

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XV.

Madrid, 1 de Abril de 1925.

Núm. 7.

SUMARIO

Póstumo homenaje, por **García Sierra**.—*Examen fluoroscópico del estómago*, por **José Amo**.—*Profilaxis de las enfermedades venéreas en el Ejército* (continuación), por **J. Quintana y A. Cordero**.—*Reorganización del Ejército en Marruecos*.—*Sobre recompensas*.—*Necrologías*: D. Antonio Fernández Victorio y Cocifia.—D. Luis Izquierdo y Rodríguez Espiera.—D. Pedro Torres Hervás.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Las vitaminas.—*Prensa militar profesional*: El puesto quirúrgico avanzado.—*Bibliografía*.—*Sección Oficial*.
SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

PÓSTUMO HOMENAJE

Escribo estas líneas bajo la dolorosa impresión que me ha producido la muerte de Antonio Fernández Victorio.

Cuantas personas leyeran en la Prensa la triste nueva, de que un Fernández Victorio había fallecido, sentirían seguramente subir a sus labios la consabida frase de ¡qué lástima!, porque este ilustre apellido, que entre los intelectuales representa ciencia y bondad, hace tiempo ya que fué elevado a los mayores respetos, especialmente para cuantos nos dedicamos al estudio de la Medicina y del Derecho.

Para los Médicos militares españoles, que a igualdad de apellidos sabíamos estimar en cada nombre una honrosa y especializada distinción científica, la pérdida del primer psiquiatra del Cuerpo la estimamos como una gran pérdida, que individual y colectivamente ha de llegarnos a lo más íntimo del alma.

Antonio Fernández Victorio no estaba ya en la Escala activa; es verdad. Pero su inteligencia y su corazón seguían perteneciendo a las mayores actividades del Cuerpo de Sanidad Militar.

El autor de la *Psiquiatría del Médico práctico*; el Director del Manicomio de Ciempozuelos, el especialista reconocido por Médi-

cos y enfermos como autoridad indiscutible, era Médico militar, y eso era lo honroso para él y para nosotros; lo demás..., clasificaciones, edades, situaciones, todo ello son convencionalismos, para dividir lo único que no tiene división.

Antonio Fernández Victorio metodizó el estudio de la Psiquiatría con aplicación al Ejército; despertó la afición a este género de estudios entre los alumnos de la Academia de Sanidad Militar, y discípulos suyos son los ilustres compañeros que tan importantes servicios prestan hoy en las Instituciones armadas.

La característica científica del inolvidable muerto, como maestro, fué su peculiar método de enseñanza; como especialista, el de ser ante todo y sobre todo un gran clínico, que hacía aplicación de todos los conocimientos médicos a la resolución de un problema de su especialidad.

Fernández Victorio dejó en todas sus actuaciones la estela del intelectual que se eleva por su trabajo, supremacía de todas las aristocracias.

Su obra no será perdida. Uno de sus hijos, Médico ya, seguramente la continuará con todos los honores del apellido heredado.

Pero nuestro ilustre Jefe y compañero deja otro hijo espiritual, que es su libro, consagrado por miles de lectores, que no podrán en mucho tiempo resolver en Psiquiatría sin *hojear sobre lo que de tal o cual asunto dice Fernández Victorio*, porque... su libro es él.

GARCÍA SIERRA

EXAMEN FLUOROSCÓPICO DEL ESTÓMAGO

Hace algunos años se sostuvieron discusiones apasionadas sobre la superioridad de la radiografía o de la radioscopia en el examen del aparato digestivo. Por lo que se refiere al estómago, se está de acuerdo en considerar actualmente la radioscopia como el método exploratorio preferible por completo, rápido y cómodo. Tratándose de órganos que se mueven, la placa fotográfica única es pocas veces utilizable, necesitándose para alcanzar un resultado aprovechable obtener varias pruebas-radiografías en serie.

La radioscopia permite explorar el cambio de forma, el grado de desplazamiento y la localización del dolor, lo que no consigue la radiografía; un diseño o un calco de la imagen más interesante percibida, basta, en la mayor parte de los casos, para establecer el diagnóstico.

Para patentizar lesiones desapercibidas, por su pequeñez, al simple examen directo, o para conservar la imagen que, bajo la inspección radioscópica, aconseje la impresión de placas, se realizará ésta en el momento propicio mediante dispositivos adecuados. Un calco y una radiografía, algunos momentos después, en caso de persistir una anomalía en el mismo punto, proporcionan datos cuyo valor se complementa recíprocamente.

El estómago, como el resto del trayecto digestivo, es transparente, acudiéndose para su estudio a la ingestión de una sustancia opaca que, amoldándose a los órganos huecos, permite investigar diferentes particularidades. La sustancia habitualmente empleada es el sulfato bórico, o el bismuto con licopodio—cuya indicación es la de marcar la existencia y límite del contenido gástrico en ayunas—. La solución de bario se prepara de distinta concentración, según el órgano que se desee examinar: mayor para el esófago; se emplea más fluida para ver el estómago e intestino.

125 ó 150 gramos de la sal bórica en un cocimiento de sémola y azúcar en 300 ó 400 gramos de agua; sulfato bórico emulsionable (Merk o Giral), que se mezclan sencillamente con agua en el momento del examen, o la Gelobar. na Poulenc, que tiene la ventaja de ser insípida y miscible con cualquier comida, son todos buenos procedimientos. Lo esencial es que cada médico emplee siempre el mismo tipo de mezcla opaca.

Los datos obtenidos por el examen radioscópico, son los siguientes:

FORMA TONICIDAD.—Normalmente se describen varios tipos de estómago que llevan los nombres de diferentes autores; pero como este carácter depende de circunstancias fisiológicas: edad, gordura, alimentación, lo importante es anotar si el antro pilórico es horizontal o ascendente, si el cuerpo es vertical o transversal, y si el límite inferior del órgano se separa de su nivel normal—línea unitiva de las dos crestas ilíacas—. Apréciase si sus dimensiones son grandes o pequeñas, en todo o parte del órgano.

Las paredes del estómago en vacuidad están adaptadas fisio-

lógicamente, encontrando la comida opaca cierta resistencia para separarlas, apareciendo las sucesivas porciones ingeridas unas encima de otras, en lugar de caer directamente al fondo; esto ocurre en el estómago atónico, colocándose unas al lado de otras; el peso de la comida ingerida estira y adelgaza la porción tubular y toma forma de reloj de arena, que puede desaparecer sosteniendo y elevando con la mano la masa baritada.

MOTILIDAD.—CONTRACCIONES PERISTÁLTICAS.—En estado normal son lentas, superficiales y espaciadas; comienzan hacia el tercio superior de la curva mayor, acentuándose al acercarse al píloro; coinciden a veces con otras en curva menor, apareciendo en ocasiones la porción pilórica como segmentada, separada del resto del estómago.

Patológicamente se aprecia el hiperperistaltismo (excitabilidad del estómago, lucha ante un obstáculo pilórico), hipoperistaltismo (degeneración cancerosa, fatiga de la fibra contráctil) y antiperistaltismo (estenosis pilórica).

El peristaltismo es independiente del vaciamiento, pudiendo aquél estar aumentado y no evacuarse el contenido del estómago.

MOVILIDAD.—Normalmente puede apreciarse el desplazamiento del estómago con las inspiraciones profundas, haciendo que el paciente meta su vientre, como para ponerse un cinturón ceñido; con el cambio de postura, o con las manos, que deben quedar libres para colocarlas detrás de la pantalla, y conseguida la cesación de toda defensa muscular abdominal, intentan trasladar el estómago de un sitio a otro.

Si el sujeto, después de efectuar una espiración forzada, se tapa la boca y la nariz y «mete su vientre», contrayendo los músculos rectos, puede elevarse el fondo del estómago hasta 10 centímetros: es la maniobra de Chilaiditi.

Si existen adherencias que sujeten el estómago a un órgano fijo, sobre todo, no se podrá separar de su inserción en el punto correspondiente y dará la imagen de tirantez o angulosa fácil de deducir.

VACIAMIENTO.—La papilla de sulfato bórico debe estar evacuada del estómago a las seis horas; la emulsión le abandona antes, debiendo comenzar a ocupar en ese término las primeras porciones del ciego. La persistencia de una cantidad variable de sal opaca en la cavidad gástrica, indica la importancia de la retención,

así como la estancación de dicha sal en las últimas asas delgadas corrobora el diagnóstico de éxtasis.

Por el contrario, el vaciamiento acelerado produce el acúmulo anticipado de bario en el colon.

Enríquez acostumbra a prescribir tres comidas opacas, diez y siete, trece y nueve horas antes del examen para apreciar el trayecto gastro-cólico total. Holznknecht investiga la función evacuadora con una papilla bárica, seis horas antes y si no está el estómago libre de ella, demostrada la retención por este dato, se averiguan las demás anomalías con una emulsión de barita ingerida en el momento de la exploración.

LÍQUIDO EN AYUNAS.—Una cucharada de agua con una parte de licopodio y tres de bismuto se deposita en la superficie del líquido en forma de línea horizontal.

La sal bárica ocupa la parte inferior de la cavidad gástrica, conforme se ha indicado al tratar de la tonicidad, su colocación en sentido transversal indica la existencia de una cavidad donde no habiendo adaptación de paredes se verifica la repleción como en un vaso inerte, signo de dilatación atónica del estómago. La existencia de una capa líquida se manifiesta en forma de zona clara, situada sobre el nivel de la sombra opaca de la comida baritada.

La observación del vaciamiento nos demostrará si el contenido en ayunas es por retención o por secreción continua.

La exploración radiológica del estómago está motivada, la mayor parte de las veces por la úlcera, el cáncer y sus secuelas (estenosis pilórica, adherencias, etc.).

ULCERA

Se caracteriza por síntomas indirectos, que aporta el examen funcional motor y evacuador, los más precoces generalmente; y por síntomas directos, raros en el comienzo de la evolución del proceso.

A.—*Síntomas indirectos.*

a) Trastornos motores.—Peristaltismo aumentado o disminuido.—Es de intensidad variable y relacionado frecuentemente con la proximidad al píloro de la lesión ulcerosa y con su fecha. Sus caracteres pueden conducir, como después veremos, al diagnóstico

de localización. La contracción espasmódica puede dar transitoriamente la forma biloculada llamada en «reloj de arena».

b) Trastornos en el vaciamiento. — Existe en algunos casos retención, ya por espasmo pilórico reflejo o por estrechez orgánica.

c) Líquido en ayunas. — Muestra, como antes se indicó, la retención o la secreción continua, acompañantes de la úlcera.

d) Movilidad. — Disminuída, si existen adherencias.

e) Biloculación orgánica. — «Reloj de arena permanente.» A diferencia del espasmódico, que es accidental y cede con la inyección de atropina. Está originado por la perigastritis. Fórmase una bolsa superior, donde primeramente se acumula la comida opaca; al cabo de algunos momentos desciende por un conducto estrecho y se deposita al fin en la curva inferior del estómago. Las presiones manuales pueden hacer que la substancia opaca sea empujada desde este punto a la bolsa superior con la facilidad que permita la angostura de la porción gástrica estrechada por la esclerosis opresora cicatricial perigástrica.

B.—*Síntomas directos.*

Cráter y nicho de Haudek. — Cuando el bario rellena la cavidad en forma de embudo de la úlcera, proyecta, si su situación lo permite, una sombra triangular, ya en curva menor o en sus proximidades donde aparece un a modo de apéndice o prominencia de la sombra gástrica—imagen diverticular—cuya visibilidad se facilita, en ocasiones, haciendo que el enfermo se coloque en posición oblicua en lugar de la frontal.

Las úlceras que han penetrado en órganos vecinos pueden revelarse como manchas baritadas, unidas o no a la sombra gástrica, con o sin cámara de aire. Estas manchas no contiguas a la sombra gástrica son las denominadas nichos.

DIAGNÓSTICO DE LOCALIZACIÓN

Las de pared anterior y curva mayor son raras y únicamente reconocibles por los síntomas directos.

El dolor a la presión tiene importancia cuando corresponde a la anomalía observada en la imagen radioscópica (nicho o contracción), especialmente cuando señala el mismo punto visceral en

bipedestación y en decúbito. Es difícil, sin embargo, precisarle por estar hiperestesiado el plexo solar; la hiperestesia del segmento pilórico por espasmo de este esfínter es común a distintas localizaciones ulcerativas.

A.—*Síntomas de úlcera de curva menor.*

Si asienta en su porción alta dan pocos signos. Apreciáse a nivel de la úlcera la persistencia de una contracción violenta en la curva mayor de donde suelen partir las ondas hacia el píloro y que a veces sólo se observa en decúbito supino.

El dolor a la presión es inexplorable, por impedirlo la arcada costal.

Las úlceras más bajas al comienzo de su evolución pueden no apreciarse más que por el dolor limitado y por el espasmo intermitente de la curva mayor anteriormente mencionado; la curva menor parece normal, pero la mayor está deprimida en ángulo agudo «como si el estómago estuviese atado y dividido en dos por una ligadura» (Béclère). El espasmo de que nos ocupamos se produce frecuentemente por presión del punto doloroso de la curva menor.

Más avanzada la lesión, puede añadirse a este síntoma una anomalía en la curva menor, que disminuida de flexibilidad a nivel de la úlcera, no puede, por su rigidez, incurvarse con la ondulación contráctil y toma una forma de meseta donde parece interrumpirse momentáneamente la contracción peristáltica, que continúa al otro lado de la deformación de la curva menor, como si saltara por encima de aquélla.

Cuando la úlcera excava más profundamente la pared, se observan los signos cráter y nicho.

Estas úlceras producen a menudo espasmo pilórico reflejo que se opone a la evacuación de la mezcla opaca, existiendo una cámara de aire en el antro sobre una línea de nivel horizontal prepilórica de la comida baritada, que forma con el resto de ella un ángulo en forma de escuadra (Duval). La dilatación gástrica tiene la forma estirada en la parte media semejante al estómago atónico.

En la fase de cicatrización la curva menor está acortada, pareciendo en algunos casos que sale el duodeno en las proximida-

des del cardias, la curva mayor forma la casi totalidad del estómago, y semeja una bolsa cerrada por la parte superior, con un cordoncillo, o se inicia una forma en espiral—estómago en caracol.

JOSÉ AMO,
Comandante Médico.

(Concluirá.)



Profilaxis de las enfermedades venéreas en el Ejército

*Ponencia presentada en la Sección XX, Medicina Militar y Naval,
del II Congreso Nacional de Medicina.*

(CONTINUACIÓN)

No hacemos estudios comparativos con la de otros Ejércitos, porque las consecuencias serían falsas, toda vez que, aparte de que para su redacción se ajustan al formulario oficial acordado en la Conferencia de Budapest de 1894, celebrada por la Comisión internacional para la unificación de las Estadísticas Sanitarias en los Ejércitos, con las modificaciones convenidas en las reuniones de París de 1900, de Madrid en 1903 y de Berlín en 1907, ocurre que hay otros factores de tanto valor como el método de clasificación de estas enfermedades, procedimientos empleados para descubrirlas y condiciones de admisión del Ejército, que varían en cada nación, y así se da el caso de que mientras en algunas naciones, como la nuestra, no figuran más que los entrados en el Hospital, en otras se lleva nota detallada de los asistidos en el cuartel o en otros sitios; en unos Ejércitos la investigación y descubrimiento de estos enfermos se lleva con extremado rigor, aplicando sanciones a los ocultadores; en otros, como nos pasa a nosotros, estas investigaciones y revistas dejan mucho que desear, no aplicando castigos, y, por último, en unos Ejércitos se alistan todos los que tienen enfermedades venéreas; en otros, sólo los que la tienen susceptibles de curar en poco tiempo, y en otros, por último, no se alistan hasta que no están curados, como ocurre en el Japón y en Suíza.

Esquema de la morbi-mortalidad por enfermedades venéreas en diferentes ejércitos, calculados por 1.000 de efectivo.

| | Argentina. 1917. | | Estados Unidos. 1916. | | España. 1921. | | Portugal. 1910. | | Brasil. 1919. | |
|-----------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|-------------|------------------|-------------|--------------------|-------------|------------------|-------------|
| | Morbilidad. | Mortalidad. | Morbilidad. | Mortalidad. | Morbilidad. | Mortalidad. | Morbilidad. | Mortalidad. | Morbilidad. | Mortalidad. |
| Blenorragia | 62,38 | » | 51,42 | » | 38,60 | » | 60,43 | » | 60,43 | » |
| Sífilis | 6,53 | » | 21,37 | 0,12 | 26,82 | 0,02 | 8,72 | 0,06 | 43,68 | 0,24 |
| Chancro blando | 24,09 | » | 23,86 | » | 56,88 | » | 95,13 | » | 65,06 | » |
| Total de morbilidad. | 92,90 | | 96,15 | | 102,30 | | 103,85 | | 169,17 | |

La incluye con el chancro venéreo.

Mientras que en 1904 se daban 100 casos de sífilis por cada 1.000 enfermos hospitalizados, estas cifras se elevaron en los primeros meses de las hospitalidades a 800 enfermos sífilíticos por cada 5.000 enfermos comunes, para llegar a la proporción de 1 a 4 en los últimos días de la guerra; estas observaciones fueron recogidas en la población civil y militar; Leredde evalúa en 40.000 el número de muertos por sífilis al año en Francia, no incluyendo ni los abortos ni los que mueren al nacer por esta enfermedad.

En Berlín, Blaschco calcula que hay 24 sífilíticos por cada 1.000 habitantes, causando la sífilis 60.000 muertos al año.

En el *Bulletin de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge*, Walter Clarke, Jefe del servicio de las enfermedades venéreas en la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja, dice «que la Comisión inglesa de investigación de las enfermedades venéreas afirma, después de muy bien estudiada la cuestión, que el número de personas afectadas de sífilis aguda o congénita no puede evaluarse en menos del 10 por 100 en la población de una gran ciudad, y que, por lo tanto, serán 450.000 los sífilíticos que hay en Londres, elevándose a tres millones los que alberga la Gran Bretaña.

Osler, calculando que en Alemania la sífilis produce 60.000 muertos al año, dice debe figurar en el tercero o cuarto lugar entre las enfermedades mortíferas.

En 5.000 cadáveres autopsiados en el Bellevue Hospital de New-York, el 6,5 por 100 presentan lesiones evidentes de sífilis.

Colliec en la Gran Bretaña ha hecho una investigación entre los obreros, y ha comprobado que el 6 por 100 de hombres aparentemente sanos son sífilíticos.

En el Hospital San Luis de los Estados Unidos la sero-reacción ha dado resultado positivo en el 6 por 100 de la clase elevada, más del 13 por 100 en la clase media, el 20 por 100 entre los indígenas blancos y el 30 por 100 entre los negros tratados en el Dispensario.

En Septiembre de 1919, en el Estado de New-Jersey, entre 2.938 enfermos infecciosos la sífilis figuraba en 772 casos, mientras que la tuberculosis sólo eran en número de 625.

Durante la guerra europea se hicieron en un campo militar americano 10.000 sero-reacciones en soldados blancos y negros, y el 10,5 por 100 entre los blancos y el 18,3 por 100 entre los negros eran absolutamente positivas; los exámenes hechos sin sero-

reacción en los campamentos americanos, demuestran que el 5,4 por 100 de los hombres eran afectos de enfermedades venéreas.

En Madrid se calcula que se sifilizan al año más de mil, y que de la edad de quince a cuarenta y cinco años el 30 por 100 están sifilíticos; y suponiendo que de esa edad hay 200.000 habitantes, resultaría que había 60.000 SIFILÍTICOS en la capital de España.

La extensión de la blenorragia es todavía cuatro o cinco veces mayor que la de la sífilis, lo que justifica que Ricord dijera que «todos la tienen, la han tenido o la tendrán», y a otros que todo hombre tiene derecho vitalicio a una blenorragia; es la enfermedad más extendida después del sarampión.

Stockes, en los Estados Unidos, calcula que el 50 por 100 de la población es blenorragica.

Aunque evidentemente es un hecho que después de la guerra las enfermedades venéreas han aumentado y difundido de un modo alarmante, es necesario reconocer que, aparte de este aumento real que evidentemente existe, hay otro aumento aparente, debido al mejor conocimiento que tenemos de estas enfermedades, que nos permite diagnosticar, gracias a las reacciones biológicas y exámenes micrográficos, a enfermos que antes se consideraban como sanos, o al menos como curados.

Otra creencia muy generalizada es la de suponer que las enfermedades venéreas abundan más en el Ejército que en la población civil; y si bien es cierto que constituyen un problema grave y complicado en las organizaciones militares, ciertas experiencias de la última guerra han demostrado que el número de enfermedades venéreas es, por lo general, mayor en la población civil masculina que entre los hombres que constituyen el Ejército; lo que ocurre es que como en los ejércitos hay organizaciones médicas que prácticamente puede decirse diagnostican todos los casos agudos de sífilis y gonorrea, aparentemente hay más; pero si en una comunidad civil existiesen las mismas facilidades para investigar, descubrir y diagnosticar las enfermedades venéreas, se encontrarían en un número verdaderamente sorprendente aún para los mismos especialistas.

Aunque las dos columnas en que sienta el magno problema de la lucha antivénerea son la sífilis y la blenorragia, hermanas gemelas, de análoga importancia y trascendencia, por ser la blenorragia superior en número a la sífilis, y por la inferioridad e inse-

guridad en sus medidas de curación, hay otra, el chancro venéreo, que aunque la más leve de todas y de menos consecuencias, tiene importancia por la difusión que adquiere, el número de enfermos que produce y hospitalidades que ocasiona; es la de más fácil profilaxis; es enfermedad patrimonio de la gente sucia y abandonada, y su difusión disminuye conforme se generalizan los hábitos de la limpieza.

Sabemos la extensión que adquieren estas enfermedades y las consecuencias que acarrea para el individuo y para la sociedad y para el Estado, toda vez que constituye la principal causa de la despoblación; así que cuanto hagamos para evitarlas nunca será exagerado, debiendo concedérsele toda la atención que merece y que se le presta en los demás países, mientras que en el nuestro se le presta ligera atención, cuando no una indiferencia morbosa.

J. QUINTANA,
T. Coronel Médico.

A. CORDERO,
Comandante Médico.

(Continuará.)

DOS DISPOSICIONES INTERESANTES

Reorganización del Ejército en Marruecos.

En la reorganización que con carácter provisional se lleva a cabo en el Ejército de España en Marruecos por Real orden circular de 25 de Marzo último (D. O. núm. 67), quedan las tropas de Sanidad constituídas en la forma siguiente:

MELILLA Y CEUTA

Una Comandancia de tropas, con una Compañía de plaza, una de montaña, una rodada (una Sección de coches Lohuer y una automóvil), una sección de hospital móvil (Gómez Ulla) con 100 camas y una de higiene y desinfección.

LARACHE

Una Comandancia de tropas igualmente constituída a excepción de las Compañías de montaña y rodada, que será una mixta

La plantilla del Cuerpo queda formada en la Comandancia General de Ceuta con el siguiente personal:

ZONA CEUTA-TETUÁN

Dos Tenientes coroneles, once Comandantes, siete Capitanes, ocho Tenientes y ocho Alféreces. Sección de Farmacia: Dos Farmacéuticos Mayores, tres primeros y dos segundos.

ZONA DE LARACHE

Cinco Comandantes, cinco Capitanes, siete tenientes, un Alférez. Sección de Farmacia, un Farmacéutico Mayor, uno primero y tres segundos.

ZONA DE MELILLA

Dos Tenientes coroneles, once Comandantes, diez Capitanes, catorce Tenientes. Sección de Farmacia: Un Subinspector Farmacéutico de segunda, un Farmacéutico Mayor, tres primeros, nueve segundos. En estos números están incluidos Oficiales de la escala de reserva.

Las Comandancias de tropas quedan integradas por el personal siguiente: Ceuta y Melilla cada una: Un Coronel, un Comandante, tres Capitanes, un Capitán (E. R.), cinco Tenientes, un Teniente (E. R.) y dos Alféreces (E. R.). Clases y soldados 821, más seis contratados. Larache, un Teniente coronel, dos Capitanes, cinco Tenientes, dos Tenientes (E. R.) y un Alférez (E. R.). Clases y soldados 560, más seis contratados.

*
*
*

Sobre recompensas.

EXPOSICIÓN

Señor: La ley de veintinueve de Junio de mil novecientos diez y ocho y las disposiciones y reglamentos dictados para su ejecución, constituyeron un acierto indiscutible, pues la realidad ha demostrado cómo las citadas disposiciones garantizaron, mucho más que las precedentes, la austeridad y justicia en la concesión de recompensas.

No obstante lo expuesto, enseñanzas de la práctica de un lado, y de otro la conveniencia de reunir en un solo cuerpo de doctrina las múltiples disposiciones aclaratorias de la legislación vigente, han aconsejado al Gobierno de V. M. someter a su aprobación este proyecto de decreto-ley.

En él se ha tendido a individualizar el mérito, y en tal orden de ideas se propone que toda recompensa vaya precedida de citación especial, en la que se publiquen los merecimientos del que ha de ser objeto de ella.

Se restablece la Cruz de María Cristina para llenar la laguna injustificada que existe en el vigente Reglamento de Recompensas, en el que quedan sin premio adecuados méritos extraordinarios que, superando a los requeridos para obtener la Cruz roja, no alcanzan, sin embargo, a los verdaderamente excepcionales que deben motivar el ascenso. Aparte de este motivo substancial, al proponer a V. M. el restablecimiento de esta orden, tiene el Directorio la satisfacción de rendir este pequeño testimonio de respetuosa consideración hacia Vuestra Augusta Madre, la admirada Soberana, que tan gratísimo recuerdo dejó de su Regencia.

Se crea también la Cruz del Mérito Militar, bicolor, para diferenciar los servicios de campaña prestados en el combate, que suelen llevar anejos dificultades y peligros que no deben confundirse en el premio con ninguna otra clase de servicios, de aquellos otros en los que no concurren tales circunstancias, siquiera sean llevados a cabo en el teatro de operaciones.

Tal vez la práctica de cuanto en este decreto ley se establece, aconseje, en su día, implantar nuevas variaciones, habida consideración de que en materia tan delicada, cual la de recompensas, es difícil el acierto e indispensable amoldar constantemente la legislación a los tiempos y a las circunstancias; mas no es posible aplazar la modificación de lo estatuido, siquiera no se varíe en sus principios fundamentales, y por ello, el Jefe del Gobierno y Presidente interino del Directorio Militar, de acuerdo con éste, tiene el honor de someter a la aprobación de V. M. el adjunto proyecto de decreto.

Madrid, 16 de Marzo de 1925. — Señor: A L. R. P. de V. M., *Antonio Magaz y Pers.*

REAL DECRETO

A propuesta del Jefe del Gobierno, Presidente interino del Directorio Militar, y de acuerdo con éste,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo primero. Se aprueban las siguientes bases, que habrán de servir de norma para la concesión de recompensas en tiempo de guerra.

Base primera.

Las recompensas que en tiempo de guerra podrán concederse a los Generales, Jefes y Oficiales y asimilados del Ejército por hechos realizados en el teatro de operaciones, serán las siguientes:

Primera. Escala de recompensas.

a) Citación en orden general del Ejército, con especificación del hecho y méritos demostrados en el mismo, que se anotarán en la hoja de servicios.

b) Cruz del Mérito Militar con distintivo rojo, sin pensión.

c) Cruz de María Cristina.

d) Empleo inmediato en todas las categorías.

Segunda. Para premiar al personal que, hallándose en el territorio de operaciones, realice servicios que, aun no exentos de peligro, se hayan efectuado sin combate, podrán otorgarse las siguientes recompensas:

a) Citación en orden general de distinguidos, con especificación del hecho y méritos demostrados en el mismo, que se anotarán en la hoja de servicios.

b) Cruz bicolor del Mérito Militar, sin pensión.

Tercera. Las penalidades sufridas por los prisioneros y heridos, sin menoscabo del honor militar, serán premiadas con la Medalla de Sufrimientos por la Patria.

Cuarta. Independientemente de las recompensas que preceden, podrán otorgarse las siguientes:

a) Medalla Militar.

b) Cruz Laureada de San Fernando.

Quinta. Mediante propuesta del General en Jefe, el Gobierno de S. M. podrá conceder recompensas colectivas, precisamente honoríficas, a las unidades del Ejército o fracciones orgánicas de las

mismas que se hubieran hecho acreedoras a tales premios por muy señalados méritos en servicios de guerra, análogos a los exigidos para otorgar individualmente la misma recompensa al personal del Ejército.

A las clases e individuos de tropa podrán otorgárseles iguales recompensas que a los Generales, Jefes, Oficiales y asimilados, existiendo además para la tropa, como recompensa intermedia entre la Cruz del Mérito Militar con distintivo rojo y la de María Cristina, la del Mérito Militar con distintivo rojo, pensionada en la cuantía que determine el correspondiente Reglamento.

Todas estas recompensas se podrán conceder también a los que formen parte de fuerzas organizadas militarmente, que concurren con las del Ejército a operaciones de campaña, siempre que a esas concesiones no se opongan los Reglamentos y disposiciones especiales que las rijan.

Base 2.^a

Las recompensas enumeradas en la base primera deberán otorgarse siempre que lo justifique el mérito contraído y se compruebe aquél debidamente, con arreglo a las normas que se señalan en este decreto-ley y Reglamentos que de él han de derivarse.

No será necesario esperar al término de la campaña ni al cumplimiento de plazo alguno para formular las correspondientes propuestas, que serán siempre unipersonales, salvo para las recompensas colectivas a que se refiere la base anterior, debiendo llenarse los requisitos que establecen estas bases y los respectivos reglamentos.

Base 3.^a

Al Gobierno de S. M. corresponde, a los efectos de este decreto-ley, declarar, a propuesta del General en Jefe, el principio y fin de una campaña, la delimitación del territorio de las operaciones y resolver las propuestas de recompensas formuladas por dicha Autoridad, o confirmar aquellas otras para cuya concesión esté facultado aquél por este decreto-ley y reglamento que ha de desarrollar.

(Continuará.)

NECROLOGÍAS

Don Antonio Fernández-Victorio y Cociña,

Coronel Médico en situación de reserva.

Nació en Guinzo de Limia, provincia de Orense, el día 8 de Julio de 1867. Se licenció en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad Central el día 4 de Diciembre de 1888, ingresando en el Cuerpo de Sanidad Militar, previos los correspondientes ejercicios de oposición, el 11 de Octubre de 1889, con el empleo de Médico segundo, destinándosele al Hospital Militar de Barcelona, y en Noviembre siguiente al de Madrid.

Además de estos destinos sirvió durante el empleo de Médico segundo los de Asistencia de los Regimientos de Infantería Luchana, Andalucía, San Marcial y Africa. En Noviembre de 1921 se le nombró Médico primero de Ultramar, y marchó a Filipinas, donde ascendió en Mayo del año siguiente a Médico primero por antigüedad, y prestó sus servicios en los Regimientos de Infantería, Visayas y Legazpi, Hospital Militar de Manila, Enfermería de Cebú y Regimiento de Caballería de Filipinas. Regresó a la Península el 11 de Febrero de 1899 y fué destinado al Regimiento Infantería de Borbón, después al Batallón Cazadores de Figueras, y más tarde al primer Regimiento de Artillería, ascendiendo a Médico mayor en Noviembre de 1903, quedando en el mismo destino hasta Junio de 1904, que pasó a situación de excedente, primero en la cuarta Región y en la primera luego y en comisión en la Inspección general de las Comisiones liquidadoras del Ejército hasta Febrero de 1905, que se le destinó a la observación de militares dementes en San Baudilio de Llobregat, la que pasó al Manicomio de Reus en Agosto de 1910. Vuelve a quedar excedente en Julio de 1911 y en comisión en la misma Inspección general antes citada, y en Marzo de 1912 pasó al Hospital Militar de Madrid, y en Octubre de 1913 a la Academia de Sanidad Militar, de la que ya era profesor en comisión.

A su ascenso a Subinspector Médico de segunda clase continuó en dicha Academia como Jefe de estudios y profesor, encar-

gándose más tarde también de la Clínica de dementes del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel. En 4 de Julio de 1919 se le confiere el empleo de Coronel Médico, destinándosele al Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife, al que no llegó a incorporarse por habersele concedido el pase a situación de reserva por Real orden de 30 del citado mes de Julio, en cuya situación estaba a su fallecimiento ocurrido en Madrid el día 14 de Marzo último.

Había desempeñado varias comisiones del servicio y la cátedra de anatomía topográfica de la Universidad de Manila. Era autor de varias publicaciones profesionales, especialmente de enfermedades nerviosas y mentales. A su fallecimiento desempeñaba el cargo de Médico-Director del Manicomio de Ciempozuelos.

Estaba en posesión de una Cruz del Mérito Militar con distintivo blanco, otra de la misma Orden con distintivo rojo, tres de la misma Orden con distintivo blanco, pensionadas. Medallas de Luzón, de la Jura de S. M. y del Centenario de los Sitios de Zaragoza.

Don Luis Izquierdo y Rodríguez Espiera,

Subinspector Farmacéutico de primera clase, en situación de reserva.

Nació en Madrid el día 18 de Noviembre de 1860. Estudió la carrera de Farmacia en la Universidad Central, donde se graduó de Licenciado en 31 de Enero de 1881. En 2 de Abril de 1880 ingresó como soldado por su suerte en el primer Regimiento de Infantería de Marina, y previos los correspondientes ejercicios de oposición, fué nombrado Farmacéutico segundo por Real orden de 18 de Junio de 1883 y destinado al Laboratorio de Medicamentos de Málaga, pasando después al Hospital Militar de Alhucemas, y en Agosto de 1884 al Laboratorio Central, donde permaneció hasta el 24 de Diciembre, que se le destinó al Hospital Militar de Madrid.

En 16 de Enero fué ascendido a Farmacéutico primero, quedando en el mismo destino hasta su pase al Ejército de la Isla de Cuba en Agosto de 1895, en donde prestó sus servicios en el Hospital de Sagna la Grande hasta su destino al Hospital de Cienfuegos en Diciembre de 1898, no haciéndose cargo de él por haberse dispuesto su regreso a la Península, lo que efectuó el 6 de Enero de 1899, quedando excedente. En Abril se le destina en comisión

para eventualidades en Madrid y Farmacia militar núm. 1. En Diciembre quedó de reemplazo por enfermo, y en Marzo de 1900 se le destina a la Farmacia de Madrid núm. 4, en comisión, y en Junio de plantilla al Hospital Militar de Melilla, donde permaneció hasta Septiembre de 1904, que quedó de excedente, primero en dicha plaza, y en Octubre siguiente en Madrid, hasta que en Diciembre fué destinado al Estado Mayor Central. En 3 de Abril de 1907 es ascendido a Farmacéutico mayor, quedando excedente y en comisión en la Junta Facultativa de Sanidad Militar, hasta Julio de 1908, que es nombrado Jefe de la Farmacia militar de Madrid número 4. A su ascenso a Subinspector Farmacéutico de segunda clase en Enero de 1913 quedó en el mismo destino, y en Septiembre de 1917 pasó a reemplazo, volviendo a activo en Julio de 1918, colocándose en la Farmacia de Madrid núm. 2, y en Agosto siguiente en el Laboratorio Central de Medicamentos. Promovido a Subinspector Farmacéutico de primera clase en Mayo de 1919, fué destinado a la Farmacia de Madrid núm. 1, y en Mayo de 1920 al mencionado Laboratorio como Director, cargo que desempeñó hasta su pase a situación de reserva, en la que permanecía al ocurrir en Marzo último su fallecimiento. Fué Presidente de la Comisión informativa de la Sección de Farmacia y vocal de la Junta Facultativa de Sanidad Militar, habiendo desempeñado numerosas comisiones del servicio.

Poseía una Cruz de primera clase del Mérito Militar con distintivo blanco; otra de igual clase y Orden, pensionada, con distintivo rojo, y otra sin pensión de la misma Orden, clase y distintivo, Medallas de Cuba y de la Jura de S. M.

Don Pedro Torres Hervás,

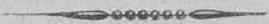
Capitán Médico.

Nació en Baeza, provincia de Jaén, el día 21 de Febrero de 1888. Se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad Central el día 23 de Junio de 1911, y previa la oportuna oposición, ingresó en la Academia del Cuerpo el 29 de Septiembre de 1911, y en igual fecha de Febrero de 1912 fué promovido a Teniente Médico y destinado al Regimiento Infantería de América, y en Junio siguiente al Regimiento de Artillería de montaña de Melilla. Ascendido en Agosto de

1915 a Médico primero, se le destina al Regimiento Infantería de Gravelinas, y en Julio de 1916 al de Córdoba, pasando en Mayo de 1918 al de Caballería de Taxdirt, hasta Febrero de 1922, que lo fué al Batallón Cazadores de Reus, y sin incorporarse fué destinado al Hospital Militar de Málaga en comisión, y formando parte del Equipo quirúrgico núm. 11, marchó en Julio del mismo año a Melilla. En Agosto siguiente se le destina al Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, donde continuaba a su fallecimiento, ocurrido el día 23 de Marzo último.

Estaba en posesión de cuatro Cruces de primera clase del Mérito Militar con distintivo rojo, dos de ellas pensionadas, y la Medalla de Africa.

Descansen en paz nuestros estimados compañeros.



VARIEDADES

En otro lugar de este número publicamos parte de una interesante disposición sobre recompensas en tiempo de guerra, que publicó hace pocos días el *Diario Oficial* del Ministerio de la Guerra.

* * *

Han sido promovidos a Tenientes Médicos los 19 Alféreces alumnos de la Academia de Sanidad Militar ingresados en Septiembre último.

Sea enhorabuena.

* * *

El 15 del pasado verificóse la conducción al Cementerio de la Almudena de los restos mortales del Coronel Médico, en situación de reserva, D. Antonio Fernández Víctorio, ilustre psiquiatra, que desempeñaba el cargo de Director del Manicomio de Ciempozuelos.

Al fúnebre acto, que se vió muy concurrido, asistieron numerosas representaciones de profesionales civiles y militares.

Reciba su distinguida familia, y especialmente sus hermanos

D. Nicolás y D. Francisco, también Coroneles Médicos, nuestro más sentido pésame.

* * *

En el pasado mes pronunció una interesante conferencia en el Ateneo de Melilla sobre la protección al niño y medios para atenuar la mortalidad infantil, el Comandante Médico D. Clemente Herranz.

* * *

Ha fallecido en Berlín el sabio profesor Augusto von Wassermann, autor de la conocida reacción que lleva su nombre y que tanto contribuyó al esclarecimiento del diagnóstico de la sífilis.

* * *

Ha causado gratísima impresión la liberación del Capitán Médico Sr. Arteaga, que se hallaba prisionero en el campo moro, y cuyo brillante comportamiento ha sido siempre tan justamente elogiado.

* * *

Damos el más sentido pésame a los Tenientes coroneles Médicos D. Valentín Suárez Puerto y D. Angel Morales Fernández por las desgracias de familia que han experimentado recientemente.

* * *

Ha sido nombrado Presidente del Consejo de Estado el ilustre Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina Dr. D. Carlos María Cortezo, y Consejero del mismo Cuerpo Consultivo el Inspector general de la Armada y Presidente de la Sociedad de Higiene Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro.

* * *

Por reciente Real Decreto ha sido promovido al empleo de Inspector general de Sanidad de la Armada el ilustrado escritor profesional Excmo. Sr. D. Federico Montaldo.

* * *

Hemos sabido con pena el fallecimiento ocurrido en Guadalajara del Teniente coronel Médico D. Francisco García y García, Director de aquel Hospital militar.

En el próximo número publicaremos la correspondiente necrología.



PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Las vitaminas.— *Vitamina A.*— Es un cuerpo terciario (CHO) de naturaleza aldélica, soluble en las grasas; liposoluble.

Origen.— En todas las células, especialmente en las partes verdes de las plantas y en las grasas: 1. Espinaca, coliflor, lechuga, berros. 2. Leche, manteca de vaca, aceite de hígado de bacalao, yema de huevo. No se encuentra en la manteca de cerdo, ni en los aceites vegetales, ni en la leche condensada.

Acción.— Elemento esencial para el crecimiento, para el desarrollo de los huesos y para la actividad muscular.

Afecciones por falta de vitaminas A.— 1. Xeroftalmía. 2. Predisposición marcada a las infecciones. 3. Disminución del metabolismo del fósforo y del calcio; raquitismo.

Consecuencias prácticas.— Utilidad de las legumbres para el crecimiento. Conveniencia de una alimentación completa y rica en vitaminas A en los retardos de consolidación de las fracturas. Error de emplear la manteca de vaca y la leche condensada. Necesidad del aceite de hígado de bacalao y de la manteca de vaca para prevenir las caries dentarias.

Vitamina B.— Soluble en el agua; vitamina hidrosoluble, vitamina de Funk. Soluble en el alcohol. Insoluble en los cuerpos grasos.

Origen.— Granos, levadura. Carne magra de cerdo. Yema de huevo.

Acción.— Factor de crecimiento. Poder antineurítico. Metabolismo de los hidratos de carbono.

Enfermedades por carencia de vitaminas B.— Beriberi. Polineuritis.

Consecuencias prácticas.— El arroz descortezado es perjudicial. El pan blanco es un pan incompleto. Se pueden mejorar las anemias por medio de la vitamina B, así como también algunas diabetes. No resulta el empleo de la margarina y de las carnes conservadas.

Vitamina C.— Soluble en el agua. Es la vitamina más frágil, menos estable (alcalinos, calor).

Origen.— Vegetales frescos, cerezas, tomates, zanahorias, naranjas, fresas, grosellas, limones, berzas. Se emplea sobre todo el zumo de limón sin alcalinización y la leche preparada por debajo de 80°.

Enfermedades por carencia.— Escorbuto. Detención de crecimiento por la influencia sobre el metabolismo de los hidratos de carbono y del ázoe.

Consecuencias prácticas.— Utilidad de los jugos de frutas y de los alimentos frescos.— (*Le Scalpel*, de Bruselas, 16 de Agosto de 1924.)— *T. R. Y.*— (*Siglo Médico*, Febrero 1925.)



PRENSA MILITAR PROFESIONAL

El puesto quirúrgico avanzado. — El Médico principal de segunda clase M. Pique, en su conferencia durante los ejercicios de demostración técnica del servicio de Sanidad, verificados en Burdeos en el mes de Junio del pasado año, manifiesta que la organización del puesto quirúrgico avanzado destinado a llevar a los heridos intransportables los recursos terapéuticos más precoces, debe ser considerado en el período de estabilización, en el período ofensivo sobre punto estable y en período de movimiento.

b) *Fase de estabilización.* — Para cumplir eficazmente su papel el puesto quirúrgico avanzado, debe hallarse lo más cerca posible de la línea enemiga; está indicado sobre todo en un sector condensado, detrás del cual las formaciones sanitarias se escalonan en profundidad; su emplazamiento ideal sería el correspondiente al nivel de los puestos regiminales, recibiendo los heridos donde termina su transporte a brazo; para favorecer su máximo rendimiento sería de desear una disposición uniforme del sector que permitiese concentrar los heridos sobre un punto dado—este es el caso del frente de la Argona—. Así fueron creados el puesto de Mainde-Massiges-sur-Biesme, el puesto 180 de la Mainde-Masiges.

El puesto avanzado representa una antena de la ambulancia quirúrgica sobre la cual evacua los operados tan pronto le es posible.

Debe ser perfecto, lo más seguro posible y poseer el utensilio técnico necesario.

El puesto quirúrgico Paulinier, en Sonain, reunía estas condiciones.

b) *Puesto quirúrgico avanzado en periodo ofensivo.*

Su papel es más bien el de clasificar, deteniendo en él a los moribundos y disponiendo las evacuaciones de los graves. Así fueron constituidos los puestos de Handremon y así fueron utilizadas las crestas del Aisne, así como el puesto quirúrgico de Assevillers.

c) *Puesto quirúrgico avanzado en la guerra de movimiento.*

En este caso las formaciones sanitarias desplegadas y no protegidas se sitúan a una distancia todavía mayor que en período de estabilización. Para evitar que el herido llegue a las ambulancias en un estado de gran depresión es necesario instalar un puesto quirúrgico avanzado, detrás de los regimientos, en el escalón que constituye el grupo sanitario divisionario; se trata entonces no de operar y hospitalizar, sino de preparar el herido para la evacuación (recalentamiento, detención de una hemorragia, corrección de una amputación traumática, inmovilización de una fractura). Esto se hizo en el sector de Laffaux; un equipo quirúrgico competente, con el material y personal de primera urgencia, desempeñó muy bien su cometido.

La urgencia de este puesto divisionario en la guerra de movimiento se impone, y el nuevo Reglamento preve un puesto de socorro divisionario para intrasportables, que

deberá instalar la ambulancia divisionaria al lado del grupo sanitario divisionario. —(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Noviembre 1924.)— J. P.

BIBLIOGRAFÍA

Organización y funcionamiento de los servicios de Sanidad regimental y divisionario sobre el campo de batalla en la guerra moderna.—Lo que afecta a la higiene profiláctica de los combatientes en paz y en guerra.—En el pasado, en el presente y en el porvenir, por el Comandante Médico D. Agustín Van-Baumberghen.

La afición, entusiasmo y competencia del distinguido Jefe de nuestro Cuerpo Sr. Van-Baumberghen por los servicios sanitario-militares, le ha dado ocasión para publicar esta interesante obra, premiada por el Ministerio de la Guerra con la Cruz de segunda clase del Mérito Militar, y en la que el autor, demostrando una paciente inquisitiva y gran conocimiento del asunto, refrendados por su larga permanencia en la Academia de Sanidad, como profesor, encauza de manera original y atinada los conocimientos que en su actuación debe tener presente el Médico militar, especialmente en campaña.

En el trabajo que nos ocupa se tratan separadamente la evolución histórica de los servicios sanitarios y del material, la actual organización de los mismos y las orientaciones o bases para la redacción de un Reglamento del Servicio de Sanidad en campaña.

Constituye la parte referente al pasado una erudita y extensa cronología histórica del progresivo ascendiente que tuvieron nuestros servicios profesionales y su organización en las distintas contiendas.

El libro, dedicado al estudio de la presente organización de los servicios de Sanidad regimental y divisionario, descansa en los perfeccionamientos alcanzados en las guerras modernas, en cuan-



**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)

LOECHES LA MARGARITA

JARDINES, 15, MADRID

AGUA MINERAL NATURAL PURGANTE—DEPURATIVA

Curación de las enfermedades del **Aparato digestivo**, del **hígado**, especiales de la **mujer** y todas las de la **piel**.

Más de medio siglo de uso universal en bebida y baño.



PANCREATINA
ESPLENINA
OVARINA
NEFRINA

Opoterápicos López-Brea

HEPATINA
TIROIDINA
TIROOVARINA
SUPRARRENINA
PLURIENDOCRINA
ENTERO-PANCREATINA
EXT.º HIPOFÍSICO :: EXT.º ORQUÍTICO

ARMAY HERB., VINDARVER 7 GALLIS, S. F. F. - BARCELONA

De venta en las Farmacias militares, Depósito de productos farmacéuticos y farmacias importantes.

MUESTRAS A LOS SRES. MEDICOS QUE LAS SOLICITEN

GUÍA MANUAL DE MATERIAL SANITARIO

(ESPECIALMENTE EN CAMPAÑA)

POR EL TENIENTE CORONEL MEDICO

D. JOSÉ POTOUS MARTÍNEZ

ex-Profesor de dicha asignatura en la Academia Médico-Militar.

Obra de 400 páginas con 36 figuras en el texto.

Precio: 7 pesetas.

Declarada de utilidad para el Ejército.

to a evitación y yugulación de enfermedades infecciosas, entrenamiento, formaciones sanitarias, etc., etc.

Y, finalmente, en el folleto referente a la reglamentación del Servicio Sanitario en campaña, toma como base las dotaciones de personal y material que deben servir de norma para su buen funcionamiento, terminando este capítulo con una relación de los médicos que más se han distinguido por sus servicios al Ejército.

La lujosa presentación de la obra, avalorada por un elocuente prólogo del Teniente general Sr. Barrera, y por una escogida colección de gráficos y esquemas en colores, y la importancia para el Médico militar de los asuntos en ella desarrollados, le darán, seguramente, la merecida aceptación.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 12 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 57) concediendo al Capitán Médico D. Simplicio Vidal Portela, el uso del distintivo de la Policía indígena con tres barras rojas.
- 12 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 57) concediendo al Capitán Médico D. Mariano Graiño Noriega, abono de la cuarta parte del tiempo que prestó asistencia facultativa a fuerzas Indígenas, o sean seis meses y once días.
- 12 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 57) destinando al Tercio al Teniente Médico D. Jenaro Alonso Nieto.
- 12 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 57) concediendo al Capitán Médico D. Blas Martínez Sicilia, licencia para contraer matrimonio con doña Francisca Lázaro Salmerón.
- 12 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 57) concediendo la vuelta a activo al Capitán Médico D. Jaime Roig Padró.
- 13 Marzo.—Real decreto (D. O. núm. 58) disponiendo el pase a situación de segunda reserva del Inspector Médico de segunda clase D. Fidel Lombana Sáez.
- 13 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 58) disponiendo que el Tribunal de oposiciones para Farmacéuticos segundos, lo constituyan los Jefes y Oficiales siguientes: *Presidente, Subinspector Farmacéutico de pri-*

- mera clase:* D. Félix Gómez Díaz; *Vocales, Subinspectores Farmacéuticos de segunda clase:* D. Saturnino Cambronero González y don Rafael Candel Peiró; *Farmacéuticos mayores:* D. Mariano Valdelomar Gijón y D. Antonio Moyano Cordón; *Farmacéuticos primeros:* D. Adriano Panadero Marugán y D. José Mazón de la Herrán; *Suplentes, Farmacéutico mayor:* D. Felipe Sánchez Tutor; *Farmacéutico primero:* D. Francisco Fanlo Fuentes.
- 13 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 59) concediendo la separación del servicio activo al Capitán Médico D. Jaime Roig Padró.
- 13 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 59) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos siguientes, pasen a ejercer los cargos que se señalan: Comandantes Médicos: D. Francisco Conde Albornoz, Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de Cuenca; D. Eustasio Conti Alvarez, comprobador de útiles condicionales de la misma; D. Antonio Doz Soler, comprobador de útiles condicionales de la de Jaén. Capitanes Médicos: D. Francisco Oliván Anadón, Vocal de la de Ciudad Real; don Octavio Gómez Salas, Vocal de la de Jaén; D. Manuel Domínguez Martín, comprobador de útiles condicionales de la de Toledo.
- 14 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 59) abriendo concurso entre Farmacéuticos primeros para cubrir una plaza de plantilla en el Laboratorio de Medicamentos de Málaga.
- 16 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 61) concediendo seis meses de licencia por asuntos propios para varios puntos de España, Francia e Italia al Farmacéutico mayor D. Hermenegildo Aguaviva Tejedor.
- 16 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 61) concediendo la gratificación de 500 pesetas anuales por un quinquenio al Farmacéutico primero don Andrés Cenjor Llopis.
- 17 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 62) modificando en la forma que se indica el inciso H) de la Real orden circular de 1.º de Diciembre último, sobre militares dementes.
- 18 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 62) concediendo al Capitán Médico D. Damián Navarro García, abono de la cuarta parte del tiempo que prestó asistencia a fuerzas de Policía indígena o sean cuatro meses y cinco días.
- 18 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 62) disponiendo el pase a situación de excedente sin sueldo, en Jaca, al Comandante Médico D. Antonio Valero Navarro.
- 18 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 62) concediendo la separación del servicio activo al Teniente Médico D. Antonio Muncada Jareño.

18 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 62) concediendo la vuelta a activo al Capitán Médico D. José Ristol Vidiella.

18 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 63) designando al Capitán Médico don Antonio Manzanares Bonilla para desempeñar el cargo de Observador interino de la Comisión mixta de Reclutamiento de Córdoba.

20 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 63) designando para ocupar la plaza de Capitán Médico oto-rino-laringólogo de los Grupos de Hospitales de Melilla al de dicho empleo D. Juan Palencia de Santiago.

20 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 63) ascendiendo al empleo de Teniente Médico a los 19 Alféreces alumnos siguientes:

D. Juan Torres Gost, D. Fernando García Santandrén, D. Juan Esteve Abad, D. Carlos Bretón Esteve, D. Fernando Conde López, D. Miguel García Ruiz, D. Alfonso Durán Merino, D. Manuel Muñoz Jiménez, D. Guzmán Ortuño Ortuño, D. Juan Llamas Larruga, D. José Potous Romero, D. Florencio Sanz Gastón, D. Luis Fernández Vázquez, don Juan Pedro Aguilera Fernández, D. Liberato Vicente Sevilla Larripa, D. Manuel Conde López, D. Juan Jiménez Torres, D. Fidel Martínez Montes y D. Eduardo Montejano Tejada.

20 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 64) autorizando al Ministerio de la Guerra para que por el Laboratorio de Sanidad Militar de Badalona se adquirieran por gestión directa los artículos de cura aséptica y antiséptica que le precisan.

23 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 66) destinando al Estado Mayor Central del Ejército al Teniente coronel Médico D. Alberto Ramírez Santaló.

24 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 66) destinando a los Jefes y Oficiales siguientes:

Comandantes Médicos: Cesan en sus actuales comisiones y se incorporan a su destino de plantilla:

D. Emilio Romero Maldonado, del tren-hospital 3, al Colegio de Carabineros de El Escorial, y D. Marcelo Usera Rodríguez, del tren-hospital 1, a la Fábrica de Pólvoras y Explosivos de Granada.

Pasan a prestar sus servicios en comisión, con derecho a las dietas reglamentarias, sin causar baja en su destino de plantilla:

D. Eduardo Sánchez Martín, de la asistencia a Generales, Jefes y Oficiales disponibles, de reserva y reemplazo en Madrid, al tren-hospital 3, y D. Ángel Sánchez y Sánchez, del Hospital militar de Córdoba, al tren-hospital 1, sin perjuicio del servicio que le corresponde prestar

en su destino de plantilla, interin permanezca en Córdoba la referida formación.

Artículo 1.º

- D. Felipe Pérez Feito, del hospital de Tetuán, a la Fábrica de Pólvoras de Murcia.

Real decreto de 9 de Mayo de 1924 (D. O. núm. 108).

- D. Manuel Lamata Desbertrand, Ayudante de campo del Inspector de Sanidad Militar de la tercera Región, al Hospital de Tetuán, en comisión, sin causar baja en su destino, con arreglo a la Real orden circular de 13 de Agosto de 1924 (D. O. núm. 180).

Capitanes Médicos: Cesan en sus actuales comisiones y se incorporan a sus destinos de plantillas:

- D. José Serratos Ballesteros, de la asistencia al personal y guarnición de la plaza de Burgos, al Batallón de Montaña de Alba de Tormes, 2.º de Cazadores, y D. Manuel Boyero García, de la asistencia al personal y guarnición de la plaza de Burgos, al Regimiento Infantería de Cantabria, 39.

Artículo 1.º

- D. José Cuesta del Muro, del Regimiento Infantería de Otumba, 49, expedicionario en Larache, al Regimiento Cazadores de Talavera, 15.º de Caballería. Real orden circular de 13 de Agosto de 1924 (D. O. número 180); D. Arturo Manrique Sanz, del Regimiento Infantería Guipúzcoa, 53, expedicionario en Melilla, al 16.º de Artillería ligera; D. José Barros San Román, del Regimiento Infantería de Isabel II, 32, expedicionario en Melilla, al 15.º de Artillería ligera; D. Francisco Arozarena Reyes, del Regimiento Infantería de Almansa, 18, expedicionario en Melilla, al Batallón de Montaña Gomera Hierro, 11.º de Cazadores; D. Saturnino Giner Ripoll, del Regimiento Infantería de Gravelinas, 41, al segundo de Artillería pesada; y D. José Ristol Vidella, de disponible en la quinta Región, al octavo Regimiento de Artillería ligera.

Artículo 10.

- D. Gome Cortés Aguilar, del Regimiento de Artillería de Melilla, al 3.º de Montaña, de la misma Arma, en La Coruña.

Real decreto de 9 de Mayo de 1924 (D. O. núm. 108).

- D. Nicolás Canto Borreguero, de las Intervenciones Militares de Jolot-Jolot-Tlig, a necesidades y contingencias del servicio en Melilla (volun-

tario), y D. Enrique Amat Puig, del Regimiento Infantería de Melilla, 59, al de Artillería de Melilla (voluntario).

Tenientes Médicos: D. Mario Esteban Aranguéz, del primer Regimiento de Sanidad a la Compañía de los Servicios de Higiene del grupo de Sanidad Militar de Ceuta; D. Juan Jiménez Torres, ascendido a este empleo por Real orden circular de 20 del mes actual (D. O. núm. 63), al Tercio; D. Juan Durán Sánchez, del cuarto Regimiento de Sanidad y en comisión en el cuadro eventual de Ceuta, al Tercio, cesando en la expresada comisión, y D. Miguel Gracián Casado, del grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Ceuta, 3, al Tercio.

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

Forzosos.

D. José Corripio González, del cuarto Regimiento de Sanidad, al de Infantería de San Fernando, 11; D. Juan Pruneda Cornag, del Aerodromo de Los Alcázares, al Regimiento Cazadores de Albuera, 26.º de Caballería, expedicionario en Larache; D. Joaquín Sanz Astolfi, del Hospital Madrid-Carabanchel, al Regimiento Infantería de Isabel II, 32, expedicionario en Melilla; D. Antonio Revoul Blanco, del segundo Regimiento de Sanidad, al de Infantería de Otumba, 49, expedicionario en Larache, y D. Manuel Torrecillas Carrión, del Hospital militar de Urgencia, al Regimiento Infantería de Melilla, 59.

Voluntario.

D. Luis Torres Martín, del Tercio, al noveno Regimiento de Artillería ligera, expedicionario en Melilla.

Ascendidos a este empleo por Real orden circular de 20 del mes actual (D. O. núm. 63):

D. Juan Torres Gost, a Necesidades y Contingencias del servicio en Palma de Mallorca (F.); D. Juan Esteve Abad, al Hospital Madrid-Carabanchel (V.); D. Luis Fernández Vázquez, al grupo de Ingenieros de Mallorca (F.); D. Juan Pedro Aguilera Fernández, al séptimo Regimiento de Artillería pesada (F.), y D. Manuel Conde López, al sexto Regimiento de Infantería (F.)

Voluntarios.

D. Fernando García Santandreu, al Regimiento Infantería de Valladolid, 74, en Huesca; D. Carlos Bretón Estévez, al Aerodromo de Los

Alcázares; D. Fernando Conde López, al Regimiento Lanceros de Borbón, 4.º de Caballería; D. Miguel García Ruiz, al Regimiento de Artillería ligera; D. Alfonso Durán Merino, al Batallón montaña de Lanzarote, 9.º de Cazadores; D. Manuel Muñoz Jiménez, al Regimiento Cazadores de Tetuán, 17.º de Caballería; D. Guzmán Ortuño y Ortuño, al Hospital militar de Las Palmas; D. Juan Llamas Larruga, al Regimiento Lanceros de España, 7.º de Caballería; D. José Potous Romero, al Hospital de Santa Cruz de Tenerife; D. Florencio Sanz Gastón, al Batallón montaña de Ibiza, 7.º de Cazadores; D. Liberato Vicente Sevilla Larripa, al 5.º Regimiento de Sanidad; D. Fidel Martínez Montes, al Grupo de Ingenieros de Gran Canaria, y D. Eduardo Montejano Tejada, al Grupo de Ingenieros de Tenerife.

Jefes y Oficiales a quienes comprende el apartado A), art. 2.º, del Real decreto de 9 de Mayo de 1924 (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 cinco de la misma.

Capitanes Médicos, del uno al trece de la misma.

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

D. Eugenio Ruiz Miguel, alumno de los cursos de Cirugía.

D. Francisco Utrilla Belbel, reemplazo por enfermó.

D. Luis Marina Aguirre, de los servicios de Aviación.

D. Ubaldo Gastaminza Birebén, alumno de los cursos de Higiene.

D. Manuel Amieva Escandón, alumno de los cursos de Cirugía.

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

Comandantes Médicos: D. Luis Iglesias Ruiz, D. Vicente Ganzo Blanco, D. Carlos Pérez Serra y D. Francisco Martínez Nebot.

Capitanes Médicos: D. Eugenio Ruiz Miguel, D. Francisco Utrilla Belbel, D. Ubaldo Gastaminza Bireben, D. Manuel Amieva Escandón, don Angel del Río Pérez, D. Damián Navarro García, D. Isaac Correa Calderón y D. Diego Medina Garijo.

25 Marzo.— Real orden (D. O. núm. 67) reorganizando los Cuerpos y dependencias del Ejército permanente de España en Marruecos.