actuando de pantalla deje la cara del individuo en la obscuridad, completan el dispositivo necesario para nuestra exploración.

Tenemos la caja de lentes y el oftalmoscopio á nuestro alcan-

ce; las puertas y ventanas del local cerradas; la luz y la pantalla dispuesta como queda dicho; podemos dar comienzo á nuestro examen.

Empezaremos por la iluminación exterior del ojo (iluminación oblicua). Para practicarla, coloquemos al sujeto frente á la luz, á distancia de 25 centímetros aproximadamente; interpongamos entre el foco luminoso y el ojo derecho del sujeto una lente biconvexa de 14 dioptrías; obtendremos, aproximando ó alejando la lupa, una concentración de rayos que iluminará vivamente el punto donde caigan. Paseando el cono luminoso por la córnea, podremos darnos cuenta del estado de esta membrana, fijándonos sobre todo en su lisura, brillo y transparencia. Después, dirigiremos nuestra atención al iris, y principalmente al orificio pupilar. En el supuesto de que ni en éste ni en la córnea se aprecie obstáculo al paso al interior del ojo de los rayos luminosos, podemos continuar el examen. Si existiese alguna opacidad visible por este medio, el caso no sería de refracción pura (que es el único considerado), y habríamos de emplear otros procedimientos que no es ocasión de describir.

Suponemos haber encontrado absoluta normalidad exterior; prosigamos nuestra exploración. Esta ha de continuarse por la iluminación del interior del ojo, con la luz reflejada por el espejo plano.

Para ello hemos de variar la posición del enfermo. Situémosle junto á la pantalla que le separa de la luz, y de espaldas á la pared; pongámonos frente á él.

Si en esta posición colocamos ante nuestro ojo derecho el espejillo oftalmoscópico, y mediante el mismo proyectamos sobre la cara del sujeto la luz del foco que se refleja en él, mirando á través del pequeño orificio de que está provisto en su centro, veremos la pupila del observado uniformemente iluminada con brillo rojo. El fenómeno es análogo al que todos hemos visto, en la pupila de los gatos, en locales oscuros. Haciendo mirar al enfermo en las cuatro direcciones principales, veremos que la pupila permanece iluminada invariablemente. Caso de que existiera algún obstáculo en el campo pupilar, tanto delante como detrás del plano de la pupila, ésta no se vería uniformemente roja, aparecerían sobre su fondo manchas, estrías ó puntos negros, y tampoco el caso sería de refracción pura, único objeto de nuestro estudio. El

sujeto examinado tendría ó no un vicio de refracción, pero de importancia secundaria, por padecer cataratas, leucomas, etc.

Hasta aquí no hemos hecho otra cosa que investigar si el camino que normalmente sigue la luz hasta llegar á la retina está ó no libre.

Nuestra explotación podría compararse á los atisbos del curioso que, sin penetrar en ella, deseara conocer desde el pasillo lo que ocurría en el interior de una habitación iluminada, sin tener otro medio de satisfacer su curiosidad que mirar por el orificio de la cerradura. Primeramente, aplicando una cerilla (iluminación oblicua de nuestro caso), trataría de darse cuenta de si aquél estaba ocluído por la llave introducida desde afuera (leucomas). Si la llave estuviese puesta por dentro (cataratas), no vería nada, y si libre el orificio, encontraba que el objeto de su curiosidad estaba tras una mampara situada en el centro de la habitación (hemorragia del vítreo, cuerpos flotantes fijos), se retiraría de su puesto de observación, tratando por otros medios de satisfacer sus deseos.

Terminada, pues, la exploración previa, favorable en sus resultados á la continuación de nuestro examen, entremos de lleno en el detalle de la esquiascopia.

Para practicarla, la posición de la luz, del sujeto á examinar y del médico, es la misma que describimos al tratar de la iluminación por el espejo plano, sin más diferencia que la de que la distancia que nos separa del observado, en lugar de 30 centímetros, ha de ser ligeramente superior á un metro.

Todo dispuesto como queda dicho, con el espejillo oftalmoscópico ante nuestro ojo derecho, reflejemos la luz sobre el ojo derecho del enfermo y ordenémosle dirija su mirada á lo lejos sin fijar la atención en ningún punto próximo, siguiendo una dirección tal, que su línea visual sea tangencial á nuestro plano lateral derecho á la altura de la oreja.

En tales condiciones, la pupila aparece iluminada. Si hacemos girar el espejillo alrededor de uno de sus ojos, sin perder de vista mirando por su orificio central lo que pasa en la pupila que observamos, veremos producirse en aquélla ciertas sombras, de marcha, dirección, forma é intensidad y rapidez variables, según sea la refracción del ojo que examinamos.

Hagamos girar el espejillo alrededor de su eje vertical, de modo que su borde derecho, con relación á nosotros, se dirija ha-

cia la izquierda; al propio tiempo, veamos lo que ocurre en la pupila.

Pueden presentarse varios casos:

1.º Al iniciarse la rotación del espejo hacia la izquierda, vemos aparecer en el borde pupilar derecho (siempre con relación á nosotros) una sombra de borde cóncavo ó rectilíneo, que, siguiendo el movimiento de rotación del espejo, avanza en la pupila hacia la izquierda, la invade lentamente, y termina por alcanzar el borde pupilar izquierdo, en cuyo momento la pupila pierde su iluminación. Si colocamos el espejo en la posición de partida, es decir, paralelamente al plano anterior del sujeto, ó iniciamos su rotación en sentido opuesto, ó sea dirigiendo el borde izquierdo hacia la derecha, la sombra aparecerá en el borde pupilar izquierdo, y siguiendo el movimiento del espejo, avanzará en la pupila hasta llegar al borde derecho de la misma; en tal instante, el brillo rojo de aquélla no será perceptible; si ahora giramos el espejo alrededor de su eje horizontal, en tal forma que su borde superior se dirija hacia abajo, la sombra se presentará en el borde pupilar superior y caminará hacia abajo á medida que la rotación del espejo se acentúe; finalmente, si rotamos el espejo hacia arriba, la sombra se iniciará en el borde pupilar inferior, llevando una dirección ascendente. En este caso, pues, las sombras son directas, se mueven con el espejo.

2.º caso. Las sombras no siguen la misma dirección que los movimientos del espejo; marchan en sentido opuesto. Cuando el borde derecho del espejo marcha á la izquierda, la sombra aparece en el borde pupilar izquierdo, avanza hacia la derecha, y á medida que la rotación del espejo se completa, ella, siguiendo su marcha contraria á aquél, alcanza al borde pupilar derecho y oscurece totalmente el campo pupilar. Siempre que en este caso hagamos girar el espejo en una dirección, la sombra se iniciará en el borde pupilar opuesto al del movimiento de abajo arriba, si aquél marcha de arriba abajo, de izquierda á derecha, si aquél marcha de derecha á izquierda y viceversa.

3.º caso. Las sombras siguen una dirección distinta según sea el meridiano de la pupila que consideremos. Examinemos, por ejemplo, el vertical; giremos el espejo alrededor de su eje horizontal, dirigiendo su borde superior hacia abajo; la sombra se desplaza hacia arriba; sigue, pues, marcha distinta al movimiento del espejo.

jo. Giremos el espejo alrededor de su eje vertical; dirijamos su borde derecho á la izquierda; la sombra sigue la misma dirección, es directa.

4.º caso. Las sombras no existen; cualquiera que sea el sentido de rotación del espejo, la pupila aparece iluminada.

Pueden aún ofrecerse otros casos, como irregularidades en las sombras, percepción de varias en el mismo meridiano, etc.; pero considerando su escasa frecuencia, y la complicación que á nuestro estudio aportaría su examen, nos limitaremos al análisis de los cuatro casos principales.

Pero antes de pasar á la interpretación de los resultados de la observación de las sombras, creemos indispensable advertir que por el momento admitimos como cierto que el sujeto examinado mantiene su ojo en reposo; no acomoda, relaja totalmente el músculo ciliar, permitiéndonos explorar su refracción estática. Más adelante veremos hasta qué punto podemos contar con ello.

Hecha esta aclaración, consideremos el primer caso más arriba enunciado.

Las sombras se nos ofrecen directas en todos los meridianos. El ojo es emétrope (fisiológico), hipermétrope ó miope de menos de una dioptría.

Para salir de dudas, pongamos sobre la nariz del sujeto la montura de ensayo, coloquemos ante el ojo que se explora una lente biconvexa ó positiva de una dioptría: si las sombras siguen siendo directas, el observado no es ni emétrope ni miope; no es, no puede ser otra cosa que hipermétrope; pero no nos basta con diagnosticar la hipermetropía, queremos medir su grado; para ello sustituyamos la lente positiva de una dioptría, que antes pusimos, por otra, también positiva, más fuerte, de dos dioptrías, por ejemplo; si las sombras siguen siendo directas, coloquemos sucesivamente lentes positivas cada vez más fuertes, hasta que veamos invertirse la dirección que antes tenían, marchen en este caso en sentido opuesto al de los movimientos del espejo; el número de la lente que cambia el sentido de la sombra, disminuído en una dioptría, nos da el grado exacto de la hipermetropía. Supongamos que las sombras que eran directas á través de la lente de tres dioptrías se invierten con una de cuatro; el ojo considerado es hipermétrope de tres dioptrías, según lo que antes hemos dicho.

Continuemos analizando el caso primero; las sombras sin in-

terposición de lente alguna son directas; si colocando en la montura de ensayo una lente positiva de una dioptría se invierten, el ojo es emétrope ó ligeramente miope; el grado de esta débil miopía no vale la pena de ser medido desde el punto de vista médico militar; bástese saber que caso de existir tal defecto, es inferior á una dioptría.

Estudiémos el segundo caso. Las sombras son inversas; tal ojo es miope; ¿de cuántas dioptrías?; lo sabremos en seguida; coloquemos en la montura una lente bicóncava ó negativa de una dioptría; si las sombras siguen siendo inversas, pongamos otra negativa más fuerte, y así sucesivamente hasta que se hagan directas.

La lente que cambia la dirección de las sombras, aumentada en una dioptría, mide la cuantía del defecto. Ejemplo: sombras inversas, con una lente bicóncava de seis dioptrías; directas, con siete; el ojo observado es, ateniéndonos á lo expuesto, miope de ocho dioptrías.

No se aprecian sombras; la pupila se ve, ó toda iluminada ó toda obscura; el tránsito de uno á otro estado se verifica bruscamente, no se perciben sombras que produzcan por gradación el paso de uno á otro.

Todo ojo que se encuentre en este caso es miope de una dioptría exactamente.

Estamos en posesión del medio de diagnosticar cuando un sujeto tiene su refracción normal, cuando es miope de una y más dioptrías, cuando hipermétrope; sabemos también medir estos defectos.

Ahora vamos á tratar de reconocer el astigmatismo en sus distintas formas. Para ello, recordemos ante todo su definición y variedades:

Ojo astigmata es aquel que no tiene la misma refracción en todos sus meridianos. El máximum y el mínimum de refracción corresponden generalmente á dos meridianos perpendiculares entre sí.

De aquí se desprenden sus variedades:

1.º Astigmatismo hipertrópico simple (un meridiano emétrope, el otro hipertrópico). La esquiascopia nos dará sombras directas en ambos (primer caso).

2.º Astigmatismo miópico simple. Un meridiano emétrope, el

el otro miope. La esquiascopia dará: sombras directas en el meridiano emétrepe; directas en el miope si la miopía es inferior á una dioptría (caso primero); inversa si la miopía es en él superior á una dioptría (segundo caso); no habrá sombra si la miopía de este meridiano es de una dioptría exactamente (cuarto caso).

3.º Astigmatismo hipermetrópico compuesto. Los dos meridianos son hipermétricos pero en distinto grado. Las sombras serán directas en ambos (primer caso).

4.º Astigmatismo miópico compuesto. Los dos meridianos miopes desigualmente. Aquí pueden darse todos los casos considerados en la miopía y en cada uno de los dos meridianos. Cada uno de ellos puede ser miope de menos de una dioptría (sombra directa, primer caso), de una dioptría (sin sombra, cuarto caso), de más de una dioptría (inversa, caso tercero).

5.º Astigmatismo mixto ó combinado. Un meridiano es miope y el otro hipermétrepe. Las sombras del miope pueden ser directas (menos de una dioptría), inversas (más de una dioptría), ó nulas (una dioptría exacta). Las del hipermétrepe directas.

Después de lo expuesto, nada más fácil que medir el astigmatismo. Basta reconocer separadamente cada meridiano, según las reglas dadas para cada caso en particular. Un ejemplo aclarará nuestras dudas. Supongamos un astigmatismo hipermetrópico simple. Un meridiano será emétrepe y el perpendicular hipermétrepe; las dos sombras serán directas; coloquemos en la montura una lente biconvexa de una dioptría; la sombra directa del meridiano emétrepe se habrá invertido; la correspondiente al hipermétrepe seguirá siendo directa; aplicando ante el ojo lentes biconvexas cada vez más fuertes, según dijimos, para la hipermetropía, y dirigiendo nuestra atención exclusivamente al meridiano considerado, encontraremos una lente que cambiará la dirección de esta sombra, y que disminuía en una dioptría, nos dará el grado de la hipermetropía que tratamos de averiguar; hecho esto, anotaremos la astigmia en la siguiente forma: la hipermetropía de uno de los meridianos es de tres dioptrías; el astigmatismo es de tres dioptrías igualmente, porque indica la diferencia de refracción entre él y el meridiano emétrepe, que puede considerarse como de refracción cero.

Si uno de los meridianos fuese miope de tres dioptrías y el otro de cuatro, el astigmatismo sería de una dioptría, diferencia entre la refracción de ambos.

Hemos terminado cuanto se refiere al modo de operar para diagnosticar por esquiastopia los defectos de refracción y sus grados. Pero cuanto acerca de ello hemos dicho no tiene más que un valor esquemático, ya que existen factores no considerados hasta aquí, que pueden hacer variar los resultados de la exploración y su interpretación adecuada.

Ahora que conocemos el modo de proceder, nos será fácil comprender, sin complicar inútilmente las descripciones, la aplicación práctica de pequeños detalles de trascendental importancia, el papel que la acomodación desempeña en estos casos, y las deducciones que, con relación á la agudeza visual y artículos del cuadro de exenciones, se desprenden de la exploración. Pero estas cuestiones serán tratadas en sucesivos trabajos, que procuraremos mantener dentro de los límites exclusivamente prácticos que nos hemos trazado.

JOSÉ G. MÁRQUEZ,

Médico primero, Ayudante clínico de Oftalmología
en la Facultad de Medicina de Barcelona.

V A R I E D A D E S

Con el objeto de desempeñar una comisión, han salido para Alemania el Subinspector Médico de segunda D. Cándido Navarro Vicente, y el Médico primero D. Ildfonso Escalera. Les deseamos grata estancia en el Extranjero.

*
* *

El día 21 del pasado mes, el Médico primero del Cuerpo de Sanidad Militar, D. Julio Camino, pronunció una brillante conferencia en el Consultorio de la Cruz Roja, Cabeza, 36, versando sobre el tema «El hipnotismo ante la sociedad y ante la Medicina». El acto se vió muy concurrido.

*
* *

El día 24 del pasado mes se celebró un banquete en el Palace Hotel, en honor del ilustre Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, D. Sebastián Recasens, al cual asistieron las más brillantes figuras médicas de la capital.

*
* *

Han dado comienzo los ejercicios de oposición para cubrir cinco plazas vacantes de Farmacéuticos segundos del Cuerpo de Sanidad Militar, habiendo concurrido 16 opositores.

*
* *

Para juzgar las oposiciones á las Cátedras vacantes han sido nombrados los siguientes Tribunales:

*Cátedra de Obstetricia de las Facultades de Medicina
de Cádiz y Salamanca.*

Presidente: D. Antonio Fernández Chacón, Consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. Angel Martínez de la Riva, Catedrático de la Universidad de Santiago; D. Benigno Morales Arjona, Catedrático de la Universidad de Valladolid; D. Alejandro Otero Fernández, Catedrático de la Universidad de Granada, y D. Pedro Nubiola Espinós, Catedrático de la de Barcelona.

Suplentes: D. Enrique Tello, Catedrático de la Universidad de Sevilla; D. Juan Manuel Pineda, Catedrático de la Universidad de Sevilla (Cádiz) y D. Pedro Ramón Cajal, Catedrático de la Universidad de Zaragoza.

Patología general de la Universidad de Salamanca.

Presidente: D. Nemesio Fernández-Cuesta, Consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. Enrique Slocker y de la Pola, Catedrático de la Universidad de Valencia; D. Félix Cerrada y Martín, Catedrático de la Universidad de Zaragoza; D. Pedro Martínez Torres, Catedrático de la Universidad de Sevilla, y D. Roberto Novoa Santos, Catedrático de la Universidad de Santiago.

Suplentes: D. Antonio Amor Rico, Catedrático de la Universi-

dad de Granada; D. Eusebio Oliver Aznar, Catedrático de la Universidad de Barcelona; D. León Corral Maestro, Catedrático de la Universidad de Valladolid, y D. Benito Arroyo Gil, Catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz.

Higiene de la Universidad de Santiago.

Presidente: D. Carlos María Cortezo, Consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. Rafael Rodríguez, Catedrático de la Universidad de Barcelona; D. Constantino Gómez, idem de la de Valencia; don Antonio Alvarez, idem de la de Granada, y D. Antonio Salvat, idem de la de Sevilla.

Suplentes: D. Antonio Díez González, D. Antonio Urtubey, don Hipólito Fáiren y D. Víctor Santos.

*
* *

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao abre un concurso para conceder el premio del Dr. Camiruaga á la mejor Memoria presentada sobre el tema siguiente:

Antecedentes químicos del SALVARSÁN y sus derivados LUDOL, GALIL, NOVOARZENOBENZOL, NEOSALVARSÁN, MARGOL, SALVARSÁN, SÓDICO, etc. Procedimientos de obtención. Diferenciación química y estudio farmacológico. Medios de que se podría disponer en España para su preparación.

B A S E S

1.^a Se concederán dos premios: el primero, consistente en la cantidad de 250 pesetas y título de socio corresponsal (si el autor no reside en Bilbao), al autor de la mejor Memoria que, á juicio de un Jurado nombrado al efecto, lo merezca, y que versará sobre el tema ya anunciado; y el segundo, otro que consistirá en un accésit y diploma de carácter honorífico á la Memoria que siga en mérito á la anterior. La Academia se reserva el derecho de conceder el premio, si la Memoria carece de suficiente mérito, á su juicio.

2.^a Las Memorias ó trabajos recompensados con el premio pasarán á ser propiedad de la Academia, que los podrá imprimir en tirada aparte, sin otra obligación que la de poner á la disposición de sus autores 15 ejemplares para el primero y 5 para el accésit. Pero, si por la situación económica de la Academia, no pudie-

ran hacer edición especial de los trabajos premiados, se limitará á publicarlos sucesivamente en el periódico *Gaceta Médica del Norte*, en lugar preferente, entregando á cada uno de los autores el número de ejemplares antes indicado.

3.^a Los trabajos no premiados serán sellados hoja por hoja; quedará de propiedad de sus autores, y si no se recogen en un plazo de treinta días, serán quemados con el sobre que contenga el nombre del autor.

4.^a Una vez publicados los trabajos premiados, quedarán de propiedad de sus autores.

5.^a Podrán optar al premio todos los Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios y Profesores dentistas de España, que se hallen en posesión del título correspondiente. Quedan exceptuados los individuos que formen parte del Jurado calificador.

6.^a El dictamen del Jurado calificador es inapelable.

7.^a La cantidad consignada como premio se pagará á los treinta días de haberse dictaminado el fallo, sin que se requiera otro justificante que un certificado del Título, acompañado de un sobre con el lema, conteniendo en su interior el nombre y apellido de su autor.

8.^a El plazo de admisión de trabajos termina el 1.^o de Agosto de 1918.

9.^a El premio y el accésit se adjudicarán en la primera sesión académica ordinaria del próximo curso.

10.^a Los trabajos deben presentarse en papel blanco, tamaño 8.^o, forma apaisada, escritos en castellano, á máquina, ó si son manuscritos, con letra clara, y sin que contengan más signos ó notas que las relacionadas con el tema. Los que traigan alguna indicación por la que pueda descubrirse el nombre de su autor, serán rechazados.

11.^a Los trabajos deberán ser encabezados con un lema elegido por el autor, incluidos sin firma en sobre blanco, de tamaño corriente, en que se consigne el mismo lema, y acompañados de otro sobre opaco y cerrado, conteniendo en su interior el nombre y apellido del autor, su residencia y el lema.

12.^a Dichos trabajos serán dirigidos al Secretario general de la Academia, D. Carlos Mendaza, á su domicilio, Correo 6, 3.^o, Bilbao, ó á la Academia, en sobre con franqueo, certificados los de provincias, por correo interior y certificados los de la localidad.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Tratamiento de las heridas vasculares en el frente, por Sencert L.—Afirma el autor que después de una herida de un vaso grande la vida del paciente depende del tamaño de la herida cutánea, sobreviniendo la muerte, por regla general, cuando ésta es extensa; si, por el contrario, la herida de la piel es pequeña, la sangre se vierte en una cavidad esplácnica vecina, ó puede llenar los vasos de la región lesionada, en algunos casos la hemorragia es pequeña y se cohibe pronto.

La hemostasia espontánea se observa con más frecuencia en las heridas acompañadas de sección completa de los vasos que en las que sólo hay una lesión de la pared, siendo más favorables los casos acompañados de contusión arterial que determinan un desgarro y abarquillamiento de la túnica interna del vaso como primer tiempo de su rotura.

Sencert ha observado 20 casos de heridas de las arterias axilar, femoral y poplítea, que al llegar á la ambulancia se había verificado ya en ellos la hemostasia espontánea.

En el puesto de socorro solamente se aplicará el tubo de Esmarch á los heridos de grandes vasos, pues la compresión causada por él expone al herido á los peligros de la gangrena isquémica y de la gaseosa.

En los casos de herida cutánea pequeña, en la ambulancia puede el cirujano limitarse á cerrarla con una pinza de Kocher; en heridas amplias hay que hacer ligadura y forcipresión. Una ligadura colocada

en un segmento sano de pared arterial y en condiciones de asepsia irreprochable, es el mejor medio de cohibir la hemorragia, y si no hay hematoma rara vez se presenta la gangrena. La compresión, pero sobre todo la trombosis de los vasos colaterales, aumenta el peligro de la gangrena.

En heridas de femoral, poplítea y porción externa de la axilar la ligadura es peligrosa, y debemos recurrir á la sutura teniendo en cuenta las condiciones siguientes: asepsia rigurosa, colocación de los hilos de sutura en una parte sana de pared arterial, y que no existan desgarros de la íntima.

En caso de herida cutánea pequeña, el lesionado puede presentar síntomas de hemorragia interna con apariencias de shock, y también un hematoma difuso, debiendo tener en cuenta para el diagnóstico de este aneurisma espúreo, la expansión rítmica y los signos estetoscópicos sincrónicos con el pulso arterial, pero ambos pueden faltar.

El autor indica dos síntomas que rara vez faltan en caso de lesión arterial: el dolor y la inmovilidad; el primero es profundo, violento, y no aumenta por la presión exterior; el miembro está completamente inmovilizado por la contractura muscular. Por regla general, las lesiones de las grandes arterias se acompañan de cierto grado de shock.

El hematoma difuso debe ser operado inmediatamente, con el objeto de alejar la amenaza de gangrena isquémica ó microbiana. Sencert aconseja operación precoz aun cuan-

do la herida externa sea puntiforme para evitar la infección y la hemorragia secundaria. Es más fácil y benigno operar precozmente que después de la formación de un saco aneurismático falso. La isquemia preoperatoria es importante y necesaria; pero, en vez de usar el tubo elástico ó la compresión digital, Sencert aconseja descubrir el tronco arterial por encima del punto lesionado aislarlo, y pasar una hebra de catgut por debajo de él sin anudarla, siendo suficiente para interrumpir el paso de la sangre elevar los dos extremos de la hebra de modo que, cabalgando el vaso sobre ella,

sufra una angulación que pone en contacto sus paredes. Lograda la isquemia, se abre el hematoma ampliamente, y se va en busca del vaso lesionado para ligarlo.

En los hematomas de las grandes arterias operados por el autor, los resultados han sido los siguientes: cinco hematomas de la región axilar dieron una muerte y dos gangrenas; cinco del muslo, con dos muertes y dos gangrenas; cinco de la región poplítea, con dos casos de gangrena. La ligadura simultánea de la vena no aumenta los peligros de esta complicación.—(*Lyon Chirurg.* 1917. XIV.)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Cirugía de guerra.—Goodwin.— La infección de las heridas es la causa principal de la gravedad de las de guerra, y puede considerarse como una complicación frecuente. El que la lucha tenga lugar en un terreno cultivado y abonado durante muchos años, es el principal factor de la gravedad de las infecciones de guerra; los tejidos con grandes destrozos y las partes desvitalizadas del organismo proporcionan un excelente medio de cultivo á las bacterias que se ponen en contacto con la herida. En la ambulancia, y á veces en el puesto de curación, el paciente recibe una inyección de suero antitetánico. La primera cura es renovada y se extreman los cuidados de desinfección de la herida, que, como se comprende, no pueden ser muy rigurosos en el puesto de

socorro. Los tejidos que se consideran fatalmente amenazados de necrosis se extirpan, y si para hacer esto y someter la herida á una limpieza mecánica detenida y profunda, se considera necesaria su anestesia, se procede á cloroformizar al paciente. Los vasos que sangran se cogerán con pinzas hemostáticas, siendo preferible la ligadura al taponamiento para cohibir la hemorragia, y dejando la herida abierta, bien limpia y drenada. El uso de los antisépticos se limitará en lo posible.

El shock y el colapso serán objeto de un tratamiento oportuno; la gangrena gaseosa se declara generalmente en los tres primeros días, y se atacará con todo radicalismo, por medio de amplias excisiones de los tejidos traumatizados, limpieza mecánica detenida y drenaje, des-

pués de irrigar abundantemente con agua oxigenada.

Los focos de fractura se explorarán, previa anestesia del herido, serán tratados como otra herida cualquiera, por medio de la extracción de cuerpos extraños, extirpando las partes blandas y óseas mortificadas; el drenaje y la movilización terminarán la cura. Las heridas de la articulación de la rodilla son las más graves entre las lesiones articulares, y exigen en los casos en que éstas son muy acentuadas, la abertura precoz de la articulación y la irrigación continua. Las heridas penetrantes de pecho, cuando no matan pronto, tienen un buen pronóstico, requiriendo un reposo absoluto y morfina en las dosis que sean necesarias. El hemotórax no debe ser vaciado en la primera semana, para evitar el peligro de repetición de la hemorragia, no siendo rara de infección del mismo.

La mayoría de los heridos de abdomen mueren en el campo, pero deben operarse todos los que lleguen á manos del cirujano, dentro de las primeras veinticuatro horas, si se encuentran con buen estado general. Las lesiones de riñón sólo serán operadas cuando producen hemorragia continua. La gangrena á frígore es mejor y más fácil prevenirla que curarla. El tratamiento en los atacados de gases consiste en reposo absoluto, expectorantes, oxígeno en inhalaciones y sangría en los casos de cianosis muy pronunciados.— (*Mil. Surg.* 1917, X.—*F. P.*)

Proyectiles intracraneales múltiples habiendo dado lugar á varios síndromes oculares: hemianopsia homónima, queratitis neuroparalítica y parálisis de los destrogiros, por el Dr. V. Morax.—Soldado que había recibido una herida penetrante, por proyectil de la región occipital derecha, y que presentó, acompañado de un grave estado general, estos síndromes oculares, y que después fué evacuado á Lariboisière, donde falleció.

Hecha la autopsia, se comprobó: una perforación occipital, una meningitis supurada, causa de la muerte, y con auxilio de la radiografía, la presencia de tres trozos del proyectil que radicaban, uno en el lóbulo occipital derecho, otro en la tienda del cerebelo y el tercero en el lóbulo derecho del cerebelo.

La interpretación que Morax da de los síndromes presentados en relación con las lesiones anatómicas son: la hemianopsia, debida á la presencia de un trozo del proyectil en el lóbulo occipital derecho; la queratitis neuroparalítica, á la acción del absceso cerebeloso derecho en la proximidad de la protuberancia y de la emergencia del trigémino, y la parálisis de los óculogiros, como dependiente de la lesión cerebelosa ó de alguna vecina del núcleo del motor ocular externo en el bulbo.

Acompañan á esta curiosa observación siete figuras demostrativas. (*Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, Febrero 1918.)

BIBLIOGRAFÍA

Estudio sobre el pulso venoso, por el Dr. D. Emiliano Eizaguirre.

Aunque el origen fisio-patológico del pulso venoso constituye todavía actualmente motivo de discusión, creyéndose por algunos conspicuos investigadores que es determinado por las aurículas, mientras otros lo creen debido á los ventrículos, el autor recoge cuidadosamente ambos razonamientos, aplicándolos á lo que se observa en los enfermos cardíacos á la vista de los flebogramas.

Razona su observación personal y emite amplias y sesudas consideraciones acerca del ritmo venoso de origen respiratorio, poniendo á la vez en parangón la antigua clasificación de dicho pulso y las bases en que hoy descansan los referidos conocimientos, merced á los aparatos registradores que alejan toda hipótesis caprichosa.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 31 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 58) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por el Médico mayor D. José Sueirás Olave, y por los segundos D. José Onis Fernández y D. Pedro González Rodríguez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 60) declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Leocadio Serrada y D. Eduardo Saniba Martín, y á los Médicos segundos D. Juan Barros de Lama y D. Jerónimo Blasgo Tabay.
- 2 Enero.....—Real orden (*D. O.* núm. 63) declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Delfín Hernández Irigaray.
- 8 » Real orden (*D. O.* núm. 67) declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Jefes y Oficiales que se expresan: Médico mayor D. Manuel Arnao Suff, y Médicos primeros D. Rafael Power Alessón, D. Rafael Ramírez Rivas y D. Carlos Crivell Navarro.

- 8 Enero.....—Real orden (*D. O.* núm. 68) declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Jefes y Oficiales que á continuación se expresan: Subinspector Médico de segunda D. Miguel de la Paz y Gandolfo, y Médicos primeros D. Baltasar Tomé Ortiz, D. Antonio López Castro, don Ovidio Fernández Rodríguez y D. Francisco de la Peña Azada.
- 7 Marzo.....—Real decreto (*D. O.* núm. 56) disponiendo que la plantilla del Cuerpo de Sanidad Militar, [correspondiente á la Península, Baleares y Canarias, quede constituida en la siguiente forma:
- Sanidad Militar, Medicina. Inspectores de primera, 3; ídem de segunda, 7; Subinspectores de primera, 21; ídem de segunda, 61; Médicos mayores, 126; Médicos primeros, 306, y Médicos segundos, 136.
- Sanidad Militar, Farmacia. Inspectores de segunda, 1; Subinspectores de primera, 4; ídem de segunda, 15; Farmacéuticos mayores, 26; Farmacéuticos primeros, 51, y Farmacéuticos segundos, 41.
- 11 » Real orden (*D. O.* núm. 58) aprobando los precios asignados á las aguas minero-medicinales de «Rubinat y de «Villaza», así como las variaciones de los mismos, propuestas por el Director del Laboratorio Central de Sanidad Militar, para algunos medicamentos del servicio especial y para los envasados de dicho servicio; disponiendo que por aquel Centro se haga una tirada de cien ejemplares impresos de una relación en la que figuren los nuevos precios, con el fin de circularla á los Inspectores y Jefes de Sanidad.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 58) disponiendo que el Médico provisional D. Rufino Berrio Auciru cause baja en el Cuerpo á petición propia, y continúe figurando en la Reserva gratuita facultativa del mismo, con el empleo de Médico tercero, hasta cumplir su compromiso con el Ejército.
- 12 » Real orden (*D. O.* núm. 58) concediendo al Médico segundo de Sanidad Militar D. Eusebio Torrecilla Parodi, con destino en el Regimiento de Infantería de Burgos,

- número 36, Real licencia para contraer matrimonio con D.^a Aurelia Herrero Méndez.
- 12 Marzo—Real orden (*D. O.* núm. 58) concediendo al Farmacéutico mayor de Sanidad Militar D. Amadeo Echevarría González, Jefe de la Farmacia militar de Valladolid, Real licencia para contraer matrimonio con D.^a Filomena Arce Ochandiano.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 58) concediendo al Médico primero de Sanidad Militar, Jefe del gabinete bacteriológico del Hospital de Zaragoza, D. Francisco Pey Belmé, la gratificación anual de 600 pesetas, á partir del día 1.^o del corriente mes.
- 13 » Real orden (*D. O.* núm. 59) disponiendo el retiro, por haber cumplido la edad reglamentaria, del Inspector Médico de primera clase D. Cayetano Rodríguez de los Ríos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 59) promoviendo al Inspector Médico de segunda clase D. Antonio Barea Lorente al empleo de Inspector Médico de primera clase, en la vacante producida por pase á la situación de reserva de D. Gayetano Rodríguez de los Ríos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 59) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la cuarta Región al Inspector Médico de primera clase D. Antonio Barea Lorente.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 59) promoviendo al empleo de Inspector Médico de segunda clase al Subinspector Médico de primera clase D. Ramón Sáez García.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 59) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la sexta Región al Inspector Médico de segunda clase D. Ramón Sáez García.
- » » Circular (*D. O.* núm. 60) disponiendo que los Inspectores de Sanidad Militar de las Regiones, y Jefes del mismo Cuerpo en las Capitanías generales de Baleares y Canarias y Comandancias generales de Africa, en cuyas dependencias radiquen las hojas matriz de servicios y de hechos de los Subinspectores Médicos de primera, comprendidos en el *Anuario Militar* del año último, entre los números 15 y 19; Subinspectores Médicos de segunda, entre 25 y 37, y Médicos segundos, entre el 80

y 128, ambos inclusive, remitan á esta Sección, á la brevedad posible, copias conceptuadas de dichos documentos, cerradas por fin del presente mes, á los efectos de clasificación de aptitud para el ascenso, expresando en las licencias por enfermedad si ésta fué adquirida en campaña.

14 Marzo.....—Real orden (*D. O.* núm 61) disponiendo que la obra titulada *Lecturas sanitarias para la tropa en los cuarteles, ó conocimientos higiénicos y sanitarios útiles al soldado*, de la que es autor el Subinspector Médico de segunda clase D. Victorino Delgado Piris.

1.º Sin perjuicio de que los Médicos de los Cuerpos continúen dando periódicamente las conferencias sanitarias que previene la Real orden de 9 de Febrero de 1905 (*C. L.* número 24), se declara obligatoria la lectura de dicha obra en los cuarteles, para la tropa, por lo menos una vez cada semana, á las horas más convenientes que designen los primeros Jefes de las unidades del Ejército.

2.º Por el Depósito de la Guerra se procederá desde luego á la tirada y encuadernación en rústica, de 15.000 ejemplares del citado libro, y el importe de la edición, ascendente á 2.020,50 pesetas, según presupuesto formulado por el mismo, se facilitará á dicho Depósito con cargo á la partida de 275.000 pesetas, que figura en el concepto primero, artículo único, «Gastos diversos é imprevistos» del capítulo 10.º, Sección cuarta del vigente presupuesto de este Ministerio, y

3.º Que se distribuya sin cargo la edición entre los Cuerpos y unidades del Ejército; que se facilite al autor con arreglo al art. 21 del reglamento de recompensas de 27 de Septiembre de 1890 (*C. L.* núm. 353), el número de ejemplares que se determine al hacerse por este Ministerio el señalamiento de los que se han de remitir á cada uno de aquéllos por el Depósito de la Guerra, para lo cual el Coronel Director del mismo dará conocimiento á este departamento cuando la edición esté terminada.

Real orden (*D. O.* núm. 61) designando al Médico segun-

do de Sanidad Militar D. César Yagüe Laurel para que desempeñe el cargo de Vocal facultativo de la Comisión mixta de Pamplona.

- 16 Marzo—Real orden (*D. O.* núm. 62) destinando al Ministerio de la Guerra, en vacante que existe de plantilla, al Subinspector Médico de primera clase D. Juan Valdivia Sisay, que actualmente presta sus servicios en el Hospital militar de Burgos.
- 18 » Real orden (*D. O.* núm. 63) concediendo al Médico segundo de Sanidad Militar, con destino en la Comandancia general de Larache D. José Morales Díaz, de acuerdo con lo informado por el Consejo Supremo, licencia para contraer matrimonio con D.^a María del Patrocinio Belda Soriano de Montoya.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 63) concediendo al Médico primero de Sanidad Militar D. Gonzalo López Rodrigo, con destino en el Regimiento Infantería, de Alcántara, número 58, el pase á situación de supernumerario sin sueldo, con residencia en Zaragoza, por hallarse comprendido en la Real orden circular de 11 de Enero último (*D. O.* núm. 10), y con sujeción á cuanto preceptúa la Real orden de 5 de Agosto de 1880 (*C. L.* núm. 362), quedando afecto á la Subinspección de las tropas de la quinta Región.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 65) declarando con derecho á pensión á D.^a María de la Concepción Ballester y Cuya, viuda del Subinspector Médico de segunda clase D. Sixto Martín Miguel, y á D.^a Lorenza Durán García, viuda del Subinspector Médico de segunda clase D. Federico Baeza Gosálvez.
- 20 » Real orden (*D. O.* núm. 64). Accediendo á lo solicitado por el Inspector Médico de primera clase, en situación de reserva, D. Gayetano Rodríguez y Ríos, se le autoriza para que fije su residencia en Barcelona.
- 21 » Real orden (*D. O.* núm. 66) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos de Sanidad Militar, comprendidos en la siguiente relación, pasen á servir los destinos ó á las situaciones que en la misma se expresan, y que los Médicos provisionales que en ella figuran perciban sus

haber con cargo al capítulo 12, art. 1.º, del presupuesto de este Ministerio; debiendo el personal destinado á Africa efectuar su incorporación con toda urgencia:

Subinspector Médico de primera clase: D. José Fernández Baquero, ascendido, de la asistencia del personal del Cuerpo y Cuartel de Inválidos, á situación de excedente en la primera Región.

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Angel Rodríguez Vázquez, de Jefe á las órdenes del Inspector Médico de segunda D. Casto López Brea y Ortiz de Angulo, Jefe de Sección de este Ministerio, á la asistencia del personal de la Comandancia general del Cuerpo y Cuartel de Inválidos (art. 1.º del Real decreto de 30 de Mayo último, *C. L.* núm. 99); D. José del Buey y Pagán, ascendido, de los grupos de hospitales de Melilla, á situación de excedente en la tercera Región; D. José Castellvi Vila, Jefe á las órdenes del Inspector Médico de primera D. Cayetano Rodríguez de los Ríos, Inspector de Sanidad Militar de la cuarta Región, que ha pasado á situación de reserva por Real decreto de 13 del corriente mes (*D. O.* núm. 59), á excedente en la indicada Región; D. Santiago Pérez Sáiz, Jefe á las órdenes del Inspector Médico de segunda D. Antonio Barea Llorente, promovido á Inspector Médico de primera y nombrado Inspector de Sanidad Militar de la cuarta Región por Real decreto de 13 del corriente mes (*D. O.* núm. 59), á situación de excedente en la sexta Región.

Médicos mayores: D. Manuel Meléndez Castañeda, ascendido, del Regimiento Infantería de Alava, 56, á situación de excedente en la segunda región, y D. Germán Sorní Peset, del Hospital de Chafarinas, á los grupos de Hospitales de Melilla (art. 1.º de la Real orden de 10 de Agosto de 1917).

Médicos primeros: D. Eduardo Lomo Godoy, del Hospital de Alcázarquivir y en comisión en el de Tetuán, á este último en plaza de plantilla, con arreglo á la Real orden de 7 del corriente mes (*D. O.* núm. 55); don

Tomás Martínez Zaldivar, ascendido, de los grupos de Hospitales de Melilla, al Batallón Cazadores de Arapiles, 9, en turno forzoso, con arreglo al párrafo segundo del art. 8.º de la Real orden circular de 28 de Abril de 1914 (C. L. núm. 74); D. Jerónimo Blasco Zabay, ascendido, de la sexta compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, al Batallón Cazadores de la Palma, 20, en turno forzoso; D. Francisco Tarifa Mendoza, del Regimiento Infantería de Almansa, 18, al Hospital de Alcázarquivir, en turno forzoso; D. Edmundo Fuentes Serrano, del Batallón Cazadores de La Palma, 20, al primer batallón del Regimiento Infantería de Bailén, 24 (artículos 8.º y 9.º del Real decreto de 30 de Mayo último, C. L. núm. 99); D. Enrique Sánchez Birh, del Regimiento Infantería de la Reina, 2, al primer batallón del de Alava, 56 (art. 1.º); D. Benigno Fernández Corredor y Chicote, del 14.º Regimiento montado de Artillería, al Hospital de Valladolid, como Jefe del gabinete radiológico y Ayudante de clínica (art. 1.º); D. Juan Ruiz Cuevas, del cuarto Regimiento de Zapadores y en curso de Radiología en esta Corte, al 14.º Regimiento montado de Artillería, artículos 8.º y 9.º, continuando en el referido curso; D. Tirso Rodríguez García, del Parque de Sanidad Militar, al segundo Regimiento montado de Artillería; D. Leocadio Serrada Díaz, del segundo Regimiento montado de Artillería, al Parque de Sanidad Militar; D. Fernando Marzo Abecia, del Regimiento Infantería de América, 14, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Pamplona (art. 1.º); D. Alfonso Gaspar y Soler, de las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Pamplona, al primer batallón del Regimiento Infantería de América, 14 (artículos 8.º y 9.º); D. Vicente Marti Crespo, del Regimiento Infantería de Asia, 55, al primer batallón del de Almansa, 18 (artículos 8.º y 9.º).

Médicos segundos: D. Luis Marina Aguirre, del Hospital de urgencia de Madrid, á los grupos de Hospitales de Melilla, en turno forzoso; D. Juan Pérez Ruiz y

Crespo, del Regimiento Infantería de Otumba, 49, á eventualidades del servicio en Baleares, en turno forzoso; D. Enrique Sáez y Fernández Casariego, del Regimiento Infantería de León, 38, al Hospital de urgencia de Madrid (artículos 1.º y 7.º); D. Manuel Peris Torres, de eventualidades del servicio en Baleares, al segundo batallón del Regimiento Infantería de León, 38 (art. 1.º); D. Teófilo Zalaya Clavería, del Hospital de Tetuán, á la enfermería de Cabo de Agua; D. Agustín López Muñiz, de la enfermería de Cabo de Agua, al Hospital de Tetuán, y D. Miguel Echavarría Martínez, del Regimiento Infantería de Galicia, 19, á la quinta compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo (artículos 1.º y 7.º).

Médicos provisionales: D. Jaime Lacort Majada, del Hospital de Valladolid, al Fuerte de Alfonso XII (Pamplona), y D. José Rocandio Martín, del Regimiento Infantería de Andalucía, al segundo batallón del de Guadalajara, 20.

- 21 Marzo. — Real orden (*D. O.* núm. 66) accediendo á lo solicitado por la razón social «Martínez y Mora», fabricantes de productos químicos en Puig (Valencia), en súplica de que se incluya en el Petitorio-formulario de los Hospitales y Farmacias militares el producto desinfectante denominado «Salutol Ramartz».
- » » Real orden (*D. O.* núm. 66) disponiendo la vuelta al servicio del Farmacéutico primero del Cuerpo de Sanidad Militar D. Nicolás Romero Jiménez, en situación de reemplazo por enfermo en esa Región, el que continuará de reemplazo hasta que le corresponda colocación, conforme á lo prevenido en el art. 31 de las Instrucciones de 5 de Junio de 1905 (*C. L.* núm. 101).
- 22 » Real orden (*D. O.* núm. 67) autorizando al Médico segundo del Cuerpo de Sanidad Militar D. José de Lemus y Calderón de la Barca para usar sobre el uniforme la placa de Doctor, creada por Real decreto de 29 de Mayo de 1914, en las condiciones que determina la Real orden de 16 de Febrero de 1916 (*C. L.* núm. 41), limitando el uso del distintivo á los actos oficiales á

que concurra, con motivo ó en virtud de carácter de Doctor del Claustro universitario.

- 22 Marzo—Real orden (*D. O.* núm. 67) disponiendo que los Oficiales Médicos que se expresan pasen á ejercer los cargos que se señalan: Médico primero D. José Valdés, encargado de la observación de mozos ante la Comisión mixta de Reclutamiento de Pontevedra; Médico primero D. Antonio Muñoz Zuaza, encargado de la observación en la Comisión mixta de Lugo; Médico segundo D. Ricardo Gavilleti Cámara, observación ante la Comisión mixta de Orense.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 67) nombrando para que desempeñe el cargo de Vocal Médico de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Huelva al Médico mayor del Cuerpo de Sanidad Militar D. Luis Rubio Janini.
- 23 » Real orden (*D. O.* núm. 68) concediendo al Farmacéutico segundo de Sanidad Militar D. Pablo Ormosa Soler, destinado en la Farmacia militar de Roger de Lauria (Barcelona), el pase á la situación de supernumerario sin sueldo, en las condiciones que determina el Real decreto de 2 de Agosto de 1889 (*C. L.* núm. 362), y como comprendido en la Real orden circular de 11 de Enero último (*D. O.* núm. 10), queda adscrito á la Subinspección de tropas de esa Región.
- » » Real orden circular (*D. O.* núm. 68) disponiendo que la Real orden circular del 16 de Enero último, relativa á la concesión de permisos á los Médicos que deseen asistir al Congreso Nacional de Medicina é Higiene, quede en suspenso hasta la época en que se celebrará dicho Congreso, que será del 13 al 18 de Octubre del año actual.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 68) concediendo la gratificación anual de 600 pesetas, correspondiente á los diez años de efectividad en su empleo, á los Farmacéuticos primeros de Sanidad Militar D. Nicolás Romero Jiménez, de reemplazo forzoso en la segunda Región, y don Manuel Campos Carlos, Jefe de la Farmacia militar de Toledo; sujetándose el percibo de dicho devengo,

que empezará á contarse desde 1.º de Abril próximo, á lo prevenido por la Real orden circular de 6 de Febrero de 1904 (*C. L.* núm. 34).

26 Marzo.....—Real orden (*D. O.* núm. 69) declarando aptos para el ascenso, cuando por antigüedad les corresponda, á los Farmacéuticos segundos del Cuerpo de Sanidad Militar comprendidos en la siguiente relación, por reunir las condiciones que determina el art. 6.º del Reglamento de 24 de Mayo de 1891 (*C. L.* núm. 195): don José Cabello Maiz, D. Virgilio Lagares García, don Ramón Guardiola Carasa, D. Manuel Benítez Tattay, D. Francisco Domínguez Mauleón, D. Modesto Marquinez é Isasi, D. José Martín Lázaro, D. Pablo Ornosa Soler, D. Alberto Rodríguez Alvarez, D. Francisco de Cubas Martínez, D. Clemente Botet Mundi; D. Manuel García Espada, D. Francisco Chavarría López y D. José Barcia Eleizegui.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 69) concediendo al Médico primero de Sanidad Militar D. Juan Romeu Cuallado, en situación de supernumerario en la tercera Región, licencia para contraer matrimonio con D.^a Inés Casasempere Tabone.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 63) concediendo la gratificación mínima de 600 pesetas anuales, desde 1.º de Abril próximo, á los Subinspectores Médicos de primera y segunda, respectivamente, de Sanidad Militar D. Pedro León Jiménez y D. Juan García Fernández, ambos con destino en el Parque de Sanidad Militar, por reunir las condiciones que determina la Real orden de 1.º de Julio de 1898 (*C. L.* núm. 230), hecha extensiva al personal del citado Parque por otra de 18 de Enero de 1909, y con arreglo á lo prevenido en la de 31 de Diciembre de dicho último año.
