

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año IX.

Madrid, 1 de Octubre de 1919.

Núm. 19.

SUMARIO

El síntoma diplopia en el diagnóstico de las parálisis oculares, por **Manuel Pelayo**.—*Dos comunicaciones interesantes*, por los Dres. **César Juarros** y **Antonio Pérez Nuñez**.—*El dolor de las arritmias*, por **Antonio Crespo Alvarez**.—*Estudios psiquiátricos: «Los semilocos» desde el punto de vista médico-social* (continuación), por **J. Camino Galicia**.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica: La digestión del esófago como causa de la hematemesis post-operatoria*.—*Prensa militar-profesional: La aptitud militar de los cardíopatas*.—*Bibliografía: El terreno en dermatología y sifiliterapia por arsacetinas, quininas y uranatos* = *Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

El síntoma diplopia en el diagnóstico de las parálisis oculares

Un enfermo afecto de parálisis ocular se presenta de ordinario con un ojo ocluido; se queja de vértigos o mareos, y asegura que en ciertos momentos ve los objetos desdoblados. Si cerramos uno tras otro uno de los ojos y hacemos al otro seguir los movimientos de uno de nuestros dedos en todas direcciones, comprobaremos que uno de los ojos o los dos no pueden seguirle en una determinada dirección. Por la exploración nos aseguraremos de la ausencia de cicatrices, tumores, adherencias o cualquiera otra causa que explique la anomalía. Los antecedentes, la continuidad del trastorno eliminan un espasmo muscular. Se trata, pues, de una parálisis. Se sitúa al paciente en la cámara obscura, a unos cinco metros de un foco de luz vertical y de forma alargada, para comprobar mejor la inclinación de la imagen falsa; la cabeza, derecha, inmóvil y frente al foco luminoso. Los datos que ya tenemos respecto al probable asiento de la parálisis los confirmamos en este punto; en efecto, el paciente ve dos imágenes de la luz: una clara precisa, la del ojo sano, y otra borrosa por no formarse en la mácula, la del ojo enfermo. Delante del ojo que tiene mejor agudeza (supongamos que es el derecho) se coloca un cristal rojo. La imagen del ojo de-

recho aparece, como es natural, rojiza, y la otra blanca. Si ambas están separadas lateralmente, llevamos la cabeza del enfermo girándola hacia la derecha, pidiéndole que continúe mirando al foco luminoso, con lo cual los ojos se desvían hacia la izquierda; si, según se verifica este movimiento, la separación entre las dos imágenes aumenta, disminuyendo, por el contrario, y pudiendo llegar a la fusión al llevar los ojos hacia la derecha, se comprueba que el ojo afecto de la parálisis es el izquierdo. Si una de las imágenes queda más alta o más baja que la otra, y al llevar los ojos hacia una de ellas la diplopia aumenta, el caso es el mismo y el ojo que la percibe es el enfermo de parálisis (Laudolt).

¿Cuál es el músculo paralizado? Detengámonos en la situación de la falsa imagen: si está más *alta* que la del ojo sano, hay parálisis de un *elevator* (recto superior u oblicuo inferior); si más *baja*, parálisis de un *depressor* (recto inferior u oblicuo superior); si queda a la izquierda, habrá parálisis de un músculo que lleve los ojos a la izquierda (recto externo izquierdo o interno derecho), etc., etc. Por ejemplo, el ojo izquierdo es el enfermo, su imagen queda a la derecha de la del ojo sano; hay parálisis de un músculo que lleva el ojo izquierdo hacia la derecha, o sea del recto interno. Pero respecto de los dos elevadores y los dos depresores, hay que puntualizar un poco más. Si, por ejemplo, la imagen falsa (del ojo izquierdo) está más baja que la otra, ya sabemos que hay un depresor paralítico que puede ser el recto inferior o el oblicuo superior. Se trata de saber cuál de los dos es el enfermo. Recordaremos que los cuatro músculos rectos, desde el vértice de la órbita, siguen próximamente el eje de la misma, y que, por lo tanto, no van paralelos al plano del cuerpo, sino que sus respectivos planos se acercan a la sien; en cambio, el oblicuo menor y la parte refleja del mayor abrazan al ojo que queda como una piedra en la honda (Lapersonne), y sus planos se acercan a la nariz. En estos datos se apoya la distinción entre la parálisis del recto inferior y el oblicuo mayor, ambos depresores, y la del recto superior con la del oblicuo inferior, ambos elevadores. En efecto, y siguiendo el ejemplo propuesto, la imagen falsa está más baja, lo que nos indica parálisis de un depresor; si hacemos que el enfermo lleve sus ojos hacia la izquierda, y entonces aumenta la distancia vertical de las dos imágenes, el músculo paralizado es el recto inferior del ojo izquierdo, porque en tal posición el eje anteroposterior de este ojo coincide con la direc-

ción de los músculos rectos que ejercen en tal momento su máximo y más neto efecto elevador o depresor; así, pues, el antagonista atraerá más fuertemente el ojo hacia arriba, y la diplopia vertical aumentará. Si la distancia vertical entre las dos imágenes y en el mismo ejemplo aumenta al llevar los ojos hacia la derecha (recordemos que el ojo enfermo es el izquierdo), el paralizado es el oblicuo superior, porque entonces el eje anteroposterior del ojo izquierdo coincide con el plano y dirección de los oblicuos, y por la razón expuesta, el antagonista exagera la diplopia. Del mismo modo podremos distinguir—si la falsa imagen es la más alta—cuál de los elevadores, recto superior u oblicuo menor, es el paralizado.

Un enfermo afecto de parálisis ocular dirige la cara a la izquierda o la derecha, arriba o abajo, y algunas veces, además, inclina la cabeza sobre uno de los hombros. Trata con ello de anular la distancia entre las dos imágenes, y contrarrestar la inclinación de la falsa. De los músculos, sólo los rectos externos e internos tienen una acción prácticamente única y simple: mueven los ojos a la izquierda o a la derecha. Como sabemos, la cara del enfermo se dirige siempre hacia donde falta la acción del músculo paralizado. Si el recto externo izquierdo es el paralizado, la cara se vuelve a la izquierda; si se trata del recto externo derecho, a la derecha, etc.

Respecto de los rectos superiores e inferiores y los oblicuos, tienen tres acciones: elevan el ojo (rectos superiores y oblicuos menores) o le hacen descender (rectos inferiores y oblicuos superiores), le dirigen al mismo tiempo hacia adentro, hacia la nariz (rectos superiores e inferiores), o hacia afuera, hacia la sien (oblicuos mayores y menores), y además llevan el extremo superior del diámetro vertical del ojo hacia la nariz (rectos superiores y oblicuos mayores) o hacia la sien (rectos inferiores y oblicuos menores). Esta triple acción repercute en la dirección de la cara y en la inclinación de la cabeza sobre uno de los hombros. Por ejemplo, el oblicuo superior izquierdo es depresor, inclina el extremo superior del diámetro vertical del ojo izquierdo hacia la derecha, hacia la nariz, y lleva el ojo hacia afuera; esto se traduce, estando paralítico, en que la cara se dirige hacia abajo, la cabeza se inclina al hombro derecho (porque si el oblicuo mayor izquierdo estuviese sano, llevaría hacia la derecha el extremo superior del eje

vertical del ojo izquierdo); respecto a la inclinación que la cara debería tomar hacia la izquierda, no se verifica, sino que, al contrario, la cara se vuelve al lado derecho. Falla aquí la teoría por una razón: es que al volver la cara a la izquierda los ojos estarán orientados a la derecha, el eje anteroposterior del ojo izquierdo coincidirá con el plano de los oblicuos, aumentando por ello la diplopía vertical. Como esta diplopía vertical es muy molesta para el enfermo, vuelve la cara, no a la izquierda, sino a la derecha, buscando la atenuación de la diplopía vertical aun a costa de aumentar la separación, en sentido lateral, de las dos imágenes. Del mismo modo, un recto, el inferior derecho, por ejemplo, hace descender el ojo (en su parálisis la cara se vuelve hacia abajo), inclina el extremo superior del diámetro vertical del ojo hacia la derecha (en la parálisis del recto inferior derecho la cabeza se inclina sobre el hombro derecho), y dirige algo el ojo derecho hacia la nariz, hacia la izquierda (la cara no se orienta a la izquierda, sino a la derecha, para amenguar la diplopía vertical).

En resumen, obtenida la diplopía: 1.º Si al volver los ojos hacia una de las imágenes aumenta la separación entre ellas, el ojo afecto de parálisis es el que corresponde a dicha imagen. 2.º Cuando la imagen falsa de un ojo queda a la izquierda, a la derecha, arriba o abajo, hay parálisis de un músculo de ese ojo, que de estar sano, le atraería en la misma dirección. 3.º La diferencia entre la parálisis de los elevadores entre sí o de los depresores se obtiene por el aumento de la diplopía vertical al quedar el eje anteroposterior del ojo afecto próximo, o coincidiendo con el plano de acción de los rectos o de los oblicuos. 4.º En la parálisis de un elevador, de un depresor, de un músculo que lleva el ojo a la derecha o a la izquierda, la cara se dirige arriba, abajo, a la derecha o a la izquierda, respectivamente, con la única excepción citada, de los elevadores y depresores, en que no se dirige la cara lateralmente en el sentido de la regla, sino, al contrario, para luchar con la diplopía vertical muy molesta. 5.º La inclinación de la cabeza sobre uno de los hombros se verifica en el mismo sentido en que el músculo paralizado llevaría, de estar sano, el extremo superior del eje vertical del ojo.

Con este método, que en verdad no contiene nada nuevo ni original, pero que es práctico y explica el porqué de los síntomas, preconizado por Landolt, resulta fácil orientarse y diagnosticar las

parálisis oculares, asunto algo embrollado en algunos textos, y aun confuso al mencionar diplopias homónimas, heterónimas, inclinación de la falsa imagen hacia aquí o allá, de la cabeza sobre el lado sano o el enfermo, etc., etc. Tenemos, además, una larga lista de síntomas para confirmar luego nuestro diagnóstico, tales como el estrabismo, la limitación en un determinado sentido del campo de mirada, la falsa proyección, la diferencia entre las desviaciones primaria y secundaria, etc., etc. Hay con todo casos en que el diagnóstico es muy difícil; otros imposible. Como cuando la parálisis recae en varios músculos de los dos ojos; en los casos antiguos en que falta la diplopía, aproximándose los síntomas a los del estrabismo concomitante, o cuando el ojo paralizado es el que tiene mejor agudeza visual y es el que fija los objetos, desviándose el sano. Nuestro modesto intento no es otro que reflejar un procedimiento que nos parece que pone algo de sencillez y de facilidad en un asunto a menudo complejo y lleno de dificultades.

Centa, 1919.

MANUEL PELAYO,
Capitán Médico.

M. Laudolt.—Diagnostic des troubles de la motilité oculaire.

Lapersonne y Cautonnet.—Manual de Neurología Ocular.

Adam.—Manual de Terapéutica de las Enfermedades de los ojos.

Fromaget y Bichelonne.—Precis clinique et thérapeutique de l'examen fonctionnel de l'œil et des anomalies de la refraction.

Axeufeld.—Tratado de Oftalmología.

Caillaud.—Technique de l'examen fonctionnel de l'œil et correction des amétropies.

Fuchs.—Enfermedades de los ojos, etc., etc.



DOS COMUNICACIONES INTERESANTES

Influencia de la aviación sobre la sensibilidad, los reflejos tendinosos y la fuerza muscular.

(Comunicación leída el 21 de Julio en la Soc. de Biologie de Paris)

POR EL DR. CÉSAR JUARROS,

Jefe del servicio de Neurología del Hospital militar de Urgencia. Profesor del Instituto español criminológico.

Hemos llevado a cabo la comprobación sistemática del estado de los reflejos tendinosos, de la sensibilidad cutánea y de la fuerza muscular antes y después del vuelo en los alumnos y Profesores de la Escuela Aereonáutica de Cuatro Vientos, donde se instruyen los pilotos del Ejército español.

Salvo tres observaciones que se refieren a Profesores de una gran experiencia en la aviación, las demás corresponden a alumnos al principio de su aprendizaje. Varios de ellos efectuaban su primer vuelo en el momento de realizar nuestro estudio. Los resultados fueron idénticos en sus líneas generales para la totalidad de los casos.

Para darse mejor cuenta de los resultados, conviene hacer notar que la mayoría de las ascensiones fueron llevadas a cabo sobre biplanos Farmán con motor de 80 HP. y una elevación máxima de 200 a 300 metros.

Fuerza muscular.—Disminución de la fuerza muscular después del vuelo, aun siendo éste de corta duración. La disminución se ha observado lo mismo en los pasajeros que en los pilotos. Fué constantemente mayor cuanto menos hábito de volar tenía el sujeto estudiado. El gasto de energía nerviosa que representa el vuelo, explica bien esta debilitación de la fuerza muscular observada en todos los casos.

Sensibilidad cutánea.—Antes de principiar el vuelo se encuentra una hiperestesia de todas las modalidades de la sensibilidad. Fué más o menos grande según los sujetos. Después del vuelo se encuentra una hipoestesia que en dos casos en que se trataba de

la primera ascensión adquirió los caracteres de una verdadera anestesia total durante un espacio de seis minutos. Los sujetos en los cuales se hicieron estas observaciones presentaban una emotividad superior a la normal, pero no merecían el calificativo de histéricos; la hipoestesia parece estar siempre en razón inversa del hábito de volar; pero se encuentra aun en los aviadores de mayor experiencia.

Reflejos tendinosos.—Al descender del aeroplano encontramos constantemente una exaltación de los reflejos tendinosos, tanto menor cuanto mayor hábito de volar posee el individuo sin faltar jamás. Esta exaltación parece provocada por la emoción que origina siempre el volar.

Todas estas variaciones sensitivas, musculares y de los reflejos se acentúan tanto más cuanto más brusco es el descenso. Son más pronunciadas a consecuencia de los cambios que las distintas velocidades imprimen al aparato.

En las fases de comienzo de las neuroses de los aviadores, todas estas alteraciones, y especialmente la disminución de la fuerza muscular, son más acentuadas.

Contribución al estudio clínico de la neurose de los aviadores.

(Comunicación leída el 21 de Junio en la Soc. de Biologie de Paris)

POR EL DR. CÉSAR JUARROS,

[Profesor de Psiquiatría del Instituto español criminológico. Jefe del servicio de Neurología del Hospital militar de Urgencia.

Y EL DR. ANTONIO PÉREZ NÚÑEZ,

Capitán Médico, Profesor de aviación del Ejército.

Las investigaciones llevadas a cabo en la Escuela de Aeronáutica de Cuatro Vientos (Madrid) nos han permitido comprobar los hechos siguientes:

Los aviadores presentan con bastante frecuencia un síndrome neurósico de base neurasténica, cuya etiología parece ser el exceso de energía nerviosa gastada en la continua repetición de las ascensiones.

El comienzo es insidioso. Los primeros síntomas son: una mayor necesidad de sueño, una gran variabilidad del humor y el aumento desproporcionado del apetito.

En seguida aparece como signo clínico dominante una pérdida—mas o menos absoluta, según los casos—de la confianza en la propia habilidad del sujeto.

Aviadores muy hábiles, teniendo un gran hábito de volar y muy valerosos, experimentan un desaliento extraño, carecen de decisión, se inquietan por el resultado de sus esfuerzos, y poco a poco se van dejando invadir por una verdadera fobia. Pero, una vez en el aire, a pesar de sus propósitos de dominar sus nervios, todo es para ellos motivo de inquietud. Les parece que el motor pierde la regularidad de su ritmo. Se consideran incapaces de conservar la atención que impone el manejo del aparato. Cuando descienden, o bien se entregan a una gran locuacidad o bien, taciturnos, se apresuran a examinar el motor, deseosos de comprobar en su funcionamiento alguna anomalía que justifique el malestar psíquico que sufrieron durante el vuelo.

La experiencia no ejerce influencia alguna calmante sobre las ascensiones posteriores. Estas terminan por resultar imposibles, y el aviador se ve obligado a interrumpirlas hasta la vuelta de la salud.

En tierra, los fenómenos que predominan son: la fatiga mental, la desnutrición, la cefalalgia y un estado de preocupaciones emotivas con paroxismos de inquietud, de ansiedad. Las fobias guardan una relación constante con los problemas de la aviación y, sobre todo, con la habilidad para el manejo de los aparatos.

Como resultado de nuestras investigaciones, podemos afirmar que no se trata sino de agudizaciones de estados neuróticos constitucionales más o menos latentes.

Los que sufren la neurosis que acabamos de detallar sumariamente, son sujetos predispuestos a esta clase de enfermedades, hasta el punto de que en algunos de ellos puede preverse la proximidad del ataque aun antes de que hayan verificado el primer vuelo.

El síndrome podría, pues, colocarse entre el grupo de los síndromes neurastiformes, sin otra particularidad que la exageración del apetito del sueño con el matiz dominante de la desconfianza respecto a las propias cualidades.

Está fuera de duda que esta neurosis aparecerá menos frecuentemente en los países donde las cualidades psicológicas de los pilotos aviadores con objeto de una cuidadosa selección. El reposo, los tónicos nerviosos, los deportes y la vida en el campo, consi-

guen una pronta curación en la mayoría de los casos. Sin embargo, hay sujetos que no vuelven a recobrar el estado normal anterior a la aviación sin dejar por eso de experimentar notable mejoría.

En algunas observaciones se trata de sujetos con la constitución emotiva individualizada por Duprén.

EL DOLOR EN LAS ARRITMIAS

Hace ya muchos años que Peter dijo: «...os consultarán enfermos diciendo que padecen cruelmente de una enfermedad del corazón; sin necesidad de auscultarles, podéis asegurar que el corazón está sano, porque las enfermedades del corazón son indolentes».

El descubrimiento en el conejo del llamado «nervio sensitivo del corazón» o «nervio de los hermanos Cyon y Ludwig», en el año 1866, parecía que había de poner en claro este interesante punto de cardiopatología, y, sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido, el silencio ha reinado en los tratados de las enfermedades del corazón, en todo lo referente a dolor en las cardiopatías, si se exceptúa únicamente el capítulo dedicado a «angina de pecho».

Ha sido muy recientemente, y coincidiendo con la radical evolución que ha tenido esta rama de la patología médica, cuando se ha logrado, gracias a una observación rigurosa, adquirir nociones ciertas y de una importancia práctica evidente, de los trastornos subjetivos que las enfermedades del corazón, y muy especialmente las arritmias, ocasionan.

Es indudable que toda enfermedad existe antes de que la podamos reconocer, como lo es también, que la inmensa mayoría de las veces son primeros en su aparición los síntomas subjetivos que los objetivos. Un interrogatorio detenido, preciso e inteligente, acerca del dolor y de los caracteres que le acompañan, puede arrojar mucha luz para fijar el diagnóstico que tratamos de establecer.

Dice Mackenzie que ha de llegar día en que no hará falta el laboratorio para diagnosticar el germen productor de una infección microbiana, pues tiene la certeza de que cada microbio da lugar, en el organismo, a una *sensación* con caracteres peculiares, que no produce nunca otro microbio distinto.

Con lo que a las enfermedades del corazón se relaciona, no todo lo referente a la interpretación del dolor es ya conocido; pero es indudable que, gracias al método seguido por Sbead y sus sucesores, se ha logrado esclarecer mucho el confuso concepto que, bajo el nombre genérico de *palpitaciones*, se tenía de todo trastorno subjetivo observado en el corazón.

Para llegar a ello, ha sido preciso el transcurso de varios años de observación y estudio, pues después de haber ordenado y clasificado la confusa relación que de sus sensaciones acusaba cada enfermo, era necesario recoger los síntomas objetivos observados desde un principio (si existían) y seguir la historia clínica detallada de cada paciente hasta el momento de su curación o de su muerte, a fin de formar una estrecha y verdadera relación entre los primeros síntomas subjetivos y la entidad nosológica correspondiente.

Por nuestra parte, hemos de decir que hemos tenido ocasión de ver múltiples enfermos de las distintas formas de arritmia (mucho más frecuentes en clínica de lo que ordinariamente se cree), y que casi siempre hemos podido comprobar lo que los libros dicen. En algunos puntos, el parecer de los distintos autores que se han ocupado de ellos es diferente; nosotros nos limitaremos entonces a exponer nuestra propia opinión, fruto de nuestra experiencia.

Extrasístoles.— Representan, como se sabe, alteraciones de la excitabilidad cardíaca, y están constituidos por contracciones anormales en el tiempo (antes de la terminación del gran silencio de la contracción anterior) y en el punto de origen. Ordinariamente, las contracciones cardíacas nacen a nivel del nódulo de Keith y Flak, según Hering lo demostró en 1907; pero los extrasístoles toman su origen en las aurículas, en los ventrículos o a nivel del tabique aurículo-ventricular (nódulo de Tawara), siendo, según los casos, auriculares, ventriculares o aurículo-ventriculares, llamados también nodales. Esta contracción anormal va seguida de una pausa mayor que la ordinaria, en tal forma, que la suma del espacio que en el esfigmograma representa el extrasístole y la in-

completa contracción que le precede, es siempre igual al espacio que ocupan dos contracciones normales.

Es muy importante conocer las sensaciones subjetivas que los extrasístoles producen, pues puede decirse que ellas son la única enfermedad que el paciente tiene, la que le hace venir a consultar con nosotros; y si no se sabe diferenciarlos bien de otros trastornos cardíacos, nos harán emprender un tratamiento que, por lo menos, es innecesario, y muchas veces perjudicial.

Es preciso tener presente también que esta arritmia aparece frecuentemente en personas agotadas por trabajos intelectuales. Los hombres lo bastante inteligentes para tomarse el pulso y poder apreciar «el paso en falso» (Bonillaud), la ausencia de una contracción, lo que les hace aumentar considerablemente sus temores.

Dos sensaciones distintas experimenta el enfermo durante la producción de un extrasístole: una, exclusivamente cardíaca; otra, difusa en el organismo.

La primera, asienta, como decimos, en el mismo miocardio; coincide en el tiempo con la contracción sobreañadida, y se traduce por una sensación de golpe, a veces sencilla, más frecuentemente doble. Los enfermos hablan de ella como de la sensación que les produciría un espasmo del corazón o una torsión súbita de este órgano. Es instantánea, y, sin llegar a producir verdadero dolor, molesta.

Inmediatamente después de esta primera sensación aparece la segunda, de caracteres indefinidos, pero que traducen siempre un estado de angustia, una sensación de desvanecimiento que no es doloroso, pero que da la sensación clara de una suspensión de la actividad cardíaca. Esta sensación, de origen vascular, coincide con la pausa compensadora que antes mencionábamos, y es la que más asusta a los enfermos, la que les induce a buscar remedio.

Inútil me parece añadir que no siempre los extrasístoles dan sensaciones tan claramente definidas como acabamos de describir, sino que, encajando en el mismo cuadro general, afectan diversas formas.

Raras veces también los extrasístoles no son percibidos por los enfermos, y son una sorpresa para el médico que ausculta el corazón buscando otra afección cualquiera; en estos casos debemos guardar absoluta reserva de nuestro descubrimiento, pues si orien-

tamos al enfermo en una autoobservación en este sentido, no tardará en percibir sensaciones molestas.

Pulso alternante.—Traduce una alteración en la contractibilidad del miocardio. Se manifiesta en el esfigmograma para la sucesión de una pulsación fuerte y otra débil.

Los enfermos de esta grave arritmia no perciben *nunca* sensación alguna, carácter negativo que tiene gran importancia para el diagnóstico de esta rarísima afección.

Trastornos en la conductibilidad del fascículo de His.—Según la importancia de la lesión, la conductibilidad puede estar únicamente disminuída, interrumpida intermitentemente o interrumpida definitivamente.

El primer caso apenas se ve en la clínica, pues ni hay arritmia ni trastorno alguno subjetivo.

En el segundo caso, todas las contracciones ventriculares que faltan se traducen por intermitencias en el pulso radial. Posible es, en este caso, la confusión con los extrasístoles, si no acudimos a más medio diagnóstico que a la palpación del pulso; pero los síntomas subjetivos son bien distintos.

En los primeros tiempos el paciente no se da cuenta de estas irregularidades; pero más adelante, en los últimos periodos de bloqueo incompleto, aparece una sensación intensísima de calambre, que es sumamente dolorosa y que está situada a nivel de la región precordial, en la misma pared costal.

Coincide en el tiempo con la contracción auricular, que no puede llegar al ventrículo, y obliga a los enfermos a llevar inconscientemente sus manos al sitio del dolor.

Después de este período de calambres dolorosos, suelen aparecer un conjunto de síntomas, subjetivos unos, objetivos otros, que han sido agrupados en clínica con el nombre de «síndrome de Stokes-Adams». Este aparece en los últimos períodos de bloqueo incompleto, siguiendo muy raras veces cuando ya se ha efectuado la total interrupción de la conductibilidad aurículo-ventricular, cuando ya, establecido el bloqueo completo del corazón, las aurículas y los ventrículos laten independientemente; sin embargo, por regla general, establecido este tercer período, el síndrome de Stokes-Adams desaparece. Se puede, pues, decir que dicho síndrome anuncia la total disociación aurículo-ventricular.

Se manifiesta el síndrome por pérdidas de conocimiento que, a

veces, se traducen por ligeros vértigos y otras afectan la forma de verdaderos síncope, acompañados de convulsiones más o menos generalizadas.

James Mackenzie, que ha hecho un estudio detallado de él, nos dice:

1.º El enfermo tiene siempre conocimiento de cuando va a empezar.

2.º Esos accesos se repiten, habiendo llegado él a observar en un enfermo 30 en una hora.

3.º Cuando recobran el conocimiento, pueden hablar; luego las palabras se alargan, y cesan de hablar después de haber cesado de latir el ventrículo.

4.º El conocimiento lo pierden diez o doce segundos después de haber cesado el ventrículo.

5.º En un enfermo que con gran detalle pudo observar, comprobó que a los diez y seis segundos de haber cesado de latir el ventrículo aparecía un espasmo ligero de los músculos de la cara y de los brazos, y si duraba más de veinte segundos, aparecían convulsiones generalizadas.

6.º El origen de estos trastornos es la anemia de los centros nerviosos; y

7.º Con gran pesar confiesa que los enfermos morían a veces en su presencia, sin que pudiera aplicar remedio alguno.

Arritmia total; pulso irregular perpetuo; fibrilación auricular.— De estas distintas maneras es conocida en clínica la arritmia más frecuente de todas, la que acompaña ordinariamente a la insuficiencia cardíaca y, muy especialmente, a las lesiones mitrales. Consiste, como sabemos, en una verdadera negación del ritmo; las pulsaciones son todas desiguales, tanto en el tiempo como en la intensidad (*delirium cordis*).

Habiendo observado Mackenzie que en el flebograma de estos enfermos faltaba la onda *a*, que traduce la contracción de las aurículas, creyó que la patogenia de esta arritmia era una parálisis de ellas. (V. Mackenzie: *Study of the Pulse*.) Más tarde vió en las autopsias de los fallecidos con arritmia completa, que en muchas ocasiones existía hipertrofia auricular, por lo que, modificando su primer criterio, supuso que esta arritmia se debía a que el punto de origen de la excitación estaba en el nódulo de Tawara y denominó a esta arritmia «ritmo nodal». (V. Macken-

zie: *Diseases of the Heart*.) Esta patogenia encontró ardientes contradictores, siendo uno de los más temibles Hering. En una obra reciente que Mackenzie ha publicado, *Principles of diagnosis and treatment of Heart disease*, admite el término de fibrilación auricular aplicado a esta arritmia por Lewis, el cual, gracias al electrocardiógrafo, ha demostrado claramente que las aurículas no se encuentran paralizadas, pero tampoco se contraen según su ritmo ordinario, sino que constantemente sufren contracciones irregulares y sumamente pequeñas, que dan la sensación de un temblor de sus fibras musculares.

Los trastornos subjetivos que esta arritmia produce, se confunden realmente con los de la insuficiencia cardíaca, ya que en la inmensa mayoría de las veces, dicha arritmia es la que conduce a la asistolia; sin embargo, a veces desaparece todo signo de insuficiencia y la fibrilación persiste. En estos casos, se conserva también un ligero dolor retroesternal.

En los casos (muy frecuentes) en que coexiste con la insuficiencia, habrá disnea, opresión torácica y dolor en la región hepática. Estos trastornos son tan fáciles de reconocer, que no admiten confusión con otra arritmia. Diré solamente que aumentan después de realizado algún esfuerzo, y que aparecen y desaparecen de un modo progresivo.

Arritmias de seno.—Como es sabido, constituyen el puente de paso entre lo fisiológico y lo patológico. Representan trastornos en la excitación, no afectando para nada el trabajo del corazón y no teniendo el enfermo conocimiento de su existencia.

Bradycardias.—Cuándo tienen un fondo nervioso (hipertonici- dad del pneumogástrico), el número de pulsaciones no llega, por lo general, a descender tanto como cuando son debidas a lesión del fascículo de His.

Sin embargo, hay quien dice (entre otros, el ilustre cardiopatólogo del Instituto Rubio, Dr. Mut) haber visto producirse vahidos análogos a los estudiados anteriormente en el síndrome de Stokes-Adams.

La prueba de la atropina de Müller y Dehio; la del nitrito de amilo de Josué y Godlewski o el reflejo óculo-cardíaco de Lœper y Mongeot, establecerán claramente el diagnóstico diferencial.

Taquicardias.—1.º *Taquicardia paroxística.*—Desde que Bonveret dió a conocer esta arritmia, muchas son las opiniones emiti-

das para explicar su patogenia. Consiste en bruscas crisis de taquicardia que aparecen a veces con ocasión de dificultad circulatoria (esfuerzos, penosas digestiones, etc.), pero que en la mayor parte de los casos no es posible reconocer su causa provocadora y que desaparecen también bruscamente, dejando al enfermo sin molestia alguna. Es muy frecuente, sin embargo, que en la hora que sigue a la crisis aparezcan algunos extrasístoles.

Los trastornos subjetivos que provocan son muy característicos. En plena salud aparece un dolor intensísimo, situado en la región precordial, y que los enfermos comparan al que les produciría el arrancamiento del corazón. Este dolor no se propaga y dura solamente diez o quince segundos. Entonces hace su aparición una crisis tumultuosa de *palpitaciones*, dando a esta palabra el sentido con que la definió Bouilland: «latidos dolorosos fuertes y frecuentes», que dura más o menos tiempo (minutos, horas o días), y que desaparece también bruscamente, siendo seguida su desaparición de un modo inmediato por un dolor, con caracteres análogos al que precedió a la crisis. Desaparecido este dolor de un modo brusco, no quedan más sensaciones molestas que las de los extrasístoles consecutivos cuando existen.

2.º La taquicardia que aparece después de una carrera rápida, lo mismo que la taquicardia emotiva, producen sensaciones subjetivas que todos hemos experimentado, designándolas con el nombre de *palpitaciones*. Claro es que aquí damos a esta palabra significado distinto al que antes la dábamos, y la definimos, con Laennec, diciendo que son «latidos frecuentes y sensibles», pero no dolorosos. La causa determinante de que estos latidos sean percibidos, no se sabe de un modo cierto; pero es indudable que, contra el parecer de algunos, no es únicamente por la taquicardia en sí, como lo prueba el hecho de que en la taquicardia febril y en la ortostática no son perceptibles estos latidos.

3.º Vamos a estudiar, por último, los trastornos subjetivos que provoca una variedad de taquicardia, poco conocida todavía, que los franceses han denominado «taquisistolia auricular» y los ingleses «vibración auricular». Consiste ésta en que las aurículas se encuentran colocadas en un estado tal de hiperexcitabilidad, que en ellas aparecen múltiples contracciones que se transmiten sólo parcialmente al ventrículo, produciendo una arritmia y una taquicardia mayor o menor, según sean muchas o pocas las contrac-

nes anormales que se hicieron ventriculares. Aunque la patogenia no está completamente esclarecida, yo me inclino a creer que juega un papel muy importante la intoxicación del sistema nervioso, y prueba de ello es lo bien que desaparece con un tratamiento mixto de tónicos cardíacos y de sedantes nerviosos, y lo manifiestos que son los síntomas subjetivos. Muy recientemente, algunos autores norteamericanos han lanzado la idea de que, extrasístoles, taquisistolia auricular y fibrilación auricular, no son sino tres estadios distintos de una misma lesión cardíaca. (V. Hirschfelder: *Diseases of the sheart and aorta.*)

Los enfermos (y yo he tenido ocasión de ver uno consecutivo a la gripe) (1) se encuentran en un estado de hiperexcitabilidad enorme, y las dos molestias que tienen son: palpitaciones dolorosas (análogas a las de la taquicardia paroxística, pero que no van precedidas ni seguidas de dolor desgarrante) y crisis de disnea intensísima, que evoluciona por accesos de corta duración, quedando el enfermo en los períodos que media entre los accesos, sin fatiga alguna.

Los caracteres de estas crisis de disnea nos harán diferenciarla bien claramente de la que provoca la fibrilación auricular.

Con esto damos por terminado este estudio, en el que, como hemos visto, se prueba que andaba muy distanciado de la verdad Sénac cuando daba su famosa fórmula de «enfermo que se queja de palpitaciones, no padece del corazón»; que después han repetido Potain, Huchard y otros eminentes clínicos.

ANTONIO CRESPO ALVAREZ,

Teniente Médico.

Julio 1919.



(1) Publicada la historia clínica en *El Siglo Médico* del 11 de Enero de 1919.

ESTUDIOS PSIQUIÁTRICOS

“Los semilocos, desde el punto de vista médico-social

(Continuación.)

Caracteres psicomorbosos de los semilocos del segundo grupo.

En el segundo grupo de los semilocos hemos incluido aquellos individuos cuyas imperfecciones psíquicas no dependen de debilidad, sino de la ausencia completa de su personalidad moral.

Trátase, en estos casos, de verdaderos imbéciles o idiotas, en los que además de toda ausencia de sensibilidad moral, presentan una disminución más o menos grande de la inteligencia; pero esto no es la regla, porque muchas veces se les ve, por el contrario, disfrutar de una inteligencia privilegiada.

Los semilocos afectados de imbecilidad moral se les ve ya desde su tierna infancia dotados de instintos perversos, de sentimientos depravados y de inclinaciones malas é incorregibles.

Son aún más excéntricos, pendencieros, arrebatados y violentos que los del primer grupo; pronto son despedidos é inutilizados en cuantos cargos desempeñan; se separan o divorcian en su matrimonio, y no tardan en ser huéspedes frecuentes de cárceles y correccionales.

Estos imbéciles experimentan, además, perturbaciones intelectoafectivas aún más intensas y con motivo de la más insignificante causa; la mujer se hace prontamente clorótica, histérica, inquieta, soñadora, coqueta, romántica, excéntrica, embaucadora, lisonja y prostituta; pasa de la risa al llanto, de la verdad a la mentira, de la virtud al crimen, del amor al odio, etc., con una facilidad vertiginosa; los jóvenes se hacen onanistas, invertidos, viciosos, suicidas, vagos, incendiarios, ladrones, se afilian a las bandas de apaches, y son muchas veces coreicos, erotómanos, sonámbulos, perseguidos, escrupulosos y religiosos en exceso.

En estos desgraciados todo es irregular y mutable, desproporcionado é imprevisto; después de haber escandalizado a la socie-

dad y a la familia con sus faltas, se meten en los conventos; no aman absolutamente a nadie, son malos hijos, esposos indiferentes, amantes veleidosos, padres descariñados.

Son, en una palabra, como dice el Dr. Cullere, seres mutables, versátiles, paradójicos, hostiles a toda acción moralizadora, insensibles a las alegrías del hogar, inaccesibles a la dulzura de los afectos, y de instintos imperiosos hacia la extravagancia, la rebelión y el escándalo; son malos, y hacen el mal por el mal; su existencia constituye un verdadero infierno.

Y, sin embargo, estos seres presentan en ocasiones, y coincidiendo con los albores de su infancia, facultades mentales muy desarrolladas; son los primeros en su clase; dominan unas veces la música, otras la pintura, otras la literatura, etc., y se les llega a considerar como verdaderos prodigios; son esos niños precoces que todos conocemos, y que tanto hacen caer la baba a sus papás, familiares y amigos, ignorantes, casi siempre, de que todas estas habilidades y sabidurías quedarán extinguidas para siempre al llegar a la pubertad.

Para terminar todo lo relativo a la sintomatología psíquica de los semilocos de este grupo, diré que es precisamente en estos enfermos en los que la educación (a pesar de la opinión en contra de muchos filósofos y pedagogos) no modifica para nada sus tendencias e instintos morbosos; ya que la observación vulgar nos demuestra y comprueba a diario que por muy esmerada, ejemplar y racional que haya sido la educación dada a estos individuos, jamás logró reformar en ellos sus taras patológicas ni su degeneración moral.

En resumen, diré que los principales estigmas psicomorbosos que caracterizan el llamado estado mental de los semilocos son las obsesiones, los impulsos, las excentricidades, los misticismos, las persecuciones, y las anomalías y aberraciones del instinto genésico; y todo ello, destacándose, la mayoría de las veces, como ya dejo dicho, sobre el fondo de una inteligencia, al parecer normal y hasta privilegiada.

Después de todo lo que acabo de exponer, alguien me objetará y dirá para su fuero interno: «Bien, pero, según estas teorías, ¿quién es el individuo, dentro de la sociedad presente, que no tiene algo de egoísta, pendenciero, celoso, disipado, ladrón, borracho, místico, impulsivo, genital, mentiroso, excéntrico, lunático, inventor, soña-

dor, etc., etc.? ¿Dónde está entonces el hombre psicológico normal, el *homo sapiens*, que diría Linneo?»

Claro se está que la perfección absoluta de los seres y de las cosas de este mundo, todos sabemos que no existe; pero la perfección relativa sí que es fácil encontrarla en un tanto por ciento muy elevado de los casos.

Esta perfección relativa, aplicada al organismo humano, sería lo que pudiéramos llamar un hombre fisiológico normal, psíquica y somáticamente.

Y el que un sujeto pueda en un instante de su vida, y por circunstancias especiales, ser un poco o mucho pendenciero, borracho, excéntrico, intransigente, celoso, disipador, impulsivo genital, etcétera, etc., nada significa, puesto que si estos defectos psíquicos aparecen alguna vez en el hombre normal, esto es, en el desprovisto de taras patológicas psiconerviosas, no tardará en defenderse contra ella; y pronto, como dice Esquirol, su espíritu, bien directamente o bien por educación, luchará y se defenderá contra estas imágenes psicopáticas extrañas y peligrosas, y las más de las veces le bastará un leve esfuerzo de voluntad, para desterrarlas del campo de su conciencia y reducir las a la nada.

Pero en los psicópatas y, sobre todo, en los semilocos del segundo grupo no ocurrirá esto, y la lucha de defensa con el germen psicopático innato en ellos resultará imposible, y sus vicios e imperfecciones morales aumentarán, andando el tiempo, a despecho de la mejor educación y ejemplaridad a que fuesen sometidos; y de aquí aquello de que genio y figura hasta la sepultura.

Y teniendo en cuenta todas estas nociones, y, para terminar todo lo pertinente a las manifestaciones psíquicas externas de los semilocos, diré: que la existencia o aparición en un sujeto de uno de estos vicios o imperfecciones morales nada significa, puesto que, como ya dejo indicado, éstos también pueden aparecer aisladamente alguna vez en el hombre más perfecto y fisiológico, pero sí que la aparición y exageración de varios de ellos dentro de un mismo sujeto, y más si se acompañan en lo físico de estigmas degenerativos evidentes y numerosos, nos indicará, claramente, que el individuo que los posee es un semiloco, ora del primer grupo, ora del segundo, según fuese también mayor o menor la cantidad e intensidad de los referidos estigmas degenerativos.

V

Expuesta así, breve y concisamente la semiología psicomorbo-
sa de los semilocos, estudiemos ahora cómo se comportan estos en-
fermos ante la Medicina, ante la sociedad y ante la justicia, y cuán-
tes son los remedios profilácticos y curativos para evitar esta plaga
psicosocial.

Para los Médicos, los semilocos son unos enfermos pertenecien-
tes a la patología psiconerviosa, susceptibles de tratamiento, espe-
cialmente psicoterápico los del primer grupo, y de eliminación y
reclusión en casas de salud, los del segundo.

La sociedad y la justicia, en cambio, aún no se han puesto de
acuerdo con la Medicina, y sólo cuando las extravagancias y per-
versiones morales de estos enfermos llegan a constituir serios pe-
ligros y atentados contra las personas y las cosas, proceden contra
ellos, las más de las veces injustamente: la sociedad, sacándoles a
la vergüenza pública, sin el menor asomo de humanidad y mise-
ricordia; la justicia, conduciéndolos muchas veces al patíbulo.

Y es porque ni la sociedad ni la justicia supieron evitar a tiem-
po estos vicios morales patológicos, ni comprendieron tampoco que
estos desgraciados, al delinquir, no fué su yo consciente el respon-
sable, sino su germen psicopático hereditario el que inconsciente e
impulsivamente les arrastró al delito; germen que, por otra parte,
no reconoce otra causa que el fruto natural de las injusticias hu-
manas y de la misma sociedad que los injuria y condena.

Citaré algunos ejemplos tomados de la vida real.

No es, por ejemplo, el alcohol el que rápida y directamente en-
gendre psiconeuropatías en un sujeto, sino que es su propio ger-
men psicopático hereditario el que le impulsa e impele a beber, y,
sin embargo, ¿cuántos y cuántos crímenes se registran a diario
como consecuencia del alcoholismo?

No es tampoco una fortuna fabulosa la que, proporcionando a
su poseedor elementos para despertar y sostener sus vicios, la cau-
sante absoluta de convertir a un hombre en un completo degenera-
do y disipador, sino que es la propia degeneración innata en él
la que le obliga e impulsa a disiparla, y sólo así podremos com-
prender y comprobar a diario en la sociedad cómo se ven sumirse

en la ruina y desolación, en muy poco tiempo, familias que fueron dueñas de cuantiosas fortunas.

No son culpables de sus desgracias aquellos que, al unirse en matrimonio, al poco tiempo de casados (a pesar de su amor) convierten su hogar en un verdadero infierno, que muchas veces les conduce fatalmente a la separación, al divorcio o al crimen; lo son sus vicios y sus imperfecciones morales hereditarias.

¿Cuántos desgraciados de éstos hay que, creyendo antes de casarse hacer su fortuna y su felicidad, una vez unidos en el santo sacramento, no encontraron en él otra cosa que su deshonra, su ruina y la de sus propios hijos?

¿O es que no vemos a diario en la sociedad felicitar a Fulano porque va a casarse o se casó con una mujer joven, elegante, rica y bonita?

Y, sin embargo, ¿cuántos si pudiesen adivinar antes de esta clase de matrimonios, que muchas veces la mujer, al llegar a la intimidad y convivencia obligadas por la ley, sacara prontamente a relucir sus imperfecciones morales hereditarias (de clorótica, histerica, ineducada, imperiosa, romántica, coqueta, mentirosa, excéntrica, celosa, embaucadora, pervertida, sexual y hasta prostituta) no renunciarían generosamente a él, a pesar de sus opeles?

¿No sufrimos también diariamente las amargas consecuencias de muchos señores que, careciendo en absoluto de todo sentido moral, llegaron a las altas esferas de la política, del Ejército, etc., etcétera, tan sólo por el hecho de poseer una inteligencia u oratoria más o menos privilegiada, o como consecuencia también de sus propios ímpetus morbosos?

J. CAMINO GALICIA,
Capitán Médico.

(Concluirá.)

V A R I E D A D E S

Ha fallecido recientemente en Barcelona el sabio Catedrático de Higiene y Rector que fué de aquella Universidad, Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez.

Su vasta cultura y su entusiasmo por la profesión, le llevaron a ser uno de los propagandistas que más fruto rindió a la Higiene pública y a la Prensa profesional, especialmente en la veterana *Gaceta Médica Catalana*, que fundó y dirigió con envidiable acierto.

D. E. P.

*
* *

Nuestro estimado colaborador, el Comandante Médico D. Emilio Alonso García Sierra, salió para Melilla el 18 del pasado.

Con este motivo, el personal del Colegio de la Guardia Civil, en el que acaba de prestar dicho compañero sus servicios, le dedicó un sentido homenaje de despedida, del que dió cuenta la Prensa diaria de esta Corte.

*
* *

El ilustrado especialista en enfermedades nerviosas, Capitán Médico D. Julio Camino Galicia, acaba de poner a la venta la *segunda edición* de su interesante obra *Hipnotismo e Hipnoterapia*.

Que sea enhorabuena.

*
* *

El día 22 del pasado terminaron en la Academia de Sanidad Militar los ejercicios de oposiciones a ingreso en la misma. De los 97 aspirantes admitidos al concurso, 40 fueron desaprobados, 16 se retiraron durante los ejercicios, 7 no se presentaron al ser llamados para actuar, y merecieron la aprobación 34, que han sido propuestos a la Superioridad para el empleo de Alférez Médico-alumno, y a quienes damos nuestra enhorabuena.



PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

La digestión del esófago como causa de la hematemesis post-operatoria.—Nogarh Pringle y Teacher (*British Journ. Surg.*) manifiestan que los vómitos de sangre

que han observado en ciertos enfermos recién operados, no dependen exclusivamente del acto operatorio, pues en muchos de ellos estas hematemesis aparecen en operados

cuyo aparato digestivo estaba intacto. Además, seis veces fueron observados en enfermos en estado de toxisepticemia grave. El punto común importante es que para todos los casos señalados la autopsia ha probado que el vómito de sangre era condicionado por una autodigestión del esófago. Esta autodigestión depende del paso a la luz esofágica del jugo gástrico, que ataca las tunicas del órgano en los sujetos débiles o invadidos por el shock después de una operación. Este fenómeno se produce duran-

te la vida, y no después de la muerte, como lo prueban las sufusiones sanguíneas observadas en los tejidos, y las hematemesis, que son casi constantes.

Existe un contraste evidente en estos casos entre el estado avanzado de digestión de la pared exofágica y la integridad de la mucosa gástrica.

La digestión ante-mortem del esófago es una causa de hematemesis post-operatoria. — (*Archives Médicales Belges*, Mars 1919.)—J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

La aptitud militar de los cardíopatas.—J. Heitz concluye, después de extensas consideraciones acerca de este particular, que deberán ser, desde luego, eliminados como inútiles los individuos portadores de lesiones congénitas, de lesiones asociadas (doble lesión mitral o mitro-aórtica), o aquellos en los cuales el miocardio desfallece hasta momentáneamente.

En cuanto a los demás, conviene distinguir. Teóricamente no se pueden dar reglas fijas, pero podría destinárseles a un servicio auxiliar del interior, a condición de ser sedentario y fijo; como esto rara vez ocurre en la práctica, los interesados, una vez que su lesión ha sido oficialmente reconocida, invocan a la menor fatiga una agravación debida al servicio.

La circular de 5 de Agosto de 1917 precisaba:

1.º La imposibilidad de realizar un servicio auxiliar llamado sedentario. 2.º La necesidad de asegurar la unidad de apreciación.

Uno de los mejores efectos de esta circular ha sido uniformar la decisión de las comisiones para la declaración de inútiles. A los que padecían lesiones valvulares se les eliminaba precoz y sistemáticamente, reservándose para los servicios auxiliares los casos dudosos.

Pero más valdría eliminar algunos hombres tal vez útiles, que exponerse al peligro de que presten servicio aquellos en que no es posible someterlos a una vigilancia eficaz.— (*Société Médical des Hôpitaux de Paris.*)—J. P.

dicos D. Sebastián Gallego Elola, D. Carlos Domingo Jover y D. Manuel García Sánchez; Capitanes Médicos D. José Cogollos Cogollos, D. Joaquín Cotanda Llavata, D. Justo Vázquez de Vitoria, D. Fortunato García Gómez y D. Enrique Rocandio Martín.

5 Agosto.....—Real orden (*D. O.* núm. 206) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por el Teniente coronel Médico D. Cándido Navarro Vicente; Comandante Médico D. Antonio Muñoz García, y Capitanes Médicos D. Enrique Sánchez Bish, D. Rafael Power Alesón y D. Tomás Martínez Zaldivar.

8 » » Real orden (*D. O.* núm. 210) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por el Teniente coronel Médico D. Antonio Martínez de Carvajal; Comandante Médico D. Federico Illana Sánchez; Capitanes Médicos D. Rafael Díaz Alcrudo, D. Juan Ruiz Cuevas, D. Eusebio Jimeno Sáinz, D. Cándido Soriano Catalán, y Médico provisional D. Eugenio Martín Alonso.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 213) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Comandantes Médicos D. Gabino Gil Sáiz, D. Emilio Soler Rodríguez y D. José Hernando Pérez; Capitanes Médicos D. Antonio Jiménez Arrieta, D. Angel Capa Arabiotorre, don Arcadio García de Castro y D. Mario Romero Plá, y Tenientes Médicos D. Carlos de la Calleja y Hacar y D. Ricardo Garelly de la Cámara.

6 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 204) nombrando Ayudante de campo del Inspector Médico de segunda D. Galo Fernández España, al Comandante Médico D. Jesús de Bartolomé Relimpio.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 205) concediendo el empleo de Teniente Médico de la Reserva gratuita facultativa de Sanidad Militar al Alférez de la misma D. Gonzalo Huerta Alfaro.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 205) disponiendo que los Laboratorios regionales de análisis pasen a formar parte, en concepto de destacados, del Instituto de Higiene Militar, así como igualmente los servicio de desinfección en el Ejército, y que la provisión de las vacantes

de los destinos técnicos de dicho Centro se hará previo informe de la Junta Facultativa del mismo, haciéndose el de Director del Establecimiento previo informe de la Junta Facultativa del Cuerpo.

6 Septiembre. — Real orden (*D. O.* núm. 206) disponiendo que los Capitanes Médicos D. Manuel González Pons, D. Antonio Manrique Sanz y D. César Yaque Laurel ejerzan los cargos, respectivamente; de Vocal de la Comisión mixta de Murcia, de la de Segovia y de la Sección delegada de Fuerteventura.

9 » Real decreto (*D. O.* núm. 204) concediendo la Gran Cruz de San Hermenegildo al Inspector Médico de primera D. Agustín Planter y Goser, y al Inspector Médico de segunda D. Joaquín Cortés y Bayona, ambos en situación de segunda Reserva.

» » Real decreto (*D. O.* núm. 204) concediendo al Inspector Médico de segunda, en situación de primera Reserva, D. Rafael López Jiménez, la Gran Cruz de San Hermenegildo.

11 » Real orden (*D. O.* núm. 208) disponiendo, a petición propia, la baja en el Cuerpo de Sanidad Militar como Médico provisional, de D. José Fernández Rodríguez, y su alta en la Reserva facultativa con el empleo de Alférez Médico.

» » Real orden (*D. O.* núm. 208) disponiendo, a petición propia, la baja en el Cuerpo de Sanidad Militar como Médico provisional, de D. Pedro Calderín Perelli, pasando a figurar en la Reserva facultativa como Licenciado en Medicina y Cirugía.

» » Real orden (*D. O.* núm. 208) concediendo el pase a supernumerario sin sueldo, con residencia en Madrid, al Capitán Médico D. Félix Martínez García.

12 » Real orden (*D. O.* núm. 206) disponiendo que el precio de la Cartera militar de identidad sea de 2,25 pesetas, sin el talonario de vales, que seguirá costando 0,25.

13 » Real orden (*D. O.* núm. 207) disponiendo que los cursos de Oftalmología, que han de empezar el día 1.º de Octubre, se den también en el Hospital militar de La Coruña.

- 19 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 211) disponiendo que se restablezcan en el Laboratorio Central de Medicamentos los estudios prácticos que daban los Farmacéuticos primeros, y dictando reglas para dichos estudios.
- 20 » Real orden (*D. O.* núm. 213) concediendo la gratificación de efectividad de 500 pesetas anuales al Farmacéutico mayor D. Juan Pericot Prast, y a los Farmacéuticos primeros D. Ramón Fraguas Fernández y D. Manuel Pando Armand.
- 24 » Real orden (*D. O.* núm. 215) concediendo el reemplazo, por enfermo, al Coronel Médico D. Félix Echevarría Uguina.
- 25 « Real orden (*D. O.* núm. 216) designando a los Capitanes Médicos D. Antonio Muñoz Zuara y D. Victoriano Pecho Blanco para que asistan al curso de Bacteriología y Análisis del Instituto de Higiene Militar.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 217) nombrando Ayudante de campo del Inspector Médico D. Pedro León Jiménez al Comandante Médico D. Antonio Doz Soler.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 218) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos siguientes pasen a servir los destinos que se indican:

Coroneles: D. Jerónimo Peralta Jiménez, disponible en la primera Región, al Hospital de Sevilla, como Director, y D. Celestino Alemany Aznares, ascendido, de Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la séptima Región, a disponible en la misma.

Tenientes coroneles: D. Melchor Camón Navarra, ascendido, del Hospital de Zaragoza, a Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la séptima Región (artículos 8.º y 9.º); D. Ignacio Cornet Palao, ascendido, del Hospital de Madrid-Carabanchel, a la asistencia del personal de Plana mayor de la Capitanía general de la octava Región y Gobierno militar de La Coruña (artículos 8.º y 9.º), y D. José Quintana Duque, de la asistencia del personal de Plana mayor de la Capitanía general de la octava Región y Gobierno militar de La Coruña, a disponible en la primera Región y en comisión al Hospital de Madrid-Cara-

banchel, como especialista de las vías urinarias y enfermedades avariósicas, cobrando sus haberes por el capítulo 1.º, sección 4.ª, del presupuesto.

Comandantes: D. Manuel Iñigo Nougues, de Ayudante de Campo del Inspector Médico de segunda don Enrique Feyto Martín, Inspector de Sanidad Militar de la quinta Región, al Hospital de Zaragoza, con arreglo a la Real orden de 26 de Agosto último (D. O. número 191); D. Cosme Aznares Jiménez, del Hospital de Tetuán, al Hospital de Madrid-Carabanchel (artículo 1.º); D. Casto Morales Monleón, de disponible en la segunda Región, al Hospital de Vitoria (artículos 8.º y 9.º); D. Luis Modet Aguirrebarrena, ascendido, del Regimiento Lanceros de Villaviciosa, 6.º de Caballería, a disponible en la segunda Región; D. José Crende Martínez, ascendido, de supernumerario sin sueldo en la sexta Región, a continuar en la misma situación; D. Gaspar Araujo Luces, ascendido, de supernumerario sin sueldo en la octava Región, a continuar en la misma situación, y D. Servado Barbero Saldaña, ascendido, de la primera Comandancia de tropas de Intendencia, a disponible en la primera Región.

Capitanes: D. Jesús Remacha Mozota, del Hospital de Chafarinas, al Regimiento Lanceros de Villaviciosa, 6.º de Caballería (art. 1.º); D. Isidro Garnica Jiménez, del Regimiento Infantería de San Fernando, 11, al primer batallón del Regimiento Infantería de Borbón, 17 (art. 1.º); D. Jacinto García Monge y Sánchez, del Hospital de Mahón, al 14.º Regimiento de Artillería pesada (art. 1.º); D. Salvador Vicente Estévez, del Batallón Cazadores de Gómera-Hierro, 13, al primer Batallón del Regimiento Infantería de Andalucía, 52 (artículos 8.º y 9.º); D. Miguel Benzo Cano, de las Fuerzas regulares indígenas de Ceuta, 3, al Regimiento Lanceros de Sagunto, 8.º de Caballería (art. 1.º); D. Lauro Melón y Ruiz de Gordejuela, de la Brigada disciplinaria de Melilla, al Hospital de Chafarinas (artículo 1.º, Real orden de 10 de Agosto 1917); D. Miguel Sayalero y Martínez-Delgado, ascendido, de la prime-

ra Comandancia de tropas del Cuerpo, al Hospital de Gerona (artículos 8.º y 9.º y Real orden de 8 de Julio último, D. O. núm. 154); D. Eduardo García Sánchez, del Regimiento Infantería de Andalucía, 52, al Hospital de Mahón (art. 1.º de la Real orden de 10 de Agosto de 1917); D. Fernando López Laza, ascendido, del Regimiento Infantería de Cuenca, 27, a la Brigada disciplinaria de Melilla, en segundo turno forzoso; D. Julio Camino Galicia, del Hospital de Alcalá de Henares, al Regimiento Húsares de la Princesa, 19.º de Caballería (artículo 1.º); D. Isidro Sánchez Fairén, del Regimiento Infantería de Gerona, 22, al Hospital de Alcalá de Henares (art. 1.º); D. Juan Ruiz Cuevas, del Regimiento Infantería de Tarragona, 78, a Jefe del Gabinete radiológico del Hospital de La Coruña (apartado N, artículo 3.º del Real decreto de 30 de Mayo de 1917); D. José Amo Sloker, del Regimiento Húsares de la Princesa, 19.º de Caballería, a la primera Comandancia de tropas de Intendencia (artículos 1.º y 7.º); D. Manuel Traba Roldán, del tercer Depósito de caballos sementales, al primer batallón del Regimiento Infantería de Tarragona, 78 (art. 1.º); D. Eduardo Villegas Domínguez, del Hospital de Gerona, al tercer Depósito de caballos sementales (artículos 8.º y 9.º, como rectificación); don José Jover Jover, ascendido, del Regimiento Infantería de la Princesa, 4, al mismo, en plaza de Teniente; D. Cecilio Hernández González, ascendido, de la quinta Comandancia de Intendencia, a la misma, en plaza de Teniente; D. Narciso Barbero Tirado, ascendido, del Regimiento mixto de Artillería de Ceuta, al primer batallón del Regimiento Infantería de Gerona, 22 (artículos 8.º y 9.º).

Tenientes: D. Manuel San Juan Moliner, del Regimiento Infantería de Aragón núm. 21, al Regimiento mixto de Artillería de Ceuta (párrafo 2.º, art. 2.º de la Real orden de 28 de Abril de 1914, C. L. núm. 74); D. Alberto Leiva Delgado, del Grupo de Fuerzas regulares indígenas de Ceuta, núm. 3, al mismo, en segundo turno forzoso; D. Porfirio Garilleti Casado, del

Hospital de Arcila, al mismo, en segundo turno forzoso, y D. José Cuesta y del Muro, del Hospital de Lara-che, al mismo, en segundo turno forzoso.

Médicos provisionales: D. Jaime Lacort Majadas, del primer Regimiento de Artillería de Montaña, al Regimiento Dragones de Montesa, 11.º de Caballería; D. José Moraga Valenzuela, del 10.º Regimiento de Artillería ligera, al Regimiento Cazadores de Galicia, 25.º de Caballería, y D. Rafael Cañadas Salcedo, del Batallón Cazadores de Estella, núm. 14, al 2.º Regimiento de Artillería de Montaña.

27 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 218) disponiendo que el Jefe y Oficiales Farmacéuticos comprendidos en la siguiente relación, pasen a servir los destinos que en la misma se les señala:

Farmacéutico mayor: D. Manuel Dronza y Surio, ascendido, del Hospital militar de Barcelona, a disponible en la cuarta Región.

Farmacéuticos primeros: D. Manuel de Pando Armand, del Hospital militar de Tarragona, al de Barcelona (artículos 1.º y 7.º del Real decreto de 30 de Mayo de 1917), y D. Leonardo Pérez Gutiérrez, ascendido, de la Farmacia militar de esta Corte, núm. 2, al Hospital militar de Tarragona (art. 9.º).

Farmacéuticos segundos: D. Eugenio Gamó Martín, de la Farmacia militar de Melilla, a la de esta Corte, número 2 (artículos 1.º y 7.º); D. Juan Salvat y Bové, del Hospital de Zeluán, a la Farmacia militar de Melilla (Real orden de 10 de Agosto de 1917, C. L. número 171), y D. Manuel Miranda Román, del Hospital militar de Pamplona, al de Zeluán (Real orden de 28 de Abril de 1914, C. L. núm. 74).

« » Real orden (D. O. núm. 218) concediendo lincencia para contraer matrimonio con D.^a Teresa Morales Malagón, al Teniente Médico D. Pelayo Lozano y Arcos.
