

SUMARIO

A nuestros suscriptores.—*Tres casos de traumatismo craneal*, por **M. Iñigo**.—*Examen fluoroscópico del estómago (conclusión)*, por **José Amo**.—*Profilaxis de las enfermedades venéreas en el Ejército (continuación)*, por **J. Quintana y A. Cordero**.—*Sobre recompensas.*—*Neurología*: D. Francisco García García.—*Varietades.*—*Prensa médico-farmacéutica*: Contribución al conocimiento de la sensibilidad visceral profunda.—*Prensa militar profesional*: Las intoxicaciones por los gases de combate.—*Bibliografía*—*Sección Oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Abril de 1925.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

A NUESTROS SUSCRIPTORES

La considerable carestía del papel y de la mano de obra que se viene sintiendo desde que se desarrolló la pasada guerra, no determinó a los propietarios de esta Revista a aumentar su precio de suscripción durante un espacio de diez años, satisfaciéndoles grandemente no haber ocasionado este perjuicio material, a quienes material y moralmente tanto contribuyeron a sostener la publicación que aspira a representar los intereses científicos y profesionales de nuestro Cuerpo.

Este sacrificio, por nuestra parte, ha llegado en la presente ocasión a límites verdaderamente insostenibles, excediendo grandemente en la actualidad los gastos a los ingresos (1); y en la imposibilidad de seguir como hasta aquí y continuando en nuestro propósito de no aumentar el precio de suscripción, dadas las circunstancias económicas de los tiempos que corremos, hemos acor-

(1) El resumen detallado de gastos e ingresos, cantidades aportadas por transmisión de la propiedad, etc., se encuentran en esta Administración a disposición de nuestros suscriptores.

dado publicar la REVISTA, con su escalilla, el día 15 de cada mes, como lo vienen haciendo las publicaciones similares a la nuestra en el Ejército, en vez de su aparición quincenal, pero aumentando desde el número próximo de 15 de Mayo, cuatro páginas de texto, que pensamos dedicar a la mayor extensión y variedad de notas de Prensa profesional.

Abrigamos la seguridad de que nuestros suscriptores acogerán esta modificación, por lo razonable y justificada, con el espíritu generoso a que tan acostumbrados nos tienen y que tan rendidamente estimamos y agradecemos, ya que el fracaso de nuestro propósito, llevaría aparejado el del periódico, y esto sí que sería más sensible e importante para nuestra colectividad.

TRES CASOS DE TRAUMATISMO CRANEAL

Caso 1.º Nicolás Gil Villa, de veinticuatro años, natural de La Fresneda (Teruel), soldado del Regimiento de Cazadores de los Castillejos, núm. 18, de Caballería, recibió, hallándose de servicio de cuadra en su cuartel, una coz de caballo sin herrar en plena región frontal, que le dejó como muerto.

Ocurrió tan lamentable accidente el día 2 de Junio de 1924, a las cinco y media de la tarde, y quizá la hora y la fecha influyeron en la evolución favorable del caso, pues en día caluroso, el Capitán Médico del Regimiento aun no había salido de su casa, y a los pocos minutos del aviso prestaba su inteligente asistencia al lesionado. Funcionaron (cosa rara) con inusitada rapidez y eficacia los teléfonos, y por ser la hora del rancho de la tarde y hallarse el personal formado, sin pérdida de minuto emprendió la marcha la ambulancia sanitaria automóvil que había de efectuar el transporte del herido a mi servicio del Hospital Militar, donde también, por haber recibido noticia, me hallaba dispuesto a intervenir con todo el personal de mi equipo quirúrgico.

El estado del paciente cuando llegó era desesperado, hasta el punto de que lo primero que se hizo fué adminisrarle los Santos

Sacramentos. Un horrible magullamiento de la región frontal con pérdida de tejidos blandos sobre ambos arcos superciliares, pulso rapidísimo, pequeño, incontable, respiración estertorosa de tipo Cheyne-Stokes y convulsiones generalizadas. Al cambiarlo de postura para pasarlo de la camilla a la mesa de operaciones, tuvo un vómito de cerca de un litro de contenido estomacal, negruzco por la sangre deglutida. Cloroformo, no tanto con fines anestésicos, como para que cesase la crisis de convulsiones jacksonianas, pues cuando esto se logró mandé suspenderlo y ya no fué después necesario. Incisión doble para eliminar los tejidos magullados, pues la circunstancia ya consignada de ser el causante un potro sin herrar, complicaba con la enorme contusión, la ulterior coaptación de los tejidos blandos; esquirlotomía, regularización con pinza guibía y hemostasia del seno longitudinal superior en su origen; se retiraron bastantes coágulos, que constituían un hematoma extradural, y aunque algunas puntas de hueso habían desgarrado la meninge dura, ésta latía bien; drenaje con un rollito de gasa sobre los senos frontales, cuya pared superior faltaba, y sutura por puntos aislados. Antes de haber transcurrido una hora desde que recibió la cox, estaba el herido operado; no volvió a tener convulsiones; a media noche recobró el conocimiento; a las cuarenta y ocho horas se quitó el drenaje, que salió limpio; al cuarto día iba por su pie a que lo curásemos; a los ocho días la cicatrización era completa y se dejó sin vendaje.

El pelo de las cejas han ocultado el costurón, y las incisiones que yo hice con el bisturí para abrir campo, son unas líneas en ambas sienas que apenas si se notan, quedando maravillado de lo rápidamente que se regeneró el hueso, pues al cabo de poco más de un mes que estuvo en la Clínica, desapareció el latido y el hundimiento en la superficie donde fué necesaria la exéresis ósea.

Se le concedió una licencia para marchar a su casa antes de volver al cuartel, y terminó su servicio con el licenciamiento de la quinta de 1921, a que pertenecía, sin haber tenido novedad.

Caso 2.º Adolfo Coll, soldado de Infantería, se hallaba en el pasado mes de Septiembre en el zoco El Jemis, de Beni-Arós (Larache), cercado por los moros, que no cesaban día y noche de hacer disparos contra nuestro campamento. En una tienda de campaña había tres camastros y en ellos descansaban y dormían, a pesar de los tiros, profundamente, tres soldados. Cuando sonó la diana dos

se levantaron; pero el que estaba en la cama del centro, el Adolfo Coll, siguió durmiendo, a pesar de que sus compañeros hicieron todo lo posible para que despertase. Le miraron y remiraron por si estaba herido o muerto, pues eso es frecuente y a nadie choca en campaña, y se cercioraron de que estaba vivo y no presentaba hemorragia ni cosa que llamase la atención.

Dieron conocimiento a los Superiores, lo vió el Jefe del equipo quirúrgico allí destacado, Comandante D. Enrique Ostalé González, y sólo advirtió un pequenísimo coágulo en el centro de la apófisis



C. L. 300

Fig. 1.

zigomática derecha, no creyendo posible que aquella gota de sangre ocultase el orificio de entrada de un proyectil. Llegó un momento en que despertó, y la circunstancia de ser el muchacho *pa-yés* de la montaña de Gerona, que apenas sabía hablar castellano, aumentaba la dificultad de discernir respecto a las particularidades del caso. Le tuvieron en observación, pero como el trabajo era enorme y los recursos muy precarios, ya que sólo disponían del material de cura que dejaban caer los aeroplanos, en la primera oportunidad lo evacuaron y llegó a mi servicio del Hospital Militar de Cádiz. El viaje lo hizo bien; pero al trasladarlo del vapor al Hospital en un autocamión con gomas macizas, por la trepidación, se desvaneció.

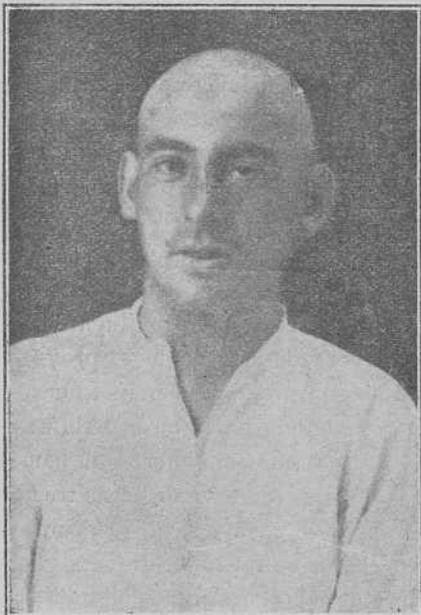
Este importante dato, sumado a la historia ya referida, me hizo sospechar la existencia de un proyectil reterido en centros nerviosos, y lo mandé a rayos X, donde el Comandante D. Enrique Sánchez Bish, obtuvo el cliché que acompaña estas líneas y permite ver la sombra correspondiente a una bala de Maüsser, en pleno lóbulo frontal (fig. 1). Excepción hecha de un continuo dolor de cabeza y cierta apatía e indiferencia para todo, los síntomas eran en absoluto negativos. Le propuse la intervención para sacar la bala, de cuya existencia sólo se convenció el mismo herido cuando vió la radiografía, pues, como habrá observado el atento lector, nuestro hombre pasó súbitamente del sueño fisiológico al estado de conmoción; aceptó mi proposición, y una vez bien informado por estudio radiológico respecto a topografía, con anestesia local tracé un colgajo semicircular de pedículo inferior en la protuberancia frontal izquierda. Invertido este colgajo, pude apreciar en el centro de dicha protuberancia otro centro: el de una fractura incompleta con fisuras radiales. Trepané con fresa de Doyen, luego de haber levantado con gubia el vértice ligeramente prominente del foco de fractura, introduje la sonda acanalada y toqué el proyectil que, por fortuna, había quedado algo aprisionado por el hueso. Para que no fallase la extracción hice buena presa en la bala con una pinza-gubia y al tirar de ella, actuando como cuerpo de bomba, aspiró y evacuó un pequeño absceso, pues vimos salir tres o cuatro c. c. de pus. Coloqué un drenaje de gasa y saturé con puntos aislados. A las cuarenta y ocho horas se retiró el drenaje y vi con satisfacción que goteaba líquido céfalo-raquídeo limpio y transparente. A los ocho días la cicatrización era completa, el dolor de cabeza desapareció para no volver y el buen *payés* perdió su carácter taciturno y recobró la alegría juvenil que no tenía desde aquella noche en que se durmió y estuvo en grave peligro de no despertar.

Caso 3.º Cecilio de Diego Sanz, de veinticuatro años, soldado de la Comandancia de Ingenieros de Larache, recibió en acción de guerra un balazo de un buen tirador moro, que produjo el orificio de entrada en el puente óseo de la nariz y el de salida por la rama derecha parieto-occipital de la sutura lambdoidea. Fué asistido por el experto Cirujano Capitán D. Leandro Martín Santos, que intervino atacando con escoplo y martillo para limpiar y regularizar bien el túnel fraguado por el proyectil en el macizo óseo etmoi-

dal, donde puso drenaje, así como también en la salida, estableciendo en este drenaje transcerebral con tubo de goma que pasaba de uno a otro hemisferio, atravesando por su borde libre la hoz del cerebro, es decir, salvando el seno longitudinal superior.

El herido, gravísimo los primeros días, mejoró grandemente gracias a la intervención quirúrgica y recobró la visión que tuvo abolida durante dos semanas. Llegó a Cádiz evacuado, contra la

voluntad del habilísimo Cirujano antes referido (que tuvo que marchar con su equipo al campo) y con el transporte empeoró bastante. Cuando le vi por primera vez traía el drenaje transcerebral descrito, pero no desaguaba bien por obstrucción del tubo; presentaba, además, hernia cerebral (figs. 2, 3 y 4), y el cuero cabelludo, en el contorno de las aberturas, estaba muy engrosado por infiltración séptica que repercutía en el estado general, pues había fiebre de 38,5 y saburra gástrica con astricción. Se le ordenó un purgante de ricino y dos gramos diarios de urotropina, reposo en cama y dos curas diarias con líquido de



C. L. 301.

Fig. 2.

Dakin. En la mañana siguiente a su llegada, quité el tubo de drenaje y me fué imposible volverlo a colocar; la hernia aumentaba de volumen y el estado general empeoraba, en lugar de mejorar. El pulso lento, los vómitos fáciles y la astricción invencible, me hacían temer complicaciones sépticas de meninge. Al cuarto día de su llegada intervine quirúrgicamente, en vista de que por las buenas no conseguíamos nada.

Anestesia clorofórmica, incisión de tejidos blandos transversalmente y de arriba abajo en toda la zona infiltrada, esquirlotomía con pinza-gubia para ensanchar el cinturón óseo que pediculizaba

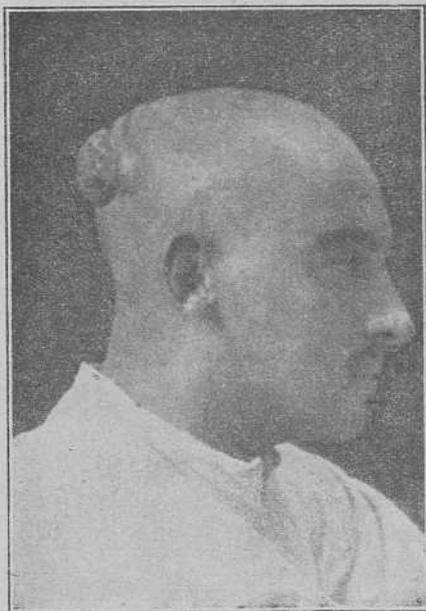
la hernia; despegamiento de dura-madre con espátula, por si había algún absceso subóseo procedente de propagación de la sepsis del cuero cabelludo a través de alguna fisura de las que irradiaban del foco, siendo el resultado negativo; punciones intracerebrales con aguja-trócar montada en jeringa de cristal, buscando también pus coleccionado, sin éxito, y, finalmente, punción del ventrículo lateral derecho, con lo que se estableció corriente de líquido céfalo-raquídeo. Para terminar la operación no se puso ningún punto de sutura, sino que, por el contrario, coloqué gasa en tiras entre la dura y el hueso y entre este y el cuero cabelludo por todo el contorno de la lesión, menos por donde lo vedaba la vecindad del seno longitudinal superior.

También esta segunda intervención fué seguida de mejoría; despertó muy pronto del sueño clorofórmico, no tuvo vómitos, y tan animado estaba por la tarde del día que le operé, que me pedía para cenar un plato de arroz.

En los días subsiguientes cedió la fiebre, fué desapareciendo la infiltración y la supuración del cuero cabelludo,

la hernia cubierta de granulaciones muy vascularizadas latía muy bien, y el estado general era tan bueno, que, contraviniendo mi prescripción de permanecer en cama, alguna vez le hallé en la Clínica haciendo compañía y consolando a otros camaradas, que por tener heridas en los miembros inferiores no podían levantarse.

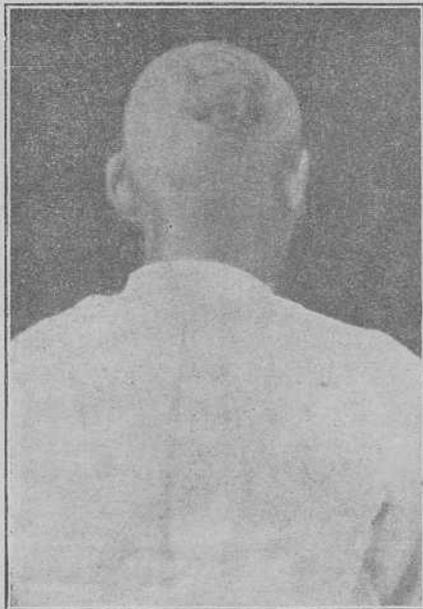
En los veinte días que duró este período él creyó llegar a curarse por completo; pero yo seguía siendo pesimista, pues la hernia aumentaba de volumen y la pesadez de cabeza, que siempre aquejaba, llegó a ser continua. Buscando pus coleccionado en algún punto dentro del cráneo, le hicimos unas radiografías, en las



C. L. 302.

Fig. 3.

que yo creí ver una zona de sombras que se extendía desde el contorno inferior de la pérdida ósea, hasta la tienda del cerebelo. Con idea de dar salida a ese absceso, el 28 de Noviembre, es decir, a los veinte días de mi primera operación, intervine de nuevo, trepanando con fresa de Doyen bajo anestesia clorofórmica inmediatamente por encima de la línea que marca el trayecto anatómico del seno lateral derecho y a unos dos centímetros por fue-



C. L. 303.

Fig. 4.

ra del seno longitudinal superior. No encontré pus ni por fuera ni por dentro de la dura-madre que abrí, repitiendo sin éxito las punciones intracerebrales con trócar. Nueva punción y drenaje de ventrículo lateral derecho del cerebro y nueva exéresis ósea ampliando el espacio que permitiera mejor descompresión de los centros nerviosos.

Treinta horas después de esta intervención, ataque de epilepsia jacksoniana localizado a la mitad izquierda del cuerpo, que duró muy poco rato y que se desarrolló del principio hasta el fin en mi presencia. El herido se cura dos veces al día, pues el drenaje del ventrículo le hace

perder diariamente unos 400 c. c. de líquido céfalo raquídeo y moja mucho los vendajes y las almohadas. Se inicia el Körning y se hacen punciones lumbares que dan líquido turbio. Paulatinamente va decayendo el enfermo, que sucumbe el día 18 de Diciembre, siendo sus últimos días los de un meningio encefalítico crónico.

La autopsia revela que nunca existió pus coleccionado formando el absceso que yo presumía y que, a pesar de buscarlo, no pude encontrar. La dura-madre exteriormente presentaba el aspecto normal. La aracnoides tenía en distintos puntos de su superficie unas placas de pus concreto, de aspecto lardáceo, y estaba tam-

bien engrosada y con aumento de vascularización. Al hundir el escalpelo por el agujero occipital para seccionar el eje nervioso raquidiano por debajo de la protuberancia, subió una oleada de pus cremoso. Extraído el encéfalo dió a los cortes de Pitres pus en ambos ventrículos, pero en mucha más abundancia en el izquierdo, es decir, en el que no se hizo drenaje.

Esta autopsia me dejó tranquilo por lo que respecta a mi actuación, pues la infección generalizada queda por fuera de los recursos quirúrgicos, enseñándome, de paso, que el pus no siempre se colecciona para formar abscesos.

Concluiré declarando que en los traumatismos craneales el peligro mayor está en la infección, y que el único medio de combatirla es intervenir cuanto antes mejor.—(*Clinica y Laboratorio.*)

M. IÑIGO,

Teniente Coronel Médico.

EXAMEN FLUOROSCÓPICO DEL ESTÓMAGO

(CONCLUSIÓN)

B.—*Síntomas de úlceras en piloro y antro.*

Se caracteriza por: a), trastornos motores; b), trastornos de evacuación; y c), dilatación prepilórica.

a) Trastornos motores.—La hiperquinesia gástrica se manifiesta por ondas frecuentes, profundas y rápidas, visibles en la totalidad o casi totalidad del estómago, que en los casos exagerados parece compuesto de bolas aisladas. Alterna con regularidad con la hipoquinesia, aunque predomine la primera en las fases iniciales; después, su corta duración y los largos intervalos entre las crisis, atestiguan la fatiga del estómago en su lucha contra el obstáculo a su vaciamiento.

Se trata de un síntoma común a los enfermos de hiperestenia, tales como los afectos de colecistitis crónica; pero en éstos el peristaltismo es irregular, siendo las ondas ya superficiales, ya pro-

fundas, sin ritmo ni duración determinada, seguidas o no de evacuaciones gástricas.

En los casos de estrechez pilórica se perciben contracciones antiperistálticas que se inician profundas en las proximidades del píloro, atenuándose a medida que se separan de él.

También puede aparecer la deformidad en meseta en la porción pilórica que se ha descrito al tratar de las úlceras de curvatura menor.

b) Trastornos en la evacuación.—Ocurre frecuentemente, si la estenosis tiene carácter espasmódico, que, no obstante las violentas contracciones peristálticas, la evacuación no se efectúa; aunque algunas veces parece rápida al principio, se retarda algún tiempo después. El retardo se manifiesta, aun vacío el estómago, por la presencia anormal de substancia opaca en las últimas asas delgadas, nueve o diez horas después de su ingestión.

Cuando la estenosis es más orgánica que espasmódica, las contracciones peristálticas determinan la evacuación del contenido gástrico, y, por consiguiente, vaciamiento y peristaltismo guardan relación directa.

Cuando el espasmo pilórico no depende de lesión orgánica—pílorismo puro—las contracciones son menos violentas, y las evacuaciones están relacionadas con las fases de espasmo; mientras dura éste se halla suspendida en absoluto; cuando cesa, el vaciamiento es rápido—o todo o nada—(Barret).

c) Dilatación segmentaria prepilórica (Enríquez).—Es la expresión anatómica de las perturbaciones en la evacuación. Suele contrastar con la pequeñez del resto del estómago—hipertónico—, y se percibe con facilidad en las fases en que descansa el estómago de su hiperquinesia.

Transitoria y parcial cuando la contractilidad gástrica está en período de compensación, se hace más tarde permanente y generalizada. La desaparición o aflamamiento de la región pilórica a causa del espasmo difuso impiden la observación de este síntoma, que podría desconocerse no repitiendo la exploración. Esta dilatación del antro se presenta en afecciones en que existe un obstáculo mecánico al vaciamiento del estómago.

La existencia de líquido en ayunas, la abundante retención del líquido opaco tomado la víspera, indica la estenosis pilórica en las últimas fases evolutivas del proceso.

La dilatación desarrollada en el fondo inferior del estómago a expensas de la curva mayor y en que, a diferencia de las dilataciones atónicas, la curva menor conserva su dirección oblicua, no formando gancho, y el decaimiento de las contracciones peristálticas, menos insistentes y más distanciadas, completan el cuadro radiológico de este periodo de hipoquinesia caracterizado por el rendimiento de la musculatura gástrica ante el obstáculo pilórico.

Sin ser peculiar de úlcera pilórica ninguno de los síntomas radiológicos aisladamente considerados, su reunión es lo suficientemente significativa en la mayor parte de los casos para considerar el síndrome relacionado con úlceras en la región esfinteriana o paraesfinteriana.

CÁNCER

Presenta los siguientes síntomas: *a*) desaparición parcial de la sombra gástrica; *b*) disminución o abolición segmentaria o total de su desplazamiento y distensibilidad.

a) Desaparición parcial de la sombra gástrica.—Necesita para ser perceptible que el proceso tumoral forme en la cavidad gástrica una prominencia bastante marcada para impedir que la comida opaca reproduzca la forma normal de dicha cavidad.

La sombra gástrica se encuentra mermada al ocupar la tumoración el sitio que tendría la mezcla baritada, dando la impresión de que falta una porción del órgano—imagen lacunar—en una extensión mayor o menor, de límites irregulares como hechos con sacabocados.

En ocasiones se dispone en forma tal que imprime a la imagen un aspecto, estrechado por la parte media, en reloj de arena que se diferencia del que suele observarse en las úlceras porque en la neoplasia los bordes no son lineales, sino desiguales, con escotaduras y dentelladas.

El paso de la comida opaca por la cavidad deformada sigue un camino tortuoso variable según la implantación y el volumen de la neoplasia.

b) Disminución o abolición de la movilidad y distensibilidad gástrica.—Reconoce como causa las reacciones adheridas perigás-

tricas y la induración de las paredes del estómago menos distensibles por la presencia del tumor y por su infiltración neoplásica.

Generalmente la perigastritis inmoviliza el órgano en su totalidad, y no puede desplazarse con las maniobras manuales o los cambios de posición.

La induración de las paredes se aprecia en la zona de implantación tumoral por conservar su forma invariable cuando se efectúan tracciones o amasamientos.

Aun no formando prominencia intragástrica las infiltraciones parietales, acartonadas e inelásticas, no ceden a los estiramientos manuales, y no se contraen cuando el peristaltismo llega a su nivel.

Síntomas de localización.

La más frecuente es en píloro. Cuando el cáncer tiene forma anular puede llegar a desarrollarse en tan grande extensión que impida a la mezcla baritada proyectar ninguna sombra en el antro apareciendo el estómago reducido a la porción tubular terminada inferiormente por una línea con dentellones desiguales; si la obstrucción no es completa, el bario se insinúa por un trayecto central o periférico, que prolonga la imagen gástrica.

El píloro infiltrado pierde su función contráctil de esfínter en algunos casos, y se presenta la incontinencia gástrica vaciándose el contenido del estómago en el duodeno rápidamente. En otras ocasiones la tumoración es un obstáculo a la expulsión del contenido opaco y se observan los síntomas de retención consiguientes.

Puede la estrechez neoplásica ser de un calibre que permita el rápido curso de los líquidos, impidiendo el de los sólidos.

Finalmente, existen enfermos que evacuando precozmente los alimentos presentan residuo opaco anormalmente retenido cuando debajo del píloro se deposita, embalsado en una curva mayor de gran profundidad, por falta de contracciones peristálticas.

El cáncer en la curva menor proyecta una imagen lacunar en la zona correspondiente. No olvidemos la frecuente localización de las úlceras en esta porción donde las reacciones perigástricas deforman y achican la cavidad gástrica, dando un aspecto pseudolacunar.

Los cánceres de paredes anterior y posterior estorban el paso habitual de la mezcla opaca que sigue un curso irregular, dete-

niéndose momentáneamente y rodeando los contornos tumorales. Cuando el estómago se llena, y en casos en que la prominencia neoplásica ha alcanzado cierto volumen, puede la presión directa a su altura separar la opacidad baritada que oculta su presencia apareciendo una laguna transparente en medio de la sombra gástrica. El decúbito prono y el examen en posición oblicua contribuyen a facilitar el resultado de la exploración.

La compresión por un órgano próximo es causa, a veces, de imágenes pseudolacunares, pero la escotadura es más regular, curvilínea, y el desplazamiento por presiones o cambios de actitud basta para que desaparezca la falta de repleción.

Los cánceres de curva mayor son poco frecuentes; sus síntomas radiológicos son análogos a los de curva menor, pero accesibles casi siempre a la palpación; sólo en sus comienzos suelen requerir el examen radiológico.

Finalmente, la forma difusa o infiltrada, llamada linitis plástica, menos frecuente todavía, se caracteriza radioscópicamente por la retracción y empequeñecimiento de la cavidad del órgano, por su rigidez con disminución de su contractilidad y por la pérdida de función del esfínter pilórico con incontinencia y rápida evacuación al duodeno.

OBRAS CONSULTADAS

J. Ramon et Jaquelin.—«Manuel de Radioscopie gastroduodenale». Cussac, 1924.

Enriquez Durand.—«Les ulcères de l'estomac et du duodenum». Masson, 1924.

J. González del Campo.—«Los rayos X en el diagnóstico de las enfermedades del estómago». Blas y C.^a Madrid, 1919.

A. Lucas, M. Boll y J. Mallet.—«Vademecum d'electrodiagnostic et de radiodiagnostic». J. Baillièrre et fils, 1916.

Cerné et Delaforge.—«La radioscopie clinique de l'estomac». J. Baillièrre et fils, 1916.

Colección Sergent.—«Radiología y Radiumterapia». Editorial Pubul. Barcelona, 1922.

J. M. Madinaveitia.—«Radiología del aparato digestivo». E. Párcelso, 1924 (1).

(1) Esta obra dedica 12 páginas a bibliografía sobre esta materia, en español, francés, inglés, italiano y alemán.

«Lecciones de Patología Abdominal». Biblioteca de Archivos de Medicina.

Dr. Fidel Fernández.—«Tratado Ibero-Americano de Medicina interna», tomo III. Editorial Plus Ultra, 1924.

JOSÉ AMO,
Comandante Médico.

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)

La profilaxis venérea en el Ejército puede hacerse ajustándose al siguiente programa, que podemos dividir en cuatro partes:

1.^a Profilaxis moral y educativa, basada en la continencia y castidad.

2.^a Disminuyendo las ocasiones de exposición, mejorando la condición social del soldado y proporcionándole distracciones agradables y sanas.

3.^a Educándolo sexualmente, enseñándole los peligros que corre y medios de evitarlos.

4.^a Profilaxis medicamentosa, que será preservatriz cuando utilice diversos medicamentos, que aplicados, bien localmente o administrados por vías diversas, impiden que una persona sana se contagie; o curativa, cuando estos medicamentos sean administrados para esterilizar a los enfermos, haciéndolos incapaces de transmitir su enfermedad.

Profilaxis moral y educativa.—En estos últimos tiempos ha habido un movimiento en casi todas las partes del mundo en favor de la profilaxis venérea, basada en la utilización exclusiva de medios de orden moral y educativo; en nuestro país hace despertar un cierto escepticismo en nuestro espíritu este método, aunque no por eso debemos dejar de preconizarlo y recomendarlo, y más si atendemos a los excelentes resultados que rinden, según algunos autores.

Monseñor Van Roey, en el primer Congreso de la Liga Nacional Belga contra el peligro venéreo (Octubre 1922), decía:

«La continencia es la ley, hasta el matrimonio», «ella no tiene ninguna excepción», «todo el que atenta esta ley es de un nivel moral tan bajo, que ningún pedagogo serio puede legitimar ni admitir». «La continencia es una estricta obligación, no sólo al punto de vista individual, sino para la familia y la sociedad», «tanto el hombre como la mujer tienen la responsabilidad de la familia que están llamados a fundar, basadas en la paz del hogar, el vigor de la raza y el porvenir de la Patria».

Los medios de pedagogía sexual que él preconizaba son «cultivo de la salud y del vigor físico», «la estima y la práctica de la gran ley del trabajo», «combatir o neutralizar toda influencia exterior que tienda a excitar peligrosamente los sentidos de los adolescentes», «el conocimiento de las sanciones que sufren todo extravío sexual» (es curioso que considere a las enfermedades venéreas como un castigo), «procurar por todo medio directo o indirecto, elevar el nivel moral de los jóvenes, y hacer obrar la incomparable fortaleza que reside en las fuertes convicciones religiosas y en la práctica de una vida cristiana».

En este mismo Congreso, Madame Brigode hizo una exposición con todos los argumentos, fisiológicos y médicos que militan en favor de la absoluta inocuidad de la continencia.

El Coronel Pm Ashburn, del Ejército americano, realizó en Francia una investigación entre 13.648 soldados blancos, que le permitió llegar a la conclusión, de que la medida más eficaz de profilaxis venérea es la castidad, pues el 34 por 100 de dichos soldados manifestaron que se abstuvieron de todo trato sexual, mientras permanecieron en Francia, por religión, amor y lealtad, y respeto a sí mismo, habiendo contribuido muy poderosamente a conseguir estos efectos la obra realizada por organizaciones tales como la Cruz Roja, la Asociación de Jóvenes Cristianos y los Caballeros de Colón.

Evidentemente que las nobles aspiraciones de los pedagogos y moralistas tienen un valor positivo, y que una educación física y moralmente sólida del soldado aumentaría la voluntad de resistir a las tentaciones, y, por lo tanto, disminuiría las ocasiones de contagio, pero creer en su eficacia absoluta, es cometer un grave error; no olvidemos que la naturaleza humana es de una complejidad

desconcertante, y que si bien en algunos los medios puramente educativos pueden ejercer una influencia decisiva, en otros en que su instinto sexual es más fuerte, más irresistible, apenas si tendrán algún efecto; recordemos el Pasaje de San Pablo, que dice: «Yo tengo en mis miembros una otra ley, que lucha contra la ley, de mi razón y que me rinde esclavo de la ley del pecado y que está en mis miembros; así, pues, yo mismo por el espíritu soy la ley de Dios, y por la carne, la ley del pecado.»

Considerando al hombre tal como es y no como queramos que sea, no debemos confiar mucho en este medio de profilaxis, que aunque siempre debemos ponerlo en práctica, es a condición de ir acompañado de los otros que más adelante expondremos.

En la orden general del Ejército americano de 23 de Diciembre de 1918, publicada por el Ministerio de la Guerra, en su párrafo primero, dice: «La continencia no es perjudicial para la salud, y su observación es el único medio seguro para evitar las enfermedades venéreas.»

El mejor medio de estimular la continencia de los soldados es la creación de una importante recompensa social para la vida pura y sana, y se fomenta con la instrucción militar activa, la instrucción educativa y la instrucción profunda en Higiene.

Disminuyendo las ocasiones de exposición.—El Ejército americano, que en la guerra mundial llevó la pauta en estas cuestiones higiénicas, incluía en su programa de lucha contra las enfermedades venéreas el capítulo de disminución de las ocasiones de exposición, y se valieron para conseguirlo de la cooperación de Instituciones benéficas y organizaciones nacionales y sociedades locales, tales como el Hogar del Soldado, los Caballeros de Colón, la Cruz Roja, etc., etc.

Se basa en proporcionar a los soldados diversiones y entretenimiento saludables y morales que no le dejen tiempo de acordarse de otros puntos de reunión; para ello establecieron en sus campamentos y en las ciudades y villas de las zonas próximas campos de atletismo, bibliotecas, teatros, cursos de instrucción; se organizaban bailes y funciones honestas de teatro y cinematógrafo, y procuraban por todos los medios imaginables que estas diversiones morales fuesen tan atractivas y animadas, que el soldado no se acordara de los puntos de reunión sospechosa y de las prostitutas de ocasión; su lema era elevar la moral del soldado y proporcio-

narle íntima satisfacción y agradables pasatiempos, con lo que conseguían, indefectiblemente, disminuir las ocasiones de exposición.

J. QUINTANA,
T. Coronel Médico.

A. CORDERO,
Comandante Médico.

(Continuad.)

DISPOSICIÓN INTERESANTE

Sobre recompensas.

(Continuación.)

Base 4.^a

Toda propuesta de recompensa ha de fundamentarse en hechos que, por muy meritorios que sean, no representen exclusivamente el cumplimiento del deber, sino que supongan algo extraordinario sobre lo que a ese deber alcanza. Ni el valor, ni el celo, ni la competencia técnica evidenciados en una operación de guerra, ni el tiempo de permanencia en campaña o reiteración de hechos de armas, pueden por sí solos ser objeto de recompensa, ya que son cualidades y circunstancias que normalmente deben concurrir en los individuos del Ejército.

Sólo los hechos sobresalientes en su importancia, finalidad o desarrollo; sólo lo que evidencia una suma de dotes excepcionales y aptas para la guerra, ha de ser objeto de premio. El estimar como méritos dignos de galardón hechos que sean estricto cumplimiento del deber, revelaría un deficiente concepto de lo que es la profesión militar.

Base 5.^a

Se entenderá por operación de guerra el conjunto de hechos, acciones y circunstancias que, teniendo como finalidad exclusiva el choque combate con el enemigo, abarcan desde el comienzo de su preparación o previsión hasta el momento en que las fuerzas que intervienen vuelven al estado de reposo por haber alcanzado el fin propuesto, o por empezar a prepararse para reiterar la acción con el mismo o distinto objetivo.

La actividad, pericia, valor, espíritu, autoridad, iniciativa y celo evidenciados por cada uno dentro de su peculiar esfera de acción, en la extensión que se señala en la base anterior y dentro del período que abarca una operación, es lo que ha de servir de fundamento y justificación para las propuestas de recompensas.

Base 6.^a

Apreciado por el superior jerárquico que haya presenciado los hechos o los haya conocido por referencia un mérito sobresaliente en alguno de sus subordinados, con arreglo al criterio expuesto en las bases cuarta y quinta de este decreto-ley, promoverá un parte-propuesta individual, independientemente del de la acción, pero haciendo referencia al momento de ella en que se funde la pretendida distinción, cuyo parte irá pasando sucesivamente por las autoridades superiores, hasta llegar al General en Jefe, quien, como consecuencia del estudio detenido que haga del mismo, si no estima merecido el concepto de distinción o juzga escaso el mérito, podrá poner un «visto» en el correspondiente expediente, o llamar la atención del proponente si el hecho no se sale de lo vulgar; mas si el General o Comandante en Jefe se conforma en principio con la propuesta contenida en ese parte, acordará la citación como distinguido en la orden general del Ejército, con especificación del mérito, servicio o hecho a que se refiere, y si estima no basta esa citación como distinguido para premiar el mérito que se deduce del parte, podrá ordenar, independientemente de dicha citación, la formación de un expediente informativo, en cuya tramitación se seguirán las normas que se indiquen en el reglamento que ha de desarrollar estas bases.

Por tanto, la citación como distinguido en la orden general del Ejército—que ya constituye por sí una recompensa que ha de anotarse en la hoja de servicios—será requisito que ha de preceder a toda otra propuesta de recompensa que haya de otorgarse a Generales, Jefes, Oficiales y asimilados, de las comprendidas en la escala gradual de los casos primero y segundo de la base primera.

Para clases e individuos de tropa sólo será indispensable la citación en la orden general de distinguidos para poder formular propuesta de Cruz del Mérito Militar pensionada, de María Cristina y empleo.

(Continuará.)

NECROLOGÍA

Don Francisco García García,

Teniente coronel Médico.

Nació en Arahál, provincia de Sevilla, el día 20 de Febrero de 1864, y se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, en Noviembre de 1888, y en 30 del mismo mes del año 1895, fué nombrado, por oposición, Médico segundo del Cuerpo, obteniendo el empleo de Médico primero por mérito de guerra, en Marzo de 1897, que permutó por la Cruz de María Cristina y por antigüedad, en Abril de 1898. Ascendió a Médico Mayor en Agosto de 1911 y a Teniente coronel Médico en Septiembre de 1920. A su ingreso estuvo destinado en el Regimiento Infantería de Alava, pasando al Ejército de Filipinas con el Batallón Expedicionario, núm. 1, y al llegar a Manila, en 8 de Octubre de 1896 salió a operaciones de campaña, efectuándolas hasta su destino en Agosto de 1897 a la Enfermería de Taal y después a la de San Isidro, donde fué hecho prisionero por los insurrectos en 21 de Junio de 1898, recobrando la libertad el 7 de Enero de 1899. Embarcó para la Península el 10 de Marzo, quedando con licencia a su llegada a Barcelona. En Abril fué destinado al Regimiento Infantería de San Quintín, y en Julio siguiente al Batallón Cazadores de Cataluña, donde permaneció hasta Julio de 1905, que fué destinado a la Remonta de Extremadura, y en Agosto de 1909 en comisión al Regimiento Infantería de San Marcial. Ascendido a Médico Mayor, pasó destinado al Hospital de Melilla en Septiembre de 1911, permaneciendo en ese destino hasta fin de Septiembre de 1920, que pasó a prestar servicio al Hospital de Granada, y en Agosto de 1922 al de Guadalajara, como Director, y cuyo destino servía al ocurrir su fallecimiento.

Había desempeñado numerosas comisiones del servicio, estaba condecorado con la Cruz de primera clase de María Cristina, dos de igual clase del Mérito Militar con distintivo rojo, una de ellas pensionada, Cruz de San Hermenegildo, Medalla de Luzón, de Africa y de la Jura de S. M.

Descanse en paz nuestro estimado compañero.

VARIEDADES

El día 1.º del corriente, y con la solemnidad acostumbrada, juraron fidelidad a la enseña patria, ante el estandarte del primer regimiento de Sanidad Militar, los Alféreces médicos alumnos ingresados recientemente en la Academia del Cuerpo.

*
* *

Según leemos en la prensa de Barcelona, en la sesión científica celebrada el pasado mes en la Real Academia de Medicina de dicha ciudad, el Académico numerario de la misma e Inspector de Sanidad Militar de la cuarta región, D. Francisco Soler y Garde, pronunció una interesantísima conferencia acerca de la lucha antituberculosa en España y en el extranjero, apoyándose en seleccionadas estadísticas y valiéndose de gráficos, sin olvidar el concurso aportado al problema por los médicos militares.

El conferenciante fué justamente aplaudido y felicitado por la numerosa y distinguida concurrencia que asistió al acto.

*
* *

El Eco de Tetuán da cuenta en uno de sus últimos números de la concesión de la Medalla Militar, hecha por el General en jefe, al Capitán Médico D. Luis Alonso Alonso, por su comportamiento en el combate librado en Melilla el 18 de Agosto de 1923, en el cual realizó actos tan meritorios y distinguidos como curar en la línea de fuego y contribuir con su cooperación y eficaz ayuda a que las tropas consiguieran los objetivos señalados por el mando.

Para ello el Sr. Alonso se colocó en el último escalón de la retirada, haciendo fuego con un fusil y municionando a las guerrillas en momentos de verdadero apuro, porque escaseaban los cartuchos y el enemigo se echaba encima.

Muy grato nos resulta dar cuenta de estos brillantes hechos, que tanto enaltecen nuestro uniforme, y por los cuales felicitamos cordialmente a tan distinguido compañero.

*
* *

Se ha instalado en su nuevo domicilio, calle de Esparteros, número 9, el Colegio de Médicos de la provincia de Madrid.

*
*
*

El día 4 del corriente pronunció el Comandante Médico don Agustín Van-Baumberghen una disertación en la Academia de Jurisprudencia acerca del tema «La mujer en la vida moderna», y en la misma fecha, y en el Centro del Ejército y de la Armada, dió una conferencia el del mismo empleo D. Florencio Herrero, con el título «Los servicios quirúrgicos en campaña».

Ambos ilustrados conferenciantes fueron muy aplaudidos y felicitados.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Contribución al conocimiento de la sensibilidad visceral profunda, Fleisch y v. Wyss, *Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1923, 200, 290.— Analizando las impresiones cinematográficas, se pudo comprobar que si se pellizca un segmento del intestino delgado en un conejillo de Indias previamente decerebrado, se origina una contracción en sentido longitudinal. Se trata de una onda de contracción que arranca del lugar excitado y que se propaga en ambas direcciones, hacia el ano y hacia la boca, con una velocidad de 15 a 30 mm. por segundo. Demuestran el carácter reflejo de este fenómeno los experimentos in vitro, cuando se aíslan mecánicamente y se registran por separado las contracciones de los cabos anal y bucal del segmento intestinal; el pellizcamiento también va seguido en estas condiciones del «reflejo de

contracción», contrayéndose el trozo intestinal no irritado directamente. El estiramiento longitudinal constituye un estímulo adecuado para provocar el reflejo. Este reflejo se propaga por igual en ambas direcciones, bucal y anal. Se puede impedir su aparición aplicando atropina a una dilución de 1/100.000.000; también le inhibe por completo una dilución de cocaína el 1/10.000. Tanto la atropina como la cocaína son de acción reversible, pudiendo alternar repetidas veces la producción del reflejo y su bloqueo en una misma preparación de intestino. El tiempo de latencia del reflejo de contracción es de 0,7 segundos, incluyendo el tiempo exigido por la propagación del estímulo de un segmento intestinal al próximo. El reflejo de contracción in vitro se debilita rápidamente si se repite con frecuencia, pero el intes-

tino tarda poco en reponerse. Se trata probablemente de un reflejo autónomo intraparietal.—Prof. v.

Skramlik (Freiburg i. B.). S. Q.—
(*La Medicina Germano-hispano-americana*, Septiembre 1924.)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Las intoxicaciones por los gases de combate.—El Médico principal de segunda clase M. Rubenthaler, en su conferencia durante los ejercicios de demostración técnica del servicio de Sanidad, verificados en Burdeos en el mes de Junio del pasado año, adopta la siguiente clasificación de los gases de combate, según sus manifestaciones morbosas:

1.º Irritantes, tales como los lacrimógenos y estornutatorios; 2.º, sofocantes; 3.º, vesicantes; 4.º, asfixiantes propiamente dichos; 5.º, tóxicos propiamente dichos.

1.º Irritantes. Pueden ser utilizados antes o durante el empleo de gases más temibles, cuyo objeto es retardar o impedir la colocación de la careta.

2.º Sofocantes (cloro, oxicluro de carbono, cloropierina, cetonas bromadas). Acción destructora sobre el epitelio y las glándulas respiratorias; sofocación por inundación bronquial y exudación alveolar; brechas epiteliales que constituyen la puerta de entrada de las infecciones tardías.

Terapéutica: inmovilización del intoxicado, transporte mecánico, medicación anticongestiva y vasoconstrictiva, oxigenación.

3.º Vesicantes, tipo iperita; accidentes locales de vesicación sobre

la piel y mucosas; insidiosidad y persistencia de su acción sobre la piel y mucosas; insidiosidad y persistencia de su acción sobre los objetos y lugares con los que se pone en contacto.

Eliminación de los vestidos impregnados, enjabonado de la piel, lavado de las mucosas, rociado del suelo con cloruro de cal.

Los gases sofocantes y vesicantes, por los accidentes respiratorios que determinan, son agentes de asfixia por causa mecánica.

4.º El óxido de carbono es asfixiante propiamente dicho, por acción directa sobre la oxigenación de la sangre: gas particular de las explosiones de minas y contra minas.

Profilácticamente, empleo del Draeger; tratar el intoxicado por la hiper-oxigenación, por la respiración artificial, las inhalaciones y las inyecciones de oxígeno.

5.º Gas tóxico por encima de todos; el ácido cianhídrico tiene una acción tan brutal, que no deja apenas tiempo para intervenir.

La protección contra los gases se ejerce por una disciplina individual, por el empleo de la careta y de los aparatos de protección y por una disciplina colectiva mediante las señales de alerta y los aparatos detectores, la instrucción colectiva

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

ARMAN Y BROS., 1300 AVENUE TULLY, S. Y T. - BALTIMORE

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

MUESTRAS A LOS SRES. MEDICOS QUE LAS SOLICITEN

DISPONIBLE

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO
DE LOS
SERVICIOS DE SANIDAD REGIMENTAL Y DIVISIONARIA
SOBRE EL CAMPO DE BATALLA EN LA GUERRA MODERNA

Lo que afecta a la higiene profláctica de los combatientes en paz y en guerra:

EN EL PASADO

Evolución histórica de los servicios sanitarios y desenvolvimiento progresivo del material.

EN EL PRESENTE

Organización de los servicios sanitarios en los principales ejércitos.—Preceptos higiénicos.—Juicios médicos.—Estadística.

EN EL PORVENIR

Bases para la redacción de un nuevo Reglamento de Sanidad en campaña.

Gráficos de los servicios en diferentes ejércitos.

La Real orden de 25 de Agosto de 1922 (D. O. núm. 189), al declarar esta obra de utilidad para el Ejército, RECOMIENDA SU ADQUISICIÓN.

Precio: 14 pesetas.

Los pedidos al autor, D. Agustín Van-Baumberghen, a su destino en la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra, o a su domicilio, Barquillo, 15, Madrid.

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.

por la utilización de cámaras de gases, la instrucción y la vigilancia por los oficiales de gases, los farmacéuticos químicos y el médico-jefe del Centro médico legal.

La evacuación de los gaseados está estrechamente unida a su tratamiento: rapidez en las unidades, rapidez de la evacuación, clasificación y selección minuciosas; ante la insuficiencia de los medios regimentales, rápidamente agotados, es solamente en el escalón del grupo sa-

nitario divisionario donde pueden llenarse aquellas condiciones. Los recursos regimentales pueden ser aumentados por la agregación de equipos terapéuticos móviles que, formando parte de las reservas de las ambulancias más próximas, serían enviados sobre el terreno y constituirían un socorro avanzado de los gaseados urgentes. —(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Novembre 1924.)—J. P.

BIBLIOGRAFÍA

Anestesia de los esplácnicos, por E. Ribas Isern.

Fundándose en la necesidad de evitar el shock operatorio, y en la resistencia individual de los pacientes más o menos agotados, los cirujanos han cultivado, cada vez con mayor éxito, la anestesia paravertebral y en particular la esplácnica, junto con la anestesia por infiltración local.

El autor, que ha seguido con gran atención este interesante asunto en el hospital de la Santa Cruz y en el servicio del doctor E. Ribas Ribas, ha elegido como tesis del doctorado el resultado de sus observaciones y estudios, por cierto de manera muy acabada.

Comienza por las descripciones anatómicas más importantes de los nervios raquídeos, neumogástrico, simpático y demás datos indispensables para obtener buen resultado de la anestesia paravertebral y esplácnica; refiere ampliamente su fisiologismo y se extiende en oportunas consideraciones acerca de la anestesia de los esplácnicos y de su técnica, describiendo su método propio y los accidentes, y cerrando el trabajo con muy completos datos estadísticos y con 15 importantes conclusiones.

La memoria va ilustrada con magníficos fotograbados y planchas en colores, y va seguida de una escogida bibliografía, cons-

tituyendo, en suma, una brillante contribución a estas modernas prácticas, por cuyo cauce se desliza triunfante la cirugía abdominal.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 26 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 68) concediendo al Teniente Médico D. Antonio Romero García el abono de la cuarta parte de tiempo que prestó asistencia facultativa a fuerza de Policía en posiciones avanzadas.
- 26 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 68) desestimando la instancia del Teniente Médico D. Jerónimo Giménez Fernández, en súplica de que le sea de abono para el tiempo de obligatoria permanencia en Africa, el que prestó en ese territorio como Médico auxiliar del Ejército.
- 26 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 68) prorrogando por tres meses la comisión que desempeña el Comandante Médico D. Carlos Vilaplana González en el Sanatorio militar de Valdelasierra.
- 26 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 68) concediendo al Capitán Médico D. Simplicio Vidal Portela licencia para contraer matrimonio con D.^a Marcelina García Leiciaga.
- 26 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 68) concediendo al Capitán Médico don Tomás Larrosa Cortina licencia para contraer matrimonio con doña María Mendirichaga y Llaguno.
- 26 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 68) concediendo el pase a reemplazo por herido en esta Región al Capitán Médico D. Asterio de Pablo Gutiérrez.
- 26 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 68) concediendo el pase a la reserva al Comandante Médico D. Antonio Sánchez Reyes.
- 26 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 68) aprobando las tarifas para el suministro de medicamentos, formadas por el Laboratorio Central de medicamentos.
- 27 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 69) concediendo al Capitán Médico D. Asterio de Pablo Gutiérrez la Medalla de Sufrimientos por la Patria con la pensión de 1.635 pesetas e indemnización de 2.400, en total 4.035 pesetas.
- 28 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 70) destinando al Farmacéutico mayor D. Rafael Ximénez de la Macorra al Hospital de Palma de Mallorca.

ca, y a los Farmacéuticos segundos D. Vicente Domingo Laguna y don Manuel Tera Abarca, respectivamente, a la Farmacia militar de Madrid, 2, y a la Enfermería de Dar-Quebdani.

- 28 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 71) disponiendo que los servicios de desinfección se lleven a cabo por el personal del Parque Central de Desinfección o por la Estación afecta al Hospital militar de la plaza si es capitalidad de Región, y si no lo fuera, y donde precisara realizar el servicio no hubiera establecimiento de esa clase, la indicada estación suministrará lo preciso para que se realice por el Médico o Veterinario, cargando los gastos al primer hospital de la Región.
- 30 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 71) concediendo tres meses de licencia por asuntos propios, para París y Londres, al Comandante Médico don León Romero Corral.
- 31 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 72) disponiendo quede sin efecto la Real orden de 12 de Febrero último, por la que se concedió la separación del servicio activo al Teniente Médico D. José Pérez Fernández, pasando a prestar sus servicios al Batallón de Montaña Alfonso XII, 5.º de Cazadores, en Larache.
- 31 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 73) concediendo veinticinco días de licencia por asuntos propios, para París, al Farmacéutico mayor don Joaquín de Cortada Gaga.
- 1 Abril.—Real orden (D. O. núm. 74) concediendo derecho a la gratificación de profesorado al Comandante Médico D. José Moreno Bastante, con destino en el Colegio de Huérfanos de Guerra, por desempeñar clases.
- 3 Abril.—Real orden (D. O. núm. 75) desestimando la petición del Comandante Médico D. Enrique Ostalé González de que quede subsistente la concesión que se le hizo de como servido en Africa el tiempo que permaneció en Alemania visitando los campamentos de prisioneros; concesión derogada por el Real decreto de 9 de Mayo de 1924 (D. O. núm. 108).
- 3 Abril.—Real orden (D. O. núm. 75) concediendo prórroga desde el 25 de Marzo hasta la fecha de incorporación a su destino, a la comisión que desempeñaba en el tren-hospital núm. 1 el Comandante Médico D. Marcelo Usera Rodríguez, y por tres meses a igual comisión que desempeña el Capitán Médico D. Arturo López Despret.
- 3 Abril.—Real orden (D. O. núm. 75) concediendo la vuelta a activo al Teniente Médico D. Fernando Aparicio de Santiago, que queda disponible.

6 Abril.—Real orden (D. O. núm. 77) concediendo el empleo superior inmediato al Comandante Médico D. Lorenzo Puncel Pérez, y al Capitán Médico D. Rafael Ramírez Rivas.

6 Abril.—Real orden (D. O. núm. 77) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Comandantes Médicos: D. Ovidio Fernández Rodríguez, de Secretario de la Jefatura de Sanidad Militar de Ceuta-Tetuán, a la Comandancia de Sanidad del mismo territorio, como Mayor; D. Rafael Rodríguez Amérigo, Jefe de los servicios de higiene del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta, al Laboratorio de la misma Plaza; D. Pedro Bouthelier Saldaña, de Secretario de la Jefatura de Sanidad Militar de Melilla, a la Comandancia de Sanidad del expresado territorio, como Mayor; D. Cándido Jurado Barrero, Jefe de los servicios de higiene del Grupo de Sanidad Militar de Melilla, al Laboratorio de la misma Plaza, y D. Luis López Ortiz, Jefe de los servicios de higiene del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta (zona de Larache), al Laboratorio de esta última Plaza.

Capitanes Médicos: D. Ramón Jiménez de Azcárate y Altimiras, del Hospital móvil de montaña del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta, a la Compañía rodada de la Comandancia de Sanidad de Ceuta-Tetuán; D. José Gámir Montejo, de la Compañía afecta a los servicios de higiene del Grupo de Sanidad de Ceuta, a la Compañía de montaña de la Comandancia de Sanidad de Ceuta-Tetuán; D. César Yaque Laurel, de la Compañía mixta del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta, a la Comandancia de Sanidad de Ceuta-Tetuán, como Ayudante y Secretario; D. Justo Vázquez de Vitoria, de la Compañía mixta del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta (zona de Larache), a la Compañía mixta de la Comandancia de Sanidad Militar de Larache; D. Antonio López Cotarelo, del Hospital móvil de montaña del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta (zona de Larache), a la Comandancia de Sanidad Militar de Larache, como Mayor; D. Angel Rincón Ferradas, del Hospital militar de Larache, al mismo, desempeñando los cargos de Cajero y Capitán de la Compañía de plaza de la Comandancia de Sanidad de Larache; D. Eduardo Mateo Hernández, de la Compañía mixta del Grupo de Sanidad Militar de Melilla, a la Comandancia de Sanidad de Melilla, como Ayudante y Secretario, y D. Juan Pérez y Ruiz Crespo, del Hospital móvil de montaña del Grupo de Sanidad Militar de Melilla, a la Compañía rodada de la Comandancia de Sanidad Militar de Melilla.

- D. Vidal Irizar Egui, de la Compañía de los servicios de higiene del Grupo de Sanidad Militar de Melilla, a la Compañía de Montaña de la Comandancia de Sanidad Militar de Melilla; D. Julián Bravo Pérez, del Regimiento Infantería de San Fernando, 11, al Batallón Cazadores de Africa, 13; D. Eusebio Navacerrada Rodríguez, del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42, al Batallón Cazadores de Africa, 14; D. Carlos Tello Peinado, del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42, al Batallón Cazadores de Africa, 16; D. Constantino Roldán Sevilla, del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42, al Batallón Cazadores de Africa, 8; D. Antonio Carnero Moscoso, del Regimiento Artillería de Melilla, al Regimiento mixto de Artillería de la misma plaza; D. Pelayo Lozano Arcos, del Regimiento de plaza y posición de Melilla, a la Comandancia de Artillería de Melilla; D. Juan Herrera Irastorza, de la Comandancia de Ingenieros de Melilla, al Batallón de Ingenieros de la expresada plaza; D. Enrique Monereo Francés, del Grupo de Intendencia de Melilla, a la Comandancia de Intendencia de Melilla; D. Servando Casas Fernández, del Batallón Cazadores de Madrid, 2, al de Africa, 1; D. Gaspar Gallego Matheos, del Batallón Cazadores de Barbastro, 4, al de Africa, 2; D. Juan Ruiz Cuevas, del Batallón Cazadores de Llerena, 11, al de Africa, 4; D. José Rey Cebrián, del Batallón Cazadores de Segorbe, 12, al de Africa, 5; D. Pompeyo Cáceres Gordo, del Batallón Cazadores de Talavera, 18, al de Africa, 6; D. Celso Sicilia Sicilia, del Regimiento Artillería de Ceuta, al Regimiento mixto de Artillería de la misma plaza, y D. Valeriano Carnicero Gash, del Regimiento de costa y posición de Ceuta, a la Comandancia de Artillería de Ceuta.
- D. Aniceto García Fidalgo, del Grupo de Ingenieros de Ceuta, al Batallón de Ingenieros de la misma Plaza; D. José Martínez de Mendivil y Ondarra, del Grupo de Intendencia de Ceuta, a la Comandancia de Intendencia de Ceuta; D. Emilio González Muñoz, del Batallón Cazadores de Cataluña, 1, al de Africa, 7; D. Juan Pereiro Courtier, del Batallón Cazadores de Ciudad Rodrigo, 7, al de Africa, 10; D. Constantino Urcelay Martínez, del Regimiento de costa y posición de Ceuta (zona de Larache), a la Comandancia de Artillería de esta última plaza; D. Heriberto Villalobos Ballesteros, de la Comandancia de Ingenieros de Ceuta (zona de Larache), al Batallón de Ingenieros de Larache; D. Primitivo Jiménez Urtasun, del Parque de Sanidad Militar de Melilla, al mismo, desempeñando el cargo de Cajero de la Comandancia de Sanidad; D. Francisco Tinoco Acero, del Parque de Sa-

nidad de Ceuta, al mismo, desempeñando el cargo de Cajero de la Comandancia de Sanidad Militar, y D. Juan Palencia de Santiago, Otorino-laringólogo, del Grupo de Hospitales de Melilla, al Grupo de Hospitales de Ceuta, con igual cargo.

Tenientes Médicos: D. Tomás Herrera Hidalgo, del Hospital móvil de montaña del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta-Tetuán, a la Sección «Hospital móvil» de la Compañía rodada de la Comandancia de Sanidad Militar del mismo territorio; D. Mario Esteban Aranguéz, de la Compañía de los servicios de higiene del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta-Tetuán, a la Sección de higiene y desinfección de la Compañía rodada de la Comandancia de Sanidad de Ceuta-Tetuán; D. Andrés Gato Herrero, de la Sección de Auto-ambulancias del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta-Tetuán, a igual destino en la Comandancia del mismo nombre; D. Matías de Lázaro Núñez Palacios, de la Sección de Montaña del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta-Tetuán, a la Compañía de montaña de la Comandancia de Sanidad Militar de Ceuta-Tetuán.

D. Francisco Pontes Hinestrosa, de la sección de Montaña, del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta-Tetuán, a la Compañía de Montaña de la Comandancia del mismo Cuerpo e igual territorio; D. Pedro Irigoyen Resino, del Hospital móvil de Montaña de Grupo de Sanidad Militar de Ceuta (zona de Larache), a la sección Hospital móvil de la Compañía mixta de la Comandancia de Sanidad Militar de Larache; D. Laureano Velasco Morales, de la Compañía de los servicios de higiene del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta (zona de Larache), a la Sección de higiene y desinfección de la Compañía mixta de la Comandancia del mismo Cuerpo en Larache; D. Manuel Massa Palop, de la Sección de montaña del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta (zona de Larache), a la sección de montaña de la Compañía mixta de la Comandancia del expresado Cuerpo en Larache; D. José González de la Higuera, de la Sección de montaña del Grupo de Sanidad Militar de Ceuta (zona de Larache), a la Comandancia de Sanidad Militar de Larache, como Ayudante y Secretario; D. Federico Torrecilla y Leal de Ibarra, de la Sección montada del Grupo de Sanidad de Ceuta (zona de Larache), a la Sección de Autoambulancias de la Compañía mixta de la Comandancia del mismo Cuerpo en Larache; D. José Díez Díez, del Hospital móvil de montaña del Grupo de Sanidad Militar de Melilla, a la Sección Hospital móvil de la Compañía rodada de la Comandancia de Sanidad del mismo territorio; don

Luis de la Calle Monjero, de la Compañía de los servicios de higiene del Grupo de Sanidad Militar de Melilla, a la Sección de higiene y desinfección de la Compañía rodada de la Comandancia de Sanidad de Melilla, y D. Lorenzo Iribas Doiz, de la Sección de Auto-ambulancias de la compañía mixta del Grupo de Sanidad de Melilla, a igual destino en la compañía rodada de la Comandancia del mismo cuerpo y territorio.

- D. Salvador Salinas Cuéllar, de la Sección de montaña del grupo de Sanidad de Melilla, a la Compañía de montaña de la Comandancia de Sanidad Militar del mismo territorio; D. Pablo Mañuecos Ruiz, de la Sección de Montaña del grupo de Sanidad Militar de Melilla, a la Compañía de montaña de la Comandancia de Sanidad Militar del mismo territorio; D. José Pérez Puertas, del Regimiento Infantería de San Fernando, 11, al Batallón Cazadore de Africa, 15 (en plaza de Capitán); D. Francisco Corripio González, del Regimiento Infantería de San Fernando, 11, al Batallón Cazadores de Africa, 17 (en plaza de Capitán); D. José Villalobos Roldán, del Batallón Cazadores de Arapiles, 9, al de Africa, 3 (en plaza de Capitán); D. Gaspar Soto Gil de la Cuesta, del Batallón Cazadores de Tarifa, 5, al de Africa, 8 (en plaza de Capitán); D. Alfonso Cayón Fernández, del Batallón Cazadores de Figueras, 6, al de Africa, 9 (en plaza de Capitán), D. Juan Sánchez Pérez, del Batallón Cazadores de Las Navas, 10, al de Africa 11 (en plaza de Capitán); D. José Lafuente Burges, del Batallón Cazadores de Chiclana, 17, al de Africa, 12 (en plaza de Capitán); D. Juan María Pastor de Santiago, del grupo de Intendencia de Melilla, a la Comandancia del mismo Cuerpo y territorio; D. Francisco Muguruza Urive, de los Grupos de Hospitales de Melilla, al mismo destino, afecto a la Compañía de plaza de la Comandancia de Sanidad de Melilla; D. Francisco Muruzábal Sagües, del Hospital de Alcazarquivir, al mismo, y afecto a la Compañía de plaza de Sanidad de Larache; D. Francisco Alberico, de los Grupos de Hospitales de Melilla, a igual destino, afecto a la Compañía de plaza de la Comandancia de Melilla; D. Vicente Sergio Orbaneja, del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Melilla, 2, al Tercio (V), y D. Enrique Lefler Benito, del Grupo de Intendencia de Ceuta, a la Comandancia de Intendencia de la misma plaza.

- 6 Abril.—Real orden (D. O. núm. 77) trasladando al Grupo de hospitales de Ceuta la especialidad de Oto-rino-laringología que venía figurando en Melilla.

- 7 Abril.—Real orden (D. O. núm. 79) autorizando para usar sobre el uniforme la Medalla de plata de la Cruz Roja Española al Comandante Médico D. Emilio Romero Maldonado y al Capitán Médico D. Enrique Blasco Salas.
- 8 Abril.—Real orden (D. O. núm. 79) disponiendo cause baja a petición propia en la escala activa del Cuerpo el Teniente Médico D. Juan Torres Gost.
- 8 Abril.—Real orden (D. O. núm. 79) disponiendo el pase a reemplazo por enfermo, del Capitán Médico D. Ignacio Bofill Combelles, con residencia en la cuarta Región.

Correspondencia administrativa de la Revista.

Sr. Alonso (León).—Queda abonada su suscripción hasta fin de Marzo próximo pasado.

Sr. Alvarez (Melilla).—Idem id. id.

Academia de Intendencia (Avila).—Idem id. por todo el año actual.

Sr. Anglada (Aranjuez).—Idem id. hasta fin de Marzo próximo pasado.

Sr. Téllez (Ciudad Real).—Idem id. id.

Sr. Segoviano (Huesca).—Idem id. id.

Sr. Mallo (León).—Idem id. hasta fin de Marzo de 1926.

Sr. Soage (Pontevedra).—Idem id. hasta fin de Junio del corriente año.

Sres. Ibáñez y Minguillón (Alicante).—Idem id. hasta fin de Marzo próximo pasado.

H. Militar y Sres. Pacheco y Ganzo (Cádiz).—Idem id. id.

Sr. Martín Monzón (Cáceres).—Idem id. hasta fin de Junio del corriente año.

Sr. Mira (Santander).—Idem id. hasta fin de Marzo próximo pasado.

Sres. Valdés y Taladriz (Trubia).—Idem id. id.

Sr. Díaz (Ferrol).—Idem id. id.

Sres. Soriano y G. Rico (Oviedo).—Idem id. id.

Sres. Sayalero, Garilleti y San Juan (Campamento de Carabanchel).—
Abonado el primer trimestre del corriente año.

Sr. Díaz (Jaca).—Idem id. id.

Sr. Jáudenes (Oviedo).—Idem id. el primer semestre de ídem.