

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XV.

Madrid, 1 de Febrero de 1925.

Núm. 3.

SUMARIO

El Capitán Médico D. Leandro Martín Santos, por **Gregorio Alonso Ruescas**.—*Servicio sanitario de una División en campaña*, por **Isidro García Julián**.—*La literatura de los alienados* (conclusión), por **Luis Alonso Alonso**.—*Nuevas orientaciones en el diagnóstico de las enfermedades simuladas* (conclusión), por **Antonio Vallejo Nájera**.—*Necrología*: Don Benjamín Pérez Martín.—Don Leopoldo García Torices.—Don Francisco Albert Arnau.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: La albuminuria de los diabéticos.—El tratamiento de la otitis externa por la autohemoterapia.—*Prensa militar profesional*: Pequeños cardíacos y pequeños renales entre los reclutas.—*Bibliografía*.—*Sección Oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

FIGURAS DE LA ZONA DE LARACHE.

EL CAPITÁN MÉDICO DON LEANDRO MARTÍN SANTOS

Desde los inciertos y asfixiantes días de la evacuación de la línea Megaret-Zoco el Jemis, tenía un vivísimo interés por conocer al Capitán Médico D. Leandro Martín Santos.

Jefes, Oficiales y tropa me habían elogiado la grandiosa labor que en el más recatado silencio venía realizando el experto y joven cirujano en los Hospitales militares de esta plaza.

Obra de sabiduría, de lucha titán con la Muerte, que todos los días viene sosteniendo en la blanca sala de operaciones para salvar la vida a los héroes que el plomo enemigo desgarró sus carnes despiadadamente.

—Debe usted ir a visitarle—me decían—. Asombra la serenidad y el tacto de este eminente cirujano y las difícilísimas curas que ha practicado con el mayor éxito a heridos gravísimos, heridos que únicamente una mano providencial como la del Capitán Martín Santos podría salvarles la vida.

Pero el desarrollo de las operaciones entre Bab-es-Sot y Rogba el Gozal absorbía toda mi atención, que pendía de los hechos he-

roicos y de los sacrificios que estas sufridas y abnegadas tropas de la Zona de Larache venían realizando en el repliegue sobre Megaret, y que en estos momentos no se pueden dar a la publicidad, pero que tampoco han de quedar ocultos, porque la Patria necesita saturarse de los heroicos y grandiosos sacrificios realizados por sus hijos, para que pueda demostrar al mundo que aún existe la raza viril de los antiguos guerreros y conquistadores.

El acto heroico del Capitán aviador Burguete, que resultó gravísimamente herido, puso de relieve la saliente figura del Dr. Martín Santos.

El intrépido aviador sufría una herida mortal de necesidad en el vientre, y con toda rapidez fué trasladado a esta plaza.

La primera cura realizada al Capitán Burguete era de vida o muerte. Y fué un momento solemne, de mística grandiosidad en el blanco templo del dolor, aquellos interminables segundos en los que el experto cirujano, sereno y decidido, realizó la prodigiosa cura, haciendo huír a la Muerte, que se asomaba sarcástica a los vidriosos ojos del hidalgo Caballero del Aire.

Fué un triunfo del especializado talento del joven doctor en la Cirugía, por el que fué felicidísimo.

Días después, en la importante revista *Armas y Letras*, un brillante cronista describía emocionado la maravillosa cura que el Capitán Martín Santos había practicado al valiente aviador, salvándole la vida, y rendía al joven cirujano un merecido tributo de admiración.

En estos días grises y lluviosos del perturbado invierno, mientras las columnas se encuentran en los grandes campamentos imposibilitadas de operar por el intransitable estado de las pistas y el campo, he visitado al que indiscutiblemente es una de las figuras más prestigiosas que en la Cirugía cuenta el nunca bastante enaltecido y humanitario Cuerpo de Sanidad Militar.

El Cuerpo que orgullosamente ostenta la Cruz de Malta, que en estas ciudades y campos africanos flamea dolorida en los Hospitales de sangre y en las ambulancias; que al cruzar las calles de la población, llevando en su interior los héroes de la guerra, las mujeres, las piadosas mujeres, dirigen sus miradas a esas grises carrozas, y tienen para los dolientes una femenina y purificada conmiseración.

· Cuando llego al Hospital militar ya es de noche; el Capitán

Martín Santos aún está visitando sus heridos, sonriente y cariñoso, prodigándoles toda clase de afectos y peticiones, que éstos, con la humildad en sus rostros y la bondad en los labios, musitan una bendición para el que tan cariñosamente les cuida y restaña sus heridas.

En un pequeño despacho, cerca de la sala de operaciones, hablo extensamente con este sencillo y modesto prestigio de los cirujanos de nuestro Ejército, que no quiere hablarme de su personalidad ni de los valiosísimos servicios que incansablemente viene prestando desde hace bastante tiempo en los Hospitales militares de la Plaza y en la Cruz Roja, en cuyos establecimientos ha practicado curas prodigiosas a heridos gravísimos de cabeza, vientre, hígado y fractura.

Solamente quiere hablarme de sus heridos y de los que le han ayudado eficazmente en las múltiples curas y operaciones que ha realizado y viene realizando en la actual campaña de la zona de Larache, campaña jamás conocida en estos territorios desde su ocupación, en la que no se disparó un tiro ni hubo un soldado lesionado durante algunos años después de ocupada.

Me hace muchos elogios del Teniente Médico D. Anastasio Martín, su valiosísimo y experto ayudante, que ha trabajado incansablemente días enteros e interminables, porque no han tenido noche, restañando heridas y atendiendo a los operados, que necesitaban ser observados en el más leve de sus movimientos, porque de ellos pendían sus preciadas existencias.

Del Practicante D. Claudio Almagro y de los sanitarios de Cirugía, que llevan un trabajo ímprobo y digno de todo elogio en las numerosas curas que realizan diariamente hasta cicatrizar las heridas.

De todo me habló, menos de su gigantesca labor.

A título de curiosidad, me ha hablado de las operaciones más importantes que ha realizado de vientre, fractura de cráneo, brazos y piernas, con el relevante detalle que no ha realizado ninguna amputación, y que merecen otra crónica para describirlo con toda la emoción que necesita.

Hay un sufrido soldado, del que daré su nombre, salvado milagrosamente por la pericia y el talento del joven cirujano, y el que hoy, en la paz del hogar y al lado de los que le dieron el ser bendice con unción el nombre—para ellos y para el cronista—

providencial de D. Leandro Martín Santos, firme prestigio del benemérito Cuerpo de Sanidad Militar.

GREGORIO ALONSO RUESCAS
(Abate Bussoni).

Larache-3-12-924.

(De un importante periódico de nuestra Zona de influencia en Africa.)

SERVICIO SANITARIO DE UNA DIVISIÓN EN CAMPAÑA

Conferencia pronunciada por el Coronel Médico D. Isidro García Julián, el 11 de Septiembre de 1924, en el curso de información para el Mando, y especial para Coroneles de las armas combatientes.

En 1893, el Coronel Bircher, Jefe de Sanidad del segundo Cuerpo de Ejército suizo, encargado por el Gobierno Federal del estudio de las modificaciones que en el servicio sanitario habían de producir los nuevos armamentos, y en particular los de pequeño calibre, proclamó, entre otras interesantes conclusiones, los dos principios siguientes: «Los Comandantes de las grandes unidades deben estar familiarizados con el mecanismo del servicio de Sanidad». «Los médicos de grado elevado, Jefes de ambulancia y de regimiento, deben de recibir alguna instrucción, bajo el punto de vista táctico». Estas ideas, expuestas en la reunión de Oficiales de Zurich, ante la Sección Sanitaria de Bâle, en la Escuela de Estado Mayor y en la de Tiro, para Oficiales Superiores de Wallenstans, fueron bien pronto recogidas por los Ejércitos de otras naciones; y en Austria primero, después en Alemania y posteriormente en Francia y Japón, se publicaron numerosos trabajos, se dieron conferencias y cursos especiales al Estado Mayor y a los Médicos militares, con dicho objeto; y en España mismo se han practicado

también, desde 1908, repetidas campañas logísticas, múltiples ejercicios, culminando esta orientación en los cursos de instrucción organizados en el pasado año de 1923 por el Estado Mayor Central, con tan excelente resultado, que aconseja perseverar en el camino emprendido. Sólo así, conociendo el mando, asistido por el Estado Mayor, lo que al servicio de Sanidad se le puede pedir y lo que de él se puede esperar en las diversas circunstancias de la guerra, a las que está íntimamente ligado, conociendo asimismo la relación y enlace de dicho servicio con las diferentes Armas y los otros servicios del Ejército en campaña, podrá realizar «esa acción de conjunto» que se considera uno de los principios fundamentales permanentes e inmutables del Arte de la guerra.

A su vez, los jefes y oficiales Médicos reciben, en cursos apropiados, la debida preparación, que los acostumbra a comprender, interpretar, provocar y, en caso de necesidad, suplir, las órdenes del Mando y su auxiliar el Estado Mayor, en lo que concierne a la ejecución de estos servicios sanitarios, cada día más complejos, cada día más difíciles, y a su coordinación con los demás servicios.

La última guerra, la Gran Guerra mundial, ha confirmado prácticamente la oportunidad de los principios sustentados por el Coronel Birchel, y el Mando en los ejércitos de ambos frentes beligerantes, ha podido utilizar acertadamente y en todo momento, y aun en los de mayor apuro de la campaña, las innumerables y complejas formaciones sanitarias, para la conservación y recuperación de sus efectivos; y los Médicos, por su instrucción, abnegación y patriotismo, han merecido la mayor consideración, hasta el punto de que en el ejército alemán se les concediera la Cruz de Hierro con la cinta blanca y negra de los combatientes, cuando sólo se les otorgó en la guerra de 1870, la llamada de no combatientes, con cinta negra y blanca, entregándoles en 1917 el mando militar de las Compañías Sanitarias, que hasta entonces estuvo reservado a Capitanes del Cuerpo de Tren.

En nuestro Ejército aumenta de día en día el interés por los servicios sanitarios y el afecto y estimación para el Cuerpo de Sanidad; y las Comandancias, en reciente organización, se transforman en Regimientos Sanitarios, al mando de los Coroneles Médicos. El Cuerpo de Sanidad agradece en el alma esta prueba de afecto y camaradería, tanto más, cuanto que ha sido espontánea; y

recordando la cariñosa alusión del General Ruiz Trillo, en su primera y magnífica conferencia de este Curso, puedo asegurar que los Médicos militares, halagados por esta distinción, no han aspirado nunca más que a lo que tienen, al mando de sus peculiares tropas, para la mejor organización y desarrollo de los servicios sanitarios.

Y dichas las anteriores palabras, a modo de preámbulo, vamos a entrar de lleno en el tema de esta Conferencia «Servicio sanitario de una División de Infantería o División orgánica en campaña», tema cuya elección está justificada, ya que la división es la unidad de combate de numerosos Ejércitos, y, sobre todo, del nuestro.

Según las instrucciones publicadas, una de las características de estas conferencias ha de ser la de dar preceptos que orienten en su actuación a los que han de ejercer el mando, debiendo, en consecuencia, tener por base la doctrina reglamentaria, sin perjuicio que se ponga de manifiesto lo que en casos similares se practique en otros Ejércitos, o se den a conocer las normas en éstos seguidas, pero haciendo la necesaria separación entre la parte preceptiva y la de información.

Esta labor de información es en el presente caso necesaria: Nuestro Reglamento del Servicio Sanitario de Campaña, que tiene la fecha de 1.º de Julio de 1895, y que en aquella época pudo considerarse excelente, es hoy arcaico, y en muchos casos inaplicable, ya que no ha podido recoger las enseñanzas de la última gran guerra ni las de la rusojaponesa, ni siquiera su posterior en el presente siglo, la de los Balkanes; y aunque su deficiencia y atraso han querido ser remediados por disposiciones complementarias posteriores y, principalmente, por diversas memorias del Estado Mayor Central, sobre reorganización de la división en campaña, la doctrina sobre servicios sanitarios se conserva dispersa, necesitándose de un nuevo reglamento que la recoja y en el que se reflejen las enseñanzas de las últimas campañas mencionadas, sobre todo, aquellas que sean adaptables a la organización, recursos y disponibilidades de nuestro Ejército, para que la Sanidad Militar pueda cumplir su misión, conservando los efectivos y recuperándolos prontamente, distribuyendo los elementos sanitarios con arreglo a las necesidades tangibles o presuntas de una campaña.

No he de describir la organización de la División orgánica, ni

las Armas, Cuerpos, Servicios, personal, material y ganado que la integran, sólo quiero consignar que sus efectivos son bastante mayores que los de algunas divisiones extranjeras, dato que conviene recordar al hacer estudios comparativos y de estadística con aquellas; ni he de detenerme en la descripción de los elementos sanitarios, llamados regimentales, con que la División cuenta, ya que todos ustedes, por ser primeros Jefes de Cuerpo, lo conocen perfectamente. Médicos, que en el caso de una guerra se aumentarían en número con auxiliares de complemento y de la reserva, cabos de practicantes, practicantes y camilleros, por lo que se refiere a personal; bolsas de curación y de socorro y seis camillas por Compañía, mochila de curación, botiquines, repuesto y carro sanitario de Batallón, constituyen su material, además de los paquetes de cura individual.

En campaña se asignan dos Médicos por cada batallón; pero teniendo éstos un efectivo aproximado de 1.000 hombres que han de combatir muchas veces en orden abierto o cubrir una larga línea de trincheras, pueden resultar insuficientes. En cuanto a los camilleros, han de ser elegidos entre los que tengan condiciones de robustez, abnegación y valor estoico, dándoles instrucción apropiada que despierte sus iniciativas, si se quiere que su labor sea eficaz, olvidando para siempre aquellos tiempos en que, no viendo en los camilleros más que al portador de una vara de su camilla, se designaba para este cargo a soldados endebles y pusilánimes, que habían de marchar a retaguardia de su compañía detrás de los vigorosos, fornidos y marciales portadores del fusil. En la elección e instrucción de camilleros está la base de un buen servicio sanitario; en el campo de batalla, su falta de valor e iniciativas para aprovechar los momentos hábiles, impedirá absolutamente la recogida de los heridos y su transporte al puesto de curación o a la ambulancia, haciendo fracasar estos servicios. Los camilleros del Cuerpo, del Ejército alemán, han sido condecorados muchas veces con la Cruz de Hierro, y en el Ejército francés con la Medalla de Mérito. Allá, en Africa, en nuestro Tercio de Extranjeros, han sido ascendidos a cabo y sargento, condecorados, y obtenido premios en metálico, donados por las sociedades patrióticas, algunos camilleros que se han distinguido en el cumplimiento de su especial misión.

No quiero fatigar vuestra atención con la lectura de estados

referentes a personal, ganado y material que corresponde a un Grupo divisionario de Sanidad Militar en pie de guerra; sólo he de decir que sus elementos son divisibles en dos grupos de ambulancias, correspondientes a las dos brigadas que la División tiene, disponiendo además de un hospital de campaña, una columna de evacuación y un grupo de higiene, análisis y desinfección. Será útil conocer la organización de las compañías sanitarias divisionarias y los grupos de Sanidad Militar de Ceuta y Melilla, recientemente publicados en los estados 77 y 9 de las Secciones cuarta y décimotercera de la Organización del Ejército en el presente año (*D. O.* número 192).

Estando nuestras fronteras y nuestra península en general erizadas de cordilleras, sierras y montañas, puntos los más fuertes de nuestra defensa nacional, era lógico que en la organización de las ambulancias y compañías sanitarias divisionarias se tuviera presente esta circunstancia y se les haya dado material mixto, pues las artolas, literas y hasta los hospitales a lomo, modelo «Gómez Ulla», habrán de figurar, en algunos casos, en el servicio sanitario de las divisiones orgánicas que, en terrenos montañosos, tendrán que prestar servicio de tropas de montaña.

El servicio sanitario de una División abarca el correspondiente al período de movilización, marchas, campamentos, alojamientos y vivaques, así como el que se desarrolla en el campo de batalla, y más tarde en la evacuación de los heridos y enterramiento de los muertos.

(Continuará.)

LA LITERATURA DE LOS ALIENADOS

(CONCLUSIÓN)

Un enfermo (hebefrénico) de nuestra clínica, muchacho de extensa cultura general (sobre todo en Historia y Geografía), escribe largos relatos en que los asuntos marítimos ocupan su aten-

ción de modo principal. Contrastan notablemente el aspecto indiferente y apático (típico de estos enfermos) y su carácter retraído, con el sabor literario científico y real de sus escritos. Suyos son estos párrafos (describe las costas de Vizcaya, su país natal):

Siguiendo la orilla de la mar hacia el Occidente, se destacan una infinidad de pueblecillos pequeños pero poderosos, comúnmente, residencia veraniega de los magnates bilbaínos. A los lados de la ría, numerosas fábricas, que parecen ser por su longitud todo un pueblo, y saliendo hacia el mar se ve el puente de Vizcaya, que une ambas orillas, y más allá todo el Abra, con su magnífico rompeolas, y por fin, Santurce, designado el puerto exterior de Bilbao.

No lejos, mirando hacia el Sur, el macizo Sollube, con su célebre torre, y en sus vertientes meridional, Mundaca, con la ría de su nombre; río adentro la poética y diminuta Isla de Chacharramendi, el más bello rincón de las Vascongadas, y después Arteaga de Gautegiz, con su histórico castillo, donde falleció el desventurado Príncipe francés, primogénito de la difunta Emperatriz de Francia, Eugenia de Guzmán y Portocarrero. Más adelante, aguas arriba, Guernica (la morada de los Jaunas), bajo cuyo árbol sagrado y legendario, se celebraban las Juntas del Señorío de Vizcaya. (Sigue describiendo todos los pueblos de la costa vizcaína y guipuzcoana hasta el Bidasoa.)

En otro de sus escritos hace gala de sus conocimientos marinos; en este párrafo, sacado al azar, en que describe el recorrido de la corriente del *Goulf-Stréan*:

Erase un bloque grandioso de hielo emancipado de su madriguera de Groenlandia, y que en los meses de Mayo y Junio recorren los bancos de Terranova con una velocidad incalculable, y que siguiendo las costas de la Unión e Islas Bahamas por el Norte de las Antillas, vienen, cual enfermo que no tiene remedio, a seguir cada vez más mermado; la corriente que viniendo del Golfo de México, por el mar Cárabe, pasa por las pequeñas Antillas, rozando las Islas Maderas, hasta hacer su presencia en el golfo de Cádiz, y que encontrándose sus aguas en la corriente que viene de Cabo Verde, hacen choque en Canarias, para ser internados sus restos en el Mediterráneo por el Estrecho de Gibraltar.

Sus recuerdos de Historia de España destacan en estos párrafos de otro de sus escritos (trata del mar Mediterráneo):

El fué el emporio de la civilización. Los fenicios, célebres y atrevidos navegantes, habían hecho asiento en sus costas, fundando pueblos como Tiro y Sidón, y extender sus dominios natales, hasta los Montes Libanos.

Comerciantes hábiles, a la vez que buenos marinos, se embarcaban en frágiles embarcaciones, y conducían a regiones desconocidas sus productos asiáticos, fundando de paso ciudades como Cádiz, Málaga y Sevilla. Mas, codiciosos de por sí, y no contentos con intercambiar sus mercancías a cambio de oro y metales preciosos que los moradores les ofrecían, sino que aprovechando el pretexto de sus relaciones comerciales querían imponer su dominio, los naturales del país se alzaron contra los colonos de Cádiz, los cuales al verse hostilizados, llamaron en su auxilio a los cartagineses.

Sin embargo, este mismo enfermo tiene otros escritos típicamente delirantes, que bastan por sí solos para hacer el diagnóstico de su déficit mental. Se cree inventor de un aparato que titula *El anda-para*, en el que pretende demostrar (incluso con esquemas) la indemostrable en el aprovechamiento de la energía hidráulica. Y así otros muchos, que harían este breve ensayo interminable. Para prueba de nuestro fin ya basta lo transcrito.

PARÁLISIS GENERAL.—Es bien conocido el hecho de que en esta terrible enfermedad, antes de iniciarse el período de demencia, hay otro preparatorio que puede tomar una forma depresiva o una forma de excitación.

Esta última es la que nos interesa. Psíquicamente está caracterizada por la *hiperideación, hipermnesia, hiperproducción de pensamiento, de combinaciones, de cálculos, de invenciones, de trabajos, de poesías, etc.*, llevando la marca de esta estimulación, de este latigazo anunciador de la decadencia (*Regis-Precis de Psychiatrie*, página 770).

Sus escritos son numerosos; hay una verdadera grafomanía consecutiva a su excitación. Su estilo suele ser ampuloso y solemne.

(Carecemos de escritos de esta clase de enfermos pertenecientes a nuestra Clínica.)

EPILEPSIA.—Tiene también importancia esta psico-neurosis con el objeto de este tema. El concepto clínico de la enfermedad ha variado y aún sigue variando mucho, describiéndose formas nuevas que tienen el predominio de los factores psíquicos sobre los motores.

Lombroso ha dicho (*L'homme de genie*, pág. 486): *Bastará recordar la cantidad de hombres de genio de primer orden que han sido atacados de epilepsia: Julio César, Petrarca, Pedro el Grande, Molière, Pascal, Napoleón, Swift, Richelieu, Schiller, Carlos V, Dostoiewsky, Flaubert, etc.*

Estos nombres son lo bastante demostrativos. No es ahora ocasión de hacer comentarios a la teoría de Lombroso; pero lo cierto es que la epilepsia conserva muchas veces una completa integridad intelectual capaz de la concepción literaria.

Fuera del acceso, en que el acto de escribir es imposible, el enfermo no manifiesta en sus escritos las alteraciones de su carácter; y ya se ve a qué estado puede llegar la capacidad intelectual con sólo recordar las personalidades antes mencionadas.

APLICACIONES MÉDICO-LEGALES

Todo lo antes expuesto da lugar a interesantes comentarios médico-legales. Vista la apariencia de normalidad mental que algunos escritos tienen, se prestan a una errónea interpretación.

Aún tiene el vulgo de la locura un concepto completamente falso que le impide aceptar como loco a quien es capaz de comportarse correctamente (en apariencia exterior) en sus conversaciones, en sus escritos y en sus ocupaciones. Y hasta hay mucha gente culta que también participa de la misma opinión.

En resumen, todo queda reducido a una cuestión previa: el diagnóstico. Si en las formas claras y completas esa cuestión no es complicada, en los casos dudosos, limítrofes, la dificultad es muy grande, porque no hay una línea divisoria precisa y limitada entre la normalidad y la locura. Hay un sin fin de casos intermedios en los que unas facultades están más perturbadas que otras, y hasta una misma presenta, según los casos, gradaciones e intensidades variables.

Sentada así la cuestión, ¿sobre qué elementos mentales y en qué intensidad debe fundamentarse un diagnóstico de locura?

La memoria no puede servir de norma, pues ya se ha visto que no desaparece siempre, y hasta en muchos casos está perfectamente conservada (Esquizofrenia, Paranoia);

El estado de la atención es igualmente sin valor alguno. Si sus trastornos son constantes en alguna forma (estupor, estados confusionales, oníricos y demenciales), en otras no existen, que son precisamente los que dan lugar a dificultad por la persistencia más o menos completa de la inteligencia. Estos enfermos pueden conversar, continuar atendiendo a su trabajo, sin que se sospeche su perturbación. Ocurre lo mismo en los escritos, que toman caracteres verdaderamente literarios, con persistencia de lógica, como ya hemos visto. Esta literatura, aunque aparentemente normal, no llega nunca a las alturas superiores y sublimes de la belleza. Su mayor interés estriba en que su composición lógica y gramatical es completa.

La convicción sincera y la lógica aparentemente aplastante con que hablan los enfermos, la precisión notable en fechas, en incidencias, en detalles, por insignificantes que sean, son datos que también se prestan a confusión.

Es difícil a veces en presencia de un enfermo, y sin más antecedentes, decir de primera intención, si sus manifestaciones son verdaderas o delirantes; a tal punto puede llegar su verosimilitud. Los delirantes «pleitistas» muchos «perseguido-perseguidores» y bastantes psiconeuróticos con manifestaciones delirantes comprueban este aserto. Claro, que si se trata de algo verdaderamente absurdo, la dificultad no existe. Pero en otras ocasiones, el delirio es bien llevado, con perfecta coordinación de ideas, y entonces el médico puede ser despistado, sobre todo, cuando por la persistencia parcial del razonamiento, el enfermo trabaja, habla o escribe lógicamente.

Circunscritas las cosas a la cuestión de la literatura, se deduce el mismo comentario. Se ha visto la lógica y la belleza (relativa) de muchos documentos que demuestran la persistencia de la razón en estos enfermos. Sin embargo, algún detalle o el conocimiento de las circunstancias en que fué escrito, o en que vive su autor, o la conducta de éste, pueden revelar su anomalía, para lo cual se requiere, como es natural, la ayuda de médicos conocedores de estos elementos de diagnósticos.

Los motivos de error son variados. Uno de ellos, es la difi-

tad de limitar y señalar en qué punto termina la razón normal, y en cuál comienza la locura.

Hay quien cree que para decir si un enfermo es alienado, basta hacer la comparación con un hombre razonable. Fácilmente se advierte a cuantos errores puede conducir, y de hecho conduce, esta opinión. En fin, para otros, sólo son locos los que deliran a todas horas, y que, además, sus manifestaciones o actos son exageradamente fantásticos. Son los de la frase vulgar de «está como una cabra».

La cuestión queda simplificada y reducida a, en vez de buscar lo absurdo y de dejarse engañar por la persistencia parcial de la razón, investigar lo que falta de ella, las causas y las posibles consecuencias de este déficit, y entonces, de acuerdo con un criterio social actual, llegar al diagnóstico decisivo: si el sujeto es o no loco. Sin dejar de consignar el grado de intensidad en relación con la capacidad de funcionamiento de su psiquismo.

Para los actos de la vida civil, se requiere integridad de las facultades intelectuales, orientación (auto y alopsíquica) bien conservadas, interpretación exacta de los hechos, afectividad normal, etcétera, condiciones que una u otra, en mayor o menor cantidad, faltan en la locura.

De manera, que el problema que el Juez plantea al perito médico se reduce a informar si el sujeto sometido a su examen es o no alienado. Con ese elemento, y siendo terminante la ley, el Juez debe deducir su capacidad o responsabilidad, según los casos; porque, tanto uno como otro, son problemas esencialmente jurídicos, en los que el médico no tiene por qué entender por no haber recibido nociones de esta ciencia.

Hoy por hoy, así acaba la misión del perito en nuestro país. En otros más aventajados en ciencia social y en criterios jurídicos, se va dando más intervención a la Psicología y a la Psiquiatría, en los fundamentos del Derecho Penal, que con el tiempo nos atrevemos a augurar, acabará por ser un sector de las ciencias médicas. Y entonces, la arcaica palabra de «Responsabilidad», será sustituida por la de «Peligro social», de mucha más trascendencia si el Derecho Penal desea seguir teniendo por norma la defensa de la sociedad contra los delincuentes, y estar de acuerdo con el criterio moral-social.

LUIS ALONSO ALONSO,

Capitán Médico.

Nuevas orientaciones en el diagnóstico de las enfermedades simuladas

II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA DE SEVILLA

*Ponencia a cargo del Comandante Médico D. Antonio
Vallejo Nájera.*

El valor de la confesión, como signo diagnóstico, es muy pequeño en la actualidad, aunque la confesión haya sido espontánea, y todo lo más será un dato que se tomará en consideración para ponderarlo al formular un juicio definitivo, teniendo en cuenta los resultados de la exploración clínica y de la observación.

Como el sorprender al individuo en flagrante delito de simulación es una prueba de superchería en muchos casos, durante mucho tiempo la demostración del fraude se redujo a tratar de coger infraganti al individuo, para lo cual se inventaron una serie de aparatos especiales destinados a desenmascarar fingidos sordos, ciegos, etc.

El médico que conozca la patogenia de los trastornos psiconeuróticos de guerra o los producidos en los accidentados del trabajo, no puede menos de estar prevenido en contra de los llamados medios de sorpresa. Tal prevención está fundada en varias razones, aparte de las ligeras diferencias de matiz que existen entre los mencionados trastornos y la simulación dado el inmediato parentesco de ésta con la neurosis. Puede ocurrir que al emplear un medio de sorpresa logremos que hable, vea u oiga un sujeto que presumimos simula mudez, ceguera o sordera. ¿No se tratará de un histérico al que hayamos curado por sugestión? Si es así, y nosotros sostenemos que se trata de un simulador, es evidente el error diagnóstico, pues lo que hemos conseguido, ha sido curar al individuo de la pérdida sensorial y no descubrir una simulación; y sostener la existencia de ésta, será deducir una consecuencia falsa derivada de nuestro poco apropiado método de exploración.

Por otra parte, es preciso andar con tiento en el empleo de los medios de sorpresa, pues no es imposible que el mismo médico dé ocasión a que en los neuróticos se engendren por autosugestión graves trastornos funcionales.

Antes dijimos que en la simulación pasiva, de descubrimiento tan difícil, debe tratarse de obtener un indicio de función mediante una prueba de sorpresa y continuar sobre esta base la exploración. En la simulación activa, con mucho, la más frecuente, el procedimiento es inverso, pues si bien es verdad que los medios científicos de sorpresa constituyen un valioso recurso, deben reservarse para aquellos casos en que los resultados del examen clínico nos den indicios suficientes para sospechar la simulación.

Acabamos de demostrar que los medios especiales destinados a descubrir la simulación mediante la confesión y la sorpresa, o no deben emplearse o conducen a errores. Si es así, no nos queda otro camino, para desenmascarar a los simuladores, que el de proceder a una serie de exámenes, pruebas y exploraciones clínicas a fin de distinguir un síndrome auténtico de otro fingido.

Repetimos que en la exploración y en la observación del presunto simulador debe rehuirse toda violencia, astucia o severo régimen disciplinario, pues las medidas de ésta clase jamás servirán para que el sujeto confiese que simula, ni se podrá superar en astucia al simulador. Los sentimientos humanitarios nos vedan, por otro lado, el empleo de todos los medios de exploración dolorosos o susceptibles de provocar trastornos graves.

Se ha preconizado por algunos el empleo de la narcosis para diagnosticar una contractura, mudez o sordera simulada. Un procedimiento de esta clase destinado al diagnóstico de la simulación debe estar prohibido, no sólo por el peligro que entraña, sino porque por tratarse siempre de casos en que intervienen intereses morales o materiales, es necesario que el individuo conserve en todo momento su conciencia y que obre a sabiendas de lo que hace. Sabemos, por otra parte, que una contractura histérica puede desaparecer mientras el individuo está bajo la influencia del cloroformo, para reproducirse de nuevo o transformarse en una parálisis o producirse en otro miembro tan pronto el sujeto ha recuperado el sentido.

Modernamente queda desterrado en absoluto el hipnotismo como medio diagnóstico de las enfermedades simuladas. Hemos

sido testigos presenciales de una «epidemia de atracción magnética», provocada por maniobras hipnóticas en una serie de presuntos epilépticos, cardíacos, míopes, sordos y algún histérico, sin que pudiéramos obtener dato útil o científico de los resultados de las expresadas maniobras. Según nuestro modo de pensar, el peritísimo hipnotizador, cuyas manipulaciones seguimos con el mayor interés, no sólo obtuvo datos erróneos, sino que, además, estimuló la simulación sugestionando inconscientemente a los individuos sometidos a observación.

Como hemos podido comprobar, existe, además, el peligro de que si se quiere demostrar mediante una exploración física lo falso de los síntomas acusados por el sujeto en estado de sugestión hipnótica, el simulador no se conforma con ello y no vacila en acometer al médico encargado de su fallo, hecho del que he sido testigo presencial.

Cierto es que el hipnotismo puede prestar algún servicio para diferenciar una crisis convulsiva histérica de una epiléptica provocándola en el primer caso por sugestión, pero esto es también posible por medios sugestivos más sencillos, como la corriente eléctrica que nosotros empleamos o la simple sugestión verbal. Está demostrado, además, que el hipnotizado conserva parte de su voluntad y que los fenómenos obtenidos no son más que el reflejo del pensamiento del hipnotizador, razones que son suficientes, aparte de otras de índole moral, para no utilizar este procedimiento en el diagnóstico de la simulación.

Si se quiere desenmascarar a un simulador hay que atenerse a las normas que marca la Propedéutica clínica.

Lo primero de todo es conocer el objetivo de la simulación, y cuando éste está claro ya puede tratarse de averiguar lo que hay de cierto y de fraudulento en el síndrome que estudiamos. A continuación se procederá, como si se tratase de un enfermo cualquiera, a la obtención de toda suerte de datos relativos a los antecedentes personales y hereditarios, datos que pueden suministrar los vecinos, las autoridades y otros sujetos sometidos a observación.

Después puede pasarse al interrogatorio y preguntar al individuo sobre la marcha que ha seguido su enfermedad, el modo de presentarse, los resultados del tratamiento, el estado actual, etc., o sean los mismos datos que se buscan al hacer una historia clínica de un tuberculoso, por ejemplo.

Ha llegado el momento de explorar al individuo, y sobre este punto hemos de advertir que jamás debe partir el médico de que se encuentra ante un posible simulador, sino que ha de conducirse del mismo modo que lo hiciera con un enfermo que padezca un síndrome orgánico o funcional, y ha de investigar toda suerte de síntomas somáticos o funcionales, auxiliándose del laboratorio y los rayos Roentgen si es necesario.

Una vez que el médico haya observado suficientemente la marcha de la enfermedad, que haya contrastado los resultados de la exploración y variaciones sucesivas, que se haya dado cuenta del modo de evolucionar los síntomas y de la coherencia que existe entre ellos podrá formar un juicio diagnóstico provisional, y si sospecha fundadamente o tiene la evidencia de que se trata de un fraude, entonces empleará los procedimientos de sorpresa que logren, al fin, desenmascarar al simulador. Si a esto se agrega la confesión de la parte interesada, el facultativo podrá dictaminar en firme con la conciencia tranquila y quedar satisfecho de su ímproba labor.

A veces tropieza el médico con escollos insuperables o es difícil que pueda llegar a formular un diagnóstico de certeza, como ocurre cuando se trata de trastornos psiconeuróticos de síndromes de exageración o perseveración. En estos casos, la mejor conducta es la de someter al sujeto a una larga y rigurosa observación e instituir un tratamiento conveniente, destinado a curar las lesiones y síntomas auténticos para averiguar después, si es posible, en cuánto interviene la voluntad del sujeto en la producción del trastorno funcional.

Nunca se dictaminará en definitiva sobre una posible simulación hasta que no haya adquirido la convicción de su existencia; pero si después de haber prolongado suficientemente la observación y de haber agotado los métodos diagnósticos persiste aún la duda, habrá que inclinarse a favor del sujeto; pues, como dice Cervantes, «no es mejor la fama del juez riguroso que la del compasivo».

Lo que más resalta en el compendio que hemos hecho de las modernas corrientes en la conducta a seguir para diagnosticar una enfermedad simulada y del proceso psicológico de la simulación, es la identidad entre los trastornos funcionales psiconeuróticos y los simulados. Para no extenderme en más consideraciones, senta-

da la dificultad diagnóstica de tales trastornos y circunscribiendo el problema a lo que interesa al médico militar, es evidente la necesidad que existe en la práctica castrense de que en cada Cuerpo de Ejército se cuente con un especialista en Neuropsiquiatría, adjunto a las Clínicas de observación de presuntos inútiles, encargado de diagnosticar todos los casos que, por la naturaleza especial de sus síntomas, ofrezcan dudas al internista, cirujano, oftalmólogo u oto-rino-laringólogo. El Neuropsiquiatra castrense debe estar versado en todo lo que concierne a la simulación, y dentro de su especialidad cultivar de preferencia todo lo que se relacione con las enfermedades simuladas; pues por la especial naturaleza de su cometido, y debido a la frecuencia de la simulación en los soldados y presentación de trastornos motores psiconeuróticos en los heridos de guerra, serán estos casos los que reclamen más veces su intervención.

CONCLUSIONES

- 1.^a En el diagnóstico de las enfermedades simuladas no debe seguirse el antiguo criterio de obtener la confesión del simulador o sorprenderlo en flagrante delito de simulación.
- 2.^a Por no ser infalibles los procedimientos de exploración clínica, o especialmente destinados a descubrir la simulación, el diagnóstico de ésta estará basado en una serie de exámenes y pruebas.
- 3.^a Casi siempre es necesaria la observación prolongada del presunto simulador.
- 4.^a Jamás se recurrirá a los medios de violencia, astucia o severo régimen disciplinario. Al médico le están vedados todos los procedimientos de exploración, dolorosos o susceptibles, de provocar trastornos graves cuando los destina a descubrir una simulación.
- 5.^a No está justificado el empleo de la cloroformización, y el hipnotismo es un medio que no sirve para descubrir una enfermedad simulada.
- 6.^a Si, después de haber agotado todos los recursos diagnósticos y de haber observado suficientemente el presunto simulador, persiste la duda, hay que inclinarse a favor del sujeto.
- 7.^a La frecuencia de la simulación en el Ejército y lo numeroso de los heridos de guerra, con trastornos funcionales psiconeu-

rósicos, así como el parentesco entre las neurosis y la simulación, hacen necesaria que se destine un neuropsiquiatra a cada Cuerpo de Ejército, encargado de dictaminar en los casos difíciles.



NECROLOGÍA

Don Benjamín Pérez Martín,

Subinspector farmacéutico de primera clase en situación de reserva.

Nació en Jérica (Castellón) el 19 de Agosto de 1867, graduándose de licenciado en esta Corte en Junio de 1883, e ingresando en el Ejército, previa oposición, con el empleo de Farmacéutico segundo, en Octubre de 1886.

Ascendió a Farmacéutico primero en Agosto de 1895; a Mayor, en Julio de 1910, a Subinspector de segunda, en Enero de 1917, y a Subinspector de primera, en situación de reserva, en Febrero de 1919.

Desempeñó diferentes destinos e importantes comisiones en la Península, Cuba y Melilla, y se hallaba en posesión de las siguientes condecoraciones:

Tres cruces rojas de primera clase del Mérito Militar, dos de ellas pensionadas.

Cruces de primera y segunda clase del Mérito Militar con distintivo blanco.

Cruz y Placa de San Hermenegildo.

Medallas de Cuba y de la Coronación de D. Alfonso XIII.

Su fallecimiento ocurrió en su pueblo natal el día 21 de Diciembre último.

Don Leopoldo García Torices,

Teniente coronel Médico.

Nació en Valladolid el día 9 de Octubre de 1886, en cuya Universidad se graduó de licenciado en Medicina y Cirugía en Junio de 1887.

Previa oposición, ingresó en el Cuerpo con el empleo de Médico segundo en 29 de Septiembre de 1896, ascendiendo a Médico primero en el mismo día y mes del año 1898; a Médico mayor en 15 de Junio de 1913, y a Teniente coronel Médico en 26 de Julio de 1922.

Fué su primer destino la Academia de Administración Militar, y en Febrero de 1898 pasa al Ejército de Cuba, prestando servicio en el Hospital de Manzanillo y en diferentes comisiones, hasta el 19 de Diciembre, que embarcó en la Habana para la Península, en donde quedó con licencia como repatriado, hasta Febrero de 1899, que se incorporó al 10.º Regimiento Montado de Artillería. En Enero de 1900 fué destinado al Regimiento Cazadores de Arlabán, al que prestó su asistencia, hasta que en Febrero de 1906 quedó de reemplazo por enfermo en Santander. Vuelve a activo en Marzo de 1907, colocándose en el Regimiento Infantería de Sevilla, y pasando después al de Valencia. En Agosto de 1909 marchó en comisión a los Hospitales de Melilla, regresando en Diciembre del mismo año, e incorporándose en Enero del siguiente al Colegio de Huérfanos de Santiago. En Abril de 1913 es destinado al Parque de Sanidad Militar, y seguidamente al citado Colegio de Huérfanos, desde donde pasa a Ceuta en situación de excedente y en comisión al Hospital de Tetuán, hasta fin de Junio de 1914, que vuelve a quedar excedente en la séptima Región y en comisión, a las órdenes del Excmo. Sr. Inspector Médico D. José Cabello, cargo que desempeñó hasta Marzo de 1915, y que ejerció también con los del mismo empleo, Excmos. Sres. D. José Delgado Rodríguez, hasta fin de Junio de 1916, y D. José Zapico Alvarez, hasta fin de Noviembre del mismo año, que pasó destinado a la Academia de Caballería, donde estuvo hasta su ascenso a Teniente coronel Médico. Sirvió después la Asistencia de la Plana Mayor de la Capitanía general de la tercera Región, quedando en Diciembre de


1922 de reemplazo por enfermo en la séptima Región, y encargándose más tarde de la asistencia a la Plana Mayor de la Capitanía general de la sexta Región, hasta su destino para igual cargo en la séptima, que servía a su fallecimiento, ocurrido el día 8 del pasado mes de Enero en Valladolid. Había prestado numerosas comisiones del servicio. Poseía dos cruces rojas pensionadas del Mérito Militar de segunda clase, y otra de primera de la misma Orden y distintivo, también pensionada, Medallas de Melilla y la de la Jura de S. M.

Don Francisco Albert Arnau,

Teniente Médico.

Nació en Cistella, provincia de Gerona, el día 14 de Junio de 1900. Terminó la carrera de Medicina y Cirugía en Agosto de 1921, e ingresó en la Academia del Cuerpo, previos los correspondientes ejercicios de oposición, en 23 de Septiembre de 1922, siendo promovido a Teniente Médico en 24 de Enero de 1923, y con la misma fecha destinado a la cuarta Comandancia de Sanidad Militar, desde donde pasó al Tercio de Extranjeros en Ceuta. Con estas fuerzas asistió a varios hechos de armas, en uno de los cuales encontró gloriosa muerte, acaecida el día 12 del pasado mes de Diciembre.

¡Descansen en paz nuestros estimados compañeros!



V A R I E D A D E S

Ha sido tramitado al Consejo Supremo de Guerra y Marina el expediente de propuesta para la Cruz de San Fernando, del Teniente Médico, D. Felipe Peña, de cuyo brillante comportamiento en Monte Arruit, donde resultó herido, tienen ya conocimiento nuestros lectores.

Con motivo de su traslado a Melilla, fué obsequiado en Larache con dos banquetes de despedida, el Jefe de Sanidad de aquella Plaza Teniente Coronel Médico D. José del Buey.

El primero fué ofrecido por el Comandante Médico, Sr. Rubio, en nombre de los individuos del Cuerpo de Sanidad Militar, y el segundo por la Junta Directiva de la Casa de España, de la que el Sr. del Buey fué su primer Presidente.

En ambos actos reinó la mayor cordialidad.

*
* *

La Real Academia Nacional de Medicina ha concedido el accésit del premio Iglesias al Comandante Médico D. Gregorio Gonzalo.

Reciba nuestra cordial enhorabuena.

*
* *

Hasta el 31 de Marzo próximo se admiten instancias en la Inspección general de Sanidad Exterior del Ministerio de la Gobernación para tomar parte en las oposiciones a 19 plazas vacantes en en el Cuerpo médico de Sanidad Exterior.

*
* *

Damos el más sentido pésame al Capitán Médico D. José Ristol, por el fallecimiento de su señor hermano D. Juan, Teniente Auditor del Ejército, ocurrida recientemente en Sevilla, a consecuencia de un accidente de aeroplano.

*
* *

Ha sido nombrado Presidente del Casino Militar de Ceuta, el Comandante Médico D. Francisco Gómez Arroyo.

*
* *

Hemos recibido el primer número de la importante Revista *Archivos de Higiene y Sanidad Pública*, fundada por el Comandante Médico e Inspector Provincial de Madrid, D. José A. Palanca.

Dicha Revista, que ha de tener gran aceptación por los nobles móviles que la inspiran, está regentada por D. Mario S. Taboada, y cuenta con un escogido comité directivo y de redactores.

Correspondemos al afectuoso saludo que dirige el nuevo colega a la Prensa profesional, dejando muy gustosos, por nuestra parte, establecido el canje.

*
* *

Terminado el plazo de presentación de instancias para tomar parte en las próximas oposiciones a plazas de Alféreces Médicos alumnos de nuestra Academia, han abonado los derechos de firma 25 aspirantes.

*
* .

Ha fallecido en Valladolid el Excmo. Sr. D. Miguel de la Paz, Inspector Médico de segunda clase, en situación de segunda reserva.

En el próximo número publicaremos la correspondiente nota necrológica.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

La albuminuria de los diabéticos,
por M. Labbé.—(*La Vie Médicale*.
28 Marzo, 1924. París.)

Si el pronóstico de la diabetes asociada al mal de Bright está dominado por la lesión renal, justo es que el tratamiento deba igualmente preocuparse particularmente del mal de Bright.

En estos casos, el régimen es muy difícil de precisar. El mejor es el régimen lácteo cuando la diabetes conserva una suficiente capacidad de combustión para los hidrocarburos. Con dos litros de leche, queso blanco, algunas legumbres verdes,

un poco de pan de gluten, crema y manteca, se puede organizar un buen régimen de conservación para estos enfermos: un régimen así suministra aproximadamente 100 a 120 gramos de hidrocarbonados utilizables. La cura de legumbres verdes es también ventajosa cuando los sujetos quieren buenamente someterse a ella. Pero es preciso saber que muy a menudo se tropieza con una mala voluntad de estos enfermos, golosos y habituados desde muchos años a la alimentación profusa.

La albuminuria no brightica, ob-

servada en los diabéticos, es con frecuencia el indicio de una exageración del régimen carnosos. Basta reducir la carne de la alimentación y hasta suprimirla y reemplazar el régimen mixto por un régimen de legumbres verdes, de leche o de leguminosas, para hacerla cesar. Su desaparición es a veces rápida: en un joven atacado de diabetes grave, la albuminuria, que alcanzaba 2 gramos 5, descendió a 0 en el espacio de cinco días, al mismo tiempo que la glucosuria descendía de 112 gramos a 9 gramos.

El cloruro de calcio puede ser administrado para modificar la permeabilidad renal a la glucosa; pero sus efectos no están aún bien establecidos. En cuanto a la insulina, no está generalmente indicada en estas diabetes en que la tolerancia hidrocarbonada es bastante intensa y en que no existe la acidosis; sin embargo, puede hallar su aplicación cuando el trastorno gluco-regulador es más considerable. Por mi parte, he tenido la ocasión de emplearlo en un caso de diabetes con cirrosis hepática complicada con albuminuria; ha ejercido su acción habitual sobre la glucosuria y sobre la acidosis, y hasta ha hecho cesar la albuminuria.

Estos ejemplos demuestran cuánto interés ofrece para los clínicos y los terapeutas la cuestión de la albuminuria de los diabéticos. Yo quisiera, sobre todo—dice el autor—que los médicos estén bien convencidos de la necesidad que existe de investigar las lesiones renales en el curso de la obesidad y de la diabe-

tes sin desnutrición y de basar el pronóstico más en la evolución del mal de Bright, que en la de la misma diabetes.—LORENTE SANZ.—
(*Clinica y Laboratorio*, Junio 1924.)

* *

El tratamiento de la otitis externa por la autohemoterapia.—En el Congreso francés de oto-rino-laringología, celebrado en Octubre, han recomendado los Dres. Portman y Bried un nuevo tratamiento de la otitis externa. Consiste en extraer de una vena 10 c. c. de sangre del enfermo e inyectarla inmediatamente bajo la piel, generalmente en la región dorsal. Esta inyección es indolente. En cambio, hace que desaparezcan los dolores tan violentos que acompañan a toda flegmasia del oído externo. Localmente, la sensibilidad y la tumefacción desaparecen rápidamente. La duración del tratamiento es relativamente corta. En general, dos inyecciones, o sea un total de 20 c. c., hechas en cuarenta y ocho horas de intervalo, producen la curación completa.

Se trata, pues, de una terapéutica fácil, al alcance de todos los prácticos, y de indemnidad absoluta.

Al discutirse esta comunicación, Liebault dijo que aceptaba esta indicación; y que él venía empleando el *stock-vacuna antiestafilocócica* polivalente.—(*Revista general de Medicina y Cirugía*, Diciembre 1924.)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Pequeños cardíacos y pequeños renales entre los reclutas.—El doctor Legrand, Médico de complemento en Mulhouse, plantea este problema como sigue:

La recluta lleva al Regimiento, dos veces al año, un contingente importante de jóvenes que llaman la atención del Médico sobre el estado de sus aparatos circulatorio y renal.

En ausencia de una lesión flagrante tienen, sin embargo, opresión, taquicardia, arritmia o bradicardia. Presentan una pequeña albuminuria o bien exhiben un certificado que la acredita.

Por último, un examen ocasional revela en ellos una anomalía de la presión arterial.

¿Qué conducta debe seguir el Médico? ¿Qué criterio debe venir en auxilio de su examen?

La medicina cardio-renal ha puesto en uso un conjunto de métodos que se basan en el funcionamiento de los órganos. ¿Es necesario emplearlos?

El Médico militar espera la respuesta a estas cuestiones. El reglamento permanece mudo ante su perplejidad.—(*Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française*, Novembre 1924).—J. P.

BIBLIOGRAFÍA

Ulcus gastrique et ulcus duodenal, par le docteur L. Serrada.

Este antiguo médico militar y distinguido cirujano, ha reunido las indicaciones del tratamiento quirúrgico de dichas dolencias y las consideraciones sobre su diagnóstico en un extenso trabajo publicado por los *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, cuya Revista ha ofrecido al autor un extracto del mismo bajo la forma de folleto, que ha tenido la atención de remitirnos nuestro compañero Serrada, especializado, como es notorio, en la técnica quirúrgica de las afecciones del aparato digestivo.

El trabajo, que resulta muy interesante, va ilustrado de algunos magníficos grabados y figuras en colores, y va seguido de once conclusiones que resumen la experiencia del autor en el asunto.—J. P.

La acidez urinaria en sus aspectos químico y biológico,
por el Dr. Joaquín Vellvé Cusidó.

Estudia el autor, cuyos trabajos en la materia son bien conocidos, este nuevo e interesante aspecto de los caracteres de la secreción urinaria, tan influido por la alimentación y por determinados procesos patológicos, y otras circunstancias biológicas que el ilustrado farmacéutico analiza detalladamente, y especialmente en lo referente al *indosificable urinario*, que tanta importancia tiene en la acidez de origen orgánico.

Condensa por último el autor en ocho conclusiones sus ideas y experiencia en el concepto de acidosis, cada vez más esclarecido, merced a los trabajos de Crile y de la escuela americana.—J. P.

SECCIÓN OFICIAL

- 9 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 7) nombrando Ayudante de campo del Inspector Médico D. Eduardo Semprún y Semprún al Comandante Médico D. Federico Ramos de Molíns.
- 9 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 7) designando al Comandante Médico D. Francisco Valladolid Ones para ocupar la plaza de bacteriólogo vacante en el Instituto de Higiene Militar
- 15 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 12) disponiendo que una Comisión formada por los Subinspectores farmacéuticos de segunda clase D. Saturnino Cambrero González y D. Luis Gil e Izaguirre y el Farmacéutico mayor D. Joaquín Más Guindal, auxilien en los trabajos de la nombrada para revisar los petitorios de medicamentos, refundiéndolos en uno solo.
- 16 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 13) concediendo dos meses de licencia por enfermo, para Tánger y Algeciras, al Coronel Médico D. Enrique Pedraza Vivanco.
- 16 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 13) concediendo al Capitán Médico D. Delfín Hernández Irigaray licencia para contraer matrimonio con D.^a María Monserrat Viladrich Comas.



**En las irritaciones
intestinales, en las
disenterías, en cuanto
exige un régimen
el aparato digestivo,
está indicado
el**

≡ AGUA DE INSALUS ≡

Estómago

Hígado

Vías urinarias.



Dirección: Tolosa (Guipúzcoa)

Cendra Sendra, D. Severo Alonso Nieto y D. Salvador Salinas Cuéllar.

22 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 18) confirmando la declaración de aptitud para el ascenso hecha al Teniente Médico D. Adrián López Orozco.

24 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 18) concediendo la separación del servicio activo al Capitán Médico D. Luis Alonso Moreno.

26 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 20) concediendo el empleo superior inmediato al Teniente Médico D. Adrián López Orozco.

26 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 20) destinando a los Jefes y Oficiales siguientes:

Teniente coronel Médico: D. Eduardo Ramos Ordóñez, ascendido, del Hospital militar de Málaga a disponible en la segunda Región.

Artículo 1.º

Comandantes Médicos: D. Eduardo Villegas Dominguez, del Hospital militar de Pamplona, al de Málaga, y D. Emilio Romero Maldonado, del Hospital militar de Guadalajara, al Colegio de Carabineros de El Escorial.

Artículo 10.

D. Alfonso Areces Matilla, ascendido, del primer Regimiento de Sanidad al Hospital militar de Pamplona, y D. Enrique Sánchez Bish, de disponible en la segunda Región y en Comisión, como radiólogo, en el Hospital militar de Cádiz, al de Palma de Mallorca, continuando en la anterior Comisión.

Real decreto de 9 de Mayo último (D. O. núm. 108).

D. Gustavo Martínez y Manrique, del sexto Regimiento de Sanidad, a los Grupos de Hospitales de Melilla, en Comisión, y sin causar baja en su destino de plantilla, con arreglo a la Real orden circular de 13 de Agosto último (*D. O.* núm. 180).

Capitanes Médicos: D. Tirso Rodríguez García, del Centro Electrotécnico de Ingenieros y en Comisión en el Grupo del segundo Regimiento de Artillería de Montaña, expedicionario en Melilla, cesa en la expresada Comisión y se incorpora a su destino de plantilla, y D. Alfredo Martín Luna y Aspe, del Regimiento de Artillería de posición y en Comisión en la Academia de Artillería, cesa en la Comisión anterior y se incorpora a su destino de plantilla.

Artículo 1.º

D. Angel Martínez Vázquez, de la Academia de Infantería, al primer Regimiento de Sanidad. (Real orden de 13 de Noviembre último, *Diario Oficial* núm. 256); Jerónimo Blasco Zabay, del batallón Cazadores de Chiclana, 17, al de montaña Fuenteventura 10.º de Cazadores; don Ramiro Ciancas Rodríguez, del primer Regimiento de Artillería pesada, al de Cazadores Calatrava, 30 de Caballería; D. Vicente Vilar Martínez, del Regimiento Infantería de la Princesa, 4, expedicionario en Melilla, al tercero de Intendencia, y D. Pedro González Rodríguez, del tercio de Extranjeros, al sexto Regimiento de Artillería pesada.

Artículo 10.

D. José Luxán Zabay, del Regimiento Infantería de San Fernando, 11, a la Academia de Infantería; D. José Téllez Lafuente, del Batallón Cazadores de Tarifa, 5, al primer Regimiento de Artillería pesada; D. Manuel Peris Torres, de disponible en la primera región, al Regimiento de Dragones de Numancia, 11 de Caballería.

Tenientes Médicos: D. Antonio Romero García, del segundo Regimiento de Sanidad y en Comisión en el sexto de Artillería pesada, cesa en la expresada Comisión y se incorpora a su destino de plantilla; D. Luis Rubio Chesa, de la Secretaría de la Jefatura de Sanidad Militar de Gran Canaria, a la Compañía mixta de Sanidad Militar de Larache, en Comisión, sin causar baja en su destino de plantilla; don Juan Diego Ortega García, del Hospital Militar de Carabanchel y en Comisión en el Cuadro eventual de Ceuta, cesa en la Comisión y se incorpora a su destino de plantilla

En plaza de Capitán con arreglo a la Real orden de 17 de Noviembre último (*D. O.* núm. 259).

Forzosos: D. Manuel Artacho Galván, del Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife, al Regimiento Infantería de Asia, 55, expedicionario en Melilla; D. José Lafuente Burges, de Necesidades y Contingencias del servicio en Mahón, al Batallón de Cazadores de Chiclana, 17; D. Fernando Asián Pérez, del Grupo mixto de Ingenieros de Menorca, al Regimiento Infantería de la Princesa, 4, expedicionario en Melilla; D. José Pérez Puertas, del Hospital Militar de Barcelona, al Regimiento Infantería de San Fernando, 11; D. Gaspar Soto Gil de la Cuesta, del Regimiento Lanceros de España, 7.º de Caballería, al Batallón Cazadores de Tarifa, 5; D. Nemesio Agudo Aparicio, del Regi-

miento Cazadores de Calatrava, 30 de Caballería, a Necesidades y Contingencias del servicio en Ceuta; D. Manuel Arandas Rojas, del octavo Regimiento de Sanidad y en Comisión en el de Artillería de posición, al de Infantería de Alava, 56, expedicionario en Melilla.

Real decreto de 9 de Mayo último (D. O. núm. 108).

D. Angel Jorro Azcune, de Necesidades y Contingencias del servicio en Ceuta, al Tercio de Extranjeros (V.); D. Gabriel Tera Arias, del segundo Regimiento de Sanidad, expedicionario en Melilla, al Tercio de Extranjeros.

Jefes y Oficiales a quienes comprende el apartado A). art. 2.º del Real decreto de 9 de Mayo último (D. O. núm. 108):

Coroneles Médicos, el número uno de la escala; Tenientes coroneles Médicos, del uno al tres de la misma; Comandantes Médicos, del uno al trece de la misma.

Oficiales Médicos que habiéndoles correspondido servir en Africa no han sido destinados por los motivos que se indican:

Capitanes Médicos: D. Eugenio Ruiz Miguel, alumno de los cursos de Cirugía, D. Manuel Hombria Iñiguez, de reemplazo por herido; D. Luis Marina Aguirre, al servicio de Aviación; D. Ubaldo Gastaminza Birebén, alumno de los cursos de Higiene, y D. Jaime Roig Padró, de reemplazo por enfermo.

Jefes y Oficiales a quienes comprende el art. 13 del expresado Real decreto (probable destino a Africa antes de seis meses).

Comandantes Médicos: D. José Rodríguez Castillo, D. Luis Iglesias Ruiz, D. Manuel Lamata Desbertrand y D. Carlos Pérez Serra.

Capitanes Médicos: D. Jaime Roig Padró, D. Manuel Hombria Iñiguez, D. Eugenio Ruiz Miguel, D. Narciso Barbero Tirado, don Ubaldo Gastaminza Birebén, D. Agustín López Muñiz, D. José Jover Jover y D. José Díaz Rodríguez.

Correspondencia administrativa de la Revista.

D. Miguel Palacios (Melilla).—Queda abonada su suscripción hasta fin del pasado año.

Sr. Iñesta (Valencia).—Idem id. hasta fin de Junio del corriente año.
