

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX.

Madrid, 15 de Agosto de 1929.

Núm. 8.

SUMARIO

Tratamiento moderno de las heridas, por el DR. MARTÍN SALAZAR.—*Sobre la encefalitis post-vacunal*, por A. VALLEJO NÁGERA.—*Psico-patología sexual*, por GALO FERNÁNDEZ ESPAÑA.—*Fitoterapia musulmana* (continuación), por JOAQUÍN MÁZ y GUINDAL.—A mis antiguos discípulos de la Academia de Sanidad Militar.—Homenaje a los Sres. Salazar y Alabern.—*Necrología*: Don Justino Turiño Campano.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: La quimioterapia de la sífilis.—Tratamiento de la viruela por el xilol y el suero de convalecientes.—Complicaciones oculares del paludismo.—*Prensa militar profesional*: La eficiencia en campaña del personal médico del Ejército.—La guerra química.—*Bibliografía*: Fracturas y luxaciones. Manual práctico para médicos y estudiantes.—Guerra química. Protección de animales de guerra.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Agosto de 1929.

Tratamiento moderno de las heridas

Dada la gran variedad de microbios observados en las heridas infectadas, es prácticamente imposible intentar prevenir su infección local y general por el uso de vacunas preventivas. La profilaxis de las infecciones del organismo general y de los tejidos injuriados está en un principio en manos del cirujano mediante la remoción, tan pronta y completa como sea posible, de los cuerpos extraños. Los coágulos de sangre y la institución de un libre drenaje. Si fuera posible obtener una vacuna conteniendo todos los microbios aerobios aislables de las heridas, cultivados en agar-sangre, sería indudablemente útil su uso en los primeros momentos para impedir la supuración y su infección consecutiva. Esta práctica sería más importante aún en las heridas de guerra, que tan fácilmente se infectan con microbios del suelo y de materias fecales, que contienen microbios aerobios y anaerobios productores de gases.

La controversia clásica sobre el uso de soluciones antisépticas en la cura de las heridas se ha resuelto en el senti-

do de que los antisépticos, en su mayor parte, a dosis microbicidas, tienen el inconveniente de atacar, a la vez que los microbios, las células nuevas regeneradoras de los tejidos lesionados. Por esa razón se ha aceptado la solución salina fisiológica, estéril, como el mejor flúido que debe usarse para la limpieza e irrigación de las heridas. Cuando se han producido anticuerpos específicos por el uso adecuado de vacunas microbianas, entonces se pueden usar soluciones salinas hipertónicas, aunque no debe olvidarse la opinión de Wright, que cree que estas soluciones tienen acción antifagocítica, que puede perjudicar la cicatrización de las heridas.

De todos los antisépticos usados, el que merece una atención especial es el yodoformo. Cuando éste se desdobra en contacto con los tejidos, especialmente en presencia del pus, forma yodo naciente, que es altamente germicida, y según Hamburger, el yodoformo aumenta, además, el poder fagocítico de las células. El mejor modo de usar el yodoformo en las heridas es disuelto en el éter, el cual se evapora y deja el yodoformo, finamente dividido, depositado sobre toda la superficie de la herida; esto a más de que el éter mismo tiene una acción antiséptica evidente; 66 mgs. de yodoformo son solubles en 1 c. c. de éter puro; 10 c. c. de esta solución son suficientes para dejar un fino depósito sobre el fondo de la herida, sin riesgo de intoxicación yodofórmica.

Otra droga usada modernamente para combatir la infección general de las heridas con muchas clases de microbios, es el ácido di-yodosalicílico, en forma de solución acuosa al 1 por 100 de sal sódica. Con 3 a 5 c. c. inyectados diariamente dentro de las venas se obtienen verdaderos éxitos.

Ocupémonos ahora de la vacunoterapia. Las vacunas microbianas son usadas especialmente en los casos de infección general; y no hay duda alguna de que, además de combatir la infección generalizada, estimula la cicatrización de toda herida supurada.

Para obtener éxitos en la vacunoterapia es preciso cumplir las reglas siguientes: 1.^a, que la vacuna contenga todos los microbios que infectan al paciente; 2.^a, que las dosis sean bien calculadas; y 3.^a, que sea dada a intervalos convenientes, y siempre después de la desaparición de todo fenómeno de reacción local y general consecutivo a la inoculación an-

terior. Cuando la infección general es muy intensa, hay que proceder con gran prudencia, inoculando al comenzar menor número de microbios de cada vez. Si después de algún tiempo se observa que la vacuna no da resultado, conviene reinvestigar la flora microbiana de la herida, que suele variar, y hacer de ella una nueva vacuna, con la cual se obtienen, a las veces, éxitos que sorprenden.

La técnica de la vacunación microbiana de los heridos, en cada clase de infección, es demasiado complicada para que podamos ocuparnos de ella en este lugar.

DR. MARTÍN SALAZAR.

Sobre la encefalitis post-vacunal.

Sucédense con alguna frecuencia, a partir del año 1924, las comunicaciones sobre una grave enfermedad de tipo encefalítico que se presenta en la quincena que sigue a la vacunación antivariólica. El número de casos aumenta con las campañas de intensa vacunación, especialmente en personas mayores, por lo cual consideramos muy útil divulgar en esta Revista la sintomatología de la enfermedad por si se presentase algún caso en los muchos soldados que sufren la primera vacunación al ingresar en filas.

La enfermedad comienza entre los diez y los doce días subsiguientes a la vacunación, muy rara vez antes o después, por graves síntomas cerebrales. Algunos autores dicen que el curso de la vacuna y de la reacción postvacunal son normales, mientras en otros trabajos se indica que la intensa reacción postvacunal suele ser más frecuente en los casos graves que en los leves de postencefalitis. No suelen observarse prodromos, iniciándose la enfermedad desde el primer momento por graves síntomas: vómitos, cefalea, somnolencia progresiva, que puede llegar a letargia profunda. En los casos de comienzo poco tumultuoso hay escasa agudeza de los síntomas cerebrales, observándose principalmente apatía y somnolencia. Otros enfermos se muestran intranquilos,

se quejan con frecuentes gritos y están muy malhumorados. La temperatura se eleva desde el comienzo hasta 40°.

En los siguientes días es frecuente la presentación de convulsiones de corta o larga duración, unas veces bilaterales, más frecuentemente unilaterales, a veces localizadas en una extremidad. Los síntomas de meningismo observándose con frecuencia, particularmente rigidez de la nuca y Kernig; los lactantes son propensos al trismo y síntomas tetaniformes. Las convulsiones son propias de los niños, notándose rara vez en los mayores de diez años y adultos. Durante los accesos convulsivos es frecuente la obnubilación de la consciencia. Al período de exaltación motriz sigue otro de letargia progresiva, que puede llegar al coma profundo, mortal en los niños. En el primer período se comprueban síntomas piramidales y Babinski uni o bilateral, lo mismo en el niño dormido que en el despierto, persistente a veces unos cuantos días después de haber desaparecido la letargia.

El coma es el síntoma más llamativo en los casos graves, pero también suelen asociarse síntomas medulares y cerebrales. En muchos casos sobrevienen parálisis flácidas, paraplejias y monoplejias; son frecuentes la incontinencia de heces y de orina. En cambio son de poca importancia los trastornos de la sensibilidad. Los síntomas pupilares son excepcionales, el nistagmus se comprueba alguna vez; unos autores afirman haber observado parálisis extrínsecas del globo ocular (estrabismo, ptosis palpebral, etc.), mientras otros indican que jamás se observan tales parálisis en los casos de verdadera encefalitis postvacunal.

El síndrome clínico puede ofrecer variedades infinitas y numerosas formas de transición y gravedad, como ocurre siempre que se trata de inflamaciones del sistema nervioso central. Pueden observarse síntomas bulbares y pseudobulbares, parálisis faciales, del glosofaríngeo y del nervio óptico; en otros casos predominan los síntomas medulares. Las reacciones del líquido céfalorraquídeo nada especial demuestran; se ha comprobado linfocitosis asociada con reacciones débiles de las globulinas y curva del mastic de tipo meningeo.

La evolución de la enfermedad es sumamente variable, generalmente durante siete a quince días, sin secuelas en la

inmensa mayoría de los casos. La fiebre descende transcurridos unos días, se mejoran las parálisis y hasta suelen desaparecer por completo en algunos casos, si bien durante cierto tiempo suele notarse alguna inseguridad en los movimientos. La convalecencia es muy rápida y el enfermo se restablece por completo en los casos leves.

Aproximanse al 42 por 100 los casos graves en que los enfermos mueren en coma por parálisis bulbar del segundo al cuarto día de la presentación de las primeras manifestaciones. Hay gran número de casos graves en que la enfermedad deja reliquias: las parálisis flácidas transfórmanse en espásticas prolongadas muchos meses. Algunas veces se han observado hemiparesias con perturbaciones del lenguaje y de la inteligencia. Los estados atetoides son excepcionales en las extremidades paréticas.

Los autores aprecian diversamente la cifra de mortalidad, valuada entre el 50 y el 25 por 100. Pette considera todavía muy exagerada la última cifra y la rebaja, fundado en que seguramente no se han tenido en cuenta en las estadísticas multitud de casos de encefalitis postvacunal muy leve o frustrada.

El diagnóstico diferencial ofrece algunas dificultades. Desde luego, no podrá confundirse la encefalitis postvacunal con la meningitis en cuanto se haga el examen del líquido céfalorraquídeo. La comunidad del síntoma letargia y algún otro, se presta a confusiones de la encefalitis postvacunal con la epidémica. El antecedente de una vacunación antivariólica es precioso para ponernos en la pista de la verdadera naturaleza de la afección. Además, las convulsiones de los niños pequeños en la encefalitis parecen ser patognomónicas de la vacunal, mientras que en la epidémica dominan el sueño, las parálisis oculares y la hipercinesia. En la encefalitis epidémica suele faltar el signo de Babinski, tan frecuente en la postvacunal. La confusión con la poliomiелitis puede ocurrir cuando dominen en el cuadro los síntomas medulares y existan parálisis flácidas con abolición de los reflejos tendinosos, pero en la encefalitis siempre participa algo el cerebro y hay síntomas generales que orientan el diagnóstico.

Las lesiones están diseminadas de preferencia en la sustancia blanca del neuroeje. En los focos se observan los capi-

lares muy dilatados y en su periferia se ha producido una hiperplasia difusa de células de la microglía. Estas forman *anillos celulares* de mayor calibre que en la encefalitis epidémica. No se tropiezan células polinucleares y los linfocitos solamente en algunos focos y en pequeño número. La infiltración extra-adventicia provoca la destrucción mielínica que permiten apreciar métodos especiales de tinción. En las paredes de los vasos situados en los focos hay depositado un pigmento que la tionina tiñe intensamente, ignorándose su naturaleza.

Perdreau considera la destrucción perivascular de la mielina, como el carácter distintivo de la encefalitis postvacunal que la diferencia de otros procesos, especialmente de la encefalitis epidémica de Ecónomo; en cambio, encuentra cierta analogía entre las lesiones nerviosas de la encefalitis postvacunal y las que se encuentran en otras infecciones exantemáticas (sarampión, varicela).

La encefalitis postvacunal nada tiene que ver con la epidémica, de la que difiere esencialmente por su sintomatología y localización de las lesiones. Se han formulado diversas teorías para explicar su patogenia. Unos autores piensan en impurezas de las vacunas, otros en que es el mismo virus vacunal el que produce la encefalitis. De todas ellas merece exponer la de Pette, quien cree que *la encefalitis postvacunal es debida a un germen apatógeno, saprofita del organismo que se hace patógeno en el curso de la reacción general provocada por la vacunación antivariólica*. La observación de una encefalitis parecida a la postvacunal, después del sarampión y de la varicela, parece apoyar este origen de la enfermedad. Por otra parte, Pette, afirma terminantemente que ha encontrado la prueba experimental de que la encefalitis es debida a un germen en cierto modo específico. Ha podido observar que de los conejos vacunados unos cuantos mueren regularmente de cuatro a quince días después de la inoculación, sin que la mortalidad tenga nada que ver con la cantidad de linfa inoculada. El curso de la vacuna es el normal, pero, a partir de determinado momento, obsérvase el animal tranquilo e inapetente, muriendo algunos días más tarde. Los cultivos de parénquimas orgánicos demuestran la existencia

de bacilos bipolares. El bacilo bipolar es un germen identificable con el séptico de Pasteur, que no toma el Gram.

Es un saprofito, no virulento, de la mucosa nasal de muchos animales, cuya virulencia se exalta con la vacunación, encontrándole en la sangre algunos días después de la inoculación. Resulta, por consiguiente, que la infección vacunal favorece otra infección causada por diverso germen. Pero este es el único hecho experimental comprobado, pues han fracasado todos los intentos de cultivo y de inoculación encaminados a demostrar biológicamente la existencia de un virus determinante de la encefalitis postvacunal, de modo que al suponer que es debida a una infección específica, es por deducirse así por analogía a lo que sucede en otras enfermedades de causa perfectamente conocida. Esta teoría, mantenida por Pette, cuenta actualmente la mayoría de los sufragios.

A. VALLEJO NÁGERA,

Comandante Médico.

Psico-patología sexual.

La Biología admite la existencia de un instinto sexual en los animales, en analogía a la sensación del hombre de las funciones de nutrición. La ciencia, a falta de un vocablo para denominar aquélla en dicho sentido, ha inventado la palabra "libido".

El vulgo tiene un conocimiento de este instinto, equivocado. Se cree que en la infancia no existe y que aparece en la pubertad ante el irresistible atractivo de ambos sexos y que su finalidad es la cópula sexual o, por lo menos, los actos que a ella conducen.

La experiencia científica nos demuestra que, lo mismo con respecto al objeto que al fin, existen numerosas desviaciones y que es preciso una observación penetrante para relacionar las anomalías citadas, con lo que se considera normal y, por lo tanto, fisiológico.

Las personas que sufren desviaciones del objeto sexual normal se las llama homo-sexuales o invertidas y su número

es bastante elevado, por más que no existen estadísticas que las aprecien con exactitud.

Se clasifican los invertidos:

1.º Absolutos: cuyo objeto sexual es su mismo sexo, no siéndolo jamás el sexo opuesto, que los deja fríos y hasta con evidente repulsión sexual.

2.º Hemafroditas psico-sexuales o invertidos antígenos, en los cuales, su objeto sexual es alternante por uno u otro sexo, y

3.º Los ocasionales y que, por carecer de objeto sexual normal y por imitación, pueden adoptar otro de su propio sexo y satisfacer su "libido", como pudiera ocurrir en las cárceles y presidios.

Los invertidos presentan numerosas diferencias en apreciar el modo especial de su instinto sexual. Unos soportan la inversión sin protesta interior, como si fuera un sujeto normal con la natural inclinación de su libido, y se defienden con firmeza. Otros, en cambio, se rebelan contra su tendencia morbosa, considerándola una obsesión patológica. Estos son susceptibles de un tratamiento por la sugestión o por la psico-análisis.

Existen variantes numerosas, según las influencias exteriores. La inversión tiene fecha de la primera infancia, hasta donde alcanza su memoria o ser anterior o posterior a su pubertad. También puede ser permanente, aparecer y desaparecer, alternativamente, y hasta constituir un episodio en su libido normal.

Los primeros juicios clínicos sobre la inversión la consideraban como un signo innato de degeneración nerviosa, por encontrarse con frecuencia en individuos enfermos de los nervios o que parecían estarlo.

No puede hacerse el diagnóstico de degenerados a todos los invertidos y máxime cuando no aparecen lesionados la capacidad de existencia y funcionamiento, existiendo hechos y razones que justifican esta creencia, y que son las siguientes: La inversión se halla en personas que no presentan otras graves anomalías. Porque se presenta asimismo en personas notables por su vasta inteligencia y gran cultura ética y que, prescindiendo ante estos enfermos de la propia experiencia

médica, se encuentra el especialista con hechos que impiden pensar en la inversión como signo degenerativo.

En oposición con este criterio clínico, los hay que opinan que la inversión es un carácter adquirido del instinto sexual, fundándose en que muchos invertidos (incluso en los absolutos) puede apreciarse una impresión sexual sufrida en los primeros años de su vida y que constituye una perdurable influencia la inclinación homo-sexual. Que en otros casos la inversión depende de influencias exteriores en edades más o menos infantiles y que han fijado la inversión, como puede ocurrir en los colegios, prisiones y en la vida en común del mismo sexo y otras muchas causas análogas a éstas. Además, la inversión, puede suprimirse mediante sugestión hipnótica, imposible de conseguirse si se tratara de un carácter innato.

No queda explicada la esencia de la inversión ni con la hipótesis del innatismo, ni con la opuesta de la adquirida, tanto una como la otra explicación resulta incompleta, puesto que siempre existe un factor desconocido que radica en el individuo afecto de inversión.

La teoría de la bisexualidad ha sido sostenida por algunos diciendo de ellos que son "cerebros femeninos en cuerpos masculinos". Mas no se conocen en qué consisten sus caracteres y resulta, por lo menos, ocioso e injustificado el criterio anatómico aplicado a la inversión sexual.

La psico-análisis no ha logrado todavía aclarar por completo el origen de la inversión, pero sí ha descubierto el mecanismo psíquico de su formación y enriquecido el número de problemas, cuya solución debe buscarse por este camino.

La investigación psico-analítica se resiste decididamente al propósito de separar a los homo-sexuales de los demás humanos. Estudiadas las sensaciones sexuales diferentes de las exteriorizadas, se tiene el convencimiento de que todos los hombres son capaces de la elección homo-sexual de objeto y que, en lo inconsciente, la han llevado a cabo. A la luz de la psico-análisis aparece la elección de objeto en su origen separada del sexo del mismo, pudiendo recaer sobre objetos masculinos y femeninos; así se nos presenta en la infancia en los estados primitivos y en los tiempos protohistóricos.

El fin sexual de los invertidos no puede considerarse

solamente como unitario y concretado al comercio *per anum*; las manipulaciones onanistas son, con igual frecuencia, el fin exclusivo y, hasta el simple desahogo sentimental, son más frecuentes que en los normales.

De cuanto va expuesto en este artículo no puede deducirse cuál sea la génesis de la inversión, pero sí se puede observar que las investigaciones, según el Dr. Freud, conducen a pensar que no es tan íntima la conexión entre el instinto sexual con el objeto sexual y que, en su principio, es independiente de su objeto, que aparece más tarde.

Como fin sexual normal tenemos la conjunción de los genitales de ambos sexos que conduce a la cesación de la tensión sexual y a la extinción pasajera del instinto sexual. Pero precisamente en este acto funcional, aparecen las aberraciones que se llaman perversiones, consistentes en trasgresiones anatómicas de los órganos destinados a la unión sexual o detenciones de aquellas relaciones intermedias que deben correrse rápidamente para llegar al fin sexual definitivo.

La valoración psíquica sobre el objeto sexual, como fin optativo, no se limita a los genitales del mismo, sino que comprende a todo su cuerpo, y de esto nace el fetichismo, perversión sexual que no conduce a los fines de la reproducción, como sucede con el uso de las mucosas bucales y labiales y otras partes del cuerpo.

Las dos más frecuentes perversiones son el sadismo y el masoquismo. La primera, consistente en el placer de causar dolor al objeto sexual, la crueldad, y la segunda, consistente en el placer de sufrir toda clase de humillaciones y sometimientos. Las raíces de estas perversiones suelen hallarse en el sujeto normal.

La sexualidad de la mayoría humana es una mezcla de agresión, de tendencia a dominar y cuya significación biológica estará en la necesidad de vencer la resistencia del objeto sexual, no siempre propicio a ceder pronto.

El masoquismo reúne las posiciones pasivas, con respecto a la vida erótica y al objeto sexual. El análisis clínico de los casos extremos de perversión masoquista nos revela una serie de factores que exageran la predisposición original pasiva y con ella sufrir una fijación completa.

Los médicos que han estudiado los casos típicos de pervers-

siones y en condiciones especiales, se han inclinado a ver en ellas los caracteres patológicos o degenerativos. La experiencia diaria nos enseña que también el hombre normal, en circunstancias especiales, puede sustituir el fin sexual fisiológico por una de estas perversiones o simultanearla con aquélla.

Hay perversiones de tal naturaleza que se alejan tanto de lo normal, que no se puede por menos de declararlas patológicas, como son la "coprofagia", violación de cadáveres, convencimiento de las resistencias (pudor, repugnancia, espanto o dolor). No obstante, subsiste el hecho de que, personas de intachable conducta moral en todas las actividades sociales, presenten caracteres patológicos en su vida sexual, bajo el dominio desenfrenado del instinto sexual.

Estudiando las perversiones se adquiere la persuasión de que el instinto sexual tiene que luchar contra las resistencias que se le oponen enérgicamente, cuales son: la repugnancia, el pudor, moralidad; la misma civilización que imponen restricciones exteriores en la psicogénesis humanas y contribuyen a la educación social y moral de la infancia, seguida en las edades sucesivas del hombre.

Los llamados psiconeuróticos aportan al instinto sexual un camino, y por el cual se puede llegar a su conocimiento. No hay modo de obtener resultados acertados sobre la vida sexual de aquéllos, si padecen de histeria, neurosis obsesiva, neurastenia o demencia precoz. Este medio es someterlos a la investigación psicoanalítica por el procedimiento que los Dres. Breurt y Freud llaman "catártico". Durante veinticinco años han sido sometidos enfermos de histerismo o de neurosis diferentes, deduciendo la afirmación que la fuente de energía principal la da el instinto sexual, produciendo los síntomas somáticos correspondientes.

La psicoanálisis concluye con los síntomas histéricos, aceptando la hipótesis de que son la sustitución o transcripción de una serie de procesos o tendencias y deseos anímicos afectivos y a los cuales, un particular proceso psíquico llamado "represión", ha impedido llegar a su exutorio, mediante la actividad amínica consciente. Estos procesos, retenidos en estado inconsciente, tienen la tendencia a exteriorizarse, según su valor afectivo y se transforman en la histeria con

los fenómenos somáticos característicos y mediante una técnica especial de dichos síntomas, pudiéndose averiguar la naturaleza y origen de estas formaciones psíquicas antes inconscientes.

Se ha llegado así a conocer que los síntomas representan un sustitutivo de tendencias que toman su fuerza de la fuente del instinto sexual.

Muchas contradicciones han surgido contra las opiniones que sostiene el Dr. Freud por el hecho de explicar aquéllas como coincidentes con el instinto normal sexual; la realidad no es esa, sino que representa una exteriorización de aquellos instintos que se considerarían como perversos. Los síntomas histéricos o de otras neurosis dependen en parte de la sexualidad anormal.

El instinto sexual de los psicóneuróticos muestra todas las aberraciones que hemos mencionado como anormalidades de la vida sexual patológica.

En la vida anímica inconsciente de los neuróticos se encuentran sentimientos de fijación y de inversión de la libido sobre personas del mismo sexo y he podido observar algunos casos en los cuales dicha inclinación no faltaba en la histérica y otras neurosis.

Entre los motivos de formación de síntomas en los psicóneuróticos se hallan los instintos parciales que están formados por pares antitéticos y que son aportadores de fines sexuales y que son los instintos de contemplación y de exhibición e instinto activo y pasivo de crueldad. Este último cambia la condición suya en patológica, los síntomas e influye en la conducta social del enfermo. Por medio de la unión de la libido con la crueldad se transforma el amor en odio a los sentimientos afectuosos en hostiles, y que es peculiar de una gran serie de neurosis.

GALO FERNÁNDEZ ESPAÑA,

Inspector Médico de 1.^a clase.

(Concluirá.)

Fitoterapia musulmana.

(CONTINUACIÓN)

O. Majorana L.

Se emplea como condimento, y se la considera afrodisíaca. Cocida con leche se emplea para combatir las gastralgias y los reumatismos.

Oxyris lanceolata Hoch et Teud. Santaláceas.

Según los Dres. Trabut y Raynaud, forma parte de una mezcla purgante de hojas vegetales.

P

Paeonia corallina Retz. Ranunculáceas.=Peonía.

Antiespasmódica.

Papaver sonnifer L. Papaveráceas.=Adormidera.

La planta es utilizada en fumigaciones contra las afecciones de los órganos genitales femeninos, y los frutos para hacer dormir a los niños o combatir las hemoptisis. La adormidera tiene, desde luego, una importancia grandísima para la extracción del opio; bonitos y variados ejemplares de adormidera cultivada hemos tenido ocasión de ver en los extensos viveros de Río Martín.

P. Roeas L.=Amapola.

Se utiliza, en unión de otras especies afines, o bien de la anterior, en fórmulas de medicina infantil. Se encuentra en Tetuán.

Paroniquia argentea Lam. Paroniquiáceas.=Sanguinaria menor.

Aperitiva y diurética en infusión teiforme.

Portulaca oleracea L. Portulacáceas.=Verdolaga.

Se emplean las hojas como anafrodisíacas, o bien las semillas para apagar la sed. Según Bouquet, el uso de la hoja es susceptible de disminuir el apetito. Nosotros la hemos visto espontánea en Tetuán y Xauen, así como vendida algunas veces en los puestos ambulantes.

Pheypaea lutea Desf. Orobancáceas.

Según Bouquet, la planta fresca se emplea como diurética, o bien se come a título de espárragos; por otra parte, la harina de esta planta es utilizada en cataplasmas, mezclada con leche de camella.

P. violacea Desf.

Tiene aplicaciones análogas.

Peganum Harmala L. Rutáceas.—Gamarza.

Tiene usos muy variados; la planta entera y seca es empleada en las enfermedades de los ojos; hervida en aceite, como depurativa y contra las hemorroides, en envenenamientos por las serpientes, y, por último, el jugo de la planta, mezclado con la grasa de carnero, contra el reumatismo; las semillas, en cataplasmas, en las enfermedades de la piel, o bien, en fumigaciones, contra las afecciones de los órganos genitales, de la cabeza, etc., etc., así como en la brujería. Las semillas de esta planta las hemos encontrado con mucha frecuencia en las droguerías moras.

Pinus halepensis Mill. Abietáceas.—Pino.

La corteza de este pino es empleada en polvo para el tratamiento de las llagas; las semillas son consideradas como espermátogenas y afrodisíacas, y las hemos visto formar parte de alguna mezcla vegetal. La resina es utilizada también.

Pistacia Lentiscus L. Terebintáceas.—Lentisco.

Las hojas de la planta son consideradas como astringentes, emenagogas y diuréticas, bajo la forma de infusión; las fumigaciones con la corteza favorece en el parto. Aparte de lo indicado, se prepara también un aceite que tiene aplicación en el tratamiento del reumatismo; sus cenizas sirven para la obtención de jabón y, por último, su resina almáciga se emplea en pequeña cantidad, con el agua de azahar, en la confección de panes, que tienen un sabor agradable.

P. Atlantica Desf.

Se utiliza por el tanino que contiene, aparte de que el aceite de los frutos, la goma y el jugo desecado de la planta tienen algunas aplicaciones.

P. Terebinthus L.—Terebinto.

Tiene aplicaciones análogas a la anterior.

Plantago albicans L. Plantagináceas.

El polvo de las hojas se emplea como astringente en la curación de heridas.

P. Psyllium L.=Zaragatona.

Las semillas son emolientes.

Plumbago europaea L. Plumbagináceas.=Velesa.

El polvo se emplea en el tratamiento de las heridas, y la raíz, mojada en leche, en el empaste de los dientes. Nosotros hemos recogido esta planta en un cementerio moro y en Xauen.

Polygonum maritimum L. Poligonáceas.

Se emplea contra las hinchazones y quemaduras (Raynaud).

Poygala Balansae L. Poligaláceas.

Sirve de pasto para el ganado.

Prunus avium L. Amigdaláceas.

Se emplea en la confección de colirios antineurálgicos y para perfumar ungüentos.

Punica granatum L. Granatáceas.=Granado.

Del granado se utilizan la corteza del fruto y las hojas como vermífugas, antidiarreicas y, sobre todo, como astringentes; debido a esta propiedad se emplean también en la confección de lentes y contra las hemoptisis; mezclado con las agallas y el polvo del carbón vegetal en el tratamiento de las llagas purulentas, la flor en polvo como dentífrico y, por último, los botones florales de la planta, macerados en leche de camella, son utilizados como afeites. Una aplicación muy importante de la corteza de granado en polvo es para teñir de amarillo las pieles, operación que hemos tenido ocasión de presenciar en los talleres de curtidos.

R

Ranunculus macrophyllus Desf. Ranunculáceas.

Se emplea como vomitivo.

Rhus pentaphylla Desf. Terebintáceas.

Se emplea en la medicina veterinaria, siendo, además, una planta tanífera por excelencia.

Roemeria hybrida D. C. Papaveráceas.=Amapola morada.

Se utiliza como cáustica y narcótica. La hemos encontrado alguna vez en las inmediaciones de Tetuán.

Rosa Damascena L. Rosáceas.

Sirven los botones florales para la obtención de la esencia,

así como un agua destilada que la utilizan en fricciones o como colirio. En las afecciones de la nariz y oído se emplean los pétalos macerados en aceite. Los botones florales de la rosa se venden con profusión, según hemos visto, aun en tiendas no destinadas a la droguería.

Rosmarinus officinalis L. Labiadas.—Romero.

El romero tiene en la medicina árabe aplicaciones varias. Se emplea en baños aromáticos y fomentos, como emenagogo; en infusión contra las enfermedades del estómago, y en polvo, como antiséptico y vulnerario aplicado sobre las llagas. Gattefosse dice que es raro en Marruecos; nosotros, aun cuando la hemos visto vender alguna vez, no le hemos encontrado en nuestras excursiones.

Rubia peregrina L. Rubiáceas.—Rubia.

La raíz de esta planta se emplea como diurética, en cocimiento, y, en polvo, como abortiva y emenagoga a su vez; la infusión, contra las oftalmías y diarreas y, la de la flor, como afrodisíaca. Según Bouquet, el aceite resultante de hervir en él las raíces es empleado en el tratamiento de la ciática. En las droguerías la vemos venderse con el nombre de Fua.

Ruta angustifolia L. Rutáceas.—Ruda.

Tiene usos muy variados; el jugo de la planta fresca se emplea en forma de colirio o bien en cataplasmas contra los dolores de cabeza; seca se emplea como afrodisíaca y diurética, emenagoga y abortiva o como antihelmíntica en lociones; quemada, como desinfectante; por último, se utiliza en las prácticas de magia.

S

Salsola vermiculata L. Quenopodiáceas.

Se utiliza en el tratamiento de la tiña.

Salvia officinalis L. Labiadas.—Salvia.

Es usada como astringente, diurética, emenagoga y sudorífica bajo la forma de infusión.

S. Moureti Pit.

Es empleada como medicinal en el Gharb.

S. triloba L.

Sus hojas se emplean para curar heridas.

Saponaria officinalis L. Cariofiláceas.—Saponaria.

Es utilizada como planta saponífera o bien contra el prurito y la sarna, en fricciones.

Schinus molle L. Terebintáceas.—Falso pimentero.

Los frutos de esta planta exótica se venden con el nombre de cubeba y se emplean en el tratamiento de la blenorragia (Trabut), usándose en Argelia en las afecciones de los órganos genitales. Le hemos visto cultivado en los jardines y paseos de Tánger.

Scorpiurus sulcata L. Papilionáceas.

Es planta forrajera.

Scorzonera undulata Vahl. Compuestas.

Comestible en ensalada en los alrededores de Marrakech.

Scrophularia sambucifolia L. Escrofulariáceas.

Es planta saponífera.

Smilax mauritanica Des. Esmiláceas.—Zarzaparrilla indígena.

Depurativa en el tratamiento de la sífilis (Raynaud).

Solanum Dulcamara L. Solanáceas.—Dulcamara.

Es utilizada como afrodisíaca y tónica en forma de infusión. En Xauen la hemos visto.

S. nigrum L.

Tiene los mismos usos. Se encuentra en Tetuán, Rincón de Medik, Río Machú, Laucien, etc.

Statice houini Viv. Plumbagináceas.

En Marrakech Hauz es comestible en ensalada.

S. Ornata Ball.

Tiene los mismos usos en el Atlas, según Brives.

T

Tamarix articulata Valh. Tamaricáceas.

La planta da lugar a la formación de unas agallas que se ven con mucha frecuencia dentro y fuera de las droguerías moras, conocidas con el nombre de tchacaut, empleadas en el tinte del pelo y como curtientes, aparte de que se utilizan en medicina como astringentes y para combatir las gastralgias y enteritis.

T. getula Batt.

Es astringente también, pero tiene otras aplicaciones: el

cocimiento de la planta se emplea contra las enfermedades del bazo o del útero; mezclado con jengibre (Bouquet), en infusión, contra la lepra y las fiebres; la corteza también tiene propiedades medicinales.

JOAQUÍN MÁS Y GUINDAL,

Subinspector Farmacéutico de 2.^a clase.

(Continuará.)

A mis antiguos discípulos de la Academia de Sanidad Militar

Mis queridos amigos y compañeros: Como un tónico espiritual de primer orden, en medio del abatimiento moral en que vivo, lleno de tristezas por mis años y desengaños, he recibido por conducto de mi muy querido amigo el Teniente Coronel Médico Dr. García Sierra, un artístico y elegante *álbum* con las fotografías de casi todos los Médicos Militares que fueron discípulos míos durante el tiempo que expliqué la cátedra de Higiene en la Academia de Sanidad Militar.

La mayor parte de tales fotografías vienen avaloradas por cariñosas Jedicatorias y frases halagadoras para este pobre viejo, que ha sido siempre un sentimental, y que todavía conserva el culto consagrado a sus románticos ideales, rindiéndose en todo instante al culto de la amistad y del compañerismo.

Hay cosas que llegan tan al corazón, que no hay forma de expresar la honda gratitud con que se reciben; y esta cariñosa atención de mis antiguos discípulos militares es de esas que no se olvidan en la vida.

Mi espíritu anhela corresponder de un modo cordial a tanta bondad y cortesía; y no pudiéndolo hacer de otra suerte, me permito enviar, desde las columnas de esta nuestra Revista, un cariñoso saludo a todos los firmantes del álbum, a cuyo saludo va unido mi más profundo y eterno reconocimiento.

DR. MARTÍN SALAZAR.

Homenaje a los Sres. Salazar y Alabern.

A la lista de donantes publicada en el número anterior, hay que añadir las cuotas recibidas de los señores siguientes:

Coronel.—D. Manuel Puig.

Teniente Coronel.—D. Manuel Conde de Albornoz.

Comandantes.—Sres. Pérez Feito, Hidalgo, Mañás, Altimiras, Gabarda, Jimeno.

Capitán.—D. José Iniesta.

Teniente.—D. Antonio Torres.

Habiendo sido entregado el Album al Sr. Salazar, los compañeros que han anunciado fotografías, que aún no remitieron, pueden enviarlas directamente al Sr. Salazar. Nicasio Gallego, 6.

* * *

El día 10 del próximo Septiembre quedará cerrada definitivamente la admisión de cuotas para dicho homenaje.

G. S.

NECROLOGÍA

D. JUSTINO TURIÑO CAMPANO

Farmacéutico Mayor.

Nació el día 13 de Abril de 1882 en Pajares (Zamora), graduándose de Licenciado, en la Universidad Central, el 23 de Junio de 1903; ingresando por oposición, con el empleo de Farmacéutico segundo, en 4 de Octubre de 1909. Ascendió a Farmacéutico primero en el mismo mes de 1911, y a Farmacéutico Mayor en 29 de Septiembre de 1922.

Sirvió en los Hospitales de Badajoz, Mahón y Burgos, y desempeñó los cargos de Jefe del Detall del Depósito de Medicamentos de Ceuta, Ayudante de Campo del Inspector Farmacéutico y Jefe de la Farmacia Militar de Valladolid.

Cuando ocurrió su fallecimiento prestaba sus servicios nuevamente en el Hospital de Burgos.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

VARIEDADES

Los Dres. Sáinz de Aja y Bertoloty darán en el mes de Noviembre próximo los acostumbrados cursillos de la especialidad que con tanto éxito cultivan.

Para detalles e inscripciones, escriban al Dr. Sáinz de Aja, Alcalá, 66.

* * *

Las Jornadas Médicas Gallegas que próximamente se celebrarán en La Coruña han publicado su interesante programa.

En el Hospital Militar de dicha Plaza habrá con dicho motivo una sesión quirúrgica el día 23, a las diez de la mañana, a cargo del Teniente Coronel Médico y eminente cirujano D. Mariano Gómez Ulla.

* * *

En Barcelona, y durante los días 28 al 30 de Octubre próximo, se verificará el Congreso oficial monográfico del cáncer de la piel.

Para toda clase de detalles, pueden dirigirse al Comandante Médico D. Sebastián Montserrat, Secretario general de dicha reunión (Montjuich del Obispo, 4, entlo., 1.^a), a quien damos las gracias por la remisión del programa.

* * *

El Alcalde de Vigo, Teniente Coronel Médico D. Alfredo Pérez Viondi, ha sido objeto en aquella ciudad de un homenaje, que consistió en la entrega por el Gobernador civil de la provincia de un bastón de mando, adquirido por suscripción popular.

* * *

Por Real decreto de 18 del pasado mes de Julio se autoriza el gasto para la ejecución de las obras de un hospital de nueva planta para 373 camas, en Sevilla.

* * *

El Gobierno de S. M. ha concedido la Encomienda de la Orden civil de Alfonso XII, al Comandante Médico D. Víctor Manuel Noguerras.

Las insignias de dicha condecoración le fueron impuestas por S. M. la Reina Doña Victoria en el Hospital de Santa Adela que aquél dirige.

Felicitamos cordialmente a tan notable cirujano.

* * *

El Teniente Coronel Médico D. Eleodoro Palacios ha remitido 10 pesetas para el homenaje a los Sres. Martín Salazar y Alabern.



PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

LA QUIMIOTERAPIA DE LA SÍFILIS.—El Dr. Levaditi, del Instituto Pasteur de París, ha dado una interesante conferencia en la Universidad de Edimburgo, titulada: *Recientes progresos de la quimioterapia en la sífilis*.

Este autor fué el primero que usó las inyecciones intramusculares de bismuto para la cura de la sífilis. Las sales de bismuto son muy tóxicas cuando se administran dentro de las venas; y por esto se usan en inyección intramuscular.

Los efectos del bismuto son superiores a los del arsénico, en la sífilis, y a los de mercurio.

El poder de los tejidos para transformar las sales de bismuto en *bismoxil* aparece ser propor-

cional a su contenido en *glutathione*.

Kolle avanzó la teoría que el bismuto no destruye el *Treponema pallidum*, pero que cura la lesión sífilítica, promoviendo reacciones de inmunidad local y general. Levaditi, por el contrario, dice que en la sífilis experimental de los conejos, el bismuto causa una rápida destrucción de los parásitos. Las glándulas poplíteas de los animales infectados se observó que no eran infecciosas después del tratamiento por el bismuto. Esta es una prueba de la acción microbicida del bismuto.

Recientes experimentos con una sal de bismuto compuesta de alcanfor y carbonato de bismu-

to, que es un compuesto soluble en aceite, han demostrado ser el tratamiento más eficaz en las lesiones sifilíticas.—*M. M. S.*

* * *

TRATAMIENTO DE LA VIRUELA POR EL XILOL Y EL SUERO DE CONVALECIENTES.—El Dr. P. Teissier (*Bull. Med.*, 25 Julio 1928) describe el tratamiento de la viruela por el xilol y el suero de convalecientes. La acción del xilol es de importancia: actúa abortando la erupción y previniendo la formación de cicatrices. Aunque en los casos de viruela hemorrágica no alcanza a evitarla, siempre reduce la gravedad y disminuye la mortalidad previniendo la supuración que es la contingencia más grave de la enfermedad.

En casos moderados, el xilol se administra en vino o leche a la dosis de 60 gotas primero, que después se reducen a 20 ó 10 por día.

En los casos graves de viruela confluyente, se pueden dar hasta 100 a 120 a los hombres, 8 a 100 a las mujeres, y 10 gotas a los niños.

El suero de convalecientes es de acción admirable. Debe ser obtenido de los veintinueve a los cuarenta días de la curación, teniendo cuidado que el individuo no tenga sífilis, tuberculosis, etc. Es inyectado el suero de la sangre en inyección subcutánea, y en los casos graves en intravenosa, a la dosis de 25 a 100 c. c.

El efecto del tratamiento es la rápida desaparición de la fiebre y el mejoramiento y curación de la enfermedad.—*M. M. S.*

* * *

COMPLICACIONES OCULARES DEL PALUDISMO.—Consideramos interesante el trabajo que el doctor Blatt publica en *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* (tomo 80, pág. 468), que viene a confirmar nuestras propias observaciones en Marruecos.

Llama la atención el autor sobre la existencia en los palúdicos de alteraciones retinianas consistentes en hemorragias, pequeños focos degenerativos perimaculares, trastornos vasculares y neuritis ópticas. Cita también casos de coroiditis y de parálisis óculo-motrices de origen nuclear, que ceden rápidamente al tratamiento químico.

Pero lo que describe especialmente son las lesiones corneales. Estas son muy frecuentes y, en general, unilaterales, sobre todo el herpes corneano y la queratitis neuro-paralítica, debida a la toxina palúdica: úlcera corneal central, rodeada de dos zonas de infiltración concéntricas, una próxima, blanca, de 1,5 milímetros de extensión, y una zona periférica, de estriaciones radiadas, de unos 2 milímetros. El epitelio no falta más que en la zona central ulcerada. Hipopión. Miosis. La visión, reducida a distinguir los movimientos de la mano. En los frotis no se hallan gérmenes. En el mismo lado, trastornos sensitivos del V par, con hemianestesia de la cara. El tratamiento intensivo por altas dosis de quinina intravenosa conduce a la curación completa al cabo de tres semanas. La córnea queda enteramente sensible y transparente, recobrándose la visión.

Discutiendo la patogenia de esta queratitis neuro-paralítica atípica, el autor invoca una lesión de los núcleos bulbares del V par, debida a las alteraciones vasculares de orden tóxico que

producen fenómenos narcóticos y degenerativos en la córnea. Ello explica la fácil curación por un tratamiento químico intravenoso a dosis suficientes.—*Mario Esteban.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

LA EFICIENCIA EN CAMPAÑA DEL PERSONAL MÉDICO DEL EJÉRCITO. El Dr. Rabellini, en un documentado trabajo sobre este asunto, establece las siguientes conclusiones:

Para desempeñar satisfactoriamente las funciones que hemos detallado, el cirujano necesitará poseer:

1.º Conocimientos técnicos: la Medicina Militar es hoy día una especialidad dentro de la Medicina general y abarca principalmente higiene, epidemiología, clínica, cirugía y terapéutica.

2.º Conocimientos militares: constitución del ejército, armas combatientes y sus distintas modalidades, topografía y táctica.

3.º Conocimientos de los medios de que se dispondrá.

4.º Resistencia física.

¿Cómo adquirirlos? Al ingresar al ejército, lo hacemos ya con nuestro título de profesionales, que nos habilita para el ejercicio de la Medicina y debemos suponer, por lo tanto, que contamos con la base técnica necesaria; ampliar y profundizar los estudios médicos, es cuestión del esfuerzo personal que cada uno ponga en la tarea, pero para adquirir los otros y especialmen-

te para aplicarlos y perfeccionarlos con la práctica es preciso que nos faciliten los medios, siendo esto privativo de nuestros superiores.

Podemos convencernos de la poca experiencia que tenemos, si se recuerda que nunca un cirujano de regimiento ha visto reunido bajo sus órdenes el personal y material que mandará en una campaña real, sucediendo igual cosa con los cirujanos de mayor jerarquía, pues creo que muy pocos de los actuantes Jefes de Sanidad habrán logrado la oportunidad de dirigir y trabajar con los efectivos completos de una división en pie de guerra, pues si bien es cierto que a las últimas maniobras han concurrido órganos divisionarios, ellos fueron incompletos y se les dió poca intervención en los temas que desarrollaron.

Terminaré este artículo concretando nuestro modo de pensar sobre los medios indispensables para conseguir la preparación del cirujano en la forma que más se aproxime a lo que nos exigirá la guerra, en las siguientes conclusiones, adecuadas y factibles de ponerse en práctica:

De parte del profesional: per-

feccionamiento profesional, médico y militar, práctica hospitalaria, amor a la carrera.

De parte de la Superioridad: creación de la Escuela Superior de Sanidad, a la que concurrirían anualmente los cirujanos de cuerpo y de regimiento en condiciones de ascenso y en la que se dictarían cursos teóricos y eminentemente prácticos de medicina militar, especialmente cirugía de guerra, táctica sanitaria, materias militares necesarias, material complemento de sanidad y equitación. Sería requisito indispensable para el ascenso, la aprobación del curso, influyendo en la calificación el concepto que cada cirujano obtuviera en él.

Asistencia y participación de los Jefes y Oficiales de Sanidad en los juegos de guerra, viajes de Estado Mayor y ejercicios de cuadros.

Anualmente, en las maniobras o ejercicios finales de las divisiones, se movilizará el número de cirujanos civiles de reserva y el personal subalterno necesario para completar los efectivos y, por lo menos en uno de los ejercicios que se desarrollen, interviendrá activamente la Sanidad.

Se conseguirá así, no solamente que los cirujanos en actividad apliquen sus conocimientos en forma práctica, sino también que los médicos de reserva se acostumbren a solucionar problemas de táctica sanitaria, a familiarizarse con la vida de campaña y con el medio militar, mejorándose igualmente la idoneidad de los enfermeros y camilleros de reserva, con la aplicación práctica, en alta escala, de los

conocimientos adquiridos a su paso por las filas.

Los estudiantes de Medicina, a los cuales corresponda el servicio militar, serán destinados a la Compañía de Sanidad de la división correspondiente, y aquellos que soliciten hacerlo como oficiales de reserva, se incorporarán a los regimientos como cirujanos auxiliares.—(*Revista de la Sanidad Militar Argentina*, números 5 y 6. 1928.)

. . .

LA GUERRA QUÍMICA.—EL AZOTE ATMOSFÉRICO.—El autor, Jefe farmacéutico del Ejército italiano, verifica un estudio completo de química bélica, asunto de actualidad para la Sociedad de las Naciones, que, como es sabido, se ocupa y discute en su seno el empleo de los medios químicos en la guerra.

Es de convencimiento general que el arma química no se detendrá sólo a la limitada zona de operaciones, sino que tendrá su más amplia intensidad en la guerra por los aires, cuyo radio de acción se extenderá enormemente en el porvenir y tenderá a reunir objetivos de ataque de notable valor (grandes ciudades, centros directivos y vitales de los beligerantes) contra la población civil y militar.

En el primer volumen trata del punto de vista histórico y general; en el segundo, de la parte científica y técnico-industrial, poniendo de manifiesto el inestimable auxilio que la química será capaz de suministrar en la guerra futura, en virtud de la facilidad y prontitud del ataque, que será posible crear sobre las

mismas bases de su normal actividad en la paz.

Teniendo en cuenta la importancia del asunto y la necesidad y utilidad de una obra de este género, es de esperar se difunda ampliamente y se lea con el máximo interés, ya que el libro, instructivo por demás, está escrito en forma serena y clara.

Este trabajo, en unión de otros dos del autor titulados "Arma química" y "Brillante victoria de la química", han sido premiados por el Ministerio de Instrucción pública, en el concurso que estableció dicho centro sobre el empleo de la química en la guerra. (*Giornale di Medicina Militare*, Giugno 1928).—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Fracturas y luxaciones. Manual práctico para médicos y estudiantes, por el Dr. K. H. Bauer.

Editorial Labor, la importante y conocida casa de Barcelona, acaba de publicar esta interesantísima obra, cuyo conocimiento prestará muy útiles servicios a los profesionales y alumnos.

Escrita sin más pretensiones que las de condensar en unos cuantos apartados lo más eficaz y moderno en Patología y Terapéutica de fracturas y luxaciones, ha conseguido su autor plenamente el propósito indicado, ya que, tanto la parte general, como la especial, abarcan cuanto es conveniente conocer en esta clase de traumatismos (mecanismo de producción, datos anatómicos y fisiológicos, clasificación, síntomas, diagnóstico, complicaciones y tratamiento), sin olvidar los cuidados de urgencia.

El trabajo que nos ocupa ha sido objeto de una correctísima traducción del alemán a nuestro idioma, por el inteligente Dr. Jaumandreu, y contiene 237 ilustraciones de una gran perfección y seleccionadas del modo más gráfico e impresionante.

La lujosa presentación del libro y la indiscutible competencia del autor, suponen un gran acierto y una positiva contribución a la Bibliografía quirúrgica.

La lectura de la obra del Dr. Bauer, nos produce la impresión de que ha de ser rápidamente solicitada y agotada.—*J. P.*

Guerra química.—Protección de animales de guerra, por Felipe Pérez Feito, Comandante Médico.

Describe el autor la importancia de los animales empleados para ciertos servicios en la guerra (caballos, perros, palomas, etc.), señalando la acción de los gases sofocantes y vexcantes, principalmente en los équidos, e indicando los modernos medios de protección.

Dedica algunos párrafos a la defensa de las palomas de guerra, y en cuanto a la de otras aves domésticas y algunos otros animales (cerdos, conejos, etc.), indica que no requieren protección especial, pero deben destruirse, si están impregnados, para evitar las consecuencias de la ingestión de sus carnes.

El autor, que se auxilia para las demostraciones con algunos expresivos grabados, hace consideraciones muy atinadas, hijas de su reconocida competencia en esta materia.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 11 Julio.—Real orden (D. O. núm. 152) disponiendo que al curso de la Escuela Central de Gimnasia que se ha de celebrar desde el 15 de Septiembre próximo al 30 de Junio de 1930 asista un Teniente Médico por cada una de las Comandancias de Sanidad primera y segunda.
- 12 Julio.—Real orden (D. O. núm. 152) disponiendo se incluyan en el Petitorio-formulario vigente las siguientes especialidades farmacéuticas elaboradas por el Laboratorio Central de Medicamentos: Pastillas comprimidas de aspirina y caféna. Uro-piperacina. Frutas salificadas. Cápsulas de aceite ricino de 5 gramos. Cápsulas de gomenol de 0,25 gramos.
- 15 Julio.—Real orden (D. O. núm. 154) desestimando la instancia del Capitán Médico D. Atilano Cerezo Abad de que se le considere, para derechos pasivos, con arreglo a la legislación anterior.

- 15 Julio.—Real orden (D. O. núm. 154) accediendo a lo solicitado por el Capitán Médico D. Manuel Espada Sánchez Barbudo de que se le considere ingresado al servicio del Estado antes de 1.º de Enero de 1919.
- 15 Julio.—Real orden (D. O. núm. 154) desestimando la petición del Capitán Médico D. Antonio Remacha Mozota de que se le considere ingresado al servicio del Estado antes de 1.º de Enero de 1919.
- 15 Julio.—Real orden (D. O. núm. 154) concediendo la Placa de San Hermenegildo al Teniente Coronel Médico D. José Andújar Solana, y la Cruz de la misma Orden al Comandante Médico don Mariano Navarro Moya y al Capitán Médico D. Justo Vázquez de Vitoria.
- 15 Julio.—Real orden (D. O. núm. 154) concediendo el premio anual de efectividad que se indica a cada uno de los Jefes y Oficiales siguientes:

Coronel.—D. José Castellví y Vila, 500 pesetas por un quinquenio.

Teniente Coronel.—D. José Quintana Duque, 1.000 por dos quinquenios.

Comandantes.—D. Pascual Morales Sicluna, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. Casto Morales Monleón, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. Baltasar Tomé Ortiz, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. Antonio Valero Navarro, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. Antonio Moreno Palacios, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. Daniel de Paul Goyena, 500 pesetas por un quinquenio, y D. Ovidio Fernández Rodríguez, 500 pesetas por un quinquenio.

Capitanes.—D. Antonio Martínez Ballesteros, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad; D. Juan Chaguaceda Villabrille, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad; D. Francisco Rodríguez González, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad; D. Eduardo García Sánchez, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. José Duerto Serón, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. Angel Fernández Cámara, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. Ricardo de la Fuente Pardo, 1.000 pesetas por dos quinquenios; D. José Díaz Rodríguez, 1.000 pesetas por dos quinquenios, y D. Eduardo Isla Carande, 500 pesetas por un quinquenio.

- 15 Julio.—Real orden (D. O. núm. 154) concediendo el pase a reemplazo voluntario, con residencia en esta región, al Comandante Médico D. Julián Conthe Monterroso.
- 15 Julio.—Real orden (D. O. núm. 154) concediendo al Teniente Coronel Médico D. Aurelio Díaz y Fernández Fontecha la vuelta a activo, quedando disponible en la segunda región hasta que sea colocado.
- 16 Julio.—Real orden (D. O. núm. 155) concediendo ocho días de licencia para París al Comandante Médico D. Babil Coiduras Maza.
- 17 Julio.—Real orden (D. O. núm. 155) concediendo al Comandante Médico D. Francisco Martínez Nevot la vuelta a activo, continuando de supernumerario sin sueldo hasta que sea colocado.
- 17 Julio.—Real orden (D. O. núm. 155) disponiendo que el Comandante Médico D. Luis Huertas de Burgos vuelva a activo, quedando disponible en la segunda región hasta que sea colocado.
- 20 Julio.—Real orden (D. O. núm. 158) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo, con residencia en la sexta región, hecha a favor del Teniente Coronel Médico D. Paulino Paredes Pereda.
- 22 Julio.—Real orden (D. O. núm. 160) concediendo el uso del distintivo del profesorado al Teniente Coronel Médico D. José Picó Pamiés.
- 22 Julio.—Real orden (D. O. núm. 160) autorizando al Capitán Médico D. Juan Alvarez Martín, para disfrutar en Francia las vacaciones de fin de curso.
- 22 Julio.—Real orden (D. O. núm. 160) concediendo al Comandante Médico D. Luis Huertas Burgos el pase a situación de reserva.
- 23 Julio.—Real orden (D. O. núm. 160) destinando a los Jefes y Oficiales siguientes:

Teniente Coronel.—D. Luis Rubio Janini, disponible en la séptima región, a la asistencia del personal de la Plana Mayor de la Capitanía general de la sexta región y Gobierno Militar de Burgos (art. 10).

Comandante.—D. Ramón Pellicer Taboada, ascendido, del primer Grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, a disponible en la primera región.

Capitanes.—D. Francisco Pérez Grant, del Regimiento de Infantería Ordenes Militares, 77, al primer Grupo de la primera

Comandancia de Sanidad Militar (artículo 1.º); D. Tomás Mantecón Sanz, de la Mehal-la Jalifiana de Tafersit, 5, al Regimiento de Infantería Ordenes Militares, 77 (art. 10); D. Francisco Muruzábal Sagües, del Regimiento de Artillería de Costa, 3, a la Brigada Obrera y Topográfica de Estado Mayor (Real orden circular de 14 de Enero de 1926. D. O. núm. 11), y D. Ricardo del Val Alonso, de excedente en la primera región, al Regimiento de Artillería de Costa, 3 (art. 10).

Africa.

D. Leandro Rey Ugarte, ascendido, del segundo Grupo de la tercera Comandancia de Sanidad Militar, al Regimiento de Infantería Melilla, 59 (Voluntario).

Tenientes.—D. José Torres Jiménez, de la Mehal-la Jalifiana de Tafersit, 5, al Batallón de Ingenieros de Melilla (V.); don Juan José Hernández Lozano, del Batallón de Ingenieros de Melilla, al Servicio del Protectorado, por haber sido destinado a las Intervenciones Militares del Rif; D. Felipe Vidal Estévez, del segundo Grupo de la tercera Comandancia de Sanidad Militar, pasa a la situación de al Servicio del Protectorado, por haber sido destinado a las Intervenciones Militares de Gomarauxauen; D. Honorio Novoa Mejuto, de disponible en la primera región, al Servicio del Protectorado, por haber sido destinado a la Mehal-la Jalifiana de Gomara, y D. Néstor Alonso García, del tercer Grupo de la tercera Comandancia de Sanidad Militar al primer Grupo de la primera Comandancia del mismo Cuerpo (artículo 1.º).

Jefes y Oficiales Médicos a quienes comprende el apartado a) del art. 2.º del Real decreto de 9 de Mayo de 1924 (C. L. núm. 227).

Coronel Médico: el número uno de la escala.

Tenientes Coroneles Médicos: los números uno y dos.

Comandantes Médicos: del uno al tres.

Capitanes Médicos: del uno al siete.

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

Comandantes.—D. Antonio Valero Navarro, D. Ricardo Murillo Ubeda y D. José Amo Slocker.

Capitanes.—D. Vicente Maculet Valencia, D. Manuel Corral

García, D. Alberto Madrigal Calderón, D. Adrián López Orozco, D. Alejandro Gómez Durán y D. Amado Monforte Sarasola.

- 23 Julio.—Real orden (D. O. núm. 161) accediendo a lo solicitado por el Capitán Médico D. Francisco Muruzábal Sugües de que se le devuelvan las cantidades descontadas para obtener los derechos pasivos máximos, por haber ingresado en el Ejército antes de 1.º de Enero de 1919.
- 23 Julio.—Real orden (D. O. núm. 161) accediendo a lo solicitado por el Teniente Médico D. Antonio Román Durán de que se le devuelvan las cantidades descontadas para mejorar sus derechos pasivos, por estar comprendido en los títulos I y III del Estatuto de Clases Pasivas.
- 23 Julio.—Real orden (D. O. núm. 161) accediendo a lo solicitado por el Teniente Médico D. Nemesio Agudo Aparicio de que se le devuelvan las cantidades descontadas para mejorar sus derechos pasivos, por haber ingresado en el servicio del Estado con anterioridad a 1.º de Enero de 1919.
- 24 Julio.—Real orden (D. O. núm. 161) destinando a los Jefes y Oficiales Farmacéuticos siguientes:

Subinspector Farmacéutico de segunda clase.—D. Adolfo Martínez López, de disponible en la primera región, a Subinspector de los servicios farmacéuticos de la segunda (F.).

Farmacéutico Mayor.—D. Julio Colón Manrique, ascendido, de excedente en la segunda región, a disponible en la misma.

Farmacéutico primero.—D. José González Cobo, ascendido, del Hospital de Tetuán, a disponible en la segunda región.

Farmacéuticos segundos.—D. José María Sañudo Arenas, de la Farmacia Militar de esta Corte, núm. 1, a la núm. 4 (V.); don Antonio Contreras Morales, de la Farmacia Militar de esta Corte, núm. 3, al Hospital de Tetuán (V.); D. Raimundo Blaseo Llorente, de la Enfermería de Xauen, a la Farmacia Militar de esta Corte, núm. 3 (V.); D. Antonio Alemany Selfa, del Hospital de Zaragoza, a la Farmacia Militar de esta Corte, núm. 1 (V.), y D. José Lalinde del Río, de la Farmacia Militar de esta Corte, núm. 4, a la Enfermería de Xauen (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. Francisco Solduga Castell, de reemplazo por enfermo.

2.º Probable ascenso antes de seis meses: Subinspector Farmacéutico de segunda, el núm. 1; Farmacéuticos Mayores, el número 1; Farmacéuticos primeros, los núms. 1 y 2; Farmacéuticos segundos, los núms. 1 y 2.

3.º Probable destino forzoso antes de seis meses: Farmacéutico Mayor, D. José de la Helguera Ortiz; Farmacéutico primero, D. Constantino Abia Zurita; Farmacéuticos segundos, D. Francisco Solduga Castell, D. Salvador Rivas Goday y D. Bernardo Souvirón Moreno.

- 29 Julio.—Real orden (D. O. núm. 164) destinando, por concurso, al Comandante Médico D. Luis López Ortiz al Instituto de Higiene Militar.
- 29 Julio.—Real orden (D. O. núm. 164) destinando por concurso al Comandante Médico D. Francisco Martínez Nevot, a la asistencia del personal del Ministerio del Ejército.
- 27 Julio.—Real orden (D. O. núm. 164) concediendo al Farmacéutico primero D. Eliseo Gutiérrez del Alamo y García el premio de efectividad de 1.100 pesetas anuales.
- 27 Julio.—Real orden (D. O. núm. 164) concediendo la vuelta a activo al Subinspector Farmacéutico de primera clase D. Juan Gamundi Ballester, quedando disponible en Palma de Mallorca hasta que sea colocado.
- 30 Julio.—Real orden (D. O. núm. 165) disponiendo que el Capitán Médico D. Manuel González Pons pase al Servicio del Protectorado, por haber sido nombrado Director del Hospital civil de Arcila.
- 30 Julio.—Real orden (D. O. núm. 166) disponiendo que el Inspector Médico de segunda clase D. Francisco Triviño Valdivia pase a situación de segunda reserva.
- 30 Julio.—Real orden (D. O. núm. 166) disponiendo se haga público el ofrecimiento del Dr. C. A. Huyssen de dar asistencia médico-quirúrgica al Cuerpo Diplomático y Militar español en el Palace Hotel Sanaturion, establecido en Montana (Suiza), para el tratamiento de enfermedades del aparato respiratorio, hígado y riñones con un 50 por 100 de rebaja en las operaciones y gastos de pensión, siendo gratuitas las consultas, y disponiendo asimismo se le den las gracias en nombre del Ejército.
- 30 Julio.—Real orden (D. O. núm. 166) disponiendo que el Teniente Médico D. Manuel Salmerón Torres pase destinado al Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Ceuta, núm. 3.

- 30 Julio.—Real orden (D. O. núm. 166) autorizando al Capitán Médico D. Servando Casas Fernández para usar sobre el uniforme la insignia de la Real Academia Hispano-Americana de Ciencias y Artes de Cádiz.
- 31 Julio.—Real orden (D. O. núm. 166) concediendo la vuelta a activo al Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Luis Gil e Izaguirre, quedando disponible en la octava región hasta que sea colocado.
- 31 Julio.—Real orden (D. O. núm. 166) concediendo al Teniente Coronel Médico D. Paulino Paredes Pereda, pensión de la Cruz de San Hermenegildo.
- 31 Julio.—Real orden (D. O. núm. 169) aprobando con carácter provisional el Reglamento de Practicantes Militares de Farmacia.
- 5 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 171) autorizando al Capitán Médico D. José Mañas Jiménez para usar sobre el uniforme las insignias de la Real Academia Hispano-Americana de Ciencias y Artes de Cádiz.
- 5 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 171) concediendo al Capitán Médico D. Marcelino Martín Luelmo licencia para contraer matrimonio con D.^a Encarnación Avedillo Salvador.
- 7 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 172) concediendo el empleo superior inmediato al Capitán Médico D. Vicente Cariñena Jiménez y al Teniente Médico D. José de Miguel Rey.
- 7 Agosto.—Real orden (D. O. núm. 173) disponiendo quede rectificado el destino que se le adjudicó al Teniente Médico D. Manuel Salmerón Torres, siendo el del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Alhucemas, núm. 5 el que le corresponde, en vez del de Ceuta, núm. 3.

Correspondencia administrativa de la Revista.

Sr. Palacios (Saldaña).—Abonado el primer semestre del corriente año.

Sr. Fernández (Villa Sanjurjo).—Idem *id.* *id.*

Sr. Díaz Alerudo (Zaragoza).—Idem el segundo semestre de *idem.*

Sr. Martín Alonso (Melilla).—Idem el año actual.

Sr. Prieto Rincón (Ceuta).—Idem el primer semestre de *idem.*