

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIII.

Madrid, 1 de Junio de 1923.

Núm. 11.

## SUMARIO

*Temas de actualidad: Más detalles sobre el programa de reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar.—Sobre la existencia de un espacio paravertebral hipersonoro en los pneumotórax de tensión (conclusión), por Fidel Pagés.—Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología (continuación), por el Dr. José A. Palanca.—Necrología: Don Práxedes Llisterri Ferrer.—Variedades.—Prensa médico-farmacéutica: Desgarros de la vejiga y fracturas de la pelvis; laparotomía exploradora y cistostomía.—Prensa militar profesional: Tuberculosis pulmonar y reclutamiento en el Ejército.—Sección Oficial.*

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

## TEMAS DE ACTUALIDAD

### Más detalles sobre el programa de reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar

*El esquema de las tres grandes reformas: especialización, inamovilidad relativa y premios.—Viejos proyectos.—El ingreso en el Cuerpo.—Médicos de complemento.—Aún no está latente la crisis del Cuerpo.—Cuestiones no esenciales.—Los turnos de Africa.—Plan de enseñanza.—Servicio regimental.*

Continuando el desarrollo del programa de reformas esenciales para la precisa y urgente reorganización de nuestros marciales servicios sanitarios, hemos de seguir condensando los preceptos innovadores en las siguientes bases:

Es indudable que las tres grandes reformas de Sanidad son la especialización médico-quirúrgica, la inamovilidad relativa en determinados empleos (Comandantes y Tenientes coroneles, y, con

raras excepciones, en el de Capitán) y premio excepcional al que cultive la verdadera especialidad médico-militar de Cirujano de guerra, con especialización quirúrgica, craneal, torácica y abdominal, para cuya especialización se requieren aptitudes técnicas especiales que no todos poseen. Asunto que puede resolverse sin lesionar intereses colectivos.

En el quinto Negociado de Subsecretaría se encuentran aprobados por el Estado Mayor Central, y sancionados por las Juntas de Jefes del mismo, y con informes favorables de los Generales Weyler y Aizpuru, unos brillantes proyectos sobre reorganización del Cuerpo de Sanidad, aprobados el año 1920-21 y 22, y con coincidencias y muchos puntos de contacto con el proyecto no menos brillante propuesto por el actual Jefe de la Sección de Sanidad Militar, Sr. Pérez Mínguez, proyectos todos ellos que aún se encuentran pendientes de resolución a pesar de su importancia y trascendencia.

El problema sanitario de Africa debe modificarse muy favorablemente para Sanidad, ampliando el Cuerpo de Practicantes profesionales para aquel territorio, situándolos en las distintas posiciones, y los Médicos militares en los puntos estratégicos, para con buenos medios de locomoción acudir donde sea preciso en los casos de urgencia que las circunstancias lo requieran.

Para favorecer el ingreso de los Médicos civiles en el Cuerpo de Sanidad se requiere una modificación radical del programa de Sanidad Militar, en armonía con la cultura profesional que adquieren en las Facultades de Medicina, pues es muy difícil al terminar la carrera prepararse de un programa de la extensión del de Sanidad. Todos los Cuerpos y Armas del Ejército han modificado sus programas de ingreso en las Academias, en sentido verdaderamente práctico y adaptables a todas las inteligencias.

Debe suprimirse la denominación de Médicos auxiliares en el Ejército, subsistiendo exclusivamente los denominados de complemento. El solo hecho de ser Médico, y mientras duren las circunstancias excepcionales en que se encuentra el Cuerpo de Sanidad Militar con respecto al personal subalterno, será suficiente para que se le designe Médico de complemento con la categoría de Teniente Médico y haber correspondiente, prescindiendo en absoluto de la técnica militar vigente que se exige para ser Oficial de complemento en todas las Armas y Cuerpos del Ejército (pues a los

Médicos, por su cometido excepcional, no les incumbe esto para el desempeño de su misión en los campos de batalla, pues su función es excepcional comparada con la de los demás Cuerpos y Armas). En compensación a las ventajas de orden militar, se exigirá a los Médicos de complemento que permanezcan en servicio activo profesional médico-quirúrgico, de especialización y servicios sanitarios de campaña, cuatro años consecutivos en filas.

Aún no es verdaderamente evidente la crisis del Cuerpo de Sanidad para adoptar en su reorganización medidas extremas, porque el Cuerpo cuenta en su seno con ochocientos Médicos entre todas las categorías, y todos ellos con grandes aptitudes físicas profesionales e intelectuales para cualquier cometido que tengan que desempeñar; éste ha sido aproximadamente el número de Médicos de que disponía cuando las campañas coloniales de Cuba y Filipinas, adonde concurrió todo el Cuerpo de Sanidad, auxiliado por los denominados Médicos provisionales. En las campañas de Africa de 1893-1909-12 y 21 se han cubierto también las necesidades sanitarias con los Médicos existentes, y en las recientes con el apoyo de los Médicos auxiliares, de complemento y Practicantes profesionales; por lo tanto, y por el momento, la verdadera preocupación para el porvenir debe ser la de fomentar a todo trance el ingreso en el Cuerpo para tener asegurado el servicio regimental y el de formaciones sanitarias en tiempo de guerra, y esto se logrará con las ventajas otorgadas a los Médicos de complemento y modificando el ingreso en Sanidad, según exigen las circunstancias.

No son puntos esenciales en una reorganización que se denomine a los Inspectores de Sanidad Generales Médicos, ni el asunto de honores fúnebres, todo lo cual es muy baladí y exclusivamente de satisfacción moral y de vanidad; pero que no afecta para nada al prestigio profesional de que goza el Cuerpo de Sanidad y el que obtendrá cada día más y más reorganizando sus servicios, en armonía con la evolución científica de la medicina y cirugía de guerra e higiene profiláctica que tanto beneficia al Ejército, tal como se ha demostrado en la reciente campaña de Africa del 21 en toda la actuación del personal sanitario.

También hay que prescindir en absoluto desde hoy en adelante, siempre que se trate de reformas del Cuerpo de Sanidad, de la tan cacareada película de que para ingresar en Sanidad se necesitan seis años de bachillerato, siete de carrera, uno de preparación

del extenso programa, otro dentro de la Academia, para al salir de ella ser destinado a Africa en tres turnos consecutivos. Tan no interesa a la opinión militar, que en distintos proyectos se ha solicitado de los altos Poderes mejoras económicas para los Médicos que vayan en segundo y tercer turno a Africa y no han accedido a la aspiración del Cuerpo, a pesar de saber las dificultades de reclutamiento de Médicos de las escalas inferiores para el servicio de campaña. Lo mismo podemos decir con respecto a los Médicos auxiliares que, a pesar de sus importantes servicios, se ha consentido que en la campaña del 21 tuviesen menos sueldo que un sargento, y habiéndoles querido dignificar a pesar de los informes favorables para su dignificación profesional y económica, no se logró; por lo tanto, organicemos el Cuerpo como podamos, y facilitando los medios para realizarlo.

Como consecuencia de todo lo expuesto con anterioridad se impone, en primer término, reformar en absoluto el programa de ingreso en el Cuerpo de Sanidad, adaptándolo a la cultura profesional de los conocimientos adquiridos por los Médicos en las respectivas Facultades, y una vez los Médicos ingresen en la Academia de Sanidad, ser el Cuerpo el que se encargue en la referida Academia de subsanar las deficiencias de las Facultades instruyendo en ella a los futuros Médicos militares. Para ello se impone como condición indispensable, no sólo modificar el programa para favorecer el ingreso, sino que también el que los alumnos permanezcan en la Academia de Sanidad por dos años consecutivos; el primero con categoría de Alférez, dedicados a los conocimientos teórico-prácticos de la carrera que fuesen necesarios, y el segundo curso con la categoría de Tenientes y previo examen para pasar de uno a otro; perteneciendo a la Academia, desempeñarán exclusivamente en los Hospitales militares el servicio de Médicos de guardia y Profesores clínicos de las clínicas de medicina, cirugía y de especialidades médico quirúrgicas. También es primordial la reorganización del plan de estudios de la Academia de Sanidad: la Psiquiatría, arte de la guerra y legislación militar, y hasta la enseñanza de material sanitario puede suprimirse del plan de enseñanza, pues para aprender todo lo de material sanitario, servicio de las formaciones sanitarias, pueden los alumnos dedicar un mes de los dos años de estudio en la Academia para frecuentar el Parque y Comandancias de Sanidad y enterarse del material sanitario y al

propio tiempo de la organización de las formaciones sanitarias.

Con la reforma del plan de enseñanza de la Academia, modificación del programa de ingreso y en el empleo de Capitán seguir los cursos que están instituidos de cirugía, análisis quimicofísico y bacteriológico, los de radiología, radiografía, etc., la cultura del Cuerpo seguirá siendo la que predomina en la actualidad.

En el servicio sanitario regimental hay que procurar que a todo trance los Médicos de las unidades armadas tengan la debida ingerencia en las cuestiones sanitarias que precisa el vigente Reglamento del régimen interior de los Cuerpos, y secundar la Real orden sobre revistas sanitarias mensuales a las tropas, que ha quedado en desuso.

Es del dominio público la evolución progresiva de la Medicina y Cirugía en general; por lo tanto, lo que se impone en la Academia es la enseñanza de mucha medicina y cirugía en los Hospitales civiles y militares, poner en juego constantemente los medios físicos de exploración y diagnóstico, y durante los dos cursos de permanencia en la Academia hacer una verdadera selección de los alumnos Médicos con todo rigor, y el que no reúna las debidas aptitudes que sea eliminado de la Academia, y así dispondremos de verdaderos Médicos idóneos.

\*  
\* \*

Y quédese para el final de este índice de innovaciones lo que nos resta por exponer del susodicho programa de útiles e indispensables reformas.

(*La Correspondencia Militar.*)

---

## Sobre la existencia de un espacio paravertebral hipersonoro en los pneumotórax de tensión.

### (CONCLUSIÓN)

M. R., soldado de Infantería, ingresó el día 20 de Octubre de 1921 en el Hospital, con una herida penetrante en el tórax, con orificio de entrada en el segundo espacio intercostal izquierdo, a nivel de la línea mamilar, y salida en el quinto espacio, hacia el borde escapular, con fractura de la 6.<sup>a</sup> costilla y del omoplato. Pulso, 98, bastante lleno; temperatura, normal. El herido presenta tos bastante intensa y expectoración sanguinolenta. A la auscultación, cesación de murmurio vesicular. Percusión, pequeño derrame en el fondo costodiafragmático.

Se prescribe reposo en cama, semisentado, con morfina, para disminuir la tos, suero subcutáneo, y trocitos de hielo para combatir la sed.

Al siguiente día, el herido está peor, con más ansiedad, tiraje y enfisema en la pared posterior del tórax. Pulso, 120; temperatura, 38°,5. Espacios intercostales borrados y ausencia de murmurio en el lado izquierdo. A la percusión, corazón desplazado, sobrepasando el borde derecho del esternón unos tres centímetros. Una pequeña franja mate en el fondo del saco inferior de la pleura. Traube desaparecido, hipersonoridad en el resto del hemotórax izquierdo, que se prolonga por delante, reemplazando a la matidez cardíaca e invadiendo un poco por fuera el borde esternal derecho.

La percusión de la espalda producía un tono hipersonoro en todo el lado izquierdo, incluso en el canal vertebral correspondiente, y percutiendo el tórax derecho, contrastaba encontrar, al lado de un sonido normal extendido a todo el pulmón, una pequeña zona de sonoridad muy aumentada que se extendía a la derecha del raquis, con una extensión longitudinal desde la 4.<sup>a</sup> a la 9.<sup>a</sup> vértebra. La dimensión transversal de este área no era igual en toda la altura, adquiriendo mayores dimensiones a nivel de una línea

horizontal que pasa por la apófisis espinosa de la 7.<sup>a</sup> dorsal, para ir decreciendo y aproximándose a la línea media que es alcanzada en la 4.<sup>a</sup> y 9.<sup>a</sup> vértebras dorsales. La zona hipersonora descrita tiene la forma de un triángulo aproximadamente isósceles, cuya base longitudinal se extiende entre las vértebras citadas y el vértice; en el caso descrito, está situada a 10 centímetros (cinco traveses de dedo) en la línea horizontal trazada desde el vértice de la apófisis espinosa de la 7.<sup>a</sup> dorsal.

Como el estado del herido no permitía aplazamientos, le practicamos, bajo anestesia local, una resección de la 10.<sup>a</sup> costilla en línea escapular, encontrando la pleura sumamente tensa, hasta el punto de formar hernia a través del espacio vacío de costilla. Punción inicial de la pleura, para dejar salir el aire poco a poco, y agrandamiento ulterior de la abertura, limpiando los coágulos y colocando un tubo de drenaje; como la hemorragia era pequeña, no se hizo nada en el pulmón. El curso post-operatorio, contra lo que esperábamos, fué en extremo desfavorable, pues el herido sucumbió al quinto día, con signos generales de infección, precedentes, sin duda, del trayecto pulmonar. Por circunstancias especiales, no se hizo sección, por lo que carecemos de datos necrópsicos.

La exploración post-operatoria señalaba ausencia del espacio paravertebral descrito.

Como se sabe, en las pleuresías con gran derrame aparece al otro lado de la línea media posterior una zona mate, que tiene la forma de un triángulo rectángulo, y que se conoce con el nombre de triángulo paravertebral de Grocco. En este caso, la matidez alcanza mayores dimensiones transversales cuanto más baja es la percusión. La zona hipersonora paravertebral en el pneumotórax de extensión es más ancha precisamente en la mitad de la altura.

No sé si en todos los casos de pneumotórax de tensión será probable la existencia del signo descrito, pero hay que suponer que su presencia estará condicionada por la cantidad de aire intrapleural y la tensión alcanzada por el mismo. La pleura distendida por la presión gaseosa tiende a tomar forma esférica y desplaza los órganos que la envuelven en una proporción que está en razón inversa de sus medios de fijeza. En la pared torácica, únicamente los espacios intercostales constituidos por partes blandas se

abomban; pero la rigidez relativa de las costillas impide una deformación muy acentuada de la caja torácica.

La pleura diafragmática y la mediastínica, en contacto de órganos más desplazables, son las que sufren más los efectos de la distensión, que se manifiestan principalmente por alteraciones topográficas de las formaciones mediastínicas y por la aparición de la zona de hipersonoridad paravertebral que hemos descrito.

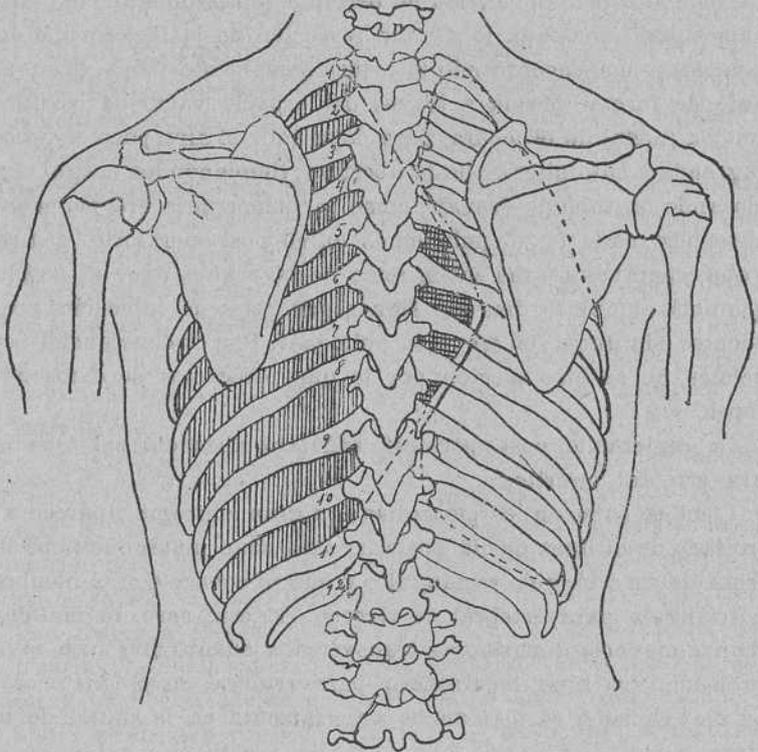


Fig. 4.<sup>a</sup>

La inserción del borde inferior de la pleura mediastínica ofrece una mayor resistencia al desplazamiento que la parte media de dicha membrana, y siendo la presión excéntrica igual en ambos sitios, se abomba el centro, mientras queda fijo el borde inferior. A esto, sin duda, es debida la forma del triángulo hipersonoro (fig. 4.<sup>a</sup>).

En los derramès pleurales es la parte inferior la que soporta mayor tensión, pues sobre ella gravita mayor columna líquida; por eso es la que, desplazándose más, da lugar a la forma característica del triángulo de Grocco.

FIDEL PAGÈS,  
Comandante Médico.

---

FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

---

## Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología

---

(CONTINUACIÓN)

No pretendo yo convencerlos de que la Higiene sea la más importante asignatura de la carrera médica, siguiendo así la tradicional costumbre de que cada Profesor conceda la preponderancia a la materia que explica. Es mejor no establecer comparaciones y afirmarnos sencillamente que es muy importante y que en Higiene hay capítulos indispensables a todo el que quiera ejercer la profesión y capítulos que sólo pueden exigirse a los especializados en la materia. Es decir, que nuestra asignatura como en todas, hay partes de un interés capital y partes de un interés secundario. Sería una quimerar aspirar a que todos los médicos recién licenciados fuesen hábiles cirujanos ni eminentes bacteriólogos, ya que en ambas cosas influye de una manera decisiva las aficiones, las aptitudes y la experiencia de cada individuo. Por el contrario, es forzoso, ineludible, que todos los que ejerzan la profesión médica, cualquiera que sea la rama a que preferentemente se dediquen, conozcan a la perfección el conjunto de reglas que tienden a conservar la salud y la vida de sus conciudadanos.

Abundando en esta teoría, no se podría exigir a todo Profesor

que sepa practicar una operación quirúrgica delicada ni que tenga la suficiente técnica bacteriológica para lograr el aislamiento de un germen; pero, en cambio, sería imperdonable que ignorasen los recursos de que se valen estos gérmenes para la propagación de las enfermedades, ni los medios con que la Ciencia cuenta para evitar esa propagación; y no puede perdonarse sencillamente porque todo el edificio de la Sanidad pública descansa sobre la cultura higiénica del Cuerpo médico, y de aquí que una buena parte de las causas de nuestro retraso sanitario estriben precisamente en la falta de preparación de nuestros médicos, que en su mayoría recibieron una enseñanza tan defectuosa como la que me otorgaron a mí, y que, lejos de ser un sólido apoyo para los Directores de la Sanidad pública, constituyen, por regla general, un obstáculo. Juzgad, pues, vosotros mismos si para la sociedad tiene o no importancia la manera cómo ha de enseñarse la Higiene, y si esta enseñanza es merecedora de una especial atención por parte de Profesores y discípulos. Cada Profesor de Higiene que no cumpla su obligación con toda escrupulosidad, retrasa años enteros la regeneración sanitaria del país, y, por tanto, lleva sobre su conciencia la responsabilidad que supone la pérdida de muchos millares de vidas que pudieron ser salvadas.

Repito, pues, que esta deficiente enseñanza es la causa primera de nuestra situación sanitaria. Cuantos países se distinguen por su cultura sanitaria, presentan una mortalidad considerablemente inferior a la nuestra, tan inferior, que mientras nosotros perdemos como término medio 23 vidas por cada mil habitantes, ellos reducen la proporción a 12, a 10 y hasta a 9, como ocurre en Nueva Zelanda. Claro está que no hay que forjarse la ilusión de que la adopción de unas cuantas medidas sanitarias nos llevaría rápidamente a una situación análoga a la de este último país; pero, en cambio, me parece muy factible que utilizando nuestras condiciones de clima llegásemos con una política sanitaria a ahorrarnos 10 vidas por cada 1.000 en un plazo muy breve, y este ahorro en una nación de muy cerca de 22.000.000 de habitantes, significan, próximamente, 200.000 vidas anuales, que son las que se pierden por nuestro abandono y nuestra ignorancia; y podréis daros cuenta exacta de lo que significa esta cifra cuando recordéis que son precisamente 200.000 los habitantes que tiene Sevilla. Recordad, además, que aun con las condiciones excepcionales que favorecían a

España durante el decenio de 1910 a 1920, el aumento de población en nuestro territorio sólo ha sido de 135.000 habitantes por año, y reflexionad a qué poca costa podríamos duplicarle, y en qué condiciones nos colocaríamos de riqueza y de prestigio ante un avance semejante.

Ya se ha hecho notar muchas veces la curiosa inversión de valores que existe en España, inversión que consiste en que lo fundamental para el país y, por lo tanto, para su riqueza, que es la vida humana, nada vale y nadie se preocupa de ella, y, en cambio, lo accesorio, porque depende de aquello, la agricultura, el comercio, las industrias merecen todo género de protecciones oficiales. Como si pudiese existir ni comercio, ni industria, ni agricultura florecientes sin que antes existan hombres que las impulsen y que las dirijan; hombres que sean muchos en número y que tengan la primer condición indispensable para la lucha: salud. Consocuencia de esto o quizá causa de ello, es que nuestros políticos ofrezcan en sus programas soluciones para todos los problemas nacionales, menos para el sanitario, y ninguno de ellos, que yo sepa, se ha dirigido al pueblo ofreciéndole la seguridad de que en lo sucesivo la vida y la salud de los españoles estarán por encima de los intereses de los caciques y de la ignorancia de sus conciudadanos.

Lo más que se ha avanzado en esta senda ha sido la larga, la interminable serie de disposiciones oficiales sobre enterramientos, y la promesa de un jefe de partido de conseguir la secularización de los cementerios como aspiración de sus correligionarios, promesa que me trae a la memoria a nuestro poeta Zorrilla, cuando por boca de su popular D. Juan se alababa de la magnífica sepultura que había proporcionado a sus víctimas.

Uno de los primeros pasos a dar en el camino de la regeneración sanitaria es sin duda la creación del Ministerio de Sanidad, y así lo han comprendido los países que marchan a la cabeza de la civilización. Inglaterra, Francia, Polonia, Checoslovaquia, Servia, El Canadá, Cuba, Austria y hasta Turquía, cuentan con departamentos ministeriales dedicados exclusivamente a la función sanitaria.

En España la Sanidad pública depende del Ministerio de la Gobernación, en el que también se cobijan los asuntos de Comunicaciones, de Orden público y los de naturaleza política, todos ellos más estruendosos que la Sanidad, a la que relegan a un último

término, de manera que, como regla general, los Ministros dedican sus actividades más a la resolución de aquellos problemas que a los de higiene pública. De esta situación nace la imposibilidad de conseguir que el Parlamento apruebe leyes sanitarias de ninguna clase y que sigamos rigiéndonos por una arcaica ley de Sanidad, cuyo origen se remonta nada menos que a 1855, y cuenta que, afortunadamente, la Instrucción de Sanidad de 1904 ha contenido parcialmente el daño que derivaba de una situación tan anómala.

Conviene que os diga cuanto antes, que el remedio de todos nuestros males sanitarios no estriba únicamente en la creación del Ministerio de Sanidad, y que sólo por su acción de presencia, nuestra mortalidad no va a descender rápidamente. Hay que crear el Ministerio de Sanidad, pero hay que crearlo bien. Para lograrlo, hay, en primer término, que elegir el personal que ha de integrarlo entre aquellos técnicos cuya historia garantice su futura gestión.

Después habrá que evitar que el novel Ministerio se transforme en un centro más de burocracia, al servicio de los políticos. Quizás sean los más temibles adversarios de una creación afortunada del Ministerio de Sanidad los periodistas médicos, los vociferadores de la higiene, que sin base de ninguna clase, sin conocimientos ni suficiencia alguna, dirigen sus esfuerzos en periódicos políticos y en reuniones de no muy clara finalidad, a convencer al público, siempre candoroso, de su aptitud para transformar rápida y radicalmente el estado sanitario de nuestra Nación. Yo, instintivamente, desconfío de todo aquel que, fracasado en la carrera médica, busca una orientación en la política, aunque al hacerlo se esconda bajo la máscara de su tecnicismo, y desconfío porque, aun en el caso más afortunado, creo que ha de fracasar también. Si el Ministerio de Sanidad llega algún día a crearse, es necesario que a su frente figuren personas técnicas y de intachable historia; que no sean políticos ni periodistas; que tengan, en fin, dos condiciones fundamentales para el desempeño del cargo: capacidad y solvencia moral. Si así no fuera, el Ministerio de Sanidad sólo serviría para recargar una vez más el presupuesto y para proporcionar un arma formidable al servicio de nuestros caciques políticos. También se conseguiría perder la confianza que actualmente tiene el pueblo en las ventajas que le reportaría una política sanitaria,

confianza que con tanto trabajo han sabido inspirarle los que hasta ahora han venido rigiendo la sanidad pública.

Sentemos, pues, que el primer paso para nuestra regeneración es la instauración de una política sanitaria bien dirigida; y para que os deis cuenta exacta de lo que ello significa, veamos rápidamente qué ventaja han obtenido los países extranjeros siguiendo esa pauta. Comenzaré relatando algo muy vulgar, muy conocido, pero que para los españoles siempre deberá estar muy presente, para que nos sirva de escarmiento ejemplar. Me refiero a lo ocurrido con la fiebre amarilla, que tantos miles de víctimas nos ha costado durante los siglos de nuestra dominación en el continente americano. Refiriéndonos concretamente a Cuba, puede afirmarse que muchas más muertes nos causó esta enfermedad que los cubanos que combatían por su independencia, y a pesar de ello, ni los médicos españoles ocupan un lugar preferente entre los que trataron de desentrañar los misterios que ocultaban las causas íntimas y la manera de propagarse de la enfermedad, ni el Gobierno español creyó tampoco necesario encauzar a nuestros profesionales en el sentido de esas investigaciones. Ciertamente que a los médicos españoles se deben muchos y muy buenos trabajos acerca de la fiebre amarilla; pero esos estudios no pasaban de ser clínicos y terapéuticos, y nunca bacteriológicos ni epidemiológicos; y así se dió el caso que las primeras investigaciones del Dr. Finlay no tuvieron eco entre nuestros compatriotas, que no concedieron un gran crédito a sus afirmaciones. Tan pronto como fué arriado nuestro pabellón, los norteamericanos se preocuparon del problema sanitario de toda la Isla, y muy especialmente de la fiebre amarilla, principal causa de insalubridad en la perla de las Antillas. Nombraron rápidamente una comisión que estudiase los factores que regían su propagación y propusiesen medidas para combatirla. Bien pronto los bacteriólogos americanos, desechando los estudios muy en boga de Freire y los más modernos de Sanarelli, emprendieron la senda que les indicaba el Dr. Finlay, y no mucho tiempo después quedaba sentado definitivamente el papel que el *Culex mosquito* de Finlay desempeñaba en la propagación de la fiebre amarilla. Esclarecida de un modo tan brillante como rápido la manera como se extendía la fiebre amarilla, fué fácilmente acorralada y, al fin, extinguida en la Habana, primero, y en el resto de la Isla más tarde; y la victoria conseguida fué tan clara, tan aparen-

te, hasta para los más obtusos, que cuando el Gobierno norteamericano implantó en la Isla su política de saneamiento, el pueblo en masa la aceptó gustoso, convencido que con ella se le producían beneficios incalculables. Hoy día, la mortalidad en la Habana es de un 12 por 1.000, mientras que en los tiempos de nuestra dominación pasaba del 30; bien es verdad que el presupuesto de la ciudad de la Habana para atenciones sanitarias es mayor que el que dedicamos nosotros para el mismo fin en la Nación entera.

En lo que os acabo de relatar, merece que os fijéis con algún detenimiento, para que os deis cuenta de nuestra apatía, sufriendo durante siglos enteros los estragos de una enfermedad, sin preocuparnos siquiera de si existiría algún medio que nos defendiese de ella. Merece también consignarse la falta de curiosidad de nuestros médicos, que viviendo en países tropicales, parajes apropiados para los estudios de Parasitología, no contribuyeron ni poco ni mucho a los avances de la Ciencia; pero esto, que para algunos es un grave cargo que formular a los médicos militares (que en toda Europa son los que han contribuido a la formación de la Parasitología), para mí es disculpable, y en cierto modo hago recaer la falta sobre los profesores de las Facultades de Medicina, que los habían facultado para el ejercicio profesional, sin darles la menor noción sobre Parasitología, y claro es que no había que esperar grandes iniciativas ante esas generaciones, tan faltas de preparación científica.

Nuestra pasividad contrasta con la actividad de los norteamericanos, que apenas encargados del Gobierno de la Isla procedieron a nombrar la Comisión Sanitaria, que tan brillantemente cumplió su cometido. Pero mucho más de admirar que las investigaciones acerca del papel que desempeñaba el *Stegomyia fasciata* en la fiebre amarilla, es el tesón con que las Autoridades americanas hicieron cumplir punto por punto las medidas dictadas contra el mosquito, y tanto más es ello digno de admiración cuanto que es muy posible que aun sabiendo nosotros los procedimientos a seguir contra la enfermedad, no hubiéramos logrado el resultado que ellos, por nuestra resistencia al cumplimiento de toda clase de disposiciones oficiales.

Otro ejemplo de lo que puede lograrse con una buena política sanitaria lo encontramos en la lucha antipalúdica. Francia ha sido uno de los países que primeramente han intentado librarse del azo-

te del paludismo, obligada quizás por su gloriosa historia en el descubrimiento del hematozoario. Francia ha organizado una campaña antipalúdica en Argelia, que, dirigida por los Sergent, puede tomarse como modelo de estas empresas, y con la cual ha conseguido que extensas comarcas, difícilmente explotables por su insalubridad, sean hoy día feraces y ricas. Francia es también la organizadora de la lucha contra el hematozoario en Macedonia, en donde la rápida invasión de muchos miles de soldados puso en peligro el éxito de la campaña militar, peligro que desapareció gracias también al talento organizador de Sergent; y aún han hecho más los franceses dedicando una especial atención al problema palúdico dentro de la Metrópoli, y consiguiendo que a pesar de las desfavorables circunstancias que le creaba la gran guerra, la malaria no se extendiese dentro de su territorio. Italia es quizá la nación que ocupa el primer lugar en todo lo que se refiere a prevención del paludismo, como corresponde al país que dió vida a sabios como Golgi, Bastiani, Marchiafava, Celli y cien más que contribuyeron al conocimiento exacto del hematozoario. Fué, además, con anofeles procedentes de la campiña romana con los que Manson efectuó sus famosos experimentos, que determinaron para siempre el papel del nematócero en la propagación del paludismo. En la actualidad, el mundo entero copia los métodos italianos contra la enfermedad, y sus leyes, favoreciendo el empleo de la quinina, son universalmente elogiadas y copiadas. De todo ello la nación italiana se ha beneficiado, saneando y poniendo en explotación comarcas que en otro tiempo llevaban fatalmente la miseria y la enfermedad a los escasos colonos que se atrevían a intentar su cultivo. Al igual que Francia e Italia, Inglaterra, Grecia, Portugal, etc., han emprendido la lucha contra el paludismo, condicionada en cada caso a sus características especiales de riqueza y de cultura sanitaria. Todas están convencidas de la eficacia y de la economía que significa el saneamiento de las comarcas palúdicas, y, sobre todo, tienen muy presente el ejemplo de Panamá. Los primeros trabajos para la construcción del canal terminaron con el terrible desastre financiero que aún se recuerda, desastre que fué debido en primer término a la insalubridad de la comarca, en las que combinadamente la fiebre amarilla y el paludismo producían tales estragos, que se calculaba que cada travesía del ferrocarril que debía bordear el canal costaba la vida de un hombre. Pues

bien; actualmente el canal está terminado y los barcos pasan a su través, del Pacífico al Atlántico; pero ello no se ha hecho sin antes emprender una política sanitaria, dirigida por un hombre como el Coronel Gorgas, que ni era político ni periodista, pero, en cambio, era enérgico y estaba capacitado para la misión que se le encomendaba.

DR. JOSÉ A. PALANCA,  
Comandante Médico.

(Continuará.)

---

## DESTINOS

---

*Circular.*—Excmo. Sr.: A fin de llevar a la práctica la implantación de las especialidades, sin irrogar perjuicio a los demás servicios sanitarios, y para resolver ciertas dudas surgidas sobre la forma de proveer las plazas creadas por Real decreto de 28 de Abril último (*D. O.* núm. 95), el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien dictar las siguientes instrucciones:

Primera. Con el fin de facilitar la implantación y cumplimiento del Real decreto de 28 de Abril último, se autoriza, por una sola vez, a concursar destinos con ocasión de vacante, a los Jefes Médicos destinados por antigüedad en los Hospitales militares en los que haya necesidad de vacantes para la implantación de las especialidades, cualquiera que sea el tiempo que lleven en su actual destino, limitando este derecho al número necesario de vacantes. Para hacer uso de esta autorización se les otorga un plazo de diez días, a contar de la fecha de la publicación de esta Real orden, debiendo las Autoridades correspondientes, especialmente las de las Islas Canarias y Baleares, adelantar por telégrafo las papeletas presentadas que, de otro modo, no pudieran llegar oportunamente a este Ministerio.

Segunda. A los concursos anunciados por Reales órdenes de 1.º y 5 de Mayo corriente (*D. O.* números 97 y 100), excepto a los comprendidos en la siguiente regla, podrán presentar instancia los Tenientes coroneles, Comandantes y Capitanes Médicos que se

crean en condiciones, con arreglo a lo dispuesto en los artículos 7.º, 8.º y 29 del Real decreto de Abril citado, debiendo hacerlo en un plazo de diez días, a contar de la fecha de esta disposición. Las Autoridades militares correspondientes anunciarán por telégrafo la remisión de las instancias que, con este fin, le sean presentadas.

Tercera. Quedan suspendidos los concursos anunciados por la Real orden de 1.º de Mayo (*D. O.* núm. 97) para las especialidades de Urología y Odontología del Hospital de Carabanchel y del de Barcelona, hasta tanto que se organicen dichos servicios.

Cuarta. Conforme a lo dispuesto en los artículos 24 y 29 de la soberana disposición ya mencionada, todos los oftalmólogos y otorino-laringólogos tendrán a su cargo en los Hospitales militares una clínica de Medicina, salvo en el caso incluido en el art. 43 de la misma disposición. Igual obligación tendrán los especialistas en dermato-sifilografía y radiología de los Hospitales, donde el servicio de estas especialidades, incluido el consultorio, sea muy poco numeroso.

Quinta. Una vez implantadas definitivamente todas las especialidades, las vacantes que ocurran y que no pertenezcan a las ya cubiertas por concurso, se anunciarán como pertenecientes a internistas, encargados de las clínicas de Medicina y consultorios.

A los internistas destinados con arreglo al párrafo anterior, les serán aplicables los artículos 25, 26, 29 y 51 del Real decreto de 28 de Abril último (*D. O.* núm. 95).

Sexta. Si para cumplimentar los artículos 7.º y 29 no hubiese suficiente personal especializado oficialmente, el Jefe de la Sección queda autorizado para nombrar el personal que considere idóneo para constituir la Junta asesora, sea cualquiera el punto de su destino.

Séptima. Los Inspectores Médicos de las regiones interesarán de las Capitanías generales de las mismas las medidas necesarias para el cumplimiento, en el más breve plazo posible, de lo dispuesto en los artículos 11, 25 y 29, en las localidades donde haya especialista. Asimismo ordenarán a los Directores de los Hospitales militares el pronto cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 9.º, 25, 29, 30, 43 y 48 de la citada disposición.

Octava. Por los Directores de los Hospitales donde haya especialistas de Cirugía destinados por concurso anterior, y en los que se provean en adelante, se procederá a la formación de los

equipos, con arreglo a los artículos 3.º y 4.º del Real decreto mencionado, dando cuenta a este Ministerio, por conducto reglamentario, cuando haya habido necesidad de cumplimentarse los artículos 5.º y 6.º del mismo.

Novena. Por la Sección de Sanidad Militar se anunciarán en época oportuna los cursos para las diferentes especialidades.

Décima. A todos los especialistas destinados por concurso les será aplicable el art. 14 del Real decreto tantas veces mencionado.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 18 de Mayo de 1923.—*Alcalá Zamora.*

---

## NECROLOGÍA

---

Don Práxedes Llisterri Ferrer,

*Comandante Médico.*

Nació en Peñarroya, provincia de Teruel, el día 1.º de Diciembre de 1886, graduándose de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia el 15 de Junio de 1906, y en Ciencias (Sección de Química), en la misma Universidad, en 28 del citado mes y año.

En 28 de Septiembre del repetido año de 1906 fué nombrado Médico-alumno de la Academia del Cuerpo, siendo promovido a Médico segundo en 30 de Junio de 1907, y ascendido a Médico primero en 27 de Mayo de 1910. A Comandante Médico ascendió en 24 de Noviembre de 1920.

Prestó sus servicios en la tercera Compañía de la disuelta Brigada de tropas de Sanidad Militar, Regimientos Infantería de España, Otumba, Guadalajara, Brigada disciplinaria de Melilla, y en comisión en la Enfermería militar de Larache, Consulado de España en Mogador, octavo Regimiento montado de Artillería, Equipo quirúrgico de Larache, como Jefe, y Hospital militar de Alcázarquivir. A su fallecimiento, ocurrido el 24 de Abril último, estaba destinado en el Hospital militar de Valencia.

Descanse en paz nuestro estimado compañero.

---

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

---

Ha fallecido en Madrid, el día 25 de Mayo último, el Inspector Médico de primera clase, en situación de segunda reserva, Excelentísimo Sr. D. Ramón Sáez García.

Enviamos a su distinguida familia nuestro más sentido pésame.

\*  
\* \*

Ha quedado constituida en esta Corte la Asociación Hidrológica de Médicos habilitados de aguas minerales.

\*  
\* \*

El 19 de Mayo próximo pasado se celebró en el Palace Hotel un banquete en honor del Dr. D. Vicente Gimeno, con motivo de su ingreso en la Real Academia de Medicina.

Asistieron el Ministro y Subsecretario de Instrucción Pública, el Rector de la Universidad Central, el padre del festejado, Conde de Gimeno, y muchos amigos y compañeros del nuevo académico.

\*  
\* \*

El 16 del pasado mes, el Teniente coronel Médico, Director del Hospital de Córdoba, D. Santos Rubiano, dió una conferencia, del turno correspondiente a Sanidad Militar, ante el Gobernador militar de aquella plaza y la Oficialidad de la misma, sobre «Las directrices higiénicas del pequeño mando».

\*  
\* \*

La Sociedad de Pediatría de Madrid, en junta general extraordinaria celebrada el día 26 de Abril, acordó celebrar un Congreso de Pediatría en San Sebastián, en los primeros días del mes de Septiembre próximo, dividiendo el Congreso en las secciones de:

- 1.<sup>a</sup> Higiene y alimentación del niño.
- 2.<sup>a</sup> Medicina infantil.
- 3.<sup>a</sup> Cirugía infantil y Cirugía ortopédica.
- 4.<sup>a</sup> Pedagogía, y
- 5.<sup>a</sup> Protección a la infancia.

\*  
\* \*

La Asociación de Médicos de Davos (Suíza) está preparando para la semana del 19 hasta el 26 de Agosto un curso de instrucción suplementaria para Médicos, tratando de tuberculosis y clima de altitud. Comprenderá diagnóstico, tratamiento general y especial y será combinado con cursos demostrativos de la materia. Se dará el curso en lengua alemana y francesa.

Más adelante se darán detalles referentes al programa y ventajas de precio.

Los que deseen tomar parte podrán indicar su nombres y señas a «Forschungsinstitut Davos».

\*  
\* \*

El Secretario de la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española, D. Juan P. Criado, ha tenido la atención, que le agradecemos, de enviarnos un ejemplar de los trabajos presentados en el 2.º Congreso Mexicano del Niño, patrocinado por *El Universal*, de dicha capital.

\*  
\* \*

#### Cuerpo de Sanidad Militar.

*Relación nominal de los Sres. Jefes y Oficiales y Practicantes del territorio de Larache, que han contribuido en las cantidades que se expresan a la suscripción para el monumento de los muertos en campaña pertenecientes al Cuerpo.*

	Pesetas.
Comandante Médico D. Edmundo Fuentes Serrano.....	15,00
Idem íd. D. Manuel Ocaña López.....	25,00
Idem íd. D. Juan Romeu Cuallado.....	25,00
Capitán Médico D. Augusto Díaz y Díaz.....	25,00

Capitán Médico D. Celso Sicilia y Sicilia.....	15,00
Idem íd. D. Francisco Irañeta Urriza.....	20,00
Idem íd. D. José Torres Pérez.....	10,00
Teniente Médico D. Miguel Terreros Pérez.....	15,00
Idem íd. D. Antonio Rossell Santoná.....	15,00
Idem íd. D. Julio Atenza Crespo.....	25,00
Idem íd. D. Andrés Gato Herrero.....	25,00
Idem íd. D. Eugenio Montero Quiroga.....	15,00
Idem íd. D. Isidro Sáenz Martínez.....	10,00
Idem íd. D. Juan Diego Ortega García.....	10,00
Capitán (E. R.) D. Manuel del Moral Yesares.....	10,00
Alférez (E. R.) D. Carlos Martínez y Martínez.....	5,00
Practicante militar D. José Sellés Rás.....	5,00
Idem íd. D. Claudio Almagro Martínez.....	5,00
Idem íd. D. Victorino de la Fuente Guerra.....	5,00
Idem íd. D. Manuel Castellote Cortés.....	5,00
Idem íd. D. Angel Azcue Villarias.....	5,00
Idem íd. D. Francisco Royo Pérez.....	5,00
Idem íd. D. Luis Blas Otero.....	5,00
Idem íd. D. Antonio Cortés Pérez.....	5,00
Idem íd. D. Antonio Moriel del Pazo.....	5,00
Idem íd. D. Diego García Sánchez.....	5,00
Idem íd. D. Victoriano Martínez Illana.....	5,00
Idem íd. D. Antonio Rodríguez Ruis.....	5,00
Idem íd. D. Mario Viñes Puyol.....	5,00
Idem íd. D. Joaquín Herrera Marín.....	5,00
Idem íd. D. Antonio Ortiz de Zárate.....	5,00
Idem íd. D. Francisco Sancho Bernardo.....	5,00
Idem íd. D. Juan Romero Medina.....	5,00
Idem íd. D. Ramón Conde Milagro.....	5,00
Idem íd. D. Cayetano Benítez del Real.....	5,00
Idem íd. D. Melecio López Marcos.....	5,00
Idem íd. D. Alejandro Rayo Cordero.....	5,00
Idem íd. D. Basilio Matamala Flos.....	5,00

TOTAL PESETAS..... 375,00

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

**Desgarros de la vejiga y fracturas de la pelvis; laparotomía exploradora y cistostomía, por G. Miglinac.**—El autor, basándose en el estudio de 92 observaciones, unas personales y otras recogidas en la literatura, trata de puntualizar lo que debe hacerse en los casos de ruptura vesical con fractura de la pelvis. Como conclusiones establece que las fracturas de la pelvis asociadas a un desgarro vesical, van a menudo acompañadas de una lesión intraperitoneal, sea lesión intestinal, sea la ruptura intraperitoneal de la vejiga, etc. Es necesario operar, de urgencia, los heridos que tienen una fractura de la pelvis y una lesión de la vejiga. Si existe *vientre de madera*, hay que practicar desde el primer momento la *laparotomía exploradora* infraumbilical, antes de abordar la vejiga por su cara anterior. Si el vientre está *blando*, hay que practicar de primera intención la talla hipogástrica media y aprovecharse de ella, para examinar la cavidad intraperito-

neal por un ojal practicado en el peritoneo supravescical. Todo desgarro vesical, visible y abordable, debe ser suturado cuando el estado de la pared vesical permite la sutura. Si la herida ha sido correctamente suturada, se puede (en algunos casos favorables) no hacer la cistostomía y contentarse con una sonda permanente. Con la mayor frecuencia será prudente hacer una cistostomía suturando cuidadosamente la vejiga a la piel para «excluir» la cavidad de Retzius y la fractura. El drenaje preventivo de la cavidad de Retzius y del foco de fractura, drenaje abdominal, o abdómino-perineal, no está libre de inconvenientes ni de peligros. La cistostomía es indispensable, cuando el desgarro vesical no ha sido visto, o no ha podido ser suturado. Entonces constituye una operación salvadora. Todas las 92 observaciones se encuentran resumidas al final del trabajo.—(*Revue de Chirurgie*, 1922, núm. 12.)—E. LUENGO (*Siglo Médico*).

---

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

**Tuberculosis pulmonar y reclutamiento en el Ejército.**—El Dr. Chavigni, Médico principal en Estrasburgo, después de algunas consideraciones sobre este asunto, ampliamente discutido merced a su intervención en otras sesiones de la Sociedad de Medicina Militar Francesa, transcribe y recoge la opinión autorizadísima del Dr. Sergent,

quien se expresa en los siguientes términos:

«La cuestión que se discute es de gran importancia, siendo digno de aplauso el móvil que la motiva. Es cierto que la exclusión del Ejército de todos los tuberculosos conduce al riesgo de hacer el vacío en las filas militares. ¿No somos acaso todos tuberculosos? La dificultad consiste

precisamente en saber si siendo tuberculoso o, mejor dicho, habiendo estado tuberculizados, somos activos o definitivamente inmunizados. Creo que la contestación a este asunto es imposible, puesto que es necesario juzgar sobre un largo período y no considerar el momento presente. Llenar un diagnóstico de porvenir en un caso cualquiera de tuberculosis, es buscar la cuadratura del círculo.

»En mi opinión, es preciso distinguir los tuberculosos evolutivos de aquellos que no lo son. Para los pri-

meros es indudable que la exclusión se impone. Para los segundos es cuestión de especie y de casos particulares, y en esto intervienen los datos del estado de robustez actual del sujeto que os sean familiares. Esta opinión se funda en los 32.000 casos que he examinado durante la guerra, y se apoya en las consecuencias financieras terribles del abuso de las pensiones de invalidez.»—(*Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française*, Janvier, 1923.)—*J. P.*

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

- 12 Mayo.....—Real orden (*D. O.* núm. 106) accediendo a la petición del Capitán Médico D. José Díaz Rodríguez, con destino en la Comandancia de Artillería e Ingenieros de El Ferrol, de que se le conceda la gratificación de mando por tener su destino en Cuerpo armado.
- 14       »       Real orden (*D. O.* núm. 106) disponiendo que las prácticas de fin de curso de la Academia de Sanidad Militar se realicen en la segunda quincena del mes de Junio próximo con arreglo al programa que se determina.
- »       »       Real orden (*D. O.* núm. 106) disponiendo que el número de enfermeros de las salas de venéreo de los Hospitales militares sea de cinco por cada veinte enfermos o fracción que pase de quince, y aumentando un enfermero por cada fracción de cinco; estos enfermeros disfrutarán iguales beneficios que los destinados en las Salas de infecciosos.
- »       »       Real orden (*D. O.* núm. 106) concediendo la placa de San Hermenegildo al Coronel Médico D. Celestino Alemany Aznares y al Teniente coronel Médico D. Enrique Pedraza Vivanco, y la Cruz de la misma Orden al Te-

niente coronel Médico D. Mariano Guerra Santarén y a los Comandantes Médicos D. Francisco Moreno López y D. Paulino Paredes Pereda.

- 16 Mayo.....—Real orden (*D. O.* núm. 107) disponiendo que el Teniente Médico D. Juan González Alvarez pase destinado al grupo de Fuerzas regulares indígenas de Ceuta, número 3.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 107) disponiendo que el Teniente Médico D. Carlos Fernández Fernández pase destinado al grupo de Fuerzas regulares indígenas de Tetuán, núm. 1.
- 18 » Real orden (*D. O.* núm. 108) otorgando la Medalla de Sufrimientos por la Patria al Capitán Médico D. Manuel Hombria Iñiguez con 7.150 pesetas en total de pensión e indemnización, y al Teniente Médico D. Felipe Peña Martínez con 3.250 pesetas en total por iguales conceptos, continuando el primero percibiendo desde 1.º de Abril último la pensión diaria de 15 pesetas hasta que obtenga el alta por curación de sus heridas.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 109) concediendo la Cruz del Mérito Militar de la clase correspondiente y distintivo rojo al Comandante Médico D. Cándido Jurado Barrero: Capitanes Médicos D. Luis Sancho Catalán, D. Teófilo Zelaya Clavería, D. Francisco Rodríguez González, D. José Oñorbe Danso, D. Tomás de Fez Sánchez, don Narciso Barbero Tirado, D. Pelayo Lozano Arcos, don Miguel Sayalero y Martínez Delgado, D. Cecilio Hernández González, D. Domingo Martínez Eroles, don Antonino Saro Cano, D. José Gómez Segalerva, D. Arturo López Despret, D. Juan Fernández Lozano, don Juan Cerrada Ferés, D. Nicolás Martínez Rituerto, don Jeremías Rodríguez González, D. Julio Ortiz de Villajos, D. José Martínez de Mendivil, D. Alberto Conradi Rodríguez y D. Juan López Quelles; Tenientes Médicos D. José Riera Pers, D. Carlos Tello Peinado, D. Emilio López Galiacho, D. Luis Gandullo Solsona, y Farmacéutico primero D. Antonio Moyano Cordón.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 108) concediendo al Capitán Médico D. Domingo Martínez Eroles licencia para con-

- traer matrimonio con D.<sup>a</sup> Olimpia Gumpert y Dassoy.
- 19 Mayo.....—Real orden (*D. O.* núm. 109) concediendo seis meses de licencia por asuntos propios, para varios puntos de España y del extranjero, al Comandante Médico D. Luis Gabarda Sitjar.
- 22 » Real orden (*D. O.* núm. 112) disponiendo que el envase que utiliza el Instituto de Higiene militar para los sueros antidiftéricos y antitetánico sea sustituido por ampollas forma botella de 20 c. c.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 112) concediendo la gratificación anual de efectividad que se indica a los Oficiales Farmacéuticos siguientes:
- Farmacéuticos primeros D. Ricardo Crespo Cordonié, 1.000 pesetas por dos quinquenios y una anualidad; D. Antonio Moyano Cordón, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. Antonio Xiberta Roig, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. Rafael Ximénez de la Macorra, 1.000 pesetas por dos quinquenios.
- Farmacéuticos segundos D. Joaquín Pérez Sanz, 500 pesetas por un quinquenio; D. Vicente Navarrete Salaya, 500 pesetas por un quinquenio.
- 24 » Real orden (*D. O.* núm. 113) confirmando la declaración de apto para el ascenso hecha a favor del Teniente Médico D. José Ventosa Punsoda.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 113) disponiendo que el Teniente coronel Médico D. José Martí Ventosa vuelva a activo, quedando disponible en Baleares hasta que le corresponda ser colocado.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 114) disponiendo que el Capitán Médico D. Luis Hernández Marcos desempeñe el cargo de Vocal de las Secciones Delegadas de Lanzarote y Fuerteventura de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Canarias.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 114) concediendo licencia al Capitán Médico D. Gaspar Gallego Matheos para contraer matrimonio con D.<sup>a</sup> María Isabel Jiménez Sánchez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 114) concediendo licencia al Capitán Médico D. Manuel Portabales Pichel para con-

- traer matrimonio con D.<sup>a</sup> María Lorenzo Estévez.
- 24 Mayo. . . . .—Real orden (*D. O.* núm. 114) concediendo al Capitán Médico D. Eugenio Ruiz Miguel la gratificación de efectividad de 500 pesetas anuales.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 114) disponiendo que el Capitán Médico D. Juan Barroso de Lema desempeñe el cargo de Vocal interino de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Jaén.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 115) confiriendo el empleo de Capitán Médico al Teniente D. José Ventosa Punsoda.
- 25 » Real orden (*D. O.* núm. 114) disponiendo que los Oficiales Farmacéuticos que se indican pasen a servir los destinos siguientes:
- Farmacéutico primero:* D. Leonardo Pérez Gutiérrez, de la Farmacia militar de Mahón, a la de Valladolid (V.).
- Farmacéuticos segundos:* D. Joaquín Arijón Gende, de la Farmacia militar de Valladolid y en comisión en el Hospital de campaña núm. 1, cesa en esta comisión, incorporándose a su destino de plantilla; D. José Fernández Lerena, del Hospital de Alhucemas, a los grupos de Hospitales de Ceuta (V.); D. Tomás Morató Pou, del Hospital de Palma Mallorca, al de Alhucemas (F.).
- » » Real orden (*D. O.* núm. 114) asignando 21.000 pesetas para Escuelas prácticas de Sanidad Militar.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 155) disponiendo que en la zona de Larache se organice un Mando a cargo de un General de Brigada con las atribuciones que se indican, quedando los servicios de Sanidad Militar constituidos como en la actualidad bajo la inspección del Jefe de Sanidad de Ceuta, que pasa a serlo de los servicios sanitarios de todo el territorio, continuando efectuando los reconocimientos de inútiles por los Tribunales Médicos de Larache los referentes a esta zona. La plantilla en las dos Secciones del Cuerpo es la misma que en la suprimida Comandancia general de Larache.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 115) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos que se indican a continuación pasen a servir los destinos siguientes:

*Teniente coronel:* D. Dionisio Tato Fernández, ascendido, de los grupos de los Hospitales de Melilla, a disponible en Melilla.

*Comandantes:* D. José Rodríguez Castillo, ascendido, del Depósito de sementales de la quinta zona pecuaria, a disponible de la quinta Región; D. Gustavo Martínez Manrique, ascendido, del 14.º Tercio de la Guardia civil, a disponible de la primera Región; don Sebastián Monserrat Figueras, ascendido, de la cuarta Comandancia de Sanidad, a disponible en la cuarta región; D. Ramón Zorrilla Polanco, ascendido, del primer Tercio de Caballería de la Guardia civil, a disponible en la primera Región.

*Capitanes:* D. Rafael Castelo Elguero, del Regimiento Infantería de la Princesa, 4, a la tercera Comandancia de Intendencia (art. 1.º).

#### *Artículo 10.*

D. Alberto Leiva Delgado, del Regimiento Infantería del Serrallo, 69, a la Academia de Infantería.

#### *Voluntarios.*

D. Celso Sicilia Sicilia, del Batallón Cazadores de Tarifa, 5, al Regimiento mixto de Artillería de Ceuta; D. César Merás Vázquez, del Regimiento Infantería de Ceuta, 60, al grupo de Artillería de montaña de Melilla; D. Manuel Luzón Linde, del Regimiento mixto de Artillería de Ceuta, a los grupos de Baterías ligeras de Ceuta.

#### *Forzosos.*

D. Constancio Urcelay Martínez, del Regimiento Infantería La Lealtad, 30, al del Serrallo, 69; D. Luis Matoni Parra, del 11.º Regimiento Artillería ligera, al Regimiento Infantería de Melilla, 59; D. Pedro Alvarez Nouvilas, del Regimiento Infantería de Zamora, 8, al del Serrallo, 69; D. José Téllez Lafuente, de la

sexta Comandancia de Sanidad, al Batallón Cazadores de Tarifa, 5; D. José Ventosa Punsoda, ascendido, del Regimiento Infantería de Tarragona, 78, al del Serrallo, 69; D. José Escobar Delmas, de Necesidades y Contingencias del servicio de Ceuta, a igual destino en Tetuán; D. Domingo Sierra Bustamante, del noveno Regimiento Artillería ligera, al segundo Regimiento Artillería de montaña.

*Tenientes.*

*Artículo 16.*

D. Federico Arteaga Pastor, del Regimiento Infantería de Luchana, 28, al de Ceuta, 60; D. Manuel Torrecilla Carrión, del Hospital de Tetuán, al Regimiento Infantería de Tarragona, 78; D. Emilio López Galiacho, de los grupos de Hospitales de Melilla, al Regimiento Cazadores de Treviño, 26.º de Caballería (Melilla); D. Juan Durán Sánchez, de los grupos de Hospitales de Melilla, a la Compañía mixta de Ceuta (rectificación).

*Voluntarios.*

D. Juan Pruneda Carnago, de las tropas de Policía Indígena de Ceuta, a los grupos de Hospitales de Melilla; D. Antonio Peñamaría y Flórez de Sierra, del tercer Batallón del Regimiento Infantería del Serrallo, 69, a los grupos de Hospitales de Ceuta.

*Alférez Médico de complemento.*

D. Antonio Gullón Gullón, del disuelto Hospital de campaña núm. 1, al Hospital de Madrid-Carabanchel.  
26 Mayo.....—Real orden (D. O. núm. 115) disponiendo que el Comandante Médico D. Antonio Pérez Núñez continúe destinado en el Servicio de Aviación.