

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIII.

Madrid, 15 de Septiembre de 1923.

Núm. 18.

SUMARIO

Estudio abreviado referente a investigación biológica, por el **Dr. José González Granda**.—*Nuevas orientaciones terapéuticas* (continuación), por **José Amo Slocker**.—*Estudio crítico de los procedimientos de desinfección y de desinsectación en tiempos de paz y de guerra* (continuación).—*Heridas abdominales de guerra. Mi experiencia personal* (continuación), por **Fidel Pagés**.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Los injertos quirúrgicos.—*Absceso retromuscular subpubiano*.—*Prensa militar profesional*: Profilaxis de la gripe en el Ejército.—*Bibliografía*.—*Sección Oficial*

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Septiembre de 1923.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

Estudio abreviado referente a investigación biológica

II

El haber estudiado en nuestra última conferencia, siguiendo las indicaciones de Kunhne, los constituyentes proteicos de las células, haciendo la clasificación de los productos en *biuréticos* y *abiuréticos*, me obligan a decir algo referente a las *reacciones fundamentales*, o, por lo menos, *de más importancia para la caracterización de los albuminoideos*, según las modernas doctrinas de Química biológica: *Biuret* o reacción por el sulfato de cobre (*Reaction du Biuret*). Si se trata una substancia albuminoidea por un exceso grande de lejía concentrada de un álcali cáustico fijo, añadiendo pequeña cantidad de solución muy dilatada de sulfato de cobre, tanto el albuminoide como una disolución suya toma color azul violado o rosado.

Reacción xanto-proteica.—Las substancias albuminoideas y sus disoluciones se colorean de amarillo claro por el ácido nítrico hirviendo, y si cuando esto ha ocurrido se añaden líquidos alcalinos cáusticos y efectúa la ebullición, el color se torna anaranjado.

Reacción de Millon.—El reactivo Millon determina en las diso-

luciones de sustancias albuminoideas un precipitado blanco que, abandonado, cambia lentamente a rojo de ladrillo, y rápidamente si se hierve el líquido. Este reactivo se obtiene disolviendo un gramo de mercurio en dos de ácido nítrico, operando primero en frío y aumentando después ligeramente la temperatura; cuando ya todo el mercurio está disuelto se añaden por cada volumen de esta solución dos de agua.

No creo pertinente tratar de otras reacciones menos usadas por los químicos biológicos, como es la de Tauret y algunos más.

Análisis elemental de las sustancias orgánicas.—(Lecciones 1.^a y 2.^a)

Respecto a las determinaciones cualitativas y cuantitativas del carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno, azufre, fósforo y de los halógenos que constituyen las sustancias orgánicas, recomiendo a los compañeros la lectura de cualquiera obra de Química biológica que sea algo extensa; la del Dr. H. Ardieta (aunque un poco anticuada) trata estos asuntos admirablemente, y, por tanto, no he de entretenerme en explicar lo que está muy bien expuesto e ilustrado con excelentes grabados que aclaran cualquier duda; debiendo advertir que el magnífico trabajo de Ardieta puede consultarse en cualquier biblioteca, por haber logrado justa fama hace veinticinco años.

Voy a terminar la conferencia diciendo algo de los *monosacáridos*, *disacáridos* y *polisacáridos*. (Lección 6.^a) Estos cuerpos no son más que hidratos de carbono; abundan en los vegetales y tienen para nosotros gran importancia, puesto que suministran de 50 a 70 centésimas del gasto orgánico diario.

Ya en tiempo de mi inolvidable maestro, el notable biólogo Doctor Calderón (D. Laureano), clasificábamosestos compuestos en *glucosas* ($C_6H_{12}O_6$), *sacarosas* ($C_{12}H_{22}O_{11}$) y *amilosas* ($C_6H_{10}O_5$) n.

El primer grupo es de *monosacáridos*, porque las glucosas no pueden desdoblarse en moléculas de menor peso molecular. Las sacarosas también son cuerpos de sabor dulce; pero se diferencian del grupo anterior en que por adición de una molécula de agua se desdoblan en dos *monosacáridos*, mereciendo, pues, el nombre de *disacáridos*. Finalmente, el tercer grupo es de los *polisacáridos*, ya que las *amilosas* por hidratación (hidrólisis) se desdoblan en tres o más compuestos *monosacáridos*.

Las *glucosas* o *exosas* son aldehidos (*aldosas*) o compuestos ce-

tónicos (cetosas) de *alcoholes poliatómicos*, de cuyos cuerpos me ocupé con algún detenimiento en el *Manual de Química Médica*. Aquí sólo diremos que son: la *manita*, *dulcita* y *sorbita*. En el organismo humano existe el ácido *glicurónico*, como derivación de las glucosas ingeridas o producidas en el tubo digestivo, por desdoblamiento consecutivo o *hidratación* (acción de los jugos digestivos) de *sacarosas* y *amilosas*, ya que la mayoría de los hidratos de carbono se absorben bajo la forma $C_6 H_{12} O_6$.

En nuestros organismos se ingieren la *glucosa* ordinaria y la *levulosa*, principalmente con las frutas y la miel de abejas, siendo éstas y la *galactosa* los únicos *monosacáridos* que nos interesan, pues las *pentosas* sólo tienen papel importante en la alimentación de los animales *herbívoros*, ya que en el heno o hierba seca encontramos un 22 por 100 de estos *monosacáridos* (*arabinosa*, *l-xilosa*, *d-ribosa*, etc.).

De los *disacáridos* poco añadiremos; resultan de la unión de los *monosacáridos*, iguales o diferentes, pero con eliminación de una molécula de agua. De este grupo sólo podemos citar tres: *sacarosa*, *lactosa* y *maltosa*; la primera, ya sea de caña o de remolacha, se desdobla por hidrólisis, en *glucosa* y *levulosa*. La segunda, o azúcar del eche, origina *glucosa* y *galactosa*; y la tercera, o maltosa, se descompone en dos moléculas de glucosa. Terminaremos este estudio insistiendo en que la digestión transforma todos los *sacáridos*, por complicada que sea su composición, en *glucosa*, *levulosa* o *galactosa*; o sea, como antes dijimos, compuestos de la fórmula $C_6 H_{12} O_6$, que es la apropiada para absorberse y servir para la nutrición celular del organismo humano.

Respecto a los *polisacáridos*, nos limitaremos a decir que están constituidos por n moléculas de *monosacáridos* (exosas), con eliminación de $n - 1$ moléculas de agua.

Estos cuerpos (*dextrinas*, *almidones* y *celulosas*) abundan mucho en los tejidos vegetales; en los animales sólo existe *glucógeno*, especie de *dextrina*, depositada principalmente en el hígado y tejido muscular.

De todos los *polisacáridos*, las *celulosas* sólo tienen importancia como alimento de herbívoros; para el hombre únicamente interesan las féculas y almidones, que tanto abundan en los vegetales de que se compone el *régimen mixto* empleado ordinariamente para nuestra alimentación.

Con lo expuesto doy por terminada mi conferencia. Estas primeras lecciones tienen mucha parte teórica, que puede ser explicada; la práctica del programa (que es enorme) sólo puede efectuarse en el Laboratorio, con arreglo, *no al orden didáctico consignado en él*, sino a lo que las necesidades y servicios del Instituto exigen. Debiendo hacer constar que, no obstante el poco tiempo que lleva de existencia el indicado Laboratorio, realiza trabajos tan notables como los coleccionados por su inteligente y hábil auxiliar, el Dr. Muñoz Cortázar, y que figuraron en el Congreso científico celebrado hace poco en Salamanca.

DR. JOSÉ GONZÁLEZ GRANDA,
Coronel Médico.

NUEVAS ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS

RADIOTERAPIA

(CONTINUACIÓN)

Para ciertos radioterapeutas, el problema de la curación del cáncer se reduciría a administrar cierta dosis de radiación. Seitz y Wintz fijan la sarcomdosis entre 60 y 70 por 100 de la dosis eritema, teniendo en cuenta que los sarcomas son más radiosensibles que el cáncer. La dosis destructora para éste, según Kroenig y Friedrich, es de 90 por 100 de la dosis eritema; según Seitz y Wintz, la karzinomdosis es de 110 por 100 de la indicada dosis. Admitidos estos datos, bastaría con aplicar la dosis oportuna, lo más uniformemente posible, a toda la región que contiene las células neoplásicas, no pudiendo achacarse los fracasos más que a faltas en la técnica.

Esta reglamentación de dosis, que tan sencilla haría la práctica radioterápica, es inadmisibile, como lo atestiguan los hechos clínicos de observación diaria. Hay neoplasias que no regresan aunque hayan recibido 110 por 100 de la dosis eritema; otras, en cam-

bio, ante dosis más moderadas, se funden «como la nieve al sol». La dosis cancericida parece más relacionada con la constitución histológica e histoquímica de la neoplasia que con su naturaleza.

La dosis no es el único factor que ha de tenerse en cuenta en el tratamiento radioterápico de los tumores malignos; el asiento de la neoplasia es de primordial importancia, no sólo a causa de la proximidad de órganos de variable importancia, sino también en atención a las distintas modalidades reaccionales del tejido conjuntivo que rodea al proceso tumoral. Las reacciones de los elementos conjuntivos guardan relación con la dosis de rayos administrados; puede ésta no destruir por igual todos los elementos neoplásicos, y bastar, por el contrario, para lesionar los elementos conjuntivos, impidiendo su función defensiva y reparadora. Stephan, Theilhaber y Brock han demostrado el importante papel del tejido conjuntivo, advirtiendo el peligro del empleo de dosis muy fuertes, que pueden suprimir el proceso natural de defensa. Después de la administración de dosis muy fuertes se ha observado en determinados casos una curación local temporal, seguida de una recidiva *in situ*, de marcha rápida. Esto depende de la inhibición del tejido conjuntivo, que no realiza su papel de defensa, y también, seguramente, a la persistencia de algunas células neoplásicas dotadas de escasa radiosensibilidad, y cuyo desarrollo ha sido rápido en una región de poca o ninguna defensa natural. Dice Brock que en la curación de los tumores, desde el punto de vista de la dosis, hay un máximo y un mínimo que, rebasados, son igualmente perjudiciales: el exceso es nocivo al dificultar el proceso natural de curación; el defecto es inútil, por lo menos, por no ejercer sobre los elementos neoplásicos la acción destructora conveniente.

Empleando la dosis fraccionada, existe la ventaja de no entorpecer la proliferación del tejido conjuntivo. Recientemente, Regaud (*C. R. Soc. Biol.*, 1922, pág. 787) demuestra la importancia del fraccionamiento de la dosis; sin embargo, teniendo en cuenta la rápida evolución de los neoplasmas y el aumento de tolerancia a los rayos, descrito por el mismo autor, es preferible utilizar la dosis total en un espacio de tiempo que no exceda de una semana.

La moderna técnica radioterápica de los neoplasmas se distingue, por consiguiente, de la antigua, primeramente por el aumento considerable del coeficiente de transmisión, que asegura la administración de una dosis más fuerte y más uniforme en profundi-

dad, y además, por ser la dosis total más fuerte—única o fraccionada, según las técnicas—. Con estas modificaciones se ha obtenido un considerable tanto por ciento de curaciones, según se comprueba en el siguiente cuadro publicado por Jünglin el año 21, en que resume su estadística, la de Kienboeck, Müller, Seitz y Wintz, referentes al tratamiento del sarcoma:

AUTOR Y FECHA	Curación por 100.	Mejoría por 100.	Sin variación por 100.	TOTAL DE CASOS
Kienboeck (1902-1905).....	17,8	57,8	24,4	90
Müller (1912).....	31,4	45,7	22,8	35
Seitz y Wintz (1919).....	31,4	48,6	20	70
Jünglin (1917-1920).....	31,9	44,7	23,4	47

Puede notarse que la radioterapia que utiliza el cinc como filtro no da por este hecho un tanto por ciento de curaciones mayor, puesto que Müller, filtrando por aluminio, ha obtenido la misma proporción de curaciones que Seitz y Wintz que utilizan el cinc. El tanto por ciento de resultados negativos demuestra la tenaz radiorresistencia de algunos sarcomas indiferentes a la técnica empleada. El perfeccionamiento de esta ha permitido aumentar el número de curaciones de 17,8 por 100 de la estadística de Kienböck a 31,9 en la de Jünglin.

Ciertos autores opinan que las curaciones efectuadas por la radioterapia pierden todo su valor a causa de estar favorecidas las metástasis viscerales. La estadística publicada no hace mucho por Wertheimer parece que resuelve este asunto definitivamente; se refiere a 104 casos de carcinoma del cuello uterino, cuyas autopsias y examen histológico han sido practicadas por un distinguido anatómo-patólogo; de estos 104 casos, cuéntanse 50 pacientes muertas sin ser irradiadas y 54 muertas después de haber sido irradiadas con radio, rayos X o los dos métodos combinados. En 54 por 100 de los casos no irradiados encontró metástasis; en los irradiados, 48 por 100. La irradiación no aumenta la frecuencia de las metástasis.

Una rápida enumeración de algunas afecciones en que está indicada la radioterapia ultrapenetrante nos mostrará los resultados de este método curativo.

a) *Sarcomas.*

Según hemos visto anteriormente por los resúmenes estadísticos de Jünglin, la curación de los sarcomas ha mejorado en un notable tanto por ciento. Necesitándose separar los casos de tratamiento quirúrgico de aquellos que sean beneficiados por la radioterapia, puede establecerse el criterio de irradiar todos los sarcomas inoperables, obteniéndose resultados notables en algunos casos considerados como desesperados. Entre los sarcomas operables, los del útero, mucho tiempo considerados como intangibles para el radioterapeuta, después de los resultados favorables conseguidos por Seitz y Wintz deben ser tratados por las radiaciones con preferencia a la cirugía. Los mencionados autores han tratado con éxito 18 casos de sarcoma del útero, en 15 de los cuales se ha hecho previamente análisis histológico. Béclère opina como Seitz y Wintz, y cree que la sospecha de la transformación sarcomatosa de un fibromioma uterino no constituye ya contraindicación de la radioterapia.

Los linfosarcomas requieren también la radioterapia; la extirpación quirúrgica da malos resultados. Los sarcomas de la piel, los osteosarcomas del cráneo, deben ser irradiados primeramente, no acudiéndose a la cirugía más que en los casos en que fracasó la radioterapia. Los sarcomas del esternón deben ser irradiados. Entre los osteosarcomas de las extremidades de los miembros deben ser irradiados, según Jünglin, los de origen perióstico; en tanto que los sarcomas mielógenos deben ser primeramente operados e irradiados después, por dar la exéresis quirúrgica un tanto por ciento de curaciones más elevado. En todos los sarcomas operados la irradiación post operatoria con fuertes dosis fraccionadas, asegura un número mayor de curaciones definitivas.

JOSÉ AMO SLOCKER,
Comandante Médico.

(Continuad.)

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)

La valoración más corriente para tales fines de su mezcla, con el agua, es la de 5 por 100. Creemos, dado todo lo dicho, que debe ser mayor y no puede juzgarse de exageración, teniendo en cuenta su aplicación principal; debe elevarse al 10 por 100.

Cloruro mercúrico: Cl_2Hg .— Deutocloruro o bicloruro de mercurio, sublimado corrosivo. Masas blancas opacas o translúcidas, olor y de sabor metálico. Funde a 265° . Soluble en 16 partes de agua fría, dando un líquido de débil reacción ácida, en 3 partes de agua hirviente, en 2 y media partes de alcohol y en 7 de éter.

A la luz, la solución acuosa de cloruro mercúrico se descompone con desprendimiento de ácido clorhídrico y formación de cloruro mercurioso.



Esta solución presenta reacción ácida que desaparece por la adición de algunos cloruros, ya sódico o amónico; se producen sales más solubles de reacción neutra. A fin de solubilizarle, se aconseja por casi todos los autores, la adición en cierta proporción de los cloruros anteriormente citados, de ácido tartárico o de alcohol. Es cierto se facilita su solución, pero también lo es que se rebaja su poder antiséptico, muy especialmente con la adición de cloruro sódico; y la de ácido tartárico limita su aplicación por no poder emplearse en pulverizaciones sobre diferentes tejidos.

De estos tres disolventes del cloruro mercúrico creemos que el

alcohol es el mejor, ya que no presenta los inconvenientes de los otros dos y facilita su acción antiséptica por sumarse la del alcohol, sin perjuicio de que se pueda preparar la solución de cloruro mercúrico en el agua sin intervención de ningún agente que facilite su solución, sirviendo de garantía del éxito si está recientemente preparada.

Se opone frecuentemente como objeción a la acción del sublimado el hecho de ser un coagulante de los albuminoides, pudiendo quedar gérmenes sin atacar envueltos en los coágulos correspondientes. Para ciertas aplicaciones es indiscutible que esta propiedad puede ser un obstáculo de interés, pero no para la desinfección que pocas veces se aplica sobre tejidos que estén manchados de productos que pueden contener albuminoides, y en este caso ya indicaremos, al tratar de las lejías en su aplicación a lo que se llama ropa blanca, las prácticas que deben seguirse antes de desinfectarlas en las estufas de vapor a presión. En el servicio de Sanidad del Ejército francés se proscribió su uso para la desinfección de las ropas y de los productos orgánicos.

Creemos, y es esta una opinión particular, tal vez discutible, que las soluciones concentradas de sublimado aplicadas a la desinfección no son precisamente las que ofrecen mayores garantías. Lo fundamentamos en una larga práctica en estas cuestiones que nos enseña que la concentración de la solución de sublimado para dicho fin no debe pasar del medio por mil, y tanto mejor si a la solución se le adicionó alcohol etílico en un 5 por 100.

La solución en esta forma ofrece una acción inmediata sin el inconveniente de la coagulación de albuminoides, al menos rápidamente. Siendo práctica corriente entre los desinfectores el lavarse la cara y las manos con dicha solución, cuando es diluída, no actúa como tópico ni produce erosiones y aun a veces quemaduras en la piel, como sucedería con las soluciones concentradas.

Se emplea la solución del sublimado en dos formas: 1.^a Poniéndola en cilindros donde se sumerjen las ropas blancas, durante dos horas, tiempo que se puede reducir si se eleva la temperatura a 30° ó 40°, y nunca más alta, porque si las ropas se hallan manchadas de sangre, pus, etc., ofrece el inconveniente que ya queda señalado. Esta aplicación es corriente en sitios donde no pueden ser sometidas las ropas a la acción de la estufa. 2.^a La aplicación en pulverizaciones para el aseo personal y sobre las ropas al ser re-

cogidas por los desinfectores y colocadas en las lonas correspondientes para su traslado a las estufas.

Por lo dicho, fácil es deducir estimamos el sublimado como un agente de desinfección de mucho interés.

4) *Hipoclorito de cal.*—Conocido con el nombre de «polvos de gas». Parece ser una combinación de hipoclorito de cal $\text{Ca} \begin{matrix} \diagup \text{OCl} \\ \diagdown \text{OCl} \end{matrix}$ y cloruro de calcio Ca Cl_2 , mezclado con cantidad variable de hidróxido cálcico $\text{Ca} \begin{matrix} \diagup \text{OH} \\ \diagdown \text{OH} \end{matrix}$ y agua. Polvo blanco grisáceo, higroscópico de olor a cloro y soluble parcialmente en el agua.

El hipoclorito desprende con facilidad al tratarle por un ácido diluido, cloro, y en estas condiciones se ponen de manifiesto las propiedades de colorantes y desinfectantes de dicho halógeno



Es uno de los agentes de desinfección empleado ya de antiguo. El hipoclorito de cal, y en general los hipocloritos, son una fuente de constante emanación de cloro que al estado naciente poseen el máximo de su acción desinfectante y mejor destructora, puesto que el cloro lo es de las materias orgánicas. En esto está fundada su aplicación, siendo indiscutible, no obstante, los muchos detractores que ha tenido y tiene su uso, que el hipoclorito figure como agente de desinfección de mucho interés. Su coeficiente microbicida es muy elevado, pero son bastante limitadas sus aplicaciones. Se ha empleado y se emplea para irrigación de pavimentos, escaleras, patios y para las letrinas. En este caso en forma de lechada. Y si a continuación se añade una cantidad proporcional de ácido clorhídrico diluido, se aumenta la cantidad de cloro y actúa de un modo más eficaz, llegando a conseguirse hasta la muerte de las ratas, como el anhídrido sulfuroso y el gas cianhídrico, de lo que nos ocuparemos.

El cloro gaseoso se obtiene por la descomposición del hipoclorito de cal en vasijas de barro vidriado, pero es de escaso resultado, fuera de la ventaja del poco peligro de su empleo. El gas ácido clorhídrico se emplea vaporizando el ácido clorhídrico líquido, y favorece mucho la destrucción de los microorganismos, incluso los esporos del carbunco que resiste a diversos medios. El

principal inconveniente consiste en los efectos cáusticos que ocasiona sobre la piel, debiendo, por tanto, manejarse con ciertas precauciones.

El Agua de Javel, solución de hipoclorito de sosa, se emplea mezclada con agua al 50 por 100, en vasijas de mucha superficie y poca profundidad, obteniéndose buenos resultados, que en otros tiempos creyeron inmejorables.

5) *Óxido cálcico* (CaO).—Cal viva. Es una masa compacta amorfa blanca, algunas veces algo gris, a consecuencia de la arcilla, óxido férrico, etc. Se combina con el agua formando el hidróxido de calcio $\text{Ca} \begin{matrix} \text{OH} \\ \text{OH} \end{matrix}$ que sirve para preparar «la lechada de cal» en las proporciones siguientes:

Cal apagada: 4.000 grs. Agua fría, 10 litros. Se mezcla y agita de tiempo en tiempo, dejándola en reposo durante quince minutos para que se depositen las partículas pesadas y decantando y recogiendo en otro recipiente la verdadera lechada de cal.

La cal viva en polvo grueso sirve para coadyuvar a la descomposición de los cadáveres. La lechada de cal se utiliza para encalar habitaciones en irrigación, en cuadras y establos, y también para alcantarillas y letrinas, aunque su acción es más lenta que la del hipoclorito. Para cien partes de deyecciones se emplean dos partes de lechada.

6) *Sulfato de cobre*: $\text{SO}_4 \text{ Cu} + 5 \text{H}_2\text{O}$.—Vitriolo azul, piedra lapis, etc. Preséntase en cristales triclinicos de color azul intenso transparentes y de sabor estíptico. Soluble en dos y media partes de agua fría y más en la caliente, poco soluble en el alcohol diluido. Al aire se esflorece, perdiendo una molécula de agua, y adquiere color blanco azulado.

Empleado como desinfectante en las escupideras, preparando una solución formada por 50 grs. de sulfato de cobre para 2 de ácido tartárico y 1.000 c. c. de agua y para las deposiciones, en los campamentos sobre todo, cuando se presentan casos de cólera o fiebre tifoidea.

7) *Sulfato ferroso*: $\text{SO}_4 \text{ Fe}, 7\text{H}_2\text{O}$.—Vitriolo verde, caparrosa verde. Es de color verde azulado, sabor astringente, soluble en agua, una parte en 1,43 a 15° y en 0,3 a 100°. Insoluble en alcohol y en el eter. Los cristales se esflorecen en contacto del aire y se cubren de una capa amarillenta de sulfato férrico básico. Se em-

plea en solución en la misma proporción que la anterior, principalmente en irrigación, en los campamentos, para destruir las larvas de las moscas y como desodorante.

(Continuad.)

Heridas abdominales de guerra. Mi experiencia personal

(CONTINUACIÓN)

NUMERO 20.

Pabellón 4.—Cama 1.—Soldado de la Legión. Llega tan colapsado, que no puede decirnos su nombre. Herido el día 28 de Octubre de 1921 a las doce de la mañana. Herida penetrante de vientre producida por arma de fuego. Operado a las siete cuarenta y cinco del mismo día.

Orificio de entrada en hipocondrio derecho a nivel de línea axilar posterior (pasaba a un centímetro por debajo de borde inferior de hígado), y orificio de salida en fosa ilíaca izquierda.

Laparotomía media. Se apreciaron 14 perforaciones: dos en colon ascendente, 10 en yeyuno-íleon y dos enormes en S ilíaca con salida de excremento. Tiene ya bastante reacción peritoneal, con membranas de peritonitis.

Se repararon aisladamente por sutura con catgut y seda. Lavado de cavidad peritoneal con éter.

Anestesia clorofórmica.

Falleció el día 30, en las primeras horas de la mañana.

NUMERO 21.

Pabellón 4.—Cama 2.—Soldado F. S., del Regimiento de Vergara, núm. 57. H. p. a. d. f., penetrante de vientre, con orificio de entrada en vacío derecho y de salida en vacío izquierdo.

Herido a las doce de la mañana del 29 de Octubre de 1921.

Operado a las ocho de la noche del mismo día. Signos de perforación intestinal. Estado general, muy malo.

Laparotomía media. Tenía 12 perforaciones de intestino delgado, que obligaron a practicar una resección de un segmento de 2 metros de largo. Lavado con éter de cavidad peritoneal. Sutura en un plano de pared con puntos metálicos.

Anestesia clorofórmica.

Los tres días consecutivos a la operación el enfermo se encuentra bien y animado; no vomita, y se restablece inmediatamente la permeabilidad intestinal. El 3 de Octubre, escalofrío y dolor de costado izquierdo. Revulsión y aceite alcanforado.

Fallece el día 5 de Octubre, a las nueve noche, de pneumonía.

NUMERO 22.

Pabellón 2 (Oficiales).—Cama 14.—Teniente del Regimiento de Borbón, con una h. p. a. d. f., penetrante de vientre, con orificio de entrada en fosa iliaca derecha y de salida en región glútea del mismo lado.

Herido a las nueve de la mañana del día 29 de Octubre de 1921. Operado a las cuatro y media de la tarde del mismo día, con gran defensa muscular y 120 pulsaciones.

Laparotomía lateral. Se ven tres perforaciones en ciego, que se reparan aisladamente, suturándolas con catgut y seda, y se aprecia el orificio de salida de cavidad peritoneal, rozando vasos ilíacos.

Lavado con éter y drenaje de gasa. Sutura metálica de pared en un plano.

Anestesia clorofórmica.

Fué necesario inyectar suero (300 c. c.) y aceite alcanforado (10 c. c.).

Falleció el 1.º de Octubre de 1921.

NUMERO 23.

Pabellón 7.—Cama 8.—A. G. R., sargento de Caballería de Lusitania, herido el 29 de Septiembre de 1921. Orificio de entrada, línea media, dos traveses de dedo bajo el ombligo, salida región lumbar derecha un poco por encima de cresta iliaca.

Vómitos, pulso incontable, hipotermia, timpanismo hepático, gran defensa abdominal.

Cloroformo. Laparotomía media a las diez horas de herido, que descubre cinco perforaciones en intestino delgado, una de ellas en inserción mesentérica. Gran derrame de sangre y de contenido intestinal. Resección de 60 centímetros de delgado, comprendiendo las cinco perforaciones. Lavado con éter de cavidad peritoneal. Oclusión de pared por sutura metálica.

Falleció el 1.º de Octubre de 1921, sin haber logrado vencer el estado de shock post-operatorio.

NUMERO 24.

21.708.—Soldado del Batallón de Albuera, núm. 26. No trae tarjeta ni nadie que lo identifique. H. p. a. f. o., entrada región glútea izquierda y salida en hipocondrio izquierdo. Síntomas clásicos de una peritonitis incipiente; reacción defensiva enorme de peritoneo, gran dolorimiento a la palpación, palidez y estado shock profundísimo.

Operación Raquí. Incisión lateral izquierda. Gran hemorragia intraperitoneal. Hallazgo de masas fecales mezcladas con alimentos reconocibles (judías, etc.). Cinco secciones totales de íleon, dos en S ílfaca (una casi seccionándola transversalmente). Sutura de estas últimas y resección de 1,50 mm. de íleon, habiendo preferido esta resección extensa a una triple que hubiera exigido la distribución en tres segmentos de las heridas. Anastomosis terminal. Drenaje pelviano. Sutura metálica en un plano.

Fallece.

NUMERO 25.

Puesto quirúrgico de Batel. I. S., sargento del Batallón de Albuera, núm. 26. Herido a las once, en Kandussi. Ingresa en el puesto quirúrgico de Batel. H. p. a. f. o., en región umbilical, a izquierda de la línea media; salida en glútea derecha. Anemia sobrepagada, vómitos, 130 pulsaciones, gran depresión, defensa peritoneal, matidez hepática desaparecida. Diagnóstico. Perforaciones y gran hemorragia.

Operación Raquí. Laparotomía central supra e infraumbilical. Enorme hemorragia de sangre rutilante. Exvisceración rápida del

paquete delgado para explorar fondo pelviano. La sangre procede del plexo hemorroidal, y en la imposibilidad de ligarlo se taponan. Exploración del intestino delgado. Cuatro perforaciones en ileon, que se suturan; toilette peritoneal. Sutura en un plano.

Fallece.

NUMERO 26.

B. L., soldado de la Legión. H. p. a. d. f., con entrada en hipcondio derecho, a nivel de décimo cartilago y salida en región lumbar derecha.

Ingresa en el puesto de Dar Drius, en estado agónico, por hemorragia interna, y se le opera inmediatamente, aunque sin esperanza.

Raquianestesia dorsolumbar. Incisión paralela a reborde costal derecho. Descenso del hígado, que se encuentra rasgado en cinco fisuras. La sangre fluye en una abundancia alarmante, seguramente de alguna de las ramas principales de la porta, por la proximidad del trayecto al hilio hepático. Taponamiento con epiplón, que se sujeta con unos puntos de catgut.

Al estar cerrando la pared falleció el herido de anemia aguda. Durante la intervención se puso suero y caféina.

NUMERO 27.

Pabellón 3.—Cama 15.—J. P., cabo de la Legión, herido el día 23 de Septiembre de 1921, a las nueve de la mañana, y operado a las dos de la tarde del mismo día.

Orificio de entrada en fosa ilíaca izquierda, salida a nivel de parte media de cresta ilíaca del mismo lado.

Buen estado general, poca defensa, matidez conservada, dolor muy pronunciado en fosa ilíaca izquierda y moderado en el resto del vientre. No hay vómitos, ni tampoco expulsión de materias ni gases.

Herida penetrante, tal vez con lesión de S ilíaca.

Laparotomía lateral bajo raquianestesia, exploración de S ilíaca, que está intacta, gran hematoma extraperitoneal y perforación de mesosigma. Cavidad abdominal limpia.

Oclusión en un plano.

Curso post-operatorio normal. Evacuado el 26 de Octubre de 1921.

NUMERO 28.

Pabellón 3.—Cama 15.—Soldado C. H., del Tercio, herido el día 4 de Octubre de 1921. H. p. a. d. f., con orificio de entrada en hipocondrio izquierdo y orificio de salida en región glútea derecha.

Laparotomía media. Tenía dos orificios (entrada y salida) en colon transverso; otros dos en ciego, el de salida en cara posterior, siendo necesario para suturarle hacer movilización a lo Duval, y otro en un asa intestinal delgada.

Todos fueron reparados aisladamente mediante sutura con catgut y seda. Lavado con éter de la cavidad peritoneal y sutura de pared en un plano de puntos metálicos.

Anestesia clorofórmica.

Curso post-operatorio. Al día siguiente el enfermo está mejor de pulso; tiene 38° de temperatura. A los dos días mejora notablemente, y a los ocho días se le quitan los puntos. Curación.

Al catorce día empieza con trastornos gastrointestinales y a subir de temperatura, y fallece el día 21 de Octubre de 1921, o sea a los diez y siete días de operado, por enteritis aguda.

NUMERO 29.

Pabellón 5.—Cama 6.—L. L., soldado de la Legión, ingresa en el Hospital el día 29 de Septiembre de 1921 por herida de vientre con orificio de entrada en región umbilical, a dos traveses de dedo por encima de ombligo, y salida en región lumbar derecha, un poco por encima de espina ilíaca posterosuperior, a la altura de tercera lumbar.

Herido a las nueve de la mañana y operado a las tres de la tarde.

Presenta a su ingreso facies contraída, pulso pequeño y de 110 pulsaciones; respiración superficial. Ha vomitado y no ha expulsado materias ni gases. Dolor a la presión, generalizado en todo el vientre, con gran defensa. Signo de Blumberg. Matidez desaparecida en el hígado, y existencia de una zona de matidez movable en los flancos.

Diagnóstico.—Herida penetrante con lesión de intestino delgado y hemorragia; probable lesión de algún vaso mesentérico.

Laparotomía media y exploración del contenido abdominal, encontrando cuatro perforaciones de intestino delgado en dos asas próximas, con gran contusión de pared intestinal, y cerca de inserción mesentérica dos de ellas. No hay lesión importante de mesenterio, y la hemorragia que se encuentra, aunque abundante, proviene de las heridas del intestino mencionadas.

Páncreas perforado cerca de parte inferior de segunda porción de duodeno, no saliendo sangre de esta herida, que se descubre fácilmente, por estar rodeada de una gran zona de contusión.

Resección de 90 centímetros de intestino, comprendiendo en la parte reseçada las cuatro perforaciones y sutura invaginante mediante dos puntos de seda entrecortados de la herida pancreática. Toilette peritoneal y lavado con éter. Oclusión en un plano.

Curso normal. Evacuado el día 10 de Octubre de 1921.

NUMERO 30.

Pabellón 4.—Cama 7.—Soldado P. D., del Tercio, herido el día 9 de Octubre de 1921. Herida por arma de fuego con orificio de entrada en hipogastrio, y salida en región glútea izquierda. Orina hemorrágica, aunque muy escasa, la que se recoge con sonda, gran defensa abdominal y vómitos. No ha habido expulsión de materias ni gases. Fractura de pubis.

Anestesia general. Laparotomía infraumbilical. Paredes infiltradas de orina (espacio de Retzius). Revisión de intestino delgado y S ílfaca, únicas porciones que podían estar heridas.

No hay lesión. Abundante orina teñida de sangre, en fondo pelviano; la vejiga presenta una rotura en cara posterior, por donde se ha vertido la sangre al peritoneo. Regularización y sutura en dos planos. Toilette peritoneal y oclusión mediante catgut de peritoneo parietal, despegamiento de vejiga detrás del pubis, que está fracturado. Una esquirla perfora la cara anterior de la vejiga. Regularización del foco de fractura y de la herida vesical anterior, producida por el hueso y por la bala al mismo tiempo. Se prolonga hacia arriba esta abertura vesical y se sutura a pared, tubo de Guyon. Se termina el cierre de la herida laparotómica, mediante sutura en planos.

Curso post-operatorio, bueno.

El día 3 de Diciembre de 1921 es evacuado a Ceuta completamente curado.

NUMERO 31.

Pabellón 3.—Cama 7.—D. A., soldado del 11.º Regimiento ligero de Artillería; fué herido el día 29 de Septiembre, a las ocho de la mañana, y operado a las diez y media, esto es, dos horas y media después de herido.

Orificio de entrada en región umbilical por encima de ombligo, y salida en vacío izquierdo.

Bien de estado general y de pulso. Dolor a la presión en todo el abdomen y defensa no muy acentuada. Matidez hepática desaparecida.

Raquianestesia, laparotomía transversal, con extirpación de los orificios de entrada y salida; gran perforación en colon transversal, que se trata mediante extirpación de bordes contundidos e infiltrados, y sutura en dos planos. La cavidad abdominal muy limpia, existiendo sólo una pequeña cantidad de materias sólidas en los bordes de lesión intestinal. Lavado con éter de esta zona, y oclusión de la pared con sutura en planos; drenaje.

Curso post-operatorio, bueno; se quitó el drenaje al día siguiente, y los puntos a los nueve, siendo evacuado a la Península el día 22 de Octubre de 1921.

NUMERO 32.

Pabellón 4.—Cama 1.^a—C. L. C., soldado del Regimiento de Sevilla, herido en Taxuda, a las doce del día 10 de Octubre de 1921. H. p. a. d. f., con orificio de entrada en hipocondrio derecho, salida en región lateral de tórax derecho, línea axilar anterior nivel de octava costilla.

Signos de hemorragia interna intensa. Disminución de matidez hepática; pulso pequeño, 90 pulsaciones. Diagnóstico, herida de hígado.

Se le opera a las ocho de la noche, bajo anestesia clorofórmica. Laparotomía transversal, extirpando el orificio de entrada. Presenta una pequeña herida de hígado limpia sin estallido, de la que se ven los dos orificios de entrada y salida coincidiendo con los de la

piel perfectamente obturados por un coágulo que parece lo suficientemente fuerte y adherente, para que nos limitemos a respetar este medio de hemostasia espontánea, reparándola con aplicación superficial de epiplón. Toilette de la cavidad abdominal, despojándola de los abundantes coágulos que hay en ella, y oclusión de la herida operatoria en un plano.

Suero y tratamiento post-operatorio apropiado. A los nueve días se quitan los puntos, y el herido es dado de alta completamente curado, el día 30 de Octubre de 1921.

NUMERO 33.

Pabellón 5.—Cama 3.—J. A. B., soldado del Regimiento de la Princesa, herido el día 5 de Octubre de 1921, a las diez de la mañana, y operado a las cuatro de la tarde del mismo día. H. p. a. d. f., con orificio de entrada en epigastrio y salida en región trocantérea derecha.

Defensa moderada del abdomen, dolor a distancia del trayecto, matidez hepática normal; no hay vómitos, pero tampoco materias ni gases. En fosa ilíaca derecha, gran resistencia a la palpación profunda con dolor. Pulso, 94; temperatura normal.

Herida penetrante de vientre con lesión probable de ciego.

Laparotomía lateral derecha bajo raquianestesia, apreciándose en cara anterior de ciego una herida alargada y muy infiltrada de sangre, por donde evierte la mucosa. Sutura invaginante, limpieza de coágulos, exploración de intestino delgado, que está indemne, y oclusión de pared abdominal.

Curso post-operatorio normal. Curación a los diez días. Alta el 3 de Noviembre de 1921, evacuado para la Península.

NUMERO 34.

Pabellón de Oficiales.—Cama 7.—D. J. C. C., Teniente del Regimiento Infantería de la Princesa, herido el día de 10 de Octubre de 1921, a las dos de la tarde, en Taxuda. Ingresas en el Hospital, con una herida por proyectil de arma de fuego, con orificio de entrada en región glútea izquierda, por detrás del trocánter, y salida a nivel de parte media de cresta ilíaca derecha.

Mal estado general; pulso, 120; temperatura, 36°; ha vomitado

y tiene impermeabilidad al paso de materias y gases. Vientre moderadamente tenso y sin gran defensa ni dolor, a distancia del sitio de las heridas; a la presión, profunda, muy sensible fosa ilíaca izquierda. Matidez hepática conservada.

Diagnóstico: herida penetrante con signos de hemorragia.

FIDEL PAGÉS,
Comandante Médico.

(Continuará.)

VARIEDADES

Damos el más sentido pésame al Comandante Médico D. Joaquín de Benito Azorín, por la desgracia de familia que acaba de experimentar.

* * *

Los Jefes y Oficiales con destino en la Academia de Sanidad Militar han regalado la faja correspondiente a la categoría de su nuevo empleo, al Inspector del Cuerpo D. José Masfarré, que acaba de cesar en la Dirección de dicho Centro.

El agasajado obsequió a su vez con un té en su domicilio al expresado personal.

* * *

Ha terminado el primer ejercicio de las oposiciones a plazas de Alféreces Médicos de la Academia de Sanidad Militar, habiendo pasado al segundo 32 opositores.

* * *

Como resultado de la excelente organización de los servicios sanitarios durante los últimos combates habidos en el territorio de Melilla, el Coronel Médico D. Eduardo Coll recibió la siguiente expresiva felicitación del Alto Comisario:

«Melilla, 25 Agosto 1923.—Sr. D. Eduardo Coll.

Mi querido amigo: En mi deseo de felicitar personalmente a V. y a las fuerzas a sus órdenes por su brillante actuación en el com-

bate del día 22, que tan gran quebranto causó en las huestes enemigas, no lo había hecho ya; pero me veo precisado a marchar urgentemente a Tetuán, donde la firma y despacho de asuntos inaplazables reclaman mi presencia, y no quiero abandonar este territorio sin enviar a V. y a las tropas a sus órdenes la expresión de mi entusiasmo por el éxito, la felicitación más calurosa y un abrazo, haciendo votos por que siga hasta aquí obteniendo lauros para el Ejército y proporcionando días de gloria a nuestra amada España. En espera de poder felicitarle personalmente cuando de nuevo vuelva a Melilla, siempre suyo afectísimo amigo, que le abraza y felicita.—*Luis Silvela.*»

*
* *

Ha regresado de San Sebastián, en cuya capital tomó parte muy activa en el Congreso de Pediatría, nuestro querido Director, D. Manuel Martín Salazar.

*
* *

El Inspector Jefe del Centro de Estadísticas Sanitarias de la Armada, Excmo. Sr. D. Adolfo Núñez, ha tenido la atención, que agradecemos, de remitirnos un ejemplar de las Estadísticas sanitarias de la Marina de guerra española, correspondiente al año 1920.

*
* *

El Farmacéutico primero D. Adolfo González Rodríguez forma parte de la Comisión que, presidida por el Teniente coronel de Artillería D. Antonio Garrido, marchó a los Estados Unidos para estudiar las grandes instalaciones de farmacia y química industrial.

*
* *

Al cerrar nuestra edición nos enteramos, con pena, del fallecimiento, ocurrido en Barcelona, del Comandante Médico D. Ildefonso Escalera.

En el próximo número publicaremos la correspondiente nota necrológica.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Los injertos quirúrgicos.—**MAUCLAIRE.**—*Clinique y Laboratoire*, número 4, 15 de Abril de 1923. París.—Injertos epiploicos.—Desde el gran impulso que ha adquirido la cirugía abdominal, los injertos epiploicos de Jobert, de Lamballe (1849), han sido a menudo practicados para reparar pérdidas de substancias del estómago, intestino, vejiga, útero, diafragma, etc. Han sido también empleados para contener las hemorragias capilares del hígado, del bazo, de los riñones. El autor los ha practicado en gran número.

Son libres o pediculados. Al transformarse en tejido fibroso, constituyen una excelente obturación y reparación.

Injertos de aponeurosis.—Los primeros ensayos son muy antiguos.

La fascia lata es la que más a menudo se ha empleado:

a) Como órgano de suspensión, de fijación o de contención.

b) En forma de placas, como órgano de remiendo o como membrana de refuerzo sutural (duramadre, refección de tendones, de ligamentos, aneurisma, hernia muscular o intestinal, eventración, etc.).

c) Como órgano de ligadura en forma de tiras (exclusión del píloro).

d) Como membrana de aislamiento (fistula bronquial cutánea).

e) Como drenaje, arrollada en forma de tubo.

f) Como hemostática en las hemorragias del hígado y del bazo.

Injertos tendinosos.—En los animales y en el hombre los resultados de estos injertos son excelentes, ya

se trate de injertos vivos autoplásticos, homoplásticos o heteroplásticos. Nageote ha preparado estos tendones muertos, que implantados entre las extremidades tendinosas se adhieren con fuerza y sirven de tutor para la regeneración de los dos extremos tendinosos separados (Sencert, Auvray).

Injertos de músculos estriados.—Son poco empleados; su adherencia es dudosa, a pesar de tratarse de un tejido bien vascularizado.

Con ellos se ha conseguido rellenar cavidades óseas, contener hemorragias capilares del hígado, etc.

Injertos vasculares.—A) Injertos arteriales.—Habiéndose perfeccionado mucho la sutura arterial, el injerto arterial autoplástico ha dado buenos resultados en manos de Hoefpner, Carrel y Guthrie, etc.

Los injertos homoplásticos prenden bien casi siempre (Moure). El resultado de los injertos homoplásticos vivos es inconstante. Los injertos arteriales muertos pueden prender (Guthrie, Nageote, Sencert).

En el hombre se han empleado injertos heteroplásticos para reparar la uretra.

B) Injertos venosos.—En los animales, un fragmento de la vena yugular puede reemplazar una pérdida de substancia de la arteria carótida (Carrel y Guthrie). La vena safena ha sido también a menudo empleada en estos experimentos. La vena se engrosa, se arterializa.

En el hombre, numerosas son las observaciones de injertos autoplásticos de vena safena viva o muerta para reparar pérdidas de substan-

cia de las arterias y de un modo especial de conductos músculo-membranosos: uretra (uréter, colédoco), o para la sutura tubular de los nervios, etc.—VIDAURRETA.—(*Clinica y Laboratorio*, Julio 1923.)

*
**

Absceso retromuscular subpubiano. — (Diagnóstico diferencial.)—A. MORLET Y RAJAT.—*La Presse Médicale*, núm. 29, 11 de Abril 1923. París.—El espacio retro, muscular subpubiano, que desde el punto de vista anatómico posee una entidad precisa, presenta igualmente una patología claramente diferenciada.

Consideran el primer caso observado, por no haber encontrado análogo en la literatura médica por ellos consultada.

En el caso clínico descrito, a la inspección observaron a nivel de la bolsa del lado izquierdo una inflamación que desplazaba la piel del escroto. Por debajo del pubis aparecía un corte de arco de bóveda ocupando la parte inferior del epigastrio, presentando dos arcos de

concavidad inferior, dibujando en relieve las arcadas de Douglas, donde la fascia transversal reúne los músculos rectos.

A la palpación se despertaba un dolor muy vivo y fluctuación. El enfermo fué operado, obteniendo su curación a los veinte días.

Sin duda la fascia transversal que separa esta cavidad de la fosa de Retzius, a la larga, puede ser perforada por el pus. Pero en este caso el absceso de la bolsa de Retzius no es más que secundario a una colección purulenta retromuscular subpubiana, no diagnosticada y tratada a tiempo.

Así como el absceso de la fosa de Retzius da lugar, entre otros síntomas, a tenesmo, defecación dolorosa, presión insoportable sobre el periné, notándose por el tacto rectal la tumefacción que se extiende a la pared anterior, etc.; por el contrario, en el absceso retromuscular subpubiano, no se presenta dolor perineal a la presión, ni trastorno alguno en la micción y defecación. VIDAURRETA.—(*Clinica y Laboratorio*, Julio 1923.)

Prensa Militar Profesional

Profilaxia de la gripe en el Ejército.—El Dr. Vincent, Médico Inspector general de la Sanidad Militar francesa, y autoridad científica mundial, en una extensa conferencia dirigida a los Jefes regionales del Servicio de Sanidad, y extractada en los *Archivos de Medicina y Farmacia* (Marzo 1923) de dicho país, concluye su trabajo de la manera siguiente:

«La profilaxia específica de la gripe por una vacuna apropiada ha sido objeto de numerosas investigaciones. A decir verdad, el agente infeccioso de esta dolencia, siéndonos desconocido y no pudiendo ser cultivado, resulta evidente que no se puede tampoco en el estado actual de la ciencia preparar un anti-guio protector contra él.

La preocupación debe alcanzar a

inmunizar, por lo menos, contra los microbios de asociación, que en las epidemias de gripe son la causa de su coeficiente temible. Se ha preparado vacunas contra los neumococos, estreptococos, bacilo de Pfeiffer...

.....
.....

Pero no parece hasta aquí que

su empleo, aunque bien extendido, haya dado resultados absolutamente demostrativos. La cuestión de la inmunización antigripal no está resuelta. La vacunación contra los microbios de complicación o asociados no parece haber entrado todavía en la práctica corriente.»—
J. P.

BIBLIOGRAFÍA

Segundo Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares celebrado en Roma, por Miguel Campoy Irigoyen, Farmacéutico primero de Sanidad Militar.

En un opúsculo de 20 páginas ha condensado el distinguido Farmacéutico militar Sr. Campoy sus impresiones personales, como individuo de la Delegación española en dicho Congreso, y las enseñanzas deducidas del mismo.

Dada la ilustración del autor y el entusiasmo con que desempeñó su comisión, no es de extrañar que estas deleitables páginas sean exacto reflejo de las sugestivas sesiones transcurridas en aquel ambiente científico y de confraternidad, a la par que histórico y artístico, que, como dice muy bien el Sr. Campoy, dejará perdurable recuerdo en cuantos tuvimos la suerte de compartir las referidas tareas, siquiera fuera en esfera muy modesta.

El Sr. Campoy que, dicho sea de paso, cosechó en Italia grandes simpatías por su amable espiritualidad y su bien probada competencia, dará ocasión, con la publicación de su folleto, a estrechar más aún los lazos científico-amistosos establecidos con los colegas de aquella gran nación.— J. P.

SECCIÓN OFICIAL

- 25 Agosto.....—Real orden (*D. O.* núm. 188) dando instrucciones para la concesión de permisos para la Península por los Comandantes generales de Africa, a los efectos de la revista de Comisario de los Jefes, Oficiales y tropa que los disfruten.
- 27 » Real orden (*D. O.* núm. 188) disponiendo que el Teniente coronel Médico D. Eulogio del Valle Serrano, con destino en el Real Cuerpo de Guardias Alabarderos, y el Comandante Médico D. Enrique Gallardo Pérez, con destino en el Colegio de Huérfanos de Santiago, vuelvan a prestar sus servicios en comisión al tren hospital número 5, sin ser bajas en sus actuales destinos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 188) concediendo al Capitán Médico D. Antonio Crespo Alvarez dos meses de licencia por asuntos propios para París.
- 30 » Real orden (*D. O.* núm. 191) nombrando Ayudante de campo del Inspector Médico de segunda clase D. Juan Valdivia Sisay, Inspector de los establecimientos médicos centrales y de la instrucción técnica de las tropas del Cuerpo, al Comandante Médico D. Arcadio Grande del Riego, destinado actualmente en la Clínica militar del Hospital de Santander.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 191) disponiendo se entiendan modificados los artículos 46 y 49 del Reglamento orgánico de la Academia de Sanidad Militar, y como consecuencia de la modificación de plantillas llevada a cabo en dicho Centro, en el sentido de que serán cinco el número de Profesores que formen el Tribunal de oposiciones, y de que el número de puntos que, por lo menos, ha de obtener el aspirante para ser aprobado, sea el de 25, en vez de 35 que se exigían en el citado artículo 49 del Reglamento.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 193) disponiendo que el Inspector Médico de segunda clase D. José Salvat Martí pase a situación de primera reserva.

- 30 Agosto.....—Real decreto (*D. O.* núm. 193) promoviendo al empleo de Inspector Médico de segunda clase al Coronel Médico D. José Masfarré Jugo.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 193) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la séptima Región al Inspector Médico de segunda clase D. Eduardo Semprún Semprún.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 193) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la octava Región al Inspector Médico de segunda clase D. José Masfarré Jugo.
- 31 » Real orden (*D. O.* núm. 192) disponiendo el pase a situación de reserva del Teniente coronel Médico D. Filiberto Cuadros Ruizalday, por haber cumplido la edad reglamentaria, y asignándole el haber mensual de 750 pesetas.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 192) resolviendo que el Capitán Médico D. Francisco de la Cruz Reig, de reemplazo por enfermo en la quinta Región, vuelva a activo, por hallarse en condiciones de prestar servicio, quedando disponible en la misma hasta que le corresponda ser colocado.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 193) disponiendo que los Oficiales Médicos de complemento y los Médicos auxiliares del Ejército no intervengan en reconocimiento alguno ni formen parte de los Tribunales médico-militares que se relacionen con el reclutamiento y permanencia de los soldados en el Ejército.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 194) autorizando al Inspector Médico de segunda clase D. José Salvat Martí para fijar su residencia en Tarragona.
- 3 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 194) nombrando Ayudante de campo del Inspector Médico D. José Masfarré y Jugo al Comandante Médico D. Isidro López Pavón.
- 4 » Real decreto (*D. O.* núm. 195) concediendo al Subinspector Médico de primera clase, retirado, D. José Dadín y Gayoso la Gran Cruz del Mérito Militar.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 196) autorizando al Subinspector Farmacéutico de segunda D. Casimiro Escala León para usar sobre el uniforme la Medalla de plata de la Cruz Roja española.

3 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 196) resolviendo que para la nueva clasificación de los mozos sometidos a reconocimientos en las Comisiones mixtas, sea suficiente unir a los expedientes de los interesados una copia del acta en la que consten los datos de la media filiación y el acuerdo del Tribunal médico-militar.

5 » Real orden (*D. O.* núm. 196) disponiendo que el Inspector Médico de segunda clase D. José Masfarré y Jugo, continúe en comisión, no indemnizable, hasta fin del mes actual, presidiendo el Tribunal de oposiciones para ingreso en la Academia de Sanidad Militar.

6 » Real orden (*D. O.* núm. 197) concediendo el empleo superior inmediato a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes: Teniente coronel D. Julio Martín Fernández; Comandantes D. Manuel Iñigo Nougues y D. Rafael Chico y Arreceigor; Capitanes D. José Gonzalez Vidal y D. Luis Sampetro Díaz.

» » Real orden (*D. O.* núm. 198) disponiendo le sean devueltos al Farmacéutico segundo D. Félix González Gutiérrez las 1.000 pesetas que depositó para reducir el tiempo de servicio en filas.

8 » Real orden (*D. O.* núm. 199) concediendo veinticinco días de licencia por asuntos propios, para París, Londres, Bruselas y Berlín, al Capitán Médico D. Agustín Párrido de la Cruz.

» » Real orden (*D. O.* núm. 199) disponiendo que los Tribunales de exámenes para Médicos militares que deseen ser alumnos de los cursos de especialidades médicas, se constituyan en el Hospital de Madrid-Carabanchel, bajo la presidencia del Director del mismo, los de Cirugía, Oftalmología y Dermovenereología, y en el de Urgencia, y presididos por el Director de este Hospital, los de Radiología y Oto-rino-laringología, siendo integrados dichos Tribunales por los siguientes Jefes Médicos:

Radiología.—Comandante Médico D. Clegario de la Cruz Repila, Profesor de los cursos de Radiología en el Hospital de Urgencia de esta Corte, y D. Emilio Franco

Martín, radiólogo del Hospital militar de Madrid-Carabanchel.

Cirugía.—Comandante Médico D. Eduardo Sánchez Vega y Malo, Cirujano del Hospital militar de Madrid-Carabanchel, y D. Florencio Herrero Menguijón, idem idem.

Oftalmología.—Teniente coronel Médico D. Valentín Suárez Puerto, Oftalmólogo del Hospital militar de Madrid-Carabanchel, y Comandante Médico D. Fernando Marzo Abecia, Oftalmólogo del Hospital militar de Zaragoza.

Oto-rino-laringología.—Teniente coronel Médico D. Alberto Ramírez Santaló, del Instituto de Higiene militar, y Comandante Médico D. Alberto Fumagallo Medina, Laringólogo del Hospital militar de Madrid-Carabanchel.

Dermovenereología.—Teniente coronel Médico don José Quintana Duque, Dermosifilógrafo del Hospital de Madrid-Carabanchel, y Comandante Médico D. Antonio Cordero Soroa, idem idem.

Correspondencia administrativa de la Revista

Sr. Oliván.—(Chafarinas.)—Queda abonado el tercer trimestre del año actual.

Sr. Fernández de Castro.—(Tánger.)—Queda abonada su suscripción hasta fin del año actual.

D. Juan María Pastor.—(Alhucemas.)—Idem id. hasta fin de Septiembre del corriente año.

Sr. Díaz Mato.—(Villafranca.)—Idem id. id.

Sr. Gutiérrez Vázquez.—(Orense.)—Idem id. id.

Sr. Ristol.—(Lérida.)—Idem id. hasta fin del corriente año.

Sr. Barros.—(Pontevedra.)—Idem id. id.

Sr. García Barsala.—(Zaragoza.)—Queda abonada su suscripción hasta fin de Septiembre del año actual.