

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVII.

Madrid, 15 de Junio de 1927.

Núm. 6.

SUMARIO

Vacuna antigonocócica "Torres", por JOSÉ TORRES JIMÉNEZ.—*Relaciones entre la sífilis y la diabetes* (conclusión), por JOSÉ PASTOR.—*La simulación en oftalmología* (conclusión), por MARIO ESTEBAN.—*Necrología*: D. José Mallo Lescun.—*Variedades*.—*Prensa Médico-farmacéutica*: La reacción de Dick en la escarlatina.—Los regímenes hiponitrogenados.—Tratamiento de la psoriasis por medio del bismuto.—Tratamiento de la leucemia por la malaria.—*Prensa militar profesional*: Aviación militar sanitaria.—Comunicación de conjunto sobre el servicio antipalúdico en Marruecos en el sector oeste, frente norte, durante la campaña de 1925.—*Bibliografía*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Junio de 1927.

VACUNA ANTIGONOCÓCICA "TORRES,"

Todos los médicos estamos convencidos de lo infructuosos que son todos los tratamientos empleados en la curación de la blenorragia; se ha insistido en el lavado uretral, y éste debe ser proscrito en absoluto, pues bien se practique con un antiséptico u otro y aun ejecutado con la mejor técnica, la corriente de líquido siempre arrastra gérmenes a regiones no infectadas, haciendo que el proceso se alargue y sobreviniendo muchas veces complicaciones en ocasiones graves.

Investigando las causas de una prostatitis, cistitis, y en general, cualquier complicación gonocócica del tramo génito-urinario, nos encontramos con sujetos que han insistido en el lavado uretral para tratarse su blenorragia.

Estoy convencido que una blenorragia abandonada y sin ningún tratamiento, podrá dar como máxima complicación una uretritis crónica, pero jamás una prostatitis, cistitis u

otra complicación semejante, de las que siempre es causante el lavado uretral.

* * *

La corriente moderna es encauzar el tratamiento de la blenorragia por el camino de la vacuna. De todas suertes, adolece este tratamiento del defecto de asociar a esto los lavados.

La vacuna anti-gonocócica, que hoy día no cabe duda cuenta con infinidad de admiradores, ha dado en ocasiones bastante buen resultado; mas los pequeños éxitos estaban salpicados de fracasos, y por esta razón se andaba sobre terreno inseguro, no atreviéndose a elevar la vacuna como el remedio radical de la gonococia.

Opino que la causa principal del fracaso estriba en querer inmunizar al enfermo "sólo" con gonococos, sin hacer caso de la variedad múltiple de otros gérmenes (cocos, B. coli, etc.), que acompañan siempre al B. de Neisser.

No debíamos mencionar el corriente uso de vacunas poli-microbianas de comercio, pues casi nunca se obtiene resultado con ellas, debido a la diferente raza de gérmenes.

Pensando así, una vacuna que tenga la misma raza de gonococos y de otros "gérmenes asociados", será la que nos dé buen resultado; de otra manera iremos de fracaso en fracaso, y jamás adelantaremos un paso en el tratamiento de esta enfermedad.

Hay, pues, que ser enemigo de los lavados, suprimiéndolos en absoluto, y seguir los horizontes de la auto-vacuna; mas no sólo de gonococos, sino también auto-vacuna de toda clase de microbios que estén asociados a este germen.

* * *

A primera vista, parece imprescindible tener a disposición un buen laboratorio, donde poder preparar tales vacunas, siendo de técnica complicada y resultado de elevado coste. Aparentemente parece imposible su preparación en pueblos, campamentos, etc., etc., como que su técnica sea fácil y el coste sea insignificante; mas después de estudiar durante cuatro años este problema, doy a conocer una auto-vacuna que reúne todas las ventajas anteriormente expuestas, sin ninguno de los inconvenientes, siendo además

de técnica facilísima, poco precio y no necesitando ni laboratorio ni grandes cosas para su preparación, por cuyo motivo se puede preparar en cualquier sitio, aun contando con escasísimos medios.

El resultado obtenido por mí hasta ahora con ella, no puede ser más halagador, el que de 22 enfermos tratados por este proceder, he conseguido 22 curaciones absolutas. O sea, el 100 por 100 de curaciones.

La técnica de mi vacuna, es la siguiente: Si el enfermo padece uretritis crónica, y por consiguiente tiene poco o ningún exudado uretral, lo preparo, instilando la noche anterior un centímetro cúbico de solución de nitrato de plata al 1 por 100, en la uretra.

Si el paciente presenta uretritis aguda, no necesito practicar esto, por tener abundante supuración rica en gérmenes.

La recogida de pus la practico por la mañana, antes de orinar el enfermo, para evitar que la orina limpie el conducto uretral.

Como instrumental se necesita: un recipiente con solución de bicarbonato sódico al 1 por 100, donde introduzco: una sonda acanalada y frasco de tapón esmerilado de 30 c. c. Esterilizo todo esto por ebullición durante veinte minutos, y en el frasco de tapón esmerilado vierto 20 c. c. de suero Hayem al 7,5 por 1.000.

Con la sonda acanalada recojo *dos gotas* de pus y las diluyo en el suero antes citado; completo esta dilución por agitación del frasco.

Pego una etiqueta con el nombre del paciente y la fecha del día de preparación, y no resta más que administrar esta vacuna por vía hipodérmica.

* * *

Las dosis de 5 c. c. de la vacuna preparada, con descansos de uno o dos días, según la reacción del enfermo; de todas suertes nunca ha habido reacción general violenta, siendo la mayor temperatura observada de 38°. La reacción local es a veces violenta pero pasajera.

Así, pues, las dosis son:

Primer día: 5 c. c.

Dos días de descanso (más, si la reacción es grande).

Segundo día: 5 c. c.

Dos días de descanso (más, si reacciona violentamente el enfermo).

Tercer día: 5 c. c.

Y así se continúa, sucesivamente, hasta la total curación del paciente, que se podrá comprobar con análisis que investiguen el gonococo en orina o espermato-cultivo.

* * *

Yo, en los 22 casos de curación que he citado, el análisis con que investigué la presencia de gonococos, siempre ha sido negativo, y el espermato inoculado en vagina de conejillos jóvenes no ha producido vaginitis gonocócica. Clínica y bacteriológicamente los 22 casos tratados han sido todos curados.

* * *

Los ensayos practicados por mí hasta ahora han sido en individuos del primer Tabor de Regulares de Alhucemas, número 5, no pudiendo presentar una estadística más numerosa por lo reacios que son los moros a dejarse tratar cualquier enfermedad que padezcan; por esto el contingente ha sido de europeos en su totalidad. Citaré algunos casos para completar el trabajo:

Capitán M. R. B. 3.^a Compañía: Prostatitis y uretritis gonocócica crónica (cuatro años). Curación a la 6.^a dosis.

Sargento J. F. 1.^a Compañía: Prostatitis, cistitis y uretritis crónica (doce años). Curación a la 6.^a dosis.

Soldado J. G. F. 1.^a Compañía: Uretritis gonocócica aguda (veinte días). ¡Curación absoluta a la 1.^a y única dosis!

* * *

Como nota curiosa he de añadir que en el ensayo de estas vacunas tuve la desgracia de que una jeringuilla se estallase, saltándome a los ojos esta vacuna. Acto seguido, me inyecté un centímetro cúbico de la misma vacuna, y hasta los diez días no me hice lavado alguno, siendo el Capitán Médico señor Peñaranda el que me lo hizo en el Hospital de Torres de Alcalá, de donde fui evacuado. No he tenido absolutamente nada, y esto me hace sospechar si fué la vacuna quien me

HAPTINÓGENO NEUMO "MÉNDEZ,"

Para el tratamiento científico de la GRIPE en todas sus manifestaciones.—Neumonía e infecciones a neumococo.—RINITIS.—Laringitis pseudomembranosas. Traqueitis, etc.

(Incluído en el Petitorio Oficial del Ejército y Armada por Reales órdenes de 27 de Julio y 4 de Octubre de 1922.)

IMPORTANTE

«Teoría de la Inmunidad», de Méndez, y literatura científica sobre Haptinógenos.—Se remite gratuitamente a los Sres. Médicos, solicitándola al agente M. Martín Yáñez.—Apartado 384.—Madrid.

NEODERMINA ACERO

)=(Medicación científica para el tratamiento de las enfermedades de la piel ❖ ❖ ❖ ❖ ❖)

Contiene **Antrasol** (alquitrán incoloro), **Naftalán**, **Oxido de zinc** y **Tumenol**, en proporciones que condensan el máximum de virtudes terapéuticas.

Es un poderoso antipruriginoso, antiséptico, cicatrizante y reductriz, que se absorbe fácilmente por la piel, sin disminuir la acción endosmótica al través de la misma.

La **NEODERMINA** no es tóxica y tiene una acción marcadamente local.

INDICACIONES. — Cura **Eczemas**, **Herpes**, **Sicosis**, **Impétigos**, **Dermatosis pruriginosas**. También encuentra excelente aplicación en las quemaduras de primero y segundo grado y en el tratamiento consecutivo de la **Sarna**.

Muestras gratis a los señores Médicos que lo deseen.

Depósito central:

FARMACIA TORRES ACERO

Trafalgar, 14.—MADRID

JESÚS SÁIZ SEVILLA

SUCESOR DE LA VIUDA DE ALEJANDRO FERNANDEZ

Casa fundada el año 1838.

ALMACEN DE GÉNEROS COLONIALES EXTRANJEROS Y DEL REINO

SUMINISTROS AL EJÉRCITO

San Lorenzo, 34, y Laín Calvo, 41
BURGOS



PANCREÁTINA
ESPLENINA
OVARINA
NEFRINA

Opoterápicos López-Brea

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

APARADOR, FERRANDES Y SALLÉS, 8 Y 7. - BARCELONA

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

MUESTRAS A LOS SRES. MEDICOS QUE LAS SOLICITEN

inmunizó, pues un lavado hecho a las diez horas es suficiente para prevenir una conjuntivitis gonocócica.

* * *

Mi alegría sería que al ensayar los demás compañeros este método obtuviesen el mismo éxito mío, pues de esta manera la blenorragia pasaría al capítulo de enfermedades perfectamente curables y se evitaría un azote de la Humanidad con todas las secuelas que esta enfermedad trae consigo.

2 de Noviembre de 1926.—Zoco el Jemis de Beni-Bufradi.

JOSÉ TORRES JIMÉNEZ,

Teniente Medico.

NOTA.—Después de escrito este artículo he tratado cinco blenorragicos más, habiéndose presentado en uno de ellos un absceso, debido quizá a la insuficiente atenuación de los gérmenes de la vacuna, obligándome esto al empleo de dos gotas de alcoholato de yodo al 10 por 100 en la dilución de los gérmenes.

Con este nuevo proceder he dado de alta dos individuos más (Faustino Reyes, de mi Grupo, y Carlos Guerra, de Artillería de Melilla), no volviendo a observar semejante accidente, quedando tres en tratamiento.

RELACIONES ENTRE LA SÍFILIS Y LA DIABETES

(CONCLUSIÓN)

De dos maneras distintas pueden asociarse la sífilis y la diabetes:

Una, en un diabético que se hace sífilítico;

Otra, en un sífilítico en que se presenta la diabetes.

Los diabéticos que adquieren la sífilis, bastante escasos por la facilidad con que aquella afección conduce a la impotencia, y por los cuidados higiénicos a que tales enfermos se someten, ofrecen una sífilis de mayor gravedad que de ordinario. En ellos son más frecuentes los tipos malignos de sífilis, los accidentes graves, el fagedenismo, las complica-

ciones gangrenosas, etc. El tratamiento antisifilítico mejora en estos casos la avariosis, pero no la diabetes, que reclamará su tratamiento clásico. Los salvarsánicos se darán en estos enfermos con frecuencia, debiéndonos abstener de ellos en los diabéticos caquéticos.

En los sifilíticos que se hacen diabéticos pueden darse los dos casos siguientes:

1.º La diabetes es de origen sifilítico, y cede al tratamiento antiluético;

2.º La diabetes es independiente de la sífilis, sólo coincide con ella, y no cede al tratamiento específico.

Primer caso.—La sífilis provoca la diabetes. Numerosas observaciones confirman este aserto.

Joseph dice: “La diabetes sacarina es también de origen sifilítico en algunos casos, bien raros.”

Excepcional en la sífilis primaria, la diabetes sifilítica es rara en el período secundario y más frecuente en el terciario.

En casi todos los casos de sífilis diabética hay lesión cerebral al mismo tiempo (Scheinmann). En algunos casos hay un proceso meningítico o lesiones de endoarleritis. Según Lesser, la diabetes azucarada se ha observado, aunque excepcionalmente, como un fenómeno consecutivo a la sífilis del cerebro.

En muchos casos no se comprueba lesión cerebral, hipofisaria ni bulbar; lo afecto es el hígado o el páncreas.

Las lesiones encontradas en estos casos son lesiones gomas, esclerosas o esclero-gomas (mixtas).

Hausemann y Manchot han observado en ciertos casos de diabetes sifilíticas una lesión especial del páncreas: esta glándula aumenta de volumen de un modo considerable y se endurece, siguiéndose este estado de atrofia con proliferación del tejido intersticial.

La diabetes insípida (poliuria y polidipsia) puede presentarse también en el caso de lesiones cerebrales de la sífilis.

También se ha observado la diabetes en la sífilis congénita. Lemonier, Rather y otros han observado casos de diabetes en los heredo-sifilíticos, los que han cedido con el tratamiento específico.

En la sífilis las diabetes observadas pueden ofrecer uno de los dos tipos siguientes, señalados por Pinard y Vellnot:

A.—Pequeñas glucosurias, inferiores a 10 gramos, muy frecuentes en la sífilis terciaria y en la heredo-sífilis, sin trastorno otro alguno.

B.—Glucosurias más intensas, de 30 a 100 gramos, que ofrecen todos los síntomas de la diabetes clásica.

Alternando con la diabetes, se pueden observar: nistagmus, parálisis oculares, monoplegias, ciática, bocio exoftálmico, angina de pecho, bradicardias, asma, mal perforante plantar, etc., así como las manifestaciones propias de la sífilis, sobre todo terciarias y cuaternarias.

La reacción de Wassermann debe hacerse en todo caso de diabetes en que se sospeche la existencia de sífilis; si bien correspondiendo aquélla a épocas terciarias de la avariosis, el resultado de la reacción suele ser negativo, lo que debe recordarse para no tomar un Wassermann negativo practicado en estas circunstancias, como sinónimo de ausencia de sífilis.

En cambio, en caso de reacción positiva no todo queda resuelto tampoco, pues ésta nos dirá únicamente que el sujeto es sífilítico, pero no que lo sea también la diabetes que sufre, pues la diabetes que ofrece un avariósico puede ser de naturaleza sífilítica, en cuyo caso cede el tratamiento específico, pero puede también coincidir solo con la sífilis, en cuyo caso el tratamiento antilúético no influye nada en ella.

Esta es, en verdad, la única clave de la naturaleza de la diabetes: el tratamiento.

El nos aclara además la muy discutida cuestión de si la diabetes de los sífilíticos cura o no con la terapéutica específica, de cuyos casos positivos y negativos está hoy llena la literatura médica; y es que si la diabetes sífilítica curara con el tratamiento antisífilítico, pero si no lo es, si sólo se trata de una coincidencia de la sífilis y la diabetes, si ésta no depende de la avariosis, el tratamiento específico será ineficaz para modificar dicha perturbación nutritiva.

Por consiguiente el tratamiento de la diabetes sífilítica, de la que ahora nos ocupa, ha de ser el antilúético.

Scheinmann opina que sólo cedían al tratamiento específico las diabetes dependientes de lesiones sífilíticas del cerebro, pero Manchot y Ehrmann han curado diabetes sífilíticas sin lesión de los centros nerviosos.

En la actualidad se sabe que los casos de diabetes sifilíticas sólo ceden con el tratamiento antisifilítico (arsenomercu-
rial), fracasando en estos enfermos el régimen antidiabético
y los fármacos recomendados en aquella afección. Es más.
el tratamiento antisifilítico los cura aunque se abandone todo
régimen alimenticio, que en ellos es ineficaz (caso de Monier-
Vinard).

Cuando los salvarsánicos o los mercuriales no mejoran la
diabetes sifilítica, debe ensayarse el bismuto, que segura-
mente consigue la curación. L. Bory ha indicado un caso no-
tabilísimo de curación por el bismuto en el que había fraca-
sado el mercurio y el arsénico.

La diabetes de los heredo-sifilíticos cura de igual modo
con el tratamiento específico que debe emplearse en todo caso
de duda (sulfarsenol en los pequeños, inyecciones de neo-
o salvarsán en los mayores).

Las formas de diabetes insípidas ceden también con el
tratamiento específico cuando son sifilíticas.

Segundo caso.—A veces la diabetes coincide con la sífilis,
sin ser realmente sifilítica. Estos son los casos en que, aunque
exista un Wassermann positivo, el tratamiento fracasa.

Massary refiere el caso de un individuo con chanero sifi-
lítico y diabetes tratada por el neosalvarsán, que curó de su
induración, pero cuya diabetes no se modificó. No sabemos
lo que hubiese sucedido si se le hubiera tratado por el bis-
muto.

Lebar, Delcourt, Labbé y otros autores señalan bastantes
fracasos del tratamiento antisifilítico en diabetes con mani-
festaciones de sífilis congénita o adquirida.

Estos son casos en que la diabetes coincide con la sífilis,
sin depender de ella.

En todo caso de coincidencia de sífilis y diabetes, sere-
mos muy prudentes al administrar a los sifilíticos, sobre todo
sus primeras dosis, y en especial cuando se emplean por vía
intravenosa.

Con esto creemos haber indicado los principales aspectos
de la tan debatida cuestión de las relaciones entre la sífilis
y la diabetes.

JOSÉ PASTOR,

Comandante Médico

LA SIMULACIÓN EN OFTALMOLOGÍA

(CONCLUSIÓN)

3.º—EL SUJETO ACUSA DEBILIDAD VISUAL DOBLE

Es muy raro que un recluta alegue ambliopia doble no tratándose de un defecto de refracción. En cambio, es muy frecuente que, después de corregida una ametropía, se siga pretextando una agudeza visual inferior a la que realmente existe. Y es embarazoso que un sujeto que ve para conducirse, que ve para sus quehaceres ordinarios, se obstine en asegurar que no distingue a lo lejos ni puede realizar un blanco.

En este caso, lo primero que tenemos que procurar es emplear optotipos que el sujeto ignore a qué distancia debe leerlos. Es conveniente hacer las observaciones ante la escala de abajo arriba, pues el simulador cree llegado pronto el momento de decir que ve, temiendo sobrepasarse. Y mejor todavía mostrarle optotipos aislados, a diversas distancias, para que pierda la noción de relatividad de los mismos.

Un excelente recurso es sencillamente un espejo de pared. Supongamos un simulador que dice ver a 5 metros un optotipo determinado. Coloquemos en el sitio de la escala un espejo, y al lado del individuo, reflejándose en el espejo, la misma escala. La imagen se formará 5 metros detrás de la superficie del espejo; es decir, a 10 metros del individuo. Si manifiesta seguir viendo el mismo optotipo, por no contradecirse, es que ve doble de lo que en un principio declaraba. Si antes la visión obtenida era $1/10$, ahora obtendremos $1/5$.

Barthélemy (1), siendo Jefe de la Escuela de Medicina naval de Tolón, había adoptado en el gabinete de reconocimiento la siguiente disposición (fig. 3.ª):

(1) Barthélemy.—Loc. cit.

Barthélemy.—De l'ambliopie double simulée: procédé pour le dejouer et mesurer la acuité visuelle. "Archives de Médecine Militaire." Avril 1894.

“Debajo de la chimenea, un gran espejo; sobre la pared opuesta se encontraba una escala de De Wecker, cuya imagen venía a dibujarse en el espacio. El sujeto situábase en

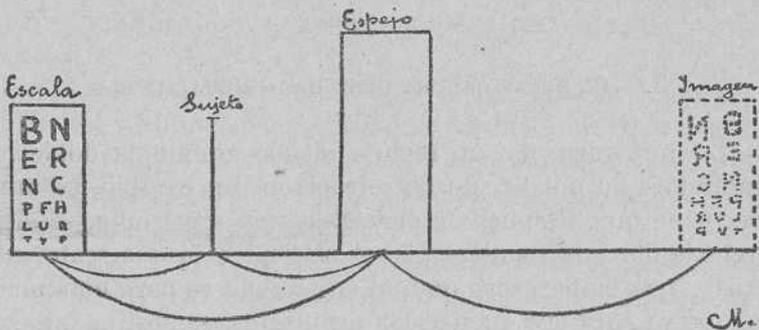


Fig. 3.^a

Experiencia de Barthélemy.

medio del local, enfrente de la escala de De Wecker: se determinaba exactamente su agudeza visual. Después, haciéndole volverse y mirar al espejo, se le invitaba a expresar las letras que percibía. Corrientemente, y para no contradecirse, se obstinaba en leer la misma línea que había señalado en el primer examen.”

Como la distancia primitiva era de 5 metros y la segunda resultaba de 15 metros, la agudeza visual era tres veces mayor de la declarada.

Además de este procedimiento, y sobre todo en el caso de agudeza visual desigual en cada ojo, podemos servirnos de cuanto hemos dicho para descubrir la medida de la visión en un ojo simulado amaurotico.

4.º—EL SUJETO ACUSA AMBLIOPÍA MONOLATERAL

Los procedimientos para descubrir la simulación de la debilidad visual de un solo ojo, son los mismos que hemos indicado al tratar de la amaurosis unilateral, puesto que con ellos se mide la agudeza. De todos los métodos, los más eficaces y prácticos son los de los cristales coloreados.

Complemento de cada método son escalas optométricas especiales bien coloreadas, como la de Stilling; bien con optotipos colocados sin orden progresivo, como la de Terson (1); bien con optotipos cambiables, como la de Armaignac (2); bien con optotipos que se reflejan en espejos combinados que alejan la imagen, como la caja de Bouchart (3), etc.

II.—DISIMULACION

Los voluntarios para el servicio militar, los aspirantes a determinadas profesiones (ferroviarios, automovilistas (4), aviadores, marinos, etc.), los individuos que pretenden inscribirse en las Sociedades de Seguros de salud, deben ser sometidos a una exploración atenta y completa, y el médico debe desconfiar de que el sujeto sea un disimulador de un defecto visual.

En estos casos, el examen subjetivo da excelentes resultados. Observaremos, primero, en cada ojo, la agudeza visual para comprobar su normalidad, ante las escalas optométricas ordinarias, cuidando que el sujeto no se aprenda los caracteres y nos conteste acertadamente de memoria. Para evitar esto, pueden emplearse ganchos de Suellen giratorios.

Después examinaremos el sentido cromático. La ceguera

(1) Terson.—Echelle pour l'examen visuel. Recherche de la simulation. "Le Caducée." 19 Juin 1909.

(2) Armaignac.—Une échelle optométrique poliptotypique, Rapport de Chauvel. "Bull. de l'Acad. de Med. de Paris. 29 Février 1907.

(3) Bouchart. Boite pour déterminer l'acuité visuelle vraie d'un simulateur. "Bull. de la Soc. d'Ophthalm. de Paris", 1905.

(4) A este propósito, M. Petit, al frente de la Comisión nombrada por la Société d'Ophthalmologie de Paris (sesión del 17-II-923), propuso las siguientes conclusiones, como proyecto de reglamento sobre el estado visual de los conductores de automóviles:

1.º Agudeza visual.—Límite: $\frac{2}{10}$ para un ojo y $\frac{1}{20}$ para el otro. Corrección de la ametropía si ha lugar. Los tuertos serán excluidos.

2.º Campo visual.—Deberá ser normal. Excluidos los que tengan hemianopsia, reducción del campo visual o lagunas en el mismo.

3.º Motilidad.—Eliminados los que padezcan diplopía.

4.º Sentido luminoso.—Excluidos los que tengan hemeralopia.

Cada vez que se produzca un accidente, el conductor será examinado.

para determinados colores, y sobre todo la ceguera y confusión del rojo y el verde (que alcanza el 4 por 100 de los varones), puede dar lugar a las mayores desgracias en el tráfico ferroviario y naval. De aquí la importancia práctica de su examen. Para el diagnóstico de estas observaciones se usan madejas de lana y muestras de colores de Holmgreen, invitando al sujeto a que conteste rápidamente cuál es el color de las que vayamos eligiendo, o a que elija él las de un color determinado. Lo mismo se hace la prueba con los lápices de colores de Adler: el individuo puede escribir en un papel blanco con cada lápiz el nombre del color correspondiente y firmar, dejando así la demostración documental de su sentido cromático.

El método de comprobación más parecido a las señales de colores usadas en los servicios ferroviarios y náuticos (1), consiste en hacer el examen de una habitación algo oscura, colocando al sujeto a varios metros de distancia de una lámpara de petróleo con luz más o menos intensa, ante la cual vamos pasando cristales verdes, rojos, etc.

En Alemania es reglamentario el examen con las escalas cromáticas de Nagel para el Ejército, Marina y Ferrocarriles.

La prueba de Pflüger consiste en mirar a través de papeles de seda letras de color complementario. Además existen aparatos especiales provistos de series pseudo isocromáticas (de Stilling, de Daac, de Nagel, de Hering, etc.), de los que se puede prescindir.

Seguidamente examinaremos el campo visual por medio del campímetro o sencillamente haciendo que el sujeto mire al frente y sin variar tal posición del ojo nos diga cuándo deja de ver nuestra mano, que llevamos hacia arriba, hacia abajo, hacia los lados, etc. De este modo se controla la visión periférica del sujeto con la del observador. O también puede hacerse perimetría dirigiendo desde los distintos puntos un haz de luz con el espejo oftalmoscópico, y que el sujeto diga con exactitud si la luz viene de la derecha, de la izquierda, de arriba o de abajo.

Con estas pruebas subjetivas habremos recogido datos

(1). Heine.—Sentido cromático. "Trat. de Oftalm. de Axenfeld."

valiosísimos; pero no nos conformaremos sin hacer una exploración más completa.

Comprobemos por esquiascopia que no existe defecto de refracción, y, caso de haberle, su medida, y veamos si ello puede o no excluir al sujeto.

Terminemos con un examen oftalmoscópico que acaso nos descubra alguna lesión que traten de ocultarnos premeditadamente. En efecto, un disimulador que lograra ser admitido en el Ejército podría más adelante achacar a accidente de guerra lo que fuera enfermedad anterior a su ingreso en filas; un obrero podría invocar como accidente del trabajo lesiones oculares antiguas; un inscrito en una Sociedad de previsión podría reclamar pensión por afecciones oculares preestablecidas.

Se tendrán en cuenta no sólo lesiones antiguas incompatibles con el trabajo, que traten de ocultarnos con mala fe, sino predisposiciones, de gran interés legal ulteriormente, aunque el sujeto obre de buena fe.

Ejemplos:

Un obrero sufre un accidente que da lugar a una queratitis supurada, cuya consecuencia es un leucoma total. Pero existe una dacriocistitis. ¿Es responsable el traumatismo de la pérdida de visión?

Un voluntario sufre en actos del servicio un traumatismo y se diagnostica un desprendimiento de retina; pero en el otro ojo existe una coroiditis miópica. ¿El traumatismo ha sido causa eficiente, o sólo ocasional, del desprendimiento retiniano?

De aquí la extraordinaria importancia del reconocimiento completo, previo, en todos los casos.

MARIO ESTEBAN,

Capitán Médico.

NECROLOGÍA

D. JOSE MALLO LESCUN,

Capitán Médico.

Nació en León, el día 12 de Mayo de 1889. Verificó los estudios de la carrera en la Universidad de Valladolid, ingresando, por oposición, en la Academia del Cuerpo el 30 de Septiembre de 1913. En 31 de Enero de 1914 fué promovido a Médico segundo, y en 21 de Febrero de 1919 ascendido a Capitán Médico. Prestó sus servicios en los Regimientos de Infantería Sevilla y Serrallo, Hospital Militar de Madrid, Regimiento de Caballería Cazadores de Alcántara, Regimientos de Infantería Zaragoza, Wad-Ras y Navarra, Batallón Cazadores de Tarifa, Instituto de Pedro Mata (Reus) y tropas afectas al Servicio de Aeronáutica. Quedó de reemplazo por enfermo en Septiembre de 1924, y en Noviembre de 1925 obtuvo colocación en el Batallón Cazadores de Africa, núm. 12, pasando después a la Comandancia de Sanidad Militar de Larache, cuyo destino servía a su fallecimiento, ocurrido en 24 de Mayo anterior.

Poseía dos cruces rojas, una de ellas pensionada, del Mérito Militar, y había desempeñado varias comisiones del servicio.

Descanse en paz nuestro estimado compañero.

VARIEDADES

Al cerrarse nuestra edición ha terminado el ciclo de conferencias correspondientes al curso de instrucción para Capitanes Médicos próximos al ascenso, bajo la presidencia del Coronel Médico, Director de la Academia de Sanidad Militar, D. José García Montorio, y a cargo del de el mismo

empleo D. José Potous, del Teniente Coronel D. Santos Rubiano y de los Comandantes Médicos D. Paulino Fernández Martos, D. Francisco Valladolid, D. Florencio Herrer y don Cosme Valdovinos.

* * *

A fines del pasado mes regresó de los Estados Unidos el Comandante Médico D. José Palanca, Inspector Provincial de Sanidad de Madrid, una vez cumplida su comisión para el estudio de la organización sanitaria en dicho país.

El Sr. Palanca dió a conocer sus impresiones en una notable conferencia que pronunció en la Real Academia Nacional de Medicina.

* * *

Por reciente Real decreto ha sido promovido al empleo de Inspector Médico de segunda clase el Coronel Médico don Eduardo Coll, apreciable Jefe, a quien enviamos nuestra respetuosa enhorabuena.

* * *

El 29 del pasado tuvo lugar en León el entierro del cadáver del Capitán Médico D. José Mallo, fallecido recientemente en Larache, acto que constituyó una sentidísima manifestación de duelo.

Una compañía del Regimiento Infantería Burgos, número 36, con banda y música, tributó los honores fúnebres.

El General Gobernador de aquella plaza, Sr. Moscoso, que presidió el duelo, dirigió sentido pésame a la familia y al Cuerpo de Sanidad Militar, para el que tuvo palabras de gran elogio, contestándole con elocuentes frases de agradecimiento el Jefe de Sanidad de León, Comandante Médico D. Estanislao Cabanes.

* * *

Al cerrar nuestra edición marcharon a verificar las prácticas reglamentarias de fin de curso, en el vecino pueblo de Villaviciosa de Odón, los Alféreces alumnos de la Academia de Sanidad Militar.

Asistirán a dichos ejercicios, además del Director y Profesorado de dicho Centro, los Capitanes Médicos próximos

al ascenso que acaban de terminar en esta Corte el curso de instrucción de que damos cuenta en otro lugar de esta sección.

* * *

El Comandante Médico D. Jerónimo Sal Lence ha sido agraciado con la Cruz de Alfonso XII, en atención a sus distinguidos servicios profesionales.

* * *

Ha sido nombrado por el Ministerio de la Guerra el Comandante Médico D. Mariano Gómez Ulla, para que represente a nuestro Cuerpo en las Jornadas Médicas que han de tener lugar en Bruselas (Bélgica) del 25 al 29 del mes actual.

* * *

Con motivo de los cursos de instrucción a la guarnición de Madrid, pronunciaron interesantes conferencias los Comandantes Médicos nombrados al efecto, D. Silvano Escribano y D. Federico Ramos de Molins.

* * *

En los últimos y victoriosos combates habidos en nuestra Zona de influencia de Marruecos, se distinguieron, como siempre, el personal y los servicios de nuestro Cuerpo, que hubieron de luchar contra las duras inclemencias del tiempo y lo abrupto de los terrenos para cumplir su penosa misión.

Con motivo de dichos encuentros resultaron heridos el Capitán Médico Sr. Correa y el Teniente Médico Sr. Valderama, a quienes deseamos rápida y completa curación.

* * *

Convocados por el Excmo. Sr. Inspector de la primera Región, D. Pedro Prieto de la Cal, se reunieron representaciones de Jefes y Oficiales de nuestro Cuerpo residentes en esta Corte, para tomar acuerdos preliminares respecto a la próxima festividad de la Virgen del Perpetuo Socorro, Patrona de la Sanidad Militar.

* * *

La Real Academia de Medicina de Sevilla celebrará el siguiente concurso científico para 1927:

Tema: *Estudio del estado actual de la Higiene Escolar en Sevilla y del plan y de los medios que deben emplearse para su mejoramiento.*

Al mejor trabajo que se presente, se le concederá un premio de 500 pesetas, y al que le siga en mérito relativo se le otorgará un accésit de 250 pesetas.

La Academia podrá otorgar otros accésit más, si entendiera el Tribunal calificador que algunos de los trabajos presentados fueran merecedores de esta distinción.

Tanto al que obtenga el premio como a los que fueran merecedores de accésit, se les otorgará el título de Académico correspondiente.

* * *

La orden general del Ejército de Africa de 9 del corriente publica el expediente para la concesión de la Cruz laureada de San Fernando al Capitán Médico D. Isidro Sáenz, por su comportamiento en los combates de Agosto de 1924.

* * *

Recortamos de *El Siglo Médico*:

El profesor Picqué, Jefe del Hospital Militar de Valence, en la Gironda ha perecido víctima de un accidente de aviación en el ministerio de su ciencia.

Picqué había sido durante varios años el propulsor contumaz y entusiasta del servicio sanitario aéreo en Francia. Merced a sus campañas se había llegado a crear esta benemérita institución, por la cual muchos enfermos cuya dolencia requería una urgente intervención de los especialistas, fueron salvados de la muerte, sobre todo en las poblaciones distantes de los grandes centros médicos franceses. Ahora el Dr. Picqué había sido llamado a Cazaux para asistir a una señora. Montó en un avión y acudió. La enferma necesitaba ser operada inmediatamente en Burdeos. Y durante el regreso a esta capital, habiéndose prendido fuego en el avión que tripulaba Picqué, éste perdió la serenidad ante

el incremento de las llamas y se arrojó a tierra desde una altura de cien metros. El piloto pudo aterrizar indemne y ver el cuerpo de su infortunado compañero de viaje completamente destrozado.

PRENSA MEDICO-FARMACEUTICA

LA REACCIÓN DE DICK EN LA ESCARLATINA.—El Dr. Rademaker (*Nederl V. Geneesk*, 18 Septiembre de 1926) recuerda sus observaciones sobre la reacción de Dick en el departamento de enfermedades infecciosas del Hospital Municipal de The Hague, cuyas conclusiones son las siguientes: 1.ª La reacción de Dick es una indicación de la presencia o ausencia de anticuerpos contra la escarlatina, y por esto puede ser empleada en diagnóstico de la escarlatina y en la determinación de la susceptibilidad de las personas sanas que se ponen en contacto con los enfermos de escarlatina. 2.ª Una reacción positiva se hace negativa en muchos casos después de un ataque de escarlatina. En cambio, confirma el diagnóstico en algunos casos dudosos, antes que sea obtenida su certeza por otros síntomas como la descamación, etc. 3.ª Una reacción negativa puede ocurrir en los primeros cuatro días del padecimiento, porque la piel, aunque antes dió una reacción positiva, no posee suficientes anticuerpos, o porque la piel no es capaz de reaccionar. 4.ª Una reacción de Dick obtenida de una

persona susceptible, antes del comienzo de la enfermedad, u obtenida durante el período eruptivo, y por esto no reconocible, es frecuentemente manifestada por la aparición de una mancha blanca que demuestra que la formación de anticuerpos ha tenido lugar. 5.ª Una reacción positiva antes de aparecer la erupción, tiende a desaparecer al mismo tiempo que la erupción se presenta. 6.ª De 278 casos de escarlatina, la reacción permaneció pasible en 11. 7.ª En todos los casos dudosos una reacción positiva debe compararse con una reacción de control, que no excluye en absoluto la susceptibilidad a la escarlatina. 8.ª La susceptibilidad a la reacción de Dick parece ser menor entre las clases pobres que entre las ricas, porque el riesgo de infección entre las primeras es naturalmente mayor. 9.ª En 29 casos, una reacción positiva fué observada antes de la aparición de la erupción. El autor no ha observado nunca una persona con reacción que contraiga la escarlatina.—M. M. S.

* * *

LOS REGÍMENES HIPONITROGENADOS.—Ch. Richet y R. Mon-

ceaux (*La Presse Medical*). La alimentación declorurada ha entrado en las costumbres médicas, proporcionando grandes servicios. Por el contrario, no hace conocimiento de causa el régimen hiponitrogenado. Todos los que han estudiado el régimen dietético de los nefroesclerosos han racionado la cantidad de nitrógeno; pero creemos que nunca con la precisión que se ha hecho en el régimen declorurado. En presencia de un nitrogénico el médico encuentra dificultades para equilibrar juiciosamente su alimentación. Generalmente aconseja régimen lácteo-vegetariano, fórmula muy imprecisa y que aporta una ración alta de nitrógeno.

Cuando hay accidentes amenazadores pone a su enfermo a agua; pero esta dieta hídrica, a la que no negamos sus buenos efectos, determina, como hemos comprobado experimentalmente, una nitrogenemia superior. Es lo que hemos llamado nitrogenemia fundamental; hay una desintegración albuminoidea más marcada del organismo. En otros casos pone a régimen de frutas, régimen tan clásico como excelente, pero que proporciona una ración calórica insuficiente. Es por lo que A. Weil recomienda la disminución nitrogenada, sin bajar de 50 a 60 gramos por día. Marcel Labbé insiste sobre la limitación nitrogenada y el régimen de frutas.

Hemos tratado de estudiar esta cuestión fijando el metabolismo nitrogenado, nitrogenemia, la nitrogeneria fundamentales, pre-

cisando antes el óptimum y el minimum nitrogenados.

Para muchos fisiólogos el óptimo de un hombre corresponde esencialmente a lo que él consume; término medio, para los diferentes autores, viene siendo de un gramo por kilogramo de peso; se puede afirmar que se trata de una ración de lujo.

Pasando al minimum nitrogenado, se puede decir que viene siendo, para el adulto de 60 a 70 kilogramos de peso, de 17 gramos de materias proteicas, comprendido el nitrógeno fecal.

Con estas cifras hemos establecido los regímenes proteicos: uno, muy severo o de excepción, y otro, menos severo, a nuestro parecer, debe ser el régimen normal para muchos enfermos.

Régimen nitrogenado severo.-- La base está constituida por una rosca de pan o pan sin nitrógeno, crema y frutas.

El pan sin nitrógeno es un problema culinario, que si bien la industria lo fabrica, contiene gran cantidad de material proteico, ya que se precisa en la fabricación una proporción de gluten. Aconsejamos se haga este pan de la manera siguiente: Se mezclan 50 gramos de almidón con 22 gramos de manteca y 28 gramos de azúcar en polvo, poniendo un poco de agua caliente para disolver el azúcar, con lo que se hará una pasta espesa. Se añade un poco de levadura fresca de panadería y se deja veinticuatro horas al fresco. La pasta aumenta un poco, y basta hacer pequeñas galletas que se cuecen a horno fuerte.

Esta preparación precisa cier-

ta manipulación, y su sabor es el de la harina. No hay inconveniente en añadirle aceite vegetal en lugar de manteca; la manteca será fresca para evitar el sabor rancio; se puede añadir azúcar, pero sin ventajas gustativas; se puede añadir sal si no precisa el régimen declorurado, e igualmente aromatizar con limón, vainilla, canela o coñac. Igualmente se puede hacer con 100 gramos de almidón, 25 de azúcar y 30 gramos de manteca. Tiene un valor calórico de 500 calorías por 100 gramos de peso, es decir, dos veces el valor del pan ordinario. Su proporción proteica es insignificante: 0,25 gramos por 100.

La crema en este régimen hiponitrogenado es un alimento de primer orden; contiene 1 a 2 por 100 de material proteico, según las muestras.

Las frutas son muy aconsejadas en los nitrogenémicos; comidas de frutas o días de frutas. Si eliminamos las avellanas, las almendras, nueces y castañas, muy ricas en proteicos, podemos aconsejar las restantes, crudas o cocidas.

Las confituras también son de recomendar. Los caldos de legumbres se harán exclusivamente con puerros, judías, nabos y patatas, muy pobres en nitrógeno; pero sus caldos son poco calorígenos; se les hace más nutritivos añadiéndoles a cada 250 gramos de caldo 10 gramos de tapioca y haciéndoles más sápidos con crema fresca o manteca.

El suero no contiene más que el 0,11 por 100 de nitrógeno; pero su valor calórico es mediocre;

no nos parece indicado, salvo cuando es vector de tapioca, azúcar, crema o manteca.

Las tres legumbres más útiles en este régimen son las patatas, las judías y la coliflor. Las restantes no se emplearán.

Como bebidas, y dadas las apatencias del organismo, aconsejamos 3 centilitros de coñac o 15 centilitros de vino, que corresponden a 100 calorías, a más del agua que pida el enfermo. La leche está contraindicada por su riqueza en nitrógeno (36 por 100).

Al lado del régimen anterior colocaremos el *régimen hiponitrogenado mitigado*, con 15 a 30 gramos de proteicos, aconsejable en los casos que aconsejábamos el régimen láctovegetariano.

La leche, con sus 34 gramos de albúminas por litro, los quesos, los huevos, los higos secos, los guisantes, las habas, lentejas (que tienen el 20 a 25 por 100 de materias proteicas), deben ser proscritas.

Por el contrario, se aconsejará coliflores, cotufa, judías verdes, arroz a pequeñas dosis, las pastas, el pan ordinario. Como es indispensable variar la alimentación, se tolerará, salvo condiciones especiales, dos veces por semana, 75 gramos de carne o pescado.—(*La Medicina Ibero*, Octubre 1926.)

* * *

TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS POR MEDIO DEL BISMUTO.—El doctor italiano A. Versari (*Rif. Med.*, 3 de Mayo 1926) da detalles de

21 casos de psoriasis tratados por inyecciones intramusculares de tartrato sódico-potásico de bismutato, que fueron dadas con intervalos de cinco a seis días en dosis de 2 a 3 c. c. por inyección. En algunos casos fué tolerada hasta la dosis de 5 gramos sin ningún trastorno. Ningún tratamiento local fué usado. En 12 casos sobrevino la desaparición rápida y completa de la erupción. En los demás casos hubo una extraordinaria mejoría en los síntomas. Los mejores resultados fueron obtenidos en psoriasis generalizada.—*M. M. S.*

EL VIOLETA DE GENCIANA EN EL COREA Y EN LA ENCEFALITIS INFECCIOSA.—El Dr. J. W. Wisher (*Journ. of New and mental Dis.* Octubre 1925) ha obtenido buenos resultados contra el corea y en casos de encefalitis, por medio de inyecciones intravenosas de violeta de genciana. En un niño de seis años con endocarditis subaguda y precoz corea, fué administrada en inyección intravenosa la cantidad de 8 c. c. de una solución de violeta de genciana al 1 por 100, con gran mejoría y curación a las tres sema-

nas después de repetida otra vez la misma dosis. Tres casos de encefalitis consecutivas a la fiebre tifoidea fueron extraordinariamente mejorados con las inyecciones intravenosas del violeta de genciana. El mejoramiento fué notable, desapareciendo poco a poco los trastornos del lenguaje, y viniendo al estado normal las reacciones mentales. Ninguna reacción febril ni de otra naturaleza siguió al empleo del medicamento, que resultó enteramente inofensivo a las dosis usadas.—*M. M. S.*

TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA POR LA MALARIA.—El Dr. Luccherini ha referido en *Il Policlinico* de 27 de Febrero último, cuatro casos de leucemia tratados sucesivamente por la producción artificial de la malaria. El autor considera este tratamiento igualmente efectivo en las formas agudas y subagudas de la leucemia, en las que la radioterapia es poco eficaz. En la leucemia crónica la malario-terapia no debe ser usada, excepto cuando los rayos X no dan resultado.—*M. M. S.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

AVIACIÓN MILITAR SANITARIA.—El Sr. Gabbi, en un interesante trabajo publicado en Parma el pasado año, pone de manifiesto la utilidad de una buena organización sanitaria aérea para las necesidades de la guerra, ex-

poniendo la actual organización de Francia e Inglaterra sobre este asunto, como resultado de una comisión que le fué confiada para dicho estudio.

Francia ha adoptado los siguientes aeroplanos, proyectados

y contruídos exclusivamente para ambulancia aérea: 1.º, aeroplano-ambulancia Breguet, para dos camillas, un asiento y dotación médico-quirúrgica; 2.º, aeroplano-ambulancia Hanriot, con una camilla y un asiento para el médico, pudiendo aterrizar sobre terreno no preparado; 3.º, aeroplano-ambulancia Loire-Gourdon-Lessure, para un solo herido, sin puesto para el médico.

En la Gran Bretaña se han adoptado: 1.º, aeroplano-ambulancia Brandou, para 8 personas; 2.º, aeroplano-ambulancia Andover, para 9 personas; 3.º, aeroplano-ambulancia Vickers-Vernou, para 6 heridos. Tienen facilidad para el aterrizaje y están bien acondicionados, teniendo algunos puesto médico-quirúrgico.

En Alemania no existen oficialmente aeroplanos-ambulancias, pero los aparatos civiles pueden fácilmente adaptarse al transporte de enfermos y heridos.

En Italia se ha acondicionado un Juncker, instalándose dos camillas y un puesto para el facultativo, y se hallan en vías de adaptación un Farman para 5 heridos y un Aviatik para uno. También ha propuesto Falchi la transformación de un Caproni de bombardeo.

El autor propone el establecimiento de un servicio sanitario aéreo de carácter general, independiente del que afecta a la Sanidad Militar y Naval.—*Giornale di Medicina Militare*, Aprile 1927).—J. P.

COMUNICACIÓN DE CONJUNTO SOBRE EL SERVICIO ANTIPALÚDICO EN MARRUECOS EN EL SECTOR OESTE, FRENTE NORTE, DURANTE LA CAMPAÑA DE 1925.—El Dr. Hassenforder, Médico mayor del Ejército francés, resume la importante misión para la que fué comisionado, en los siguientes términos. Se trataba:

1.º De desarrollar con todas las explicaciones necesarias en las unidades armadas y en los servicios la doctrina actual de la profilaxia del paludismo; hacer propaganda, interesar a la opinión militar, educarla y hacerla comprender el peligro del mosquito y la obligación de la quinación.

2.º De indicar los medios más prácticos y eficaces para aplicar las medidas antipalúdicas que debía ordenar el Mando y la Sanidad Militar en el sector.

3.º Comprobar, por el examen de las orinas, la absorción real de la quinina preventiva.

4.º Rebuscar en las formaciones sanitarias de vanguardia los enfermos portadores de hematozoarios, segregando rápidamente los casos graves, para instituir antes de la evacuación un tratamiento intensivo que facilite el viaje, y hacer asimismo una separación para conservar en vanguardia los casos benignos que podían tratarse sobre el terreno en las ambulancias del sector.

5.º De documentarse sobre la extensión del paludismo entre las tribus indígenas del sector, investigando el índice endémico.

6.º De trabajar de común

acuerdo con el Médico Jefe del sector, para el empleo de los equipos sanitarios en los trabajos de saneamiento de los campamentos en general, y en la aplicación de medidas anti-larvarias, trabajos que podrían necesitar la intervención del Mando.

Se hicieron también demostraciones prácticas preliminares con objeto de recordar las técnicas de la rebusca del hematozoario en la sangre, el empleo del reactivo de Tanret en el control de la quinización, y los procedimientos de determinación de los insectos que ocasionan la picadura.

El estudio particular consistió en señalar las regiones y terrenos en que existían mosquitos y los viveros permanentes de insectos y larvas, teniendo en

cuenta que las menores superficies acuáticas pueden servir de criaderos temporales de los mismos.

1.º Los dípteros picadores más habitualmente hallados fueron el anofele y el culex.

2.º Las observaciones sobre el índice endémico correspondieron en su mayor cifra a las poblaciones indígenas que ocupaban el llano, siendo mucho menores en las regiones montañosas.

3.º En cuanto a los trabajos de saneamiento, han consistido en rectificaciones de los cursos de agua, drenajes, etc., completados con la petrolización.

La quinización fué considerada por la misión como el medio de más cierta eficacia para la profilaxis palúdica.—(*Archives de Medecine et de Pharmacie Militaires*, Octubre 1926).—J. P.

BIBLIOGRAFÍA

Médicos ilustres del siglo XIX.—Conferencias leídas en el Ateneo de Madrid, por los Dres. Cortezo, Pulido, Goyanes, Pinilla y Luis y Yagüe.

Con la galanura, acierto y sinceridad expositiva, propias de tan esclarecidos conferenciantes, refieren por el orden en que son citados, los incidentes de la vida profesional y pública de Simarro, González Velasco, San Martín, Hisern y Rubio, que tanto realce dieron a la Medicina patria en el pasado siglo, dando a conocer aspectos muy interesantes e instructivos de la labor realizada por los ilustres desaparecidos.

Constituyen las conferencias de que tratamos páginas tan

sentidas como brillantes, que hacen el debido honor a quienes van dedicadas, y demuestran el entusiasta altruismo y el amor a la profesión médica de que tantas muestras tienen dadas los autores.—*J. P.*

Juicio crítico sobre el estado actual del tratamiento de la tuberculosis en sus tres aspectos: higiénico o profiláctico, médico o farmacológico, y quirúrgico, por el Dr. José Valdés Lambea.

Allá en su rincón de Trubia, este ilustrado Jefe Médico de nuestro Cuerpo no deja de producir, con tanta perseverancia como acierto, luminosas páginas acerca de la tuberculosis, avaloradas por una amplia labor de investigación que le han constituido, muy merecidamente por cierto, en una autoridad científica sobre tan importante materia.

En el presente trabajo, que obtuvo por unanimidad el premio establecido por *El Siglo Médico*, Valdés Lambea, apoyándose en los mecanismos defensivos del organismo, señala el fracaso de muchos fármacos, algunos realmente perjudiciales, indicando aquellos que se pueden emplear para luchar contra los síntomas molestos o perturbadores, y sin abandonar el auxilio que debe darse a la naturaleza, indica los éxitos obtenidos por la ejecución de sencillas medidas higiénicas. En este mismo orden de ideas, describe las ventajas obtenidas por la colapsoterapia pulmonar.

En cuanto al remedio en boga, la sanocrisina, fuera del avance que representa en Quimioterapia, no cree haya resuelto este problema.

A la obra acompaña una extensa y escogida bibliografía.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

9 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 104) concediendo al Comandante Médico D. Cesáreo Gutiérrez Vázquez el pase a reemplazo voluntario con residencia en la octava región.

- 9 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 105) aprobando el programa y presupuesto de 5.962,50 pesetas para el actual curso de Capitanes Médicos próximos al ascenso.
- 9 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 105) concediendo la Medalla militar de Marruecos, con pasador de Larache y Tetuán, al Capitán Médico D. Leandro Martín Santos, y con pasador de Larache a los Tenientes Médicos D. Leandro Rey Ugarte y D. Federico Torrecillas y Leal de Ibarra.
- 9 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 105) disponiendo que el Capitán Médico D. Justo Vázquez de Vitoria se incorpore, como alumno, al primer curso de Radiología que se convoque.
- 9 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 105) concediendo al Capitán Médico D. José Moreno de Monroy y Gil el distintivo creado por Real orden circular de 26 de Noviembre de 1923, adicionado con tres barras rojas.
- 9 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 109) prorrogando por tres meses la comisión de asistencia al curso de Cirugía que desempeñan los Comandantes Médicos D. Gustavo Martínez Manrique y D. Pascual Ibáñez Centenera, y Capitán Médico D. Antonio Grau Pujol.
- 11 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 105) disponiendo se celebre concurso para proveer una plaza de Comandante Médico internista del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, y otra del mismo empleo, oftalmólogo, del de La Coruña.
- 14 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 109) disponiendo se celebre concurso para proveer una plaza de Capitán Médico profesor del Colegio de Huérfanos de la Inmaculada Concepción, que ha de desempeñar la clase de Francés.
- 14 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 109) autorizando al Comandante Médico D. Pascual Ibáñez Centenera para usar sobre el uniforme la Medalla de oro de la Cruz Roja Española.
- 14 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 109) concediendo al Teniente Médico D. Manuel Molín Guerra la pensión de Cruz de San Hermenegildo.
- 14 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 109) concediendo al Teniente Coronel Médico D. Heliodoro Palacios Gallo la pensión de Cruz de San Hermenegildo.
- 18 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 110) disponiendo se autorice a

- los Inspectores, Jefes y Oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar que lo deseen y soliciten, para asistir por su cuenta a la Asamblea de la Asociación de Médicos Militares de los Estados Unidos de Norteamérica, que se celebrará en Pensilvania los días 6, 7 y 8 de Octubre próximo.
- 18 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 109) concediendo el pase a disponible voluntario, en Madrid, al Farmacéutico primero D. José Cobeño Cervera.
- 18 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 109) concediendo al Farmacéutico segundo D. José de la Sota y Mantilla de los Ríos, licencia para contraer matrimonio con D.^a Cristina Gómez Vivanco.
- 19 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 110) concediendo autorización al Teniente Coronel Médico, en situación de reserva, D. Juan Roche User, para residir en París durante cuatro días.
- 19 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 110) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo hecha al Comandante Médico D. Nicolás Bonet Luna.
- 21 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 112) destinando a las Intervenciones Militares de Tetuán a los Tenientes Médicos D. Isaac Encinas Rodríguez y D. José Fuentes Márquez.
- 21 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 113) concediendo sexta prórroga por tres meses al Comandante Médico D. Leonardo Fernández Guerrero, a la comisión de asistencia al curso de Bacteriología y Análisis que viene desempeñando.
- 21 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 113) concediendo la Placa de San Hermenegildo al Teniente Coronel Médico D. Justo Muñoz García.
- 21 Mayo.—Rel orden (D. O. núm. 113) concediendo la Placa de San Hermenegildo al Teniente Coronel Médico D. Francisco Domingo Ortiz.
- 21 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 113) concediendo al Teniente Coronel Médico D. Valentín Suárez Puerto el premio de efectividad de 1.000 pesetas; al Comandante Médico D. José Bua Carón, el de igual cantidad; D. Angel Capa Arabiotorre y D. Francisco de la Peña Azaola, el de 500 pesetas, y al Capitán Médico D. Roberto Solans Labedan, el de 1.200 pesetas.
- 25 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 115) destinando a los Jefes y Oficiales Farmacéuticos siguientes:
Médico D. Pascual Ibáñez Centenera para usar sobre el uniforme la Medalla de oro de la Cruz Roja Española.

Subinspectores Farmacéuticos de primera clase: D. Antonio Casanovas Llovet, ascendido, de la Subinspección de los servicios de la segunda región, al Laboratorio Central de Medicamentos, de Director (V.), y D. Wenceslao Carredano López, ascendido, de Jefe de la Farmacia militar de esta corte, 2, a disponible en la primera región.

Subinspectores Farmacéuticos de segunda clase: D. Jenaro Peña Guerau, de excedente en la cuarta región, y en comisión en la liquidadora del suprimido Laboratorio de Badalona, a Jefe de la Farmacia militar de esta corte, 2 (Real orden de 14 de Enero de 1926), continuando en dicha comisión; D. Antonio Velázquez Amézaga, ascendido, del Laboratorio Central de Medicamentos, a la Subinspección de los servicios de la octava región (V.), y D. Cándido Alonso Bermúdez, ascendido, del Hospital de Barcelona, a la Subinspección de los servicios de la segunda región (F.).

Farmacéuticos Mayores.—D. Enrique Fernández de Rojas y Cedrún, de este Ministerio (primera Dirección) al Hospital de Larache (F.); D. Jaime Blanch Vila, del Hospital de Larache al de Barcelona (V.); D. Miguel Campoy Irigoyen, ascendido, de este Ministerio (segunda dirección), a disponible en la primera región, y D. Antonio Gómez Martínez, ascendido del Hospital de Las Palmas, a la Subinspección de los servicios de Canarias (V.).

Farmacéutico primero: D. Gregorio Aranda Vergara, ascendido, del Hospital de Alcazarquivir, al de Las Palmas (F.).

Farmacéuticos segundos: D. Lucrecio Hervás Gorroño, del Hospital de Madrid-Carabanchel, a la Farmacia Militar de esta Corte, 4 (V.); D. José Sañudo Arenas, del Hospital de Larache, a la Farmacia Militar de esta Corte, 1 (V.); D. Antonio Contreras Morales, de excedente en la segunda región, al Hospital de Madrid-Carabanchel (V.); D. Pedro Guardiola Carasa, de excedente en la cuarta región, y en comisión en la liquidadora del suprimido Laboratorio de Badalona, a la Farmacia Militar de Burgos (F.), cesando en la comisión; D. Juan López Guerrero, de la Farmacia Militar de Burgos, al Hospital de Barcelona (Real orden de 14 de Enero de 1926, D. O. núm. 11); D. Jesús Carmona Solís, del Hospital de Barcelona al de Larache (forzoso), y D. José de la Sota y Mantilla, de la Farmacia Militar de esta Corte, 4, al Hospital de Alcazarquivir (F.).

Relaciones según el art. 13 del Real decreto de 9 de Mayo de 1924 (C. L. núm. 227).

1.º — Exceptuados.

Farmacéutico segundo: D. Luis Gálvez Lancha, que habiéndole correspondido servir en Africa, no ha sido destinado por hallarse de reemplazo, por herido.

2.º—Probable ascenso dentro de seis meses.

Farmacéuticos primeros: D. Jaime Gastalver Gimeno y D. Rafael Roldán Guerrero.

Farmacéuticos segundos: D. José Fernández Lerena y D. Fermín Fatou Sánchez-Medina.

3.º—Probable destino forzoso antes de seis meses.

Farmacéutico mayor: D. Francisco de Paula Millán.

Farmacéutico primero: D. Mariano Martínez Castilla.

Farmacéuticos segundos: D. Luis Gálvez Lancha, D. Joaquín Arijón Gende y D. Francisco Peña Torrea.

25 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 115) disponiendo quede sin efecto el destino del Teniente Médico D. José Fuertes Márquez a las Intervenciones Militares de Tetuán.

25 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 115) concediendo tres meses de licencia para asuntos propios, para París, Berlín, Viena, Belgrado y Constantinopla, al Farmacéutico mayor D. Guillermo Casares Sánchez.

27 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 116) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Coronel: D. Emiliano Quintana Barragán, ascendido, del Hospital Militar de Logroño, a disponible en la sexta región.

Tenientes Coroneles: D. Aurelio Solís Jacinto, ascendido, de la Comandancia de Sanidad de Melilla, a disponible en la misma plaza; D. Alfonso Moreno López, ascendido, del Hospital de Madrid-Carabanchel, a disponible en la primera región; D. Manuel García Sánchez, del Hospital de Barcelona, al de Logroño, como Director (Arts. 4 y 5), y D. Emilio Alonso

García-Sierra, de disponible en la primera región, al Hospital Militar de Barcelona (Art. 10).

Comandantes: D. Juan López Quelles, ascendido, del Instituto de Higiene Militar, a disponible en la primera región; D. Aniceto García Fidalgo, ascendido, de los Servicios de Artillería y tropas de costa y posición de Larache, a disponible en la primera región; D. Delfín Hernández Irigaray, del Hospital Militar de Barcelona, al Depósito de Sementales de Hospitalet (Real orden de 14 de Enero de 1926, D. O. núm. 11); D. Ramón Fiol Paredes, de disponible en la segunda región, al Depósito de Remonta y Doma de Jerez (Art. 10), y D. Juan Romeu Cuallado, de disponible en Baleares, al Depósito de Sementales de la tercera zona pecuaria (Art. 10).

Africa.

D. Paulino Paredes Pereda, de los Grupos de hospitales de Melilla, a la Comandancia de Sanidad de la misma plaza (V.), y D. Antonio López Castro, del Depósito de Sementales de Hospitalet, a los Grupos de hospitales de Melilla (V.).

Capitanes: D. Julián Bravo Pérez, de las Intervenciones Militares de Melilla, al Batallón de Montaña Mérida, 3 (Art. 1), y D. José Luxán Zabay, de la Plana mayor y primer grupo de la tercera Comandancia de Sanidad, al Regimiento de Húsares de Pavía, 20 de Caballería. (Real orden de 14 de Enero de 1926, D. O. núm. 11.)

Africa.

D. Luis Cordonié Aguilera, del Regimiento de Húsares de Pavía, 20 de Caballería, a los servicios de Artillería y tropas de costa y posición de Larache. (V.)

Tenientes: D. José Torres Jiménez, del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Alhucemas, 5, al Regimiento de Infantería Africa, 68, en plaza de su empleo (V.), y D. José María García García, del Hospital de Madrid-Carabanchel, al Batallón de Cazadores de Africa, 6, en plaza de Capitán. (V.)

Alférez de complemento: D. Eduardo Tolosa Colomer, del Hospital Militar de Barcelona, cesa en este destino, quedando adscrito a la Capitanía general de la cuarta región y afecto a la Inspección de Sanidad de la misma.

Jefes y Oficiales a quienes les comprende el apartado A) del artículo 2.º del Real decreto de 1.º de Mayo de 1924 (D. O. núm. 108).

Tenientes Coroneles, del 1 al 3.
Coroneles, el núm. 1 de la escala.
Comandantes, del 1 al 5.
Capitanes, del 1 al 13.

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

Comandantes: D. Jesús Fernández Casas, D. Luis Fernández Vallesa y D. Olegario de la Cruz Repila.

Capitanes: D. Manuel González Pons, D. Juan Manuel Ortega García, D. Francisco Corripio González, D. Manuel Torrecillas Carrión y D. Carlos Puig Quero.

- 28 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 117) disponiendo se abra concurso entre Farmacéuticos mayores para cubrir una plaza de plantilla en la Dirección general de Preparación de Campaña.
- 28 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 117) disponiendo que los Capitanes Médicos que siguen el curso de ampliación de estudios de Higiene continúen en el mismo hasta fin de Septiembre.
- 27 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 117) concediendo el pase a disponible voluntario, con residencia en Sevilla, al Farmacéutico primero D. Miguel Jerez Olmedo.
- 30 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 118) disponiendo se anuncien a concurso una plaza de Farmacéutico mayor, vacante en el Laboratorio Central de Medicamentos, y otra de Farmacéutico primero vacante en el Ministerio de la Guerra (segunda Dirección).
- 28 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 118) concediendo al Teniente Médico D. Arturo Alaejos García licencia para contraer matrimonio con D.^a Aurora García Fernández.
- 31 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 120) concediendo la vuelta a activo al Comandante Médico D. Elío Díez Mato, que continuará de supernumerario hasta que le corresponda ser colocado.
- 3 Junio.—Real decreto (D. O. núm. 121) promoviendo a Inspector Médico de segunda clase al Coronel Médico D. Eduardo Coll Sellares.

- 3 Junio.—Real decreto (D. O. núm. 121) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la quinta región al Inspector Médico de segunda clase D. Eduardo Coll Sellares.
- 4 Junio.—Real orden (D. O. núm. 123) concediendo el empleo superior inmediato al Teniente Coronel Médico D. Alberto Ramírez Santaló, al Comandante Médico D. José Bua Carón y Capitán Médico D. Alberto Forés Palomar.
- 3 Junio.—Real orden (D. O. núm. 123) desestimando la instancia del Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Ciro Benito del Caño en súplica de mayor antigüedad en la Cruz de San Hermenegildo.
- 5 Junio.—Real orden (D. O. núm. 123) concediendo al Inspector Médico de segunda clase en situación de segunda reserva don Francisco Alfau Abreu, la pensión de 2.500 pesetas correspondiente a la Gran Cruz de San Hermenegildo.
- 6 Junio.—Real orden (D. O. núm. 125) concediendo al Teniente Coronel Médico D. Eliseo Rodríguez Sayaces la pensión de Cruz de San Hermenegildo.
- 8 Junio.—Real orden (D. O. núm. 126) disponiendo que el Comandante Médico D. Mariano Gómez Ulla asista en comisión del servicio y en representación del Ejército, a las jornadas médicas que han de tener lugar en Bruselas del 25 al 29 del mes actual.
- 8 Junio.—Real orden (D. O. núm. 126) concediendo al Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Julián Cardona García el pase a situación de disponible voluntario, con residencia en Sudanca (Guadalajara).
- 9 Junio.—Real orden (D. O. núm. 126) concediendo al Comandante Médico D. Juan Romeu Cuallado el pase a situación de disponible voluntario, con residencia en Baleares.
- 6 Junio.—Real orden (D. O. núm. 126) concediendo al Comandante Médico D. Adrián Gavín Bueno un mes de licencia para Francia, Alemania y Suiza.
- 7 Junio.—Real orden (D. O. núm. 126) concediendo al Teniente Médico D. Emiliano Aguilera Fernández licencia para contraer matrimonio con D.^a María de las Mercedes Ponce de León Velloso.
- 8 Junio.—Real orden (D. O. núm. 126) concediendo al Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Julián Cardona García la vuelta a activo, quedando disponible hasta que sea colocado.

7 Junio.—Real orden (D. O. núm. 126) disponiendo que el Capitán Médico D. Manuel González Pons vuelva a activo, quedando disponible en esta región hasta que sea colocado.

Correspondencia administrativa de la Revista.

Sr. Oliván (Inca).—Abonado el segundo semestre del pasado año. Hospital Marina (Cartagena).—Idem todo el año actual. Hospital Lérida.—Idem id.

Sr. Aguilera (Tetuán).—Idem el primer semestre de ídem.

Sres. Velarde y Sánchez Bish (Jerez de la Frontera).—Idem el cuarto trimestre del pasado año y primer semestre del año actual, y el primer semestre de ídem, respetivamente.

D. Simplicio Vidal (Lugo).—Idem el primer semestre del año actual.

José Sánchez de Ocaña, Suc. de Nieto y Compañía.—Tutor, 16, teléfono 32374.

DESINFECTANTE

“ FENAL ”

PRODUCTO ESPAÑOL

Declarado de utilidad pública

**El mejor, más económico
y eficaz de los desinfectantes
conocidos**

Preparado en el Laboratorio del

**INSTITUTO DE
PRODUCTOS DESINFECTANTES**

Bailén, 5 **BILBAO** Teléfonos:
251 y 1999

