

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIII.

Madrid, 1 de Agosto de 1923.

Núm. 15.

SUMARIO

La seroterapia en dermosiflografía, por los Dres. D. Rafael Criado y don Felipe Sicilia.—*Estudio crítico de los procedimientos de desinfección y de desinsectación en tiempos de paz y de guerra.*—*Heridas abdominales de guerra. Mi experiencia personal, por Fidel Pagés.*—*Varietades.*—*Prensa médico-farmacéutica: La asepsia del campo operatorio.*—*Prensa militar profesional: Las enfermedades venéreas en el Ejército de las Indias holandesas.*—*Bibliografía.*—*Sección Oficial.*

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

LA SEROTERAPIA EN DERMOSIFILOGRAFÍA

Los diferentes métodos de inyección de suero con un fin terapéutico pueden clasificarse en tres grupos: 1.º Heteroseroterapia, que es la inyección de suero procedente de diversos animales, método éste clásico y en la actualidad muy generalizado. 2.º Autoseroterapia, o sea la inyección del propio suero sanguíneo del individuo enfermo; y 3.º Homoseroterapia, que es la inyección de suero procedente de otro individuo previamente inmunizado o refractario a determinada enfermedad.

La homohemoterapia, o inyección total de sangre procedente de otro individuo que ya ha padecido la enfermedad que trata de combatirse, es un procedimiento todavía incompletamente estudiado y aplicado en la actualidad casi exclusivamente al tratamiento de ciertas enfermedades sanguíneas.

En el primer grupo son contadísimos los sueros con aplicación directa en dermosiflografía. A pesar de las repetidas tentativas realizadas empleando las técnicas más diversas para encontrar un suero antigonocócico, en la actualidad no puede afirmarse la existencia de ninguno que llene cumplidamente su misión, pues

los sueros preconizados recientemente por Steram y Debré, preparados siguiendo técnicas muy distintas (el primero es polimicrobiano y el segundo monomicrobiano), no se han comprobado sus beneficiosos efectos en la clínica hasta el punto de poderlos incorporar a la usual terapéutica antígenocócica. Prescindiendo de la especificidad, también ha sido utilizado el suero antimeningocócico en el tratamiento de algunas complicaciones de la blenorragia, y, aunque en ocasiones con éxito (nosotros hemos tratado con resultado favorable un enfermo de reumatismo blenorragico), no se ha generalizado su empleo.

En este primer grupo hemos de concretar nuestras observaciones al empleo del suero equino, excepto tres casos en los que hemos ensayado el suero antisifilítico de Quéry.

Obs. I. O. I., trece años, Ríopar (Albacete).—Eczema dorso y antebrazos, iniciado hace dos años. Tratada anteriormente sin resultado, utilizamos exclusivamente las inyecciones de Hemostyl. Desde la segunda inyección se observa una mejoría apreciable en las lesiones, que continúa en las sucesivas, hasta el punto que al llegar a la décimosexta inyección pueda considerarse completamente curada. Las inyecciones se ponían en días alternos, y únicamente después de la octava inyección hubo necesidad de suspender el tratamiento unos días por habers^e manifestado fenómenos séricos.

Obs. II. J. L., treinta y cinco años, Madrid.—Parapsoriasis seborreico generalizado. Ensayados sin éxito diversos tratamientos, empleamos las inyecciones de suero equino, que tolera perfectamente el enfermo, modificándose muy favorablemente sus lesiones.

Obs. III. J. M., catorce años, Madrid.—Seborroide eritematosa, principalmente localizada en el tronco. Después de cuatro inyecciones de suero equino se inicia una notable mejoría en las lesiones, que continúa aumentando en inyecciones sucesivas.

En la actualidad está sometido a este tratamiento un enfermo de eczema artrítico ya antiguo, en el que, no obstante su persistencia, se observa alguna mejoría en sus lesiones.

De entre los diversos ensayos de seroterapia antisifilítica realizados, y que por su crecido número renunciamos a detallar, hemos de citar el suero orgánico preparado por el Dr. Quéry, suero preparado inmunizando monos por medio de caldos de cultivo, prac-

ticando una sangría al animal y recogiendo el suero, que se envasa sin adición de ningún producto conservador ni de ningún agente terapéutico. El tratamiento suele comprender 25 inyecciones en días consecutivos.

Hemos tratado con el suero Quéry dos antiguos sifilíticos terciarios: uno paralítico general y otro sifilítico cerebral, sometidos a anteriores y repetidos tratamientos mercuriales y arsenicales, siendo muy bien tolerado y apreciándose en ambos ligera mejoría en su estado general; pero no observándose ninguna en los síntomas de foco, y sí únicamente desaparición de la intensa cefalea que el segundo aquejaba.

Un tercer enfermo, que presentaba chancro duro, típico, en limbo prepuccial, tan pronto fué diagnosticado clínica y bacteriológicamente, fué tratado con inyecciones del suero de que nos ocupamos, experimentando el enfermo una mejoría marcada en todos los síntomas secundarios que precozmente se presentaron.

Tratándose de un individuo fimósico, le fué practicada la circuncisión. La biopsia ha resultado negativa de parásitos, continuando el enfermo en tratamiento y esperando la terminación de éste para que el Wassermann demuestre el resultado definitivo del mismo.

La autoseroterapia, según hemos dicho anteriormente, es el método terapéutico, que consiste en inyectar el suero mismo del enfermo en el momento de su infección.

Iniciado este método hace algunos años, ha sido empleado en muy distintas enfermedades: urticaria, psoriasis, diversas formas de eczema, blenorragia, tuberculosis y otras distintas infecciones. Nosotros hemos tenido ocasión de utilizarle con éxito, en algunos casos de encefalitis letárgica (1).

La técnica para preparar este suero, se reduce a extraer por punción venosa 15 a 30 centímetros cúbicos de sangre del enfermo que se va a tratar, de la cual, una vez coagulada, se separa el suero por centrifugación. Calentado durante diez o veinte minutos a la temperatura de 56 grados, para conseguir un suero estéril, queda en disposición de ser utilizado por vía subcutánea, que es el procedimiento generalmente empleado, si bien en ocasiones, por la

(1) «Tres casos de encefalitis letárgica.»—R. Criado Cardona: REVISTA DE SANIDAD MILITAR, 1.º Agosto 1920.

índole de la enfermedad, se utiliza la vía raquídea. La primera inyección, por lo general, es de un centímetro cúbico, y las sucesivas, en las que se aumenta progresivamente la dosis hasta llegar a cuatro o seis centímetros cúbicos según los casos, se ponen con intervalos de dos a cuatro días. Este método de tratamiento es inofensivo, no observándose ordinariamente los diversos fenómenos, principalmente anafilácticos de los sueros de origen exógeno.

A continuación detallamos algunas observaciones de enfermos en los que hemos utilizado este método curativo.

Obs. I. F. C., veintiséis años, chauffer.—Desde los diez y ocho años, blenorragia que ha sido mal tratada. Hace tres meses, artritis radio-cúbito-carpiana derecha, rebelde a los distintos tratamientos empleados. La tumefacción difusa y enrojecida, formaba relieve en la cara palmar, especialmente en su borde externo.

Aquejaba acentuados dolores articulares y notable disminución de los movimientos.

Autoseroterapia.—12 Abril. Un centímetro cúbico, medio en cada uno de los bordes externo e interno, profundizando la aguja hasta las proximidades de la cavidad articular. Reacción febril $38^{\circ},3$ la noche de la inyección, apirexia al día siguiente.

15 Abril. Segunda inyección de $1\frac{1}{2}$ c. c., inyectando 75 centésimas de c. c. a cada lado de la articulación, siguiendo técnica análoga a la de la primera inyección.

18 Abril, 2 c. c. en la misma forma; 20 Abril, $2\frac{1}{2}$ c. c., 22 Abril, 3 c. c.; 26 Abril, 3 c. c.; 2 Mayo, 3 c. c. A partir de la segunda inyección, el enfermo aquejaba mejoría local, no apreciándose reacción general. La tumefacción fué disminuyendo, aumentando gradualmente la movilidad articular que cada día era menos dolorosa, siendo dado de alta completamente curado.

Obs. II. R. G. de veintiséis años, empleado.—Blenorragia a los veintidós años, que aunque deficientemente tratada, desapareció sin dejar reliquias. Hace tres meses adquirió nueva blenorragia, que según manifiesta el enfermo fué tratada por lavados de permanganato. Al mes y medio de adquirida la infección, presenta orquitis izquierda de grado medio, pero muy dolorosa.

Autoseroterapia.—12 Abril, primera inyección de 1 c. c. en región deltoidea. No hay reacción general; 14 Abril, segunda inyección de $1\frac{1}{2}$ c. c. de suero; 17 Abril, se inyectan 2 c. c.; 20 Abril, 3 c. c. de suero; 25 Abril, 3 c. c.; 30 Abril, 3 c. c. El enfermo no

tuvo reacción febril con ninguna de las inyecciones, y a partir de la segunda se inició una mejoría apreciable, que fué continuando en las sucesivas. A la sexta inyección había desaparecido completamente la lesión testicular, así como el escaso flujo uretral que tenía el enfermo cuando se presentó en la consulta.

Obs. III. S. N., cuarenta y tres años. Blenorragia crónica con localizaciones vesiculares, que han obligado a intervención por vía deferencial. Talalgias en ambos pies, con puntos dolorosos circunscritos, sobre todo en el talón izquierdo, impidiendo la marcha por la aguda, extrema sensibilidad, que produce al enfermo una sensación «como si marchara descalzo sobre cristales o puntas de acero».

Después de tratamientos diversos (vacuna antigonocócica, salicilatos por vía gástrica y en inyección, yoduros etc.), utilizamos el autosuero en inyecciones periféricas a los puntos dolorosos. Siguiendo una técnica análoga a la detallada en las observaciones anteriores, se pusieron seis inyecciones, que fueron bien toleradas y actuaron favorablemente, pues si bien no desaparecieron completamente los dolores, aunque con dificultad, permitieron al enfermo la progresión, que antes era imposible.

Obs. IV. L. Q., veintitrés años. Blenorragia subaguda, rebelde a los tratamientos que manifiesta el enfermo haber estado sometido (protargol, permanganato, azul de metileno). Extraída la sangre y preparado el suero, se le inyectó en la región escapular, un centímetro cúbico del mismo. Ocho horas después, aquejaba el enfermo molestias locales y temperatura de 37,°6, molestias y reacción febril, que habían desaparecido el siguiente día, coincidiendo con una disminución del flujo uretral. Posteriormente, y con tres días de intervalo entre cada inyección, se pusieron otras tres de uno y medio, dos y dos y medio c. c. de suero. Siendo dado de alta completamente curado.

Las mejorías obtenidas en los enfermos sometidos a tratamiento autosueroterápico, que en algunos casos han sido curaciones definitivas, dan idea de la bondad de este procedimiento terapéutico. En todos los casos se ha apreciado mejoría, no obstante lo intenso y arraigado de la dolencia, siendo interesante por este concepto, el enfermo de la observación I, en el que la antigüedad de sus lesiones uretrales y articulares produce, especialmente en estas últimas, perturbaciones que el tiempo transcurrido hace sean difi-

les de modificar, y sobre las que, no obstante, ha influido favorablemente el tratamiento utilizado. En las artropatías blenorragicas, sinovitis tendinosas, ósteoperiostitis y demás fijaciones periféricas del virus patógeno, los resultados son muy beneficiosos.

No produciendo reacción, o siendo ésta mínima, la tolerancia ha sido perfecta en todos los casos, aventajando por este concepto el empleo del autosuero al de las vacunas, que, por la fiebre intensa que provocan en algunos individuos, es necesario suspender el tratamiento.

Al exponer los diversos procedimientos seroterápicos por nosotros ensayados, y, no obstante los favorables resultados que en algunos casos hemos logrado obtener, siendo todavía escaso el número de observaciones, nos limitamos a su exposición, con el fin de ensayarlo siempre que se considere oportuno, y caso de comprobarlo ventajosamente en suficiente número de enfermos, incorporarlo definitivamente a la terapéutica dermosifilográfica.

DR. RAFAEL CRIADO,
Comandante Médico.

DR. FELIPE SICILIA,
Ex Médico militar, Médico del Hospital de San Juan de Dios.

Estudio crítico de los procedimientos de desinfección y de desinsectación en tiempos de paz y de guerra

Memoria presentada al Congreso de Medicina y Farmacia militares de Roma, por los doctores *José Potous*, Teniente coronel Médico;
Agustín Van-Baumberghen, Comandante Médico,
y *Miguel Campoy*, Farmacéutico primero.

(CONTINUACIÓN)

PRIMERA PARTE

Estudio crítico de la desinfección en tiempo de paz.

En el Ejército en general, y en la Nación que tenemos lo honra de representar en particular, se ha llegado a la plena posesión del convencimiento de la bondad de las medidas de desinfección, ha-

biendo pasado aquellos tiempos en que por falta de confianza en sus resultados, las estufas de desinfección y los procedimientos de esterilización, aunque formaban parte del material de los Hospitales y otras dependencias militares, constituían en cierto modo un adorno científico que al sufrir algún desperfecto o tropezar con algún inconveniente para su manejo, eran generalmente arrumbados o relegados a funcionar en las *grandes solemnidades*, debido muchas veces sólo a defectos de organización o a falta de medios para sufragar los gastos que originaban.

En España, el *Instituto de Higiene* ha estimulado constantemente estas prácticas, habiéndose logrado que en la actualidad funcione con perfecta autonomía *El Parque de Desinfección* de Madrid, mejorándose constantemente sus servicios que aun se tiende a ampliarlos y perfeccionarlos en sus elementos de personal y material, y cuya organización se trata de implantar en todas las regiones de la Península e Islas adyacentes, ya que a los servicios de higiene de Marruecos se les ha dado el debido ascendiente, mediante la creación de las Comisiones de Higiene de los Campamentos.

Las prácticas de desinfección varían, según se trata de esterilizar personas, objetos, ropas, locales, etc., necesiándose tener estudiado previamente el medio más conveniente para cada caso, por lo que iremos presentando, sucesivamente, los diferentes procedimientos, limitándonos a reseñar sus indicaciones, y, sobre todo, los medios de aplicación utilizables por la colectividad militar en sus distintas situaciones, ante la necesidad de limitar los términos de este trabajo a los límites marcados a estas comunicaciones.

El fundamento científico de la desinfección nace de las teorías y experiencias de Pasteur, y teniendo en cuenta que las causas de las enfermedades son tan distintas como variables son los medios de propagarse, precisa como base absolutamente indispensable un profundo conocimiento de todas estas circunstancias para elegir en cada caso el desinfectante más indicado, iudicando la forma de su aplicación y las dosis necesarias para asegurar la destrucción total de las bacterias y, al ser posible, de sus esporos, para estar seguros de la eficacia de sus resultados; pues el fracaso en estas cuestiones, no sólo entraña la persistencia de la enfermedad, cuyo desarrollo tratábamos de evitar, sino la pérdida de la confianza pública, base de su resistencia a la realización de estas prácticas.

Para que la desinfección constituya una verdadera garantía requiere tres condiciones esenciales: 1.^a Conocimiento de la causa originaria de la enfermedad. 2.^a Distintas situaciones en que pueden encontrarse los gérmenes infecciosos. 3.^a Elección consiguiente del método a seguir, según se trate del propio enfermo, de sus productos o de los objetos que con él han estado en contacto y de los locales que todos ellos hayan ocupado.

La *desinfección* puede realizarse por los medios naturales o por el empleo de procedimientos mecánicos, físicos y químicos.

A) DESINFECCIÓN NATURAL

Merecen citarse principalmente la aereación, la sequedad y la soleación, como medios de llevarla a cabo. Tratándose de enfermedades infecciosas comunes, como la difteria, la escarlatina y la tuberculosis, se verificaba, como han hecho notar eminentes higienistas norteamericanos, una desinfección terminal que imperaba hasta hace algunos años, y aunque todavía subsiste, dados sus científicos fundamentos, hay que reconocer que aquellos agentes naturales han sido empleados con gran éxito en las dos últimas décadas, estableciendo alrededor del enfermo una desinfección natural, cuya eficacia aumenta en razón directa del tiempo y del grado de sometimiento a su acción. Sabido es también el partido que se saca de aquellos elementos atmosferológicos en los lazaretos cuarentenarios, como complemento de la desinfección de ropas y efectos, y en las actuales salas de Medicina, Cirugía y reeducación de mutilados para el tratamiento de distintas lesiones.

Chapin (*The Sources and modes of infection*. New-York 1912) fué uno de los primeros en preconizar el abandono de la desinfección en ciertas enfermedades, como la escarlatina y la difteria, persuadido como estaba de que «las condiciones del medio en las cuales se encuentran los microorganismos expulsados del cuerpo del enfermo, son desfavorables a su multiplicación, y que su disminución por las solas vías de la naturaleza es tal, que se puede considerar como cantidad despreciable el número de los que sobreviven».

En apoyo de esa opinión, recordaremos nosotros los ensayos negativos desde el punto de vista bacteriológico, verificados en aquellos locales de los sanatorios de tuberculosos más frecuenta-

dos por dichos enfermos (salas de reunión, cuyo polvo fué investigado), si bien en individuos predispuestos por circunstancias de depresión orgánica, bastarían, a nuestro juicio, las mínimas proporciones de bacilos indicados por Calmette (inoculaciones al conejillo de Indias) para considerar la infección propagada en toda regla en sujetos así predispuestos.

Esta detención en el empleo de la desinfección, a los ojos de aquellos que la preconizan, tiene su justificación en la estadística de enfermedades infecciosas, después de comparaciones efectuadas. Enfermedad tan terrible como la difteria fué dispensada en la desinfección de locales por la Oficina Sanitaria de New-York, aunque siguieron enviándose a la estufa las ropas procedentes de los enfermos de esta clase, práctica que también se abandonó en algunas ocasiones y, desde luego, en el sarampión, la escarlatina, la tos ferina, la poliomielitis y la meningitis cerebroespinal, excepto en los casos mortales, o cuando la enfermedad había alcanzado grandes vuelos.

También se ha objetado que con la práctica de la desinfección oficial se propende al abandono de la defensa natural por los medios ordinarios de limpieza en los individuos sucios y desastrados.

A pesar de todo lo expuesto, a favor del abandono de las prácticas de desinfección en los locales, el Comité de Higiene Pública de los mismos Estados norteamericanos ha reaccionado a favor de la reaparición de aquéllas, fundándose en que son un complemento de la obra esterilizante de la Naturaleza, y que *ni unas ni otras* son de una eficiencia absoluta, proponiendo se estudien perfectamente las condiciones más precisas para que pueda ser juzgada como suficiente la desinfección natural, y que desde luego, en enfermedades tan raras y perniciosas como el cólera, por ejemplo, debe tenderse por todos los medios a destruir las más débiles cantidades de elementos de infección.

De lo que se deduce que, a pesar de sus dudosos efectos en algunos casos y del predominio en otros de las ventajas de la desinfección natural, no puede ni debe, en el momento presente de la ciencia y de nuestros recursos, prescindirse de la desinfección por medios físico-químicos, por hallarse plenamente justificada con hechos de una evidencia incontestable.

La desinfección por desecación se ha empleado principalmente para grandes superficies, unida a la acción de los rayos solares,

cuyos efectos se ha pretendido valorar descomponiéndola en los colores del espectro, en sus diferentes aspectos de grado de temperatura y duración de la actuación; habiéndosele tachado de falta de penetración y, por lo tanto, de ineffecta manifiesta fuera de la capa superficial de las tierras, vestidos, etc., sin tener en cuenta que en la habitación humana, presta excelentes efectos de conjunto, demostrados no solamente por las estadísticas de morbosidad y mortalidad de determinadas viviendas, especialmente en lo que a la tuberculosis se refiere (datos cuidadosamente recogidos en lo que a Madrid afecta por el Dr. Codina Castelví), sino por las experiencias de laboratorio llevadas a cabo investigando la presencia de agentes infecciosos en locales soleados, aireados y secos con relación a los que no lo son (observaciones sobre el bacilo del carbunco, el cólera y la tuberculosis).

Durante la pasada guerra se ha aplicado también este procedimiento a la desinfección de las heridas, obteniendo resultados verdaderamente sorprendentes; el vibrión séptico desaparece a la media hora, el piocianico a las dos sesiones y el proteus necesita seis días (Dr. Leriche), opinando Sencert que debe prescindirse del estado de infección de las heridas para realizar toda clase de intervenciones, habiendo obtenido por este procedimiento, sin emplear nunca ningún antiséptico, la curación de todos sus heridos en un plazo de cuatro a veinte días.

B) DESINFECCIÓN MECÁNICA

La desinfección *meccdnica* comprende todas las prácticas de limpieza que pueden bastar por sí solas, o ser simplemente la preparación para la aplicación de los medios de alguno de los otros grupos.

La limpieza del enfermo se practica sistemáticamente en el curso de casi todas las enfermedades, principalmente en las eruptivas, y como tal, deben también considerarse los cuidados de la boca, fosas nasales, conjuntivas, etc., y los baños generales que se recomiendan a la terminación de las enfermedades indicadas, y como preparación para todas las intervenciones quirúrgicas.

Igualmente, corresponden a este grupo todos los procedimientos empleados para la limpieza de las habitaciones, el lavado del suelo y paredes; de los muebles en ellas contenidos; el lavado de

las ropas, tanto de cama como de uso individual, y, en general, todo lo que tienda al arrastre mecánico del polvo o a su absorción por el vacío, para evitar que su depósito constituya verdaderos nidos de microbios, cuya proliferación puede engendrar nuevas enfermedades.

C) DESINFECCIÓN FÍSICA

Todos los *agentes físicos* pueden ser considerados como verdaderos medios de destrucción de los gérmenes infecciosos, pero principalmente actúan sobre ellos la luz, el calor y la electricidad.

El generalmente usado por la seguridad de sus resultados y por la facilidad de su empleo, es el calor, por no haber bacteria que resista una temperatura superior a 60°, necesitándose llegar a los 100 para destruir los esporos. Puede ser seco y húmedo por su asociación con el vapor de agua que puede ser empleado, bajo presión o sin ella, unido al agua bajo la forma de ebullición, y, por último, practicando la incineración y la cremación.

Cada una de estas formas tiene sus indicaciones especiales, sobre todo teniendo en cuenta la naturaleza de los objetos que han de ser sometidos a su acción.

El calor seco es menos eficaz que el húmedo, y dentro de éste el más seguro es, sin duda alguna, la ebullición, cuya acción depende de la facilidad con que su masa atraviesa la trama de los tejidos, en toda su extensión y profundidad, y para tener aún mayor garantía de éxito, puede retrasarse su punto de ebullición por la adición de ciertas sustancias, como el cloruro de cal, el carbonato de sosa, el bórax y el sulfuro de amonio que le hace llegar hasta los 127°.

Por la alteración que produce en las fibras de muchos tejidos y en los objetos de cuero, piel, etc., queda limitada su aplicación a las ropas de lienzo, de camas y al instrumental quirúrgico.

El vapor presenta también estos inconvenientes y, además, es necesario auxiliarse con la presión para sin necesidad de elevar demasiado la temperatura, conseguir una mayor penetración en la que estriba su superioridad sobre el calor seco, sobre todo cuando se trata de sustancias malas conductoras, o que tienen bastante espesor, en cuyo caso la acción de éste no pasa de las capas más superficiales.

Este vapor puede actuar en reposo, base de casi todas las estu-

fas, o proyectado en forma de chorro (vapor fuente), completamente bajo una presión de antemano calculada que tiene la ventaja de desalojar el aire, tanto el que ocupa los espacios libres de la cámara, como el que se refugia en los intersticios de los tejidos. En el material de este género empleado por la Comisión de Higiene de nuestro Ejército en Marruecos figuraban unas cajas y unos sacos modelo inglés, que prestaron excelentes servicios, principalmente en cuanto a la desinsectación se refiere.

La aplicación del calor en esta forma requiere el uso de aparatos especiales que pueden dividirse en dos grandes grupos, según las materias sobre las que ha de ser empleado.

(Continuará.)

Heridas abdominales de guerra. Mi experiencia personal

En realidad, después de lo mucho y bueno que se ha escrito sobre heridas de abdomen a raíz de la gran guerra, parece superfluo un artículo más, basado en datos clínicos, por fortuna infinitamente inferiores a los que motivaron las publicaciones aludidas. Sin embargo, las condiciones de la lucha, los medios de evacuación deficientes en ocasiones, no por sí mismos, sino por la dificultad de adaptación al terreno y la necesidad de tener que improvisar clínicas y locales operatorios en lugares no preparados para ello, dan a los datos recogidos un carácter completamente distinto a las de las guerras regulares, y tal vez por eso nos decidamos a publicarlas.

En el mes de Septiembre de 1921 fui comisionado por el Jefe de la organización quirúrgica de campaña, Dr. Gómez Ulla, para desempeñar el servicio de cirugía de graves en la zona de Mellilla.

Se instalaron mis servicios clínicos en el Doecker, que es un hospital formado por barracones de tipo Doecker y Spitalhier, un poco pasado de actualidad, pues su construcción data del año 1910, y no tenía más que una duración prevista de tres o cuatro años. Posteriormente se añadieron seis pabellones de mampostería, y se

construyó uno operatorio que, sin pretensiones ni jactancias, podía calificarse de bueno.

La cirugía de graves se instaló en los edificios de mampostería, que tienen una capacidad de 24 camas cada uno, y el hospital entero fué destinado a servicios quirúrgicos con más de 600 camas, que han estado ocupadas constantemente durante los primeros meses de la campaña.

El emplazamiento es bastante bueno, pues el tren deja a los heridos a la misma puerta del hospital, y esto ahorra cambios de medios de transporte y movimientos a los heridos, que se benefician extraordinariamente del reposo relativo, especialmente los de vientre, a los que el solo manejo de las camillas, aunque sea hecho con prudencia, puede perjudicar.

*
* *

Por fortuna, ya estaba completamente resuelto, desde un punto de vista doctrinal, al comenzar esta campaña, la cuestión de si debían o no intervenir los heridos de vientre.

La falta de instalaciones adecuadas, que era el argumento de más fuerza de los abstencionistas, no podíamos tenerlo nosotros en consideración, pues los heridos eran llevados hasta el hospital, no muy lejos de la línea de fuego durante las primeras fases del avance, y allí disponíamos de un pabellón operatorio que satisfacía nuestras exigencias. Además, soy un convencido de que con buena voluntad y personal auxiliar entrenado, puede llevarse la asepsia a todas partes, y no otra cosa hace falta para laparotomizar un herido de guerra. A este propósito, y por lo que respecta a mi experiencia personal, no puedo olvidar que los mejores resultados se obtuvieron en Batel y Dar-Drius.

En la primera de estas posiciones puso a nuestra disposición el Mando lo mejor de lo que pudiéramos requisar, y visitado todo el campamento, elegimos en un edificio que estaba sin terminar, un local (futura oficina de correos) para sala de operaciones, con dos grandes salas, una a la izquierda, de clasificación de heridos, y otra a la derecha para clínica. Las ventanas de la sala de operaciones fueron tapiadas, y cubrimos el techo de madera, así como las paredes, con sábanas; en el suelo un cartón impermeable embreado que utilizan los Ingenieros militares. Las puertas y venta-

nas exteriores del departamento de recepción y clasificación de heridos y de la clínica, que no tenían cristales, se taparon con gasa, lo que, además de facilitar la ventilación, evitaba la entrada de moscas, muy abundantes en todos los campamentos.

Las cocinas de algunos Regimientos que estaban cerca del hospital de campaña se mandaron trasladar, y ya con esto emigraron muchas moscas.

La instalación completa se hizo en cuarenta horas, llevándonos de Melilla el material de cura esterilizado, y el instrumental necesario (aunque sin lujos, naturalmente) para la clase de cirugía que íbamos a realizar. La iluminación la obtuvimos con aparatos de acetileno, colocados en las paredes de la sala de operaciones, y un portátil para iluminar especialmente el campo operatorio. La atmósfera de la sala de operaciones se ponía muy pesada y teníamos que renovar el aire con frecuencia.

Hicimos 7 intervenciones abdominales, todas con raquianestesia, y se salvaron 5 operados.

En Dar-Drius nos destinaron lo más adecuado que había para nosotros. En un barracón de madera, futura enfermería, un departamento con luz cenital y lateral fué recubierto de sábanas y el suelo de cartón impermeable, y con la mesa de operaciones y unas auxiliares de madera que se revestían de paños esterilizados, más el conveniente material e instrumental de operaciones, instalamos el quirófano, que funcionó bien. De tres operados de vientre, salvamos dos. El fallecido corresponde a la historia núm. 26, y como puede observarse, entró agónico en la enfermería.

Un resultado global de 70 por 100 de curados entre los laparotomizados por herida de vientre, es una proporción muy satisfactoria, no sólo para obtenida utilizando instalaciones provisionales, sino para lograda en el hospital mejor dotado.

Sin duda que el pequeño número de heridos graves asistidos en Batel y Dar-Drius, ha favorecido la suerte de éstos, pues permitió operar a todos sin demora, de modo que a las dos horas de ingresados en el puesto quirúrgico estaban operados todos, ya que su llegada fué sucesiva y no en masa.

Otros días, en Melilla, los últimos operados han tenido que esperar hasta ocho horas, que si se añaden a las seis u ocho que llevaban heridos, se comprende que esta espera no es indiferente para su porvenir.

Otro de los argumentos en que se basan los abstencionistas es que el número de heridos que llegan a las formaciones sanitarias después de una batalla, impide consagrarse a los de vientre, cuya curación es muy dudosa, debiendo dedicarse el cirujano a otros heridos que pueden beneficiarse más de su intervención. Rochard decía que la acumulación de heridos podía significar una dificultad, pero nunca una contraindicación, y, además, hay razones de índole moral que no autorizan a abandonar al herido de vientre a la evolución espontánea de sus lesiones, si se considera que la acción quirúrgica puede modificarla favorablemente, aunque sólo fuera en pocos casos. Estas dificultades creadas por el gran número de heridos, me parece que pueden resolverse mejor multiplicando el número de cirujanos que disminuyendo el de intervenciones.

En la gran guerra se hizo una especialización muy marcada aprovechando las aficiones y mayor experiencia de los Jefes de equipo en determinados asuntos, y algo de esto, si bien en pequeña escala, se hizo también con nuestra organización quirúrgica de campaña. El rendimiento de trabajo es mucho mayor, y los heridos están siempre atendidos por un personal que conoce perfectamente la técnica de todo cuanto concierne a la especialidad, de lo que se desprenden incalculables ventajas para aquéllos.

Se admite por muchos como una verdad inconcusa que el shock con que ingresan los heridos de vientre en las formaciones sanitarias, es una contraindicación operatoria, y fundándose en esto, muchos cirujanos aconsejan la abstención primitiva. La frase de Bergmann, «yo no opero moribundos», hizo un proselitismo que seguramente ha acarreado más perjuicios que ventajas.

Está perfectamente definido que el shock de los heridos de vientre está causado por el contacto con el peritoneo de las materias sépticas e irritantes procedentes del tubo digestivo o por la abundante extravasación de sangre o por la reunión de ambas condiciones.

El calentamiento general, el suero y los tónicos cardíacos, no deben desecharse, pero no pretendamos con ellos reparar definitivamente el estado creado por la lesión de un vaso aislado o de un parénquima vascular que continuará sangrando a pesar de la aplicación de aquellas medidas; así, pues, por lo que al shock por hemorragia se refiere, de ninguna manera puede motivar aplaza-

miento en una intervención. La experiencia adquirida me hace ser un convencido defensor de las ideas de Quenu en contra de las de Sencert. Nosotros en los casos de shock por hemorragia llevamos, desde luego, al enfermo a la sala de operaciones, donde siempre teníamos una temperatura elevada (24° o 26°), y hecha la anestesia, generalmente raquídea, dorsolumbar con penetración suave del anestésico y sin barbotaje, ordenaba la inyección muy lenta de suero gomado y cafeína. Practicada la laparotomía y la hemostasia, se inyectaba el suero con mayor rapidez, y en ocasiones, si hacía falta, se prescribía inyección intravenosa mientras se terminaba la oclusión de la pared.

A veces, durante el profundo shock que padecen los heridos, los vasos dejan de sangrar casi por completo. Una inyección masiva de suero, determinando mayor volumen del contenido vascular, puede acentuar la hemorragia en proporciones que resulte fatal; por eso es práctica recomendable en estos casos, no inyectar mucho suero hasta que la hemostasia está hecha.

El shock va unido en otras ocasiones a presencia en cavidad abdominal de productos sépticos de origen gastrointestinal, y en estos casos no esperamos que las perforaciones traumáticas puedan terminar como lo hacen muchas veces las de las úlceras gástricas y duodenales por oclusión y cicatrización del sitio perforado. Basta echar una ojeada por las estadísticas para comprender que las perforaciones patológicas y las traumáticas son dos hechos absolutamente distintos. Para las primeras, dan los hermanos Mayo un 75 por 100 de curaciones (me refiero a la evolución espontánea, sin intervención quirúrgica), y para las perforaciones por bala de fusil es muy escaso el número de las perfectamente comprobadas que han podido curar sin operación. Algún caso rarísimo de expulsión de proyectil por recto en herido de vientre, demuestra la posibilidad de que una herida penetrante y perforante de tubo digestivo cure por sí sola; pero no hay que olvidar que ésta es una contingencia muy lejana, y que la mayor parte de las heridas de vientre que se dan como curadas sin operación, no eran perforantes de intestino. Mertens explica el considerable número que existe de heridas abdominales no penetrantes por un reflejo de contracción muscular, defensivo que se desarrollaría al tocar el proyectil la superficie del cuerpo, y que empujaría las vísceras al lado contrario, pero parece poco probable que la co-

rriente nerviosa pueda recorrer la vía centripeta y centrifuga del arco reflejo en menos tiempo que el proyectil su trayecto.

Las estadísticas, cuidadosamente analizadas, demuestran también palmariamente las ventajas de la intervención; así es que las discusiones que sostenían los cirujanos de ambos bandos beligerantes al comienzo de la pasada guerra mundial, no tienen en la actualidad más que un interés histórico. Aun cuando las estadísticas de todos los tiempos hubieran demostrado una mayor benignidad de la abstención, sería preciso renunciar a todas nuestras convicciones quirúrgicas para adoptar una actitud expectante ante un herido abdominal, ya que es imposible aceptar sea lo mismo el curso de un herido con el intestino desgarrado y vertiendo en peritoneo su contenido séptico, o con las vísceras herméticamente suturadas y el peritoneo limpio. En caso de hemorragia, aun admitiendo, que es mucho admitir, la cohibición espontánea ante un caso dado de la procedente de vísceras macizas. ¿Es indiferente para el porvenir del lesionado la permanencia de la sangre en la cavidad peritoneal? Creemos que no, porque la organización de los coágulos existentes entre las asas intestinales pueden dar lugar a la formación de bridas y adherencias incompatibles con un funcionamiento normal de las vísceras abdominales.

Un cadáver que he tenido ocasión de autopsiar es muy demostrativo a este respecto. Se trata de un legionario de cuarenta años, que ingresó en el Hospital Docker, a las ocho horas de herido, el día 2 de Octubre de 1921, procedente de la acción de Sebt. Este día fué de gran trabajo en el hospital, pues pasaron de 20 las intervenciones practicadas con ocasión de heridas graves. El herido a que nos referimos sufre una herida por proyectil de arma de fuego, con orificio de entrada en línea axilar anterior a nivel de novena costilla izquierda, y salida en región lumbar del mismo lado. Dolor abdominal generalizado, defensa, pérdida de matidez hepática, matidez en los flancos y hemorragia anal. Orina obtenida por sondaje vesical, limpia. Nada de tórax. Diagnosticamos herida penetrante de vientre con lesión de bazo y ángulo esplénico de colon. Le encontramos en un estado de shock tan pronunciado, que juzgando inútil nuestra intervención por el momento, pues está moribundo, y teniendo muchos heridos que atender, a los que se puede auxiliar más eficazmente, aplazo la inter-

vención del pobre legionario y la mandamos poner suero pomado y adrenalina, prescribiendo también calentamiento general. En los intermedios operatorios salimos para observar su curso, esperando el momento oportuno de intervenir. Las medidas adoptadas no le reaniman en absoluto, y cuando a las tres de la mañana terminamos la última intervención, nuestro herido continúa agónico, y en vista de esto y del gran número de horas transcurridas desde que le hirieron (veinte horas) decidimos enviarlo a la clínica, donde continúa atendiéndole el personal auxiliar con toda solicitud. El resto de la noche se le sigue poniendo suero y hemostil (dos ampollas).

En la visita del día siguiente encontramos al herido un poco reaccionado; se le notaba el pulso que latía a 140, y en vista de esto y del tiempo transcurrido, continuamos el tratamiento incruento con vejiga de hielo al vientre, dieta absoluta y alimentación subcutánea con suero glucosado.

Al mes de herido, y tras un sinnúmero de inquietudes, falleció este pobre legionario, y la sección demostró la existencia de una gran bolsa a la izquierda, constituida por la envoltura del bazo, un poco espesada por procesos inflamatorios y llena de coágulos y materias sucias y pútridas de procedencia intestinal, que se vaciaban desde colon a través del orificio fraguado por el proyectil en ambas vísceras. El resto de la cavidad abdominal contenía las vísceras aprisionadas en un magma de color rojo vinoso, formado por sangre en vías de transformación, y todo ello daba una clara idea de que en el caso de que el herido hubiera podido vencer las graves vicisitudes de los primeros tiempos, su salud se hubiera visto seria y constantemente comprometida por la presencia de bridas y adherencias de origen fibrinoso, incompatibles con el dinamismo normal del intestino.

FIDEL PAGÉS,
Comandante Médico.

(Continuará.)



VARIEDADES

Ha regresado de la detenida visita de inspección que giró a los distintos territorios de Africa, el Excmo. Sr. Jefe de la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra, D. Ricardo Pérez Mínguez.

Sea bienvenido tan respetable General.

* * *

Vida financiera, ilustrada Revista económica que se publica en esta Corte, inserta en su número de 10 del pasado un interesante artículo sobre los servicios de Sanidad en nuestro Ejército, debido a la pluma de un inteligente y perito escritor que oculta su nombre con el pseudónimo de «Un viejo soldado».

Dicho artículo, en el que se elogia la labor de la Sanidad Militar y se hacen pertinentes juicios acerca de su organización, forma parte de una serie que dedica el autor a otras Armas y Cuerpos del Ejército.

* * *

Parece que pronto se realizará la feliz iniciativa de colocar en la Academia de Sanidad Militar una lápida conmemorativa de los Jefes y Oficiales de nuestro Cuerpo, procedentes de la misma fallecidos en campaña.

Al efecto de recaudar su importe, se nombrará una Comisión en la que figurarán representaciones de cada empleo.

* * *

Según leemos en un periódico de Tetuán, han sido propuestos, respectivamente, para la Medalla militar y la Cruz roja del Mérito Naval, los Practicantes militares D. Pedro Rodríguez y D. José Lillo, el primero por su brillante comportamiento en Tizzi-Azza, donde fué herido dos veces, y el segundo por sus distinguidos servicios en el vapor *España* núm. 5.

* * *

Dirigidas por los Inspectores de Sanidad Militar de las Regiones respectivas, se efectuarán en la primera, cuarta y sexta Regiones ejercicios, que serán los de la primera Comandancia, prácticas

de Hospitales de montaña; los de la cuarta, prácticas generales de campaña, y los de la sexta, prácticas del manejo del material de ambulancia de montaña, instalándose a tal fin un hospital móvil en Miranda de Ebro, teniendo en cuenta su situación como nudo de enlace de comunicaciones, y entre dicho punto y Vitoria, prácticas de material de montaña y con sólo estos medios, verificar el transporte de 200 heridos desde los puertos de socorro a una ambulancia situada a cinco kilómetros, durante cuatro días, evacuando al quinto los supuestos heridos por medio de la sección de autoambulancia, al hospital fijo de Vitoria y simulando al siguiente día prácticas de embarque por ferrocarril del hospital móvil a su base. A dichas prácticas asistirán: un Jefe y un Capitán de la segunda y tercera Comandancias a la de la primera; otro Jefe y otro Capitán de la quinta, a las de la cuarta, y otros de la séptima y octava, a las de la sexta.

* * *

En el Hospital militar de Tetuán se verificó el 19 del pasado, con motivo de la festividad de San Vicente de Paúl, patrono y protector de las Hijas de Caridad que prestan servicio en aquel establecimiento, una solemne función religiosa, siendo obsequiados los enfermos con dulces, refrescos y tabaco.

* * *

En la mañana del 27 del pasado pronunció una importante y luminosa conferencia, de la serie que constituye el curso para Coroneles, el Comandante Médico D. Federico González Deleito, acerca del desarrollo y organización del servicio de Sanidad de una división en campaña.

El conferenciante fué muy aplaudido y felicitado.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

La asepsia del campo operativo. — P. Dabbadie. — *Le Courier Médical*, núm. 47. Diciembre de 1922. Paris. — El autor protesta

del uso de la tintura de yodo, hoy muy en boga en todas las clínicas y hospitales, como medio antiséptico de la piel en las intervenciones quirúrgicas.

Además de lo doloroso que resulta el empleo de la tintura de yodo en algunas regiones, y sobre todo en los órganos genitales, donde el escozor producido es intolerable, cita casos de muerte por intoxicación, como se ha demostrado en el último Congreso alemán de Cirugía y en los *Archives de Médecine Militaire*, relatando un caso de intoxicación mortal de un soldado, al que se le había hecho una operación radical de hernia.

Recomienda en su lugar la esencia pura de Gomenol, producto natural, de origen vegetal (*Melaleuca viridiflora*), de composición estable

y, al mismo tiempo, antiséptico, analgésico y desodorífero.

Lo utiliza en embrocaciones, después de jabonada la piel y desgrasada con alcohol.

No ponemos en tela de juicio las manifestaciones del Dr. Dabbadie, sobre las intoxicaciones de yodo y casos mortales consecutivos; pero no creemos la realidad que clínicamente puedan tener.

Por nuestra parte, y con alguna reserva por si no estuviésemos bien informados, podemos decir al doctor Dabbadie que en España, hasta la fecha, no se ha dado ningún caso de defunción post-operatoria consecutiva a una intoxicación de yodo empleado como antiséptico de la piel. — VIDAURRETA. — (*Clinica y Laboratorio*, Febrero 1923.)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Las enfermedades venéreas en el Ejército de las indias holandesas.—

El Dr. Kayser (*Nederlandsch Tijdschriftvoor Geneeskunde*. Julio, 1922) hace un estudio estadístico ilustrado por tres curvas, en el que se hace notar la diferencia entre europeos e indígenas. Los primeros presentan un máximo de 60 por 100 del efectivo medio (de 30.000 a 40.000 hombres) en 1894, y un minimum de 34 por 100 en 1902; para los segundos, los porcentajes correspondientes son: 24 por 100 en 1890 y 9 por 100 en 1910. La curva no es completamente uniforme, así entre los europeos como entre los indígenas (comprobandose alterna-

tivas de elevación y descenso bastante marcados y generalmente paralelas, para las cuales el autor no encuentra ninguna explicación verdaderamente satisfactoria. Las últimas cifras (1919) indican una disminución entre los europeos, al paso que se produjo una elevación en los indígenas. Esta situación es, sobre todo, aparente en lo que se refiere a la blenorragia y al chancro blando. En cambio, la sífilis descendió considerablemente, así en los europeos (4 a 7 por 100, hasta 1904) como entre los indígenas. Más tarde, las dos curvas se elevan sin interrupción y la de los europeos en especial afecta al 20 por 100 en

1919. En esta elevación, los casos primitivos no constituyen el factor preponderante, pues su número disminuyó durante la guerra, si bien hubo pocos venidos de Europa.

El autor relaciona la situación más favorable, en conjunto, de los indígenas, con el hecho de que mu-

chos de ellos eran casados o vivían en concubinato, mientras que en 1902, entre 396 soldados europeos que padecieron estas enfermedades, 13 solamente vivían con concubinas.—(*Office International D'Hygiène Publique*. Mars 1923.)—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Gangrena gaseosa, algunos signos y complicaciones, por *José Escobar* y *Agustín López Muñiz*, del 5.º Equipo quirúrgico militar, y **Un caso de fragmento óseo intravesical**, por *José Escobar*.

Ambos interesantes trabajos, publicados en la notable Revista profesional *Los Progresos de la Clínica*, e ilustrados con magníficas figuras, ponen de manifiesto la competencia y espíritu investigador de sus autores, distinguidos Médicos militares, a quienes damos las gracias por el ejemplar que nos han remitido de dichos artículos.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 11 Julio.....—Real orden (*D. O.* núm. 152) disponiendo que el Inspector Médico de segunda clase, en situación de primera reserva, D. Francisco Alfau Abreu, pase a la de segunda reserva.
- 13 » Real orden (*D. O.* núm. 154) disponiendo que el Capitán Médico D. Manuel Torres Hervás forme parte, como Ayudante, del Equipo de Cirugía ortopédica y reeducación, sin perjuicio de su destino de plantilla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 154) concediendo licencia para

- contraer matrimonio con D.^a María del Pilar Pérez Moral al Capitán Médico D. Ricardo Villanueva Rodrigo.
- 18 Julio... — Real orden (*D. O.* núm. 155) disponiendo, como resultado de una instancia del Capitán Médico D. Florentino Mallol de la Riva, que el tiempo que el interesado permaneció en Africa desempeñando una comisión del servicio no puede computarse con el que viene prestando voluntariamente a los efectos de solicitar regreso a la Península.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 155) asignando para Escuelas prácticas de Sanidad Militar las cantidades siguientes: Primera Comandancia de tropas, 7.500 pesetas; cuarta *idem id.*, 4.000; sexta *idem id.*, 9.500, y dictando prevenciones para su desarrollo.
- 16 » Real orden (*D. O.* núm. 156) disponiendo que el Teniente coronel Médico D. José Lasmariás Rubira cese en el cargo de Ayudante de campo del Inspector Médico D. José Pastor Ojero.
- 17 » Real orden (*D. O.* núm. 158) concediendo la Placa de la Orden de San Hermenegildo al Coronel Médico don Manuel Puig Cristián, y la Cruz de la misma Orden al Teniente coronel Médico D. Diego Bru y Gomis y a los Comandantes Médicos D. Carlos Vilaplana González, D. Florentino López López, D. Aurelio Belsol Oria y D. Emilio Alonso y García-Sierra.
- 20 » Real orden (*D. O.* núm. 160) concediendo al Capitán Médico D. César Merás Vázquez licencia para contraer matrimonio con D.^a Josefa de San Andrés Ruiz y Gómez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 161) declarando aptos para el ascenso a los Tenientes Médicos siguientes: D. Julián Bravo Pérez, D. Ricardo Couto Felices, D. Iván Pedrosa Soler, D. Carlos Tello Peinado, D. Pablo Bilbao Lumbreras, D. Miguel Palacios Martínez, D. Eugenio Martín Alonso, D. Julián Lecumberri Oreja, D. Wenceslao Alba Arambarri y D. Celedonio Sánchez Contreras.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 161) disponiendo que el Tenien-

- te coronel Médico D. Gustavo Prieto Muñoz, en situación de reserva, perciba 750 pesetas mensuales de haber.
- 23 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 161) confirmando el empleo superior inmediato a los Tenientes Médicos siguientes, los que continuaran destinados en sus actuales destinos: D. Julián Bravo Pérez, del Regimiento Infantería de Alcántara, 58; D. Ricardo Couto Felices, del Regimiento Infantería de Zaragoza, 12; D. Iván Pedrosa Soler, del 14.º Regimiento de Artillería ligera; don Carlos Tello Peinado, del Regimiento Infantería del Príncipe, 3; D. Pablo Bilbao Lumbreras, del Regimiento Infantería de Asia, 55; D. Miguel Palacios Martínez, del Regimiento Infantería de Andalucía, 52; don Eugenio Martín Alonso, del Regimiento Infantería de San Marcial, 44; D. Julián Lecumberri Oreja, del Regimiento Infantería de Pavía, 48; D. Wenceslao Alba Arambarri, del Regimiento Infantería de Toledo, 35, y D. Celedonio Sánchez Contreras, del Regimiento Infantería de Alava, 56.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 161) concediendo quince días de licencia para París al Comandante Médico D. Emilio Romero Maldonado.
- 27 » » Real orden (*D. O.* núm. 163) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo hecha al Capitán Médico D. César Alonso Delás con residencia en Astorga (León).
- » » Real orden (*D. O.* núm. 164) declarando aptos para el ascenso a los Tenientes Médicos D. Nicolás Canto Borreguero, D. Juan Aracama Gorosabel, D. Felipe Peña Martínez, D. Domingo Hergueta Lerín y don Eusebio Navacerrada Rodríguez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 164) comunicando la invitación que la Asociación de Médicos Militares de los Estados Unidos hace al Cuerpo de Sanidad Militar y Naval de España para la asistencia a la Asamblea de dicha Asociación, que tendrá lugar los días 4, 5 y 6 de Octubre próximo. No se devengará indemnización alguna.
- 28 » » Real orden (*D. O.* núm. 164) confirmando el empleo supe-

rior inmediato a los Tenientes Médicos siguientes, que continuarán en sus actuales destinos: D. Nicolás Canto Borreguero, del Regimiento Infantería de Guadalajara, 20; D. Juan Aracama Gorosábel, del Regimiento Infantería de Soria, 9; D. Felipe Peña Martínez, del Regimiento Infantería de Mallorca, 13; D. Domingo Hergueta Lerin, del Regimiento Infantería de Albue-
ra, 26, y D. Eusebio Navacerrada Rodríguez, del Regimiento Lanceros de Farnesio, 5.º de Caballería.

28 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 164) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos siguientes pasen a servir los destinos que se indican:

Teniente coronel: D. José Andújar de la Solana, ascendido, del Hospital de Guadalajara, a disponible en la quinta Región.

Comandantes: D. Emilio Romero Maldonado, ascendido, del 26.º tercio de la Guardia Civil, a disponible en la primera Región, y D. Antonio Guzmán Ruiz, del Hospital de Xauen, a disponible en Larache y en comisión Jefe del equipo quirúrgico núm. 15 en dicha Plaza.

Artículo 10.

D. Federico Ramos de Molins, de disponible en la primera Región y en comisión en la Academia de Sanidad Militar al Hospital de Guadalajara, continuando en comisión hasta la terminación del curso, con arreglo a la Real orden de 9.º de Junio próximo pasado (*D. O.* núm. 126).

Artículo 1.º

Capitanes: D. Ignacio Olea Herráiz, de la Comandancia de Artillería de Larache, al Regimiento Lanceros del Príncipe, 3.º de Caballería; D. Rafael Díaz Alcrudo, del Regimiento Infantería de España, 46, a la quinta Comandancia de Sanidad, y D. Francisco Pérez Grant, del Depósito de Caballos sementales de la cuarta Zona pecuaria, a la Yeguada militar de la segunda.

Artículo 10.

D. Angel Ortega Montealegre, de la Comandancia de Artillería de Melilla, al Regimiento Infantería de Palma, 61.

Artículo 15.

D. Agustín Pariente de la Cruz, del Regimiento Infantería de Granada, 34, al 26.º Tercio de la Guardia Civil.

Real decreto de 30 de Junio de 1921 (C. L. núm. 259).

D. Tomás de Fez Sánchez, de la Compañía afecta a los servicios de higiene de Larache, al Consultorio de Zoco el Had de Benisicar (rectificación).

Voluntarios.

D. Carlos Sánchez Mesa, del Hospital de Alhucemas, a la Comandancia de Artillería de Melilla; D. Angel Montoro Montoro, del Hospital del Peñón, al Regimiento Cazadores de Taxdir, 29 de Caballería; D. Constan- cío Urcelay Martinez, del Regimiento Infantería de Serrallo, 69, a la Comandancia de Artillería de Larache, y D. Blas Martínez Sicilia, del Regimiento Cazadores de Taxdir, 29 de Caballería, a la Compañía afec- ta a los servicios de Higiene de Larache.

Forzosos.

D. Celedonio Sánchez Contreras, de Regimiento In- fantería de Alava, 56, al Hospital de Alhucemas; don Wenceslao Alba Arambarri, del Regimiento Infantería de Toledo, 35, al de Serrallo, 69, y D. Julián Lecum- berri Oreja, del Regimiento Infantería de Pavía, 48, al Hospital del Peñón.

Capitán Médico de complemento: D. Benjamín Bo- net Jordán, a necesidades y contingencias del servicio en Mallorca.

Artículo 16.

Tenientes: D. Juan Durán Sánchez, de la Compañía mixta de Sanidad de Ceuta, al Regimiento Infantería de Toledo, núm. 35 (Melilla), D. José Moreno de Mon- roy, del grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Te-

tuán, núm. 1, al Regimiento Infantería de Alava, número 56 (Melilla), y D. Luis de la Calle Mongero, del Hospital de Chafarinas, al Regimiento Infantería de Pavía núm. 48 (Melilla).

Real decreto de 30 de Junio de 1921 (C. L. núm. 259).

Voluntarios: D. Cipriano Pastor Soto, de la séptima Comandancia de Sanidad, a la Compañía mixta de Sanidad de Ceuta, y D. Francisco de los Ríos Lechuga, del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Melilla, número 2, al Hospital de Chafarinas.

Alferez Médico de complemento: D. Venacio Ortiz de Lanzagorta, ascendido a este empleo por Real orden circular de 28 de Junio próximo pasado (D. O. núm. ro 142), al Regimiento Infantería de España, número 46.

27 Julio.....—Real orden (D. O. núm. 144) anunciando los cursos de estudios de especialidades médicas que dispone el Real decreto de 28 de Abril último, designando el número de alumnos y dictando las reglas por las cuales han de regirse.

» » Real orden (D. O. núm. 164) concediendo la gratificación de efectividad de 500 pesetas anuales al Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Antonio Casanovas Llovet y al Farmacéutico primero D. Ercilio Santos Ascarza.

» » Real orden (D. O. núm. 164) concediendo a los Jefes y Oficiales siguientes la gratificación de efectividad de 500 pesetas anuales por un quinquenio:

Teniente coronel: D. Bernabé Cornejo García, Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la segunda Región, desde 1.º de Julio actual.

Comandante: D. Manuel Ocaña López, Director del Hospital militar de Alcázarquivir, ídem.

Capitanes: D. Antonio Martínez Ballesteros, del Real Cuerpo de Guardias Alabarderos, desde 1.º de Agosto próximo, D. Juan Chaguaceda Villabrille, de la Academia de Intendencia, ídem, y D. Francisco Rodríguez González, de la tercera Comandancia de Sanidad Militar, ídem.

28 Julio. . . .—Real orden (D. O. núm. 164) nombrando Jefe del nuevo Equipo quirúrgico de Melilla al Comandante Médico D. Angel Capa Arabiotorre, con destino en los grupos de Hospitales de dicha Plaza.

» » Real orden (D. O. núm. 164) disponiendo que el Jefe y Oficiales Farmacéuticos que se indican pasen a servir los destinos siguientes:

Farmacéutico mayor: D. Jaime Blanch Vila, ascendido, del Hospital de Valencla, al de Santa Cruz de Tenerife (F).

Farmacéuticos primeros: D. Benjamín Ubeda Sánchez, de eventualidades del servicio en la séptima Región y en Comisión en el Depósito de Medicamentos de Melilla, al Hospital de Valencia (V), sin cesar en la Comisión; D. Eugenio Gamo Martín, de la Farmacia Militar de Burgos y en Comisión en el Depósito de Medicamentos de Ceuta, cesa en la Comisión incorporándose a su destino de plantilla, y D. Vicente Navarrete Salaya, ascendido, del Hospital de Vitoria, a eventualidades del servicio en la séptima Región (F) y en Comisión al Deposito de Medicamentos de Ceuta.

Correspondencia administrativa de la Revista.

Sr. Espada.—(Melilla).—Queda abonada su suscripción hasta fin de Junio del corriente año.

Sr. Bernal.—(Huelva).—Idem id. por el segundo semestre del corriente año.

Sr. Martínez García.—(Madrid).—Idem id. hasta fin de Junio del corriente año.

Sr. Pomar.—(Santiago).—Anotada su nueva dirección.

Sr. Iribarren.—(Melilla).—Queda abonada su suscripción hasta fin de Junio del corriente año.

Sr. Herrera.—(Ceuta).—Idem id. id. °

D. Wenceslao Alba.—(Melilla).—Recibidas las 10 pesetas de los recibos atrasados, quedando al corriente de los pagos hasta fin de Junio del año actual.

Academia de Caballeria.—(Valladolid).—Recibido el importe de los números atrasados remitidos.

Sr. Salarrullana.—(Melilla).—Queda abonada su suscripción hasta fin de Junio del año actual.