

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX.

Madrid, 15 de Octubre de 1929.

Núm. 10

## SUMARIO

*Esbozo de una reforma de los Servicios Sanitarios del Ejército*, por el Dr. MARTÍN SALAZAR.—*Tuberculosis oculares típicas y atípicas. Conceptos generales. Aplicaciones prácticas*, por el Dr. JOSÉ GÓMEZ-MÁRQUEZ.—*Varietades.*—*Prensa médico-farmacéutica*: Prevención del sarampión por el suero de cabra.—La insulina en la terapéutica de las enfermedades del hígado.—Sobre los pseudo-cuerpos extraños del ojo.—Patogénesis de la influenza.—*Prensa militar profesional*: Organización del Real Cuerpo Médico del Ejército británico.—Tuberculosis pulmonar en militares de diez y nueve a veinticinco años.—*Bibliografía*: Trabajos del Servicio de Patología Médica del Hospital General de Madrid, por el Dr. G. Marañón.—El éter ordinario y el éter anestésico. Sus impurezas; examen químico y conservación, por D. Joaquín Más y Guindal.—*Sección oficial*.

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

---

## Esbozo de una reforma de los Servicios Sanitarios del Ejército.

---

Yo sigo la vida y desarrollo del Cuerpo de Sanidad Militar con cariño y entusiasmo, y no quisiera morirme sin ver alcanzado para él su máximo esplendor, tanto en el orden científico y profesional, como en el del respeto y consideración que merece dentro del Ejército.

Al reflexionar sobre todo lo que se puede hacer en favor de la salud del soldado español, y todo lo que se puede realizar en aras de la cultura y elevación profesional de nuestros médicos militares, me da pena que no se haya aprovechado este período de la Dictadura, que tan buena disposición ha mostrado en el desarrollo de la Sanidad civil, para intentar siquiera la resolución de los grandes problemas sanitarios de nuestro Ejército.

Quienes conozcan la estadística actual de morbosidad y mortalidad de nuestras tropas, y la comparen con las de otros ejércitos de países más civilizados, no estarán conformes con mantener este *statu quo* en que vivimos, y en retrasar por más tiempo la reforma de nuestros servicios sa-

nitario-militares, singularmente en lo que se refiere a la aplicación de los medios modernos preventivos y curativos contra las enfermedades infecciosas, que han servido a otros pueblos para mejorar en poco tiempo, de un modo sorprendente, la salud de sus tropas.

¿Quién sabe si hechas con fervor las gestiones convenientes cerca de este Gobierno, se alcanzara una reforma trascendental en la higiene de los acuartalamientos, en el plan de alimentación, en el de la educación física o de los ejercicios (aunque ya se ha hecho bastante en este sentido), en el uniforme y los vestidos, y, en general, en todo lo que afecta al medio cósmico exterior del soldado, que diera por consecuencia natural un mejoramiento evidente de su salud y su vida? Puede que sí. Y si esto se alcanzara, bastaría para completar la obra, instituir a seguida las reformas sanitarias siguientes:

En primer término, habría que mejorar los hospitales militares, muchos de los cuales carecen de condiciones sanitarias y andan faltos del material médico-quirúrgico indispensable en los nosocomios modernos. En Madrid debiera haber, aparte de Carabanchel, un hospital clínico de 500 camas, alrededor del cual se situaran la Academia de Sanidad Militar, el Instituto de Higiene, el Parque del Material y hasta la Comandancia de tropas, a fin de que, con todo ello, se constituyera un núcleo de instituciones sanitarias, que proporcionase todos los elementos de instrucción que se requieren para la alta educación del personal del Cuerpo. No hay para qué decir, que todos esos Centros deberían de estar dotados de los medios materiales más perfectos para el desempeño de sus funciones, que desgraciadamente no poseemos hoy.

Igualmente, habría que perfeccionar el material sanitario de los Cuerpos armados y demás organismos militares, que lo tienen hoy anticuado e incompleto.

Yo creo, además, que para plantear la nueva organización científica de la Sanidad Militar, habría que crear en cada capital donde residen las grandes guarniciones, sendos Institutos de Higiene regionales o de distrito, en donde se estudiaran los múltiples problemas que presentara en todo momento la salud de las tropas, y que hoy no se resuelven, en ninguna parte del mundo, sin el auxilio de estos medios ma-

teriales de laboratorio, y sin un personal técnico perfectamente preparado y distinguido. En tales laboratorios regionales, como en el Instituto central de Higiene de Madrid, se prepararían sueros, vacunas y demás medios específicos de profilaxis y tratamiento de las enfermedades infecciosas; así como se educaría y enseñaría al personal joven del Cuerpo que no hubiera tenido ocasión de aprender en otro sitio la técnica sanitaria general en toda su extensión. Esta última función sería muy trascendente.

Esos Institutos regionales deberían estar dotados, además, de grandes trenes automóviles de desinfección, con los cuales se pudiera acudir a combatir cualquier epidemia que se presentara dentro del Distrito, en la seguridad de que con este medio preventivo se evitaría en muchos casos la propagación de las enfermedades contagiosas.

Hasta ahora no se ha aplicado obligatoriamente a nuestras tropas, que yo sepa, más vacuna preventiva que la vacuna antivariólica o jenneriana y la antilifoidea, siendo así que la ciencia moderna ha descubierto y sancionado otras vacunas profilácticas, que son aplicadas ya, con resultados positivos, en otros ejércitos.

Por último, sería preciso instituir y generalizar en nuestros hospitales militares el uso de la vacunoterapia, que está proporcionando éxitos sorprendentes en el tratamiento de las enfermedades infecciosas en todas partes, y que, hasta ahora, no es usada por nosotros sino por excepción en algún que otro caso.

Con todas estas reformas, llevadas a cabo con perfecto espíritu científico, se puede asegurar, sería conseguida una marcada disminución de la morbosidad y mortalidad del ejército, y al mismo tiempo un mayor desarrollo de todos los servicios sanitarios, que traería consigo grandes ventajas para el personal del Cuerpo, el cual vería seguramente aumentadas sus plantillas, elevadas sus categorías, crecidos sus beneficios, obteniendo, además, con todo ello, una satisfacción interior espiritual más grande y un bienestar material positivo que ahora no goza.

La idea de este plan de reforma sanitaria es, pues, tan seductora, que nos promete, a la vez, un gran mejoramiento en la salud del ejército, y grandes beneficios para el perso-

nal del Cuerpo de Sanidad Militar; teniendo en cuenta que estos dos grandes intereses están íntimamente relacionados el uno con el otro, por virtud de ese principio filosófico tan conocido de que la función crea al órgano. Aquí, la función es el progreso y desenvolvimiento de las instituciones sanitario-militares; y el órgano, es el personal y el material del Cuerpo de Sanidad Militar, con todos sus anejos o aledaños.

Yo brindo esta idea, modesta con ser mía, a la persona que ejerza el alto cargo de Jefe de la Sección en el Ministerio del Ejército, para que, si le parece bien, intente llevar al ánimo del Ministro la convicción de que el planteamiento de tal reforma traería consigo inmensos beneficios a la salud del Ejército, sin que puedan ser obstáculo a su ejecución los gastos materiales que ella represente, porque la salud y la vida del soldado tienen un valor económico positivo, y la disminución de morbosidad y mortalidad de las tropas traería consigo una sobrada compensación a los gastos realizados. A más de esto, tratándose de una obra altamente humanitaria, el Ministro que la realizase se llenaría de honores y de gloria.

Dados los arrestos que ha mostrado el Gobierno de la Dictadura en materia sanitaria, pudiera ser que, esgrimidos noblemente estos argumentos en favor del proyecto de reforma, se obtuviera el anhelado triunfo por sólo los esfuerzos del Jefe de la Sección. Empero, yo juzgo el asunto de tal trascendencia para la salud del Ejército, que si la gestión personal del Jefe de la Sección fuera insuficiente para convencer al Ministro de la virtud y eficacia del proyecto, bien valía la pena que, tomado en serio por el Cuerpo de Sanidad Militar, se hiciera alguna noble gestión respetuosa, dentro de los límites que permiten las ordenanzas, para alcanzar del Gobierno, y singularmente del General Primo de Rivera, tan amante del Ejército, que se decidieran al planteamiento de una reforma tan beneficiosa para la salud de las tropas, y tan requerida por el estado precario en que la Sanidad Militar se encuentra. No hay que olvidar que se trata de una obra altamente humanitaria, y que esto sancionaría y justificaría todo cuanto se hiciera para mejorar el estado sanitario actual del Ejército.

DR. MARTÍN SALAZAR.

## **Tuberculosis oculares típicas y atípicas.**

### **Conceptos generales. Aplicaciones prácticas.**

---

El estudio de la tuberculosis ocular, que aparentemente sólo debe interesar a los oftalmólogos, presenta aspectos que, a nuestro juicio, pueden ofrecer alguna utilidad al médico práctico.

Entre estos aspectos, dos merecen especial atención: uno de ellos se refiere al diagnóstico etiológico de la tuberculosis en general; otro, a la acción terapéutica de los remedios específicos de la misma.

En general, ni médico ni oculista encuentran dificultades para diagnosticar la fimia, cuando ésta asienta sobre órganos cuyas lesiones son fácilmente asequibles y es posible comprobar en ellos o en sus productos (esputos, sangre, etcétera) el folículo típico o el bacilo de Koch.

Pero cuando recae sobre órganos internos (hígado, corazón, bazo, coroides, vasos) que por su situación no permiten el examen anatomopatológico, ni la investigación bacilar directa o indirecta, el diagnóstico de la naturaleza de las lesiones y el juicio acerca de la eficacia de los medicamentos empleados para combatirlas, constituyen problemas clínicos de extraordinaria dificultad.

Intentar vencer estos escollos, procurar esclarecer conceptos, aunque el éxito en el propósito sea reducidísimo, es una buena obra, y esto es lo que nos proponemos realizar al exponer al médico general nuestro punto de vista en tuberculosis ocular.

El ojo se presta admirablemente a nuestro estudio, no solamente por lo fácil que es en él, dada su situación superficial, seguir la evolución de las lesiones y apreciar las variaciones que éstas sufren ante tal o cual tratamiento, sino porque gracias a los instrumentos de exploración que poseemos (lámparas de hendidura, microscopio in vivo) pueden efectuarse las observaciones con toda meticulosidad y detalle.

Además, en el ojo, puede considerarse el problema de la



tuberculosis, en sus dos aspectos fundamentales: tuberculosis externa o quirúrgica, y tuberculosis cerrada o médica.

En efecto, por un lado, el examen y tratamiento de las lesiones sospechosas, que asientan en la superficie anterior del globo y en sus anejos, es tan factible como en cualquier otra región exterior del cuerpo; de otro, la posibilidad de ver directamente a través de la pupila el aspecto y crecimiento y regresión de las lesiones en las profundidades orgánicas, en pleno tejido nervioso, como la retina, en órganos de vascularización y cambios nutritivos tan activos como la coroides, y en las propias ramificaciones vasculares de la papila y su expansión retiniana hacen del ojo un órgano excepcional y maravillosamente dispuesto para ofrendar a los investigadores el secreto de la germinación y evolución, no sólo de las lesiones tuberculosas, sino de otras muchas, aún incompletamente conocidas.

Desgraciadamente, y a pesar de nuestras espléndidas técnicas de exploración, el diagnóstico de la tuberculosis ocular es uno de los problemas que más dificultades ofrecen al oftalmólogo.

Para determinar si una lesión dada es o no tuberculosa, el oculista se halla casi desarmado. En efecto:

Es muy a menudo imposible comprobar en las lesiones la existencia del bacilo de Koch, porque la mayoría de ellas son compatibles con la vida, no exigen la enucleación, y hasta permiten durante años una buena función visual.

Por iguales razones, nos está vedado en la mayoría de los casos efectuar la comprobación anatomopatológica correspondiente.

No existe reacción inmunológica alguna que permita asegurar, sin perjudicar al ojo, la naturaleza bacilar de una afección determinada.

Siendo tan desfavorables las circunstancias apuntadas, a una buena concepción clínica, es forzoso que cada oftalmólogo forje, mediante el estudio y la observación imparcial de los casos, su propia opinión sobre la materia; y es éste nuestro juicio propio, basado en una extensa experiencia y largos años de observación, el que va a servirnos para intentar orientarnos en este enmarañado asunto de la tuberculosis ocular.

Si por tuberculosis ocular entendiéramos sólo las lesiones fímicas del aparato visual caracterizadas como tales, además de que por su aspecto clínico y los antecedentes y estado general del sujeto, por la comprobación de las lesiones anatomopatológicas específicas, y sobre todo por la demostración en las mismas del bacilo de Koch, podríamos considerar la tuberculosis de los órganos visuales como excepción clínica.

En efecto: sólo de vez en cuando (aparte del lupus de la piel de los párpados, cuya frecuencia corresponde determinar al dermatólogo) se ven en oculística localizaciones fímicas típicas. Alguna osteítis de los huesos de la órbita, tal cual conjuntivitis, frecuentemente confundida con el tracoma y ciertos tuberculomas de la región ciliar, que perforando el globo reclaman la enucleación, pueden ostentar legítimamente el título de afecciones genuinamente fímicas del aparato visual.

Es costumbre, también, incluir entre las tuberculosis oculares frecuentes, la que afecta a las vías lagrimales. Los tratados de la especialidad la admiten comúnmente, y hasta con las mismas palabras, lo cual parece indicar que no ha sido revisada\* por cada autor la verdad que se afirma, sino más bien que se ha aceptado como tal de unos a otros, sin el personal contraste.

Por lo que a nosotros respecta, sin negar la posibilidad de la tuberculosis de las vías lagrimales, la consideramos muy rara, puesto que entre cientos de sacos extirpados, hemos hecho examinar al microscopio, sistemáticamente, aquellos que por su aspecto parecían tuberculosos, siendo muy reducido el número de los que presentaron folículos o bacilos, o produjeron tuberculosis en los conejillos inoculados con la maceración de aquéllos.

Como los mencionados exámenes anatomopatológicos fueron siempre practicados por personal idóneo, concedemos a este dato un valor extraordinario.

Es tan poco habitual la tuberculosis ocular con autenticidad demostrable, que en doce años de ver millares de enfermos de todas edades y condiciones, aún conservamos vivo el recuerdo de los pocos casos que hemos observado. Y no se diga que el medio en que actuamos es poco adecuado a

la observación de esta enfermedad, porque además de la numerosa clientela de nuestros servicios hospitalarios civiles, atendemos a la del Hospital Militar de Barcelona, que parece debe ser la más propicia a estas observaciones, por ser la tuberculosis enfermedad de jóvenes, y ser jóvenes los enfermos que allí vemos. Es más; aparte de nuestra actuación clínica, hemos desempeñado durante igual número de años el servicio pericial de oftalmología militar de Cataluña, a donde acude la juventud enferma del aparato visual alegando exenciones del servicio militar, y apenas si recordamos haber excluido a algún mozo por este motivo. Y téngase en cuenta que sólo por este concepto hemos visto unos seis mil enfermos, a razón de quinientos por término medio cada año.

También de pasada haremos notar otro dato que consideramos de gran interés clínico. Nos referimos a la frecuencia de la tuberculosis ocular en tuberculosos de pecho confirmados.

Es costumbre general, cuando se sospecha el carácter fímico de una lesión ocular, auscultar al enfermo y practicarle una radiografía; si el examen clínico o el radiológico descubren alguna lesión pequeña o grande, se decide la naturaleza tuberculosa de la lesión ocular, y enfermo y médico quedan satisfechos.

Pues bien; en nuestros doce años de permanencia en el Hospital Militar de Barcelona, durante los cuales la sala de tuberculosos ha albergado sucesivamente centenares, quizás millares de fímicos con Koch en los esputos, jamás hemos sido requeridos para explorar o tratar en ellos afección ocular alguna.

Véase hasta qué punto es erróneo calificar de tuberculosa una lesión ocular porque el portador de ella sea tuberculoso pulmonar.

Por cuanto hemos dicho, nos consideramos autorizados a afirmar la extraordinaria rareza de la tuberculosis ocular con lesiones *bacilares* y *bacilos comprobables*.

Pero si la tuberculosis ocular típica es tan rara, como acabamos de afirmar, son en cambio extraordinariamente frecuentes una serie de estados, agudos o crónicos, de etiología desconocida u oscura, a quienes no corresponde en



propiedad el dictado de bacilares, pero que pueden serlo bien por su aspecto y evolución, bien por la calidad humoral de sus portadores.

Lo característico de estas afecciones es su fisonomía local y la clase de sujetos que las presentan.

Las personas atacadas de estas dolencias, se hallan rarisísimamente afectas de tuberculosis pulmonar evolutiva; a lo más, presentan cicatrices o formas esclerosas de fimia torácica. Muchas veces el estado general es aparentemente normal. En la generalidad de los casos se trata de sujetos de piel delicada, labios gruesos, corizas frecuentes, y poliadenitis múltiples, en una palabra, presentan el cuadro clínico de la diátesis escrofulosa.

Las lesiones locales se caracterizan por su banalidad, su fugacidad, su evolución hacia la curación y su marcada tendencia a las recidivas subitrantes, que hacen de estas afecciones enfermedades crónicas, esmaltadas de pequeños episodios encadenados de agudizaciones.

Otras veces predomina la evolución tórpida, solapada, fría, muy lentamente destructora con raras agudizaciones.

Como se ve, las lesiones en sí son leves. Lo que las hace particularmente graves es la extremada delicadeza del órgano en que radican, porque basta una ligera opacidad en el campo pupilar de la córnea, un pequeño exudado sobre la cara anterior del cristalino, la cicatricial de la pupila a esta lente, para que la visión se altere de manera profunda.

Tenemos, pues, según lo que acaba de decirse, dos grandes grupos de lesiones fímicas en el aparato visual.

El primero, constituido por aquellas enfermedades típicamente bacilares, con germen y alteraciones histológicas, demostrables, invasoras, destructivas, graves, y afortunadamente raras. Son las homólogas de la tuberculosis pulmonar evolutiva y exterminadora de nuestra especie.

El segundo, por un conjunto de enfermedades, unas catalogadas como sospechosas de fímicas y otras agrupadas entre las que no lo son, todas sin carácter de malignidad, de tendencia espontánea a la curación, de marcha crónica o aguda sin folículos ni bacilos y atacando a sujetos escrofulosos, o aparentemente sanos. Son las homólogas de las tuberculosis atípicas de Bernard, de las tuberculosis aloicula-

res de Landouzy, de las tuberculosis inflamatorias de Poncet.

¿Cómo interpretar la enorme diferencia que separa ambos grupos? ¿Por qué la tuberculosis es tan grave e invasora en unos casos y tan leve y anodina en otros?

Procuraremos exponer nuestra opinión basada, más que en la lectura de tratados, en la observación y meditación reiterada sobre casos clínicos.

Recordemos el fenómeno de Koch. Si se inocula a un cobaya sano bacilo de Koch, por lo pronto no le ocurre nada, pero al cabo de quince días aparece en el punto inoculado una induración que se ulcera, y persiste hasta la muerte del animal. Si la inoculación en lugar de practicarla a un cobaya sano se efectúa sobre un cobaya tuberculoso, por la inoculación hecha unas semanas antes, la evolución del proceso cambia. En lugar de los catorce o quince días que tardan en aparecer las lesiones en el primer caso, las que siguen a la segunda inoculación aparecen a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas y presentan un carácter de agudeza, de reacción inflamatoria, violenta que, rápidamente, llega a la producción de una escara de eliminación rápida, a la cual sucede una herida limpia que rápidamente cura con carácter de permanencia.

¿Qué demuestra esta experiencia? Dos cosas.

1.<sup>a</sup> Que el organismo tuberculoso, por una primera inoculación, ha adquirido una sensibilidad para el Koch, la cual se manifiesta por rápida y viva reacción frente a un nuevo ataque bacilar. Es decir, se halla en estado de alergia.

2.<sup>a</sup> Que se halla inmunizado contra la tuberculosis, puesto que la destruye, aísla y elimina el foco creado por segunda eliminación, que cura definitivamente.

Si aplicamos estos dos conceptos a la tuberculosis ocular, y admitimos porque está probada la disociación que muchas veces existe entre los dos factores inmunidad y alergia, comprenderemos perfectamente las diferentes modalidades de la fimia en estos órganos.

Supongamos un sujeto que, como es el caso general, se tuberculiza en los primeros años de su vida. El organismo exalta sus funciones defensivas y consigue aislar el germen y vencer en la lucha entablada. En esta pugna ha obtenido una doble victoria; no solamente ha conseguido librarse del

ataque, sino que conserva para toda la vida, acumuladas en sus tejidos, defensas que le hacen inmune para nuevos ataques.

La inmunidad aquí es tan profunda que el organismo, no solamente resiste durante toda la vida las invasiones bacilares que constantemente afectan, sino que se manifiesta biológicamente inerte ante ellas, no respondiendo con reacciones inflamatorias a la penetración de gérmenes por las fronteras orgánicas.

El individuo considerado, es no solamente inmune, sino analérgico.

En otro caso, el niño tuberculizado por un primer ataque y triunfante del mismo, queda también inmune. Pero su organismo, en lugar de ser indiferente ante nuevos ataques bacilares, como en el caso anterior, conserva el recuerdo de la lucha frente al germen y pone de manifiesto su hipersensibilidad o alergia contra éste, mediante reacciones inflamatorias rápidas y violentas que le aniquilan en el acto de su penetración por las barreras epiteliales.

Así tenemos que si el asalto bacilar se realiza por las fosas nasales, la alergia se manifiesta por corizas intensas que destruyen el bacilo sin darle tiempo a reproducirse; si se efectúa por la sangre, determinan septicemias con altas temperaturas, pocas veces diagnosticadas, que unas veces matan y otras curan en poco tiempo; si alcanza a las articulaciones, porque la actividad de los cambios a nivel de éstos es mayor por hallarse el sujeto en período de crecimiento, determina el reumatismo de Poncet; si alcanza al ojo, produce iritis de apariencia banal, agudas, sin nada típico de carácter fímico.

Si el ataque tiene lugar por la conjuntiva, ésta traduce el estado de alergia e inmunidad orgánicos, oponiendo al bacilo la flictena que instantáneamente le destruye y que tiene en este caso todo el valor representativo del tubérculo; algo así como un tubérculo agudo, embrionario, abortado o frustrado.

Otro sujeto, tuberculizado también al comenzar su vida, consigue triunfar del ataque, pero con causas que no conocemos con precisión, ha gastado todas sus energías en la lucha, ha podido estrictamente movilizar la cantidad de defensas suficientes para localizar y agotar el poder patógeno

de los gérmenes invasores, pero no conserva más que una pequeña inmunidad, con o sin alergia.

Mientras la cantidad de bacilos que le atacan en el transcurso de su vida es pequeña, sus escasas defensas se muestran suficientes y no enferma; pero si por accidente o de modo habitual vive en un medio bacilar, sufre una nueva siembra, y al luchar contra ella perezosamente, las lesiones anatomopatológicas de la tuberculosis se constituyen y la tuberculosis típica clínica queda instalada en su organismo.

Si esta siembra se hace en el pulmón, tendremos la tuberculosis pulmonar clásica; si se hace en el ojo, la tuberculosis ocular típica, sea en forma de tuberculoma ciliar, de conjuntivitis, etc.

Queda aún por considerar en el aparato visual otro grupo de lesiones fímicas atípicas que no se comportan ni como las tuberculosis inflamatorias descritas, ni como la bacilar típica antes mencionada.

Volvamos a nuestro niño infectado por primera vez y victorioso del ataque bacilar; queda poco inmune y poco alérgico.

Un segundo ataque determina escasa reacción, infiltraciones de marcha clínica lenta con probable formación de tubérculos, pero sin que nos sea posible comprobarlos, porque se trata de tuberculosis cerradas, articulares, vasculares, intraoculares, que rara vez dan ocasión al examen anatomopatológico.

El tipo de estas enfermedades más asequible a la observación es el de las queratitis crónicas intersticiales. Estas queratitis eran conocidas antes de Hutchinson con el nombre de queratitis escrofulosas y se trataban como tales. Cuando este autor las asimiló a la mencionada enfermedad, se comenzaron a considerar como específicas estas lesiones, utilizando el comodín de su naturaleza parasifilítica para justificar la incurabilidad de muchas de ellas, frente al tratamiento antiluéptico. En estos últimos años existe cierta tendencia a admitir como tuberculosas algunas de esas queratitis, pero sin que varíe la creencia general de que la mayoría son heredoavariósicas.

Por nuestra parte, observando cuidadosamente los casos, hemos encontrado que en muchos no hay manera de re-

construir la sífilis y que no curan con el tratamiento específico creyendo, según nuestra experiencia, que hay más tuberculosas que sifilíticas, como pensaban los antiguos.

No obstante la lógica que a nuestro juicio encierra el concepto que sobre tuberculosis atípicas acabamos de exponer, estos razonamientos y deducciones carecen de base real y cierta.

¿Cómo demostrar que indudablemente son tuberculosas las tuberculosis atípicas mencionadas?

No siendo posible en nuestro caso la comprobación directa del bacilo de Koch ni la del folículo elemental; siendo el serodiagnóstico, la seroprecipitación, el método opsónico, la reacción de fijación, la del antígeno, la de Pirquet, la de Mantoux, a lo más expresión de un estado de alergia o de relativa inmunidad, imputables a la primera infección, pero en ningún caso indicios de la naturaleza fímica de una lesión dada, buscamos la solución en el tratamiento de prueba por los remedios específicos.

Para el empleo de la primera, nos dirigimos a la considerada como menos activa y peligrosa: los cuerpos inmunizantes de Spengler (que como es sabido consisten en extractos de glóbulos rojos de animales fuertemente tuberculinizados).

Nuestras experiencias comenzaron allá por el año 1919. Preocupados como todos los oculistas por la frecuencia y extremada rebeldía de las queratitis flietelunares y las perniciosas influencias que las pequeñas cicatrices corneales consecutivas a esta enfermedad ejercen sobre la visión, deseábamos encontrar algún remedio que pusiera a cubierto de sus contumaces recidivas a nuestros numerosos enfermos de este padecimiento.

Convencidos de la naturaleza tuberculosa de la afección, pensamos tratarla, en primer término, con los cuerpos inmunizantes de Spengler en inyección subcutánea y, aunque nos pareció obtener algún resultado, la desaparición de los enfermos, que huían de las inyecciones apenas mejoraban de su estado ocular, nos impidió formar un juicio claro acerca de su acción.

Así las cosas vino a nuestro conocimiento la noticia de que los sueros y vacunas eran eficaces por ingestión e inme-



diatamente comenzamos a utilizar los inmunizantes en tal forma.

Hacíamos tomar la temperatura y el peso y reconocer el pecho; si no había fiebre y el pecho estaba sano, empezaba el tratamiento.

La observación iba a ser muy difícil porque se trataba de determinar:

1.º Si los cuerpos inmunizantes eran activos por ingestión.

2.º Si eran eficaces para combatir las flictenas recidivantes.

En caso afirmativo tendríamos a la vez la prueba de la naturaleza del mal y el remedio eficaz para combatirlo.

Desgraciadamente por la contrariedad que nos produjo, pero afortunadamente para nuestros propósitos, un accidente vino a darnos la clave del problema.

DR. JOSÉ GÓMEZ-MÁRQUEZ,

Oculista de los Hospitales Militar y Sagrado Corazón,  
de Barcelona.

(Continuará.)

---

## VARIEDADES

---

Por recientes Reales decretos han sido promovidos al empleo de Inspectores Médicos de primera clase los Inspectores Médicos de segunda Excmos. Sres. D. Francisco Soler Garde y D. Angel Rodríguez Vázquez, y a este último empleo los Coroneles Médicos D. Manuel Puig Cristián y D. Francisco Fernández Victorio.

Felicitemos cordialmente a tan prestigiosos y distinguidos Generales.

\* \* \*

Ha fallecido en esta corte el respetable Inspector de la Reserva Excmo. Sr. D. José Tolezano.

En el próximo número publicaremos la correspondiente nota necrológica.

\* \* \*

El Excmo. Sr. D. Enrique Ruiz Fornells, Jefe de la Sección de Reclutamiento del Ministerio del Ejército, nos ha remitido un ejemplar de las instrucciones relativas al régimen de enseñanza en las Academias especiales y en la Escuela de Estudios superiores Militares.

Enviamos al General Ruiz Fornells expresivas gracias por su atención.

\* \* \*

Damos el más sentido pésame al Inspector Médico don Francisco Fernández Victorio y a los Capitanes Médicos D. Román y D. Antonio Sierra Forniés, por las desgracias de familia que han experimentado recientemente.

\* \* \*

El día 2 del corriente tomó posesión de la Inspección de la primera región el Excmo. Sr. Inspector Médico de primera clase D. José Masfarré y Jugo, que ha cesado en el cargo de Jefe de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio del Ejército, después de cinco años de labor asidua y espinosa, a la que supo hacer frente con su reconocida rectitud y amor al cumplimiento del deber.

Para sustituir al General Masfarré en la Sección de Sanidad Militar ha sido nombrado el Inspector Médico excelentísimo Sr. D. Félix Echevarría y Uguina, cuyas cualidades de inteligencia, caballerosidad y cariño al Cuerpo han de ser muy beneficiosas a la colectividad.

\* \* \*

Por haber cumplido la edad reglamentaria ha pasado a situación de primera reserva el Excmo. Sr. Inspector Médico de primera clase D. Pedro Prieto de la Cal, que en los distintos cargos que desempeñó en su larga vida militar prestó señalados servicios a nuestro Cuerpo.

Saludamos respetuosamente al General Prieto en su nueva situación, lamentando su alejamiento de la escala activa de nuestros Inspectores.

\* \* \*

Hemos tenido el gusto de recibir un interesante ejemplar de las Estadísticas Sanitarias de la Armada Española, cuya remisión agradecemos al Excmo. Sr. D. Ernesto Botella, Jefe de la Sección de Sanidad del Ministerio de Marina.

\* \* \*

Con fecha 23 de Septiembre último (D. O. núm. 214) se ha dictado la siguiente Real orden que, por considerarla de interés para nuestros lectores, publicamos íntegra a continuación:

DESTINOS.—*Circular*.—Excmo. Sr.: No siendo conveniente la continuación de hecho indefinido que la Real orden de 14 de Enero de 1926 (D. O. núm. 11) estatuye para la colocación de los Jefes y Oficiales excedentes forzosos, y considerando que, a más de perjudicar los intereses del Estado, es suficiente compensación para el referido personal la preferencia para colocación que se les concedió y limitar a dos años el plazo máximo de permanencia en dicha situación, el Rey (q. D. g) ha tenido a bien disponer:

1.º El orden de prelación que para colocación señala la Real orden de 26 de Marzo de 1927 (D. O. núm. 71) será en lo sucesivo el siguiente:

a) Excedentes forzosos que hayan cumplido dos años en esta situación. b) Disponibles forzosos. c) Disponibles voluntarios. d) Reemplazo voluntario, y e) Excedentes forzosos que no tengan cumplidos dos años en esta situación.

2.º Los Jefes y Oficiales que al quedar excedentes forzosos formularon papeleta de petición de destino, conservarán la preferencia que tuvieren reconocida en aquella fecha y podrán, si no solicitaron los ocho a que tenían derecho, formular papeleta complementaria de aquélla, en el mes de Octubre próximo, ampliándola, sin derecho preferente para los nuevos destinos que soliciten.

3.º Los Jefes y Oficiales que no tengan en la actualidad papeleta presentada, podrán formularla sin derecho de preferencia alguno.

4.º Quedan exceptuados de colocación forzosa los excedentes forzosos que se encuentren en el primer vigésimo de sus escalas.

5.º Esta disposición surtirá ya sus efectos en la propuesta de destinos del mes de Octubre próximo.

\* \* \*

*Homenaje a los Sres. Alabern y Salazar.*

Han enviado sus cuotas respectivas los Comandantes Médicos D. Heliodoro del Castillo y D. Silvano Escribano y el Capitán Médico D. Luis Gandullo.

Finalizada la remisión de cuotas, nuevamente rogamos a los señores donantes, si por acaso no figurase alguno en las relaciones publicadas, nos lo comunique para hacer la oportuna rectificación.

El lunes 28 del actual a las once y media de la mañana, en el Instituto de Higiene Militar y, acto seguido, en la Academia de Sanidad Militar, tendrá lugar el descubrimiento de las lápidas que los Médicos Militares dedican a perpetuar la memoria de sus insignes compañeros Dres. Alabern y Martín Salazar.

Aunque a dicho acto, por su importancia y solemnidad, desearía la Comisión pudiesen asistir todos los individuos del Cuerpo, a cuantos residan en Madrid se les enviará invitación personal a domicilio.—G. S.

\* \* \*

Los Jefes y Oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar de la plaza de Málaga (Médicos, Farmacéuticos y Escala de Reserva), como prueba de afecto y consideración al nuevo Inspector Excmo. Sr. D. Francisco Fernández Victorio, que acaba de cesar en aquella Jefatura y Dirección del Hospital, le obsequiaron con un sable de gala con expresiva dedicatoria en la hoja.

El Teniente Coronel Médico D. José Mañas le hizo entrega de dicho obsequio, cambiándose con este motivo cariñosas frases entre el personal que asistió al acto y el homenajeado.

El Sr. Fernández Victorio fué objeto de una cariñosa despedida por parte de nuestros compañeros de Cuerpo y de muchas distinguidas personas de la población.

\* \* \*

Por R. O. C. de 1.º de Octubre actual (D. O. núm. 218) se ha dispuesto la incorporación a filas de los reclutas de servicio ordinario del reemplazo de 1929 nacidos antes de 1.º de Junio de 1908. La incorporación se efectuará el día 28 y siguientes de Diciembre próximo. A las Comandancias de Sanidad y Sección de Baleares y Canarias han sido asignados los siguientes:

*Primera Comandancia.*—Plana Mayor y primer grupo, 350; segundo grupo, 135.

*Segunda Comandancia.*—Plana Mayor y primer grupo, 440; segundo grupo, 65; tercer grupo, 70.

*Tercera Comandancia.*—Plana Mayor y primer grupo, 400; segundo grupo, 60; tercer grupo, 65.

Sección de Mallorca, 25. Sección de Menorca, 10. Sección de Tenerife, 12. Sección de Gran Canaria, 80. Comandancia de Melilla, 200. Comandancia de Ceuta, 300.

Total de reclutas asignados a las tropas de Sanidad, 4.510.

\* \* \*

En la Colección Legislativa del Ejército (apéndice núm. 6 del año actual) se ha publicado el Plan de Alimentación para Hospitales y Enfermerías Militares, aprobado por Real orden circular de 3 de Junio último.

---

## PRENSA MEDICO-FARMACÉUTICA

---

**PREVENCIÓN DEL SARAMPIÓN POR EL SUERO DE CABRA.**—El doctor L. J. Halpern (*Jour. Amer. Med. Assoc.*, Abril 1928, página 1109) refiere unos 50 casos de individuos que estaban en contacto con enfermos de sarampión, a los que se había inyectado una cantidad de suero antitóxico y antibacteriano procedente de cabras que habían sido inmunizadas con el diplococcus, considera-

do por Tunnicliff como la causa del sarampión.

Cinco murieron de tres a diez días después de la inoculación, no de sarampión, sino por otra enfermedad por la cual ellos habían sido admitidos en el hospital. De los demás, que eran 45, 28 escaparon enteramente al ataque, y la mayoría de los 17 que contrajeron la enfermedad, fué en una forma atenuada y sin



complicaciones de ninguna clase.  
M. M. S.

\* \* \*

LA INSULINA EN LA TERAPÉUTICA DE LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO.—C. Dreyfus (*Paris Med.* Mayo. 19 th. 1928, pág. 456) describe una serie de casos de enfermedades parenquimatosas del hígado, y discute su tratamiento. El consigna el considerable beneficio que sigue a la administración de la insulina con hidratos de carbono, inyectando 5 unidades de insulina y una inyección rectal de suero glucosado al 4 por 100. El aumento de resistencia de las células hepáticas así producido, puede ser la causa del beneficio observado, puesto que la insulina es un notable colagogo.

Por otra parte, se ha llamado la atención sobre los buenos efectos de la insulina en el agotamiento progresivo, que es uno de los principales síntomas de la insuficiencia hepática. Dreyfus deduce que el tratamiento combinado de la insulina y los carbohidratos representa un medio terapéutico para casos antes intratados. El da detalles de casos de cirrosis con infarto del bazo y simple ictericia, tratados con éxito por este medio terapéutico.—M. M. S.

\* \* \*

SOBRE LOS PSEUDO-CUERPOS EXTRAÑOS DEL OJO.—En *Archs. d'Opht.* (Agosto 1929), aparece este trabajo de H. Coppez, el ilustre profesor de Bruselas.

Existen diversas modalidades de pseudo-cuerpos extraños. Hay sujetos que consultan cre-

yéndose portadores de un cuerpo extraño en saco conjuntival o en la córnea, cuando lo que tienen en realidad es una conjuntivitis, una erosión corneana, un comienzo de queratitis o de iritis. Es lo que el autor llama pseudo-cuerpos extraños subjetivos.

Otros casos son los que siguen a traumatismos en que el médico cree ver un cuerpo extraño—que no existe—en el iris, el cristalino, el cuerpo vítreo o la retina. Tales son los granos de pigmento iridiano, que pueden tomarse por granos de pólvora; sinequias desgarradas, que pueden parecer partículas de hierro; decoloración del iris consecutiva a hemorragia intraocular, que pudiera diagnosticarse de siderosis. Estos son los pseudo-cuerpos extraños objetivos.

Por último, existen pseudo-cuerpos extraños con presencia en otro sitio de un cuerpo extraño verdadero, por ejemplo, los acúmulos de pigmento corioideo, huella de una partícula metálica que atravesó el ojo y quedó por fuera de la esclerótica. En este caso, el error de diagnóstico no es sólo oftalmoscópico, sino también radiográfico. El electroimán da negativo, pues no ejerce tracción sobre la partícula perdida en tejido celular más allá del ojo; pero el magnetómetro acusa su presencia. Esta divergencia en las respuestas del magnetómetro y del electroimán es un elemento precioso de diagnóstico y de pronóstico: el cuerpo extraño extraocular será inofensivo, en tanto que su localización in-

traocular implicaría la pérdida casi cierta de las facultades visuales y por lo mismo una invalidez permanente.—*Mario Es-teban.*

#### PATOGÉNESIS DE LA INFLUENZA.

El Dr. P. Baire (*Gaz. des Hop.*, March, 1929, pág. 421) discute las opiniones sobre la patogénesis de la influenza antes del descubrimiento del bacilo de Pfeiffer, la especificidad de este organismo, la pandemia de 1918-19, la posibilidad de ser la gripe debida a un virus filtrable, Bact. pneumosintes, y otros organismos que se observan en dicha enfermedad, como son: variedades de estreptococo, pneumococo, espiroquetas y un especial diplococo. El autor distingue dos variedades de influenza: la primera, o influenza esencial, es

causada por un virus filtrable, posiblemente la Bact. pneumosintes y la cual representa una enfermedad excesivamente contagiosa que se presenta en pandemias, a intervalos más o menos distantes, con complicaciones bronco-pulmonares en extremo frecuentes y graves, y convalecencia larga y penosa.

La segunda variedad presenta afecciones catarrales de la nariz, garganta y bronquios, que son impropriamente llamadas gripales. Este grupo de afecciones difiere de la verdadera influenza en no tener carácter epidémico y ser mucho menos contagioso y de cura esencialmente rápida sin complicaciones.

Estas condiciones hacen pensar que dicho grupo es debido a organismos no específicos, localizados en el aparato respiratorio.—*M. M. S.*

---

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

---

ORGANIZACIÓN DEL REAL CUERPO MÉDICO DEL EJÉRCITO BRITÁNICO.—La entrada en el Cuerpo Médico del Ejército inglés se hace por examen de suficiencia, o por oposición (según decida el Consejo del Ejército), y tiene lugar dos veces al año: una en Enero y otra en Julio. Los exámenes de medicina y cirugía son de carácter clínico, esencialmente prácticos, en parte escritos y en parte orales. Los que ingresan han de tener más de veintidós años y menos de veintiocho, y son entrados

con el empleo de Tenientes. Después de ingresados sufren un curso de instrucción en la Escuela Médico-militar de Aldershot, donde aprueban higiene, patología, medicina tropical, cirugía militar, organización de los hospitales militares y principales reglas del gobierno de las tropas sanitarias. Al término de este curso, y después de haber sido bien calificado por el examen correspondiente, son confirmados en sus plazas definitivas. Después de un período total de un año de servicios

en las Islas británicas, los jóvenes Oficiales suelen ser destinados, probablemente, a las Indias. Aquí realizan sus primeros estudios prácticos sobre la higiene y la patología tropicales, y al cabo de cinco años vuelven a sus casas con seis meses de licencia, para después ser destinados a otros puntos. Al retornar de las colonias, y llevar siete años de servicio, los Oficiales médicos tienen la libertad de decidirse a permanecer en el Cuerpo u optar por una gratificación de 1.000 libras durante un período de tiempo que les permite probar si pueden vivir de la clientela civil.

Si optan por seguir en el servicio activo en el Cuerpo, a los ocho o doce años de servicio tienen un curso de estudios superiores en el Real Colegio Médico Militar y en los hospitales de Londres, de cinco meses de duración, sobre una especialidad elegida por el propio interesado, con el fin de obtener aptitudes especiales para los servi-

cios que en adelante se les encomienden. Cuando terminan estos estudios, los médicos son elegidos para destinos de especialidades. El total número de estos destinos de especialistas es de 104, y tienen gratificación.

Después de estos estudios de ampliación, los Oficiales ascienden a Mayores, y después a los demás puestos superiores de la escala, con sueldos espléndidos y gratificaciones. El movimiento de las escalas tiene lugar automáticamente: de Teniente a Capitán después de tres años y medio, y a Mayor después de doce. El ascenso a las más altas categorías es por selección, con lo cual se obtiene la constitución de un Cuerpo modelo desde el punto de vista militar y profesional.

*Tabla de pagas y gratificaciones*

Como los individuos casados tienen más paga que los solteros, expondremos el total de la *paga de cada clase por año*:

CLASES	Casados.	Solteros.
	— Libras.	— Libras.
Teniente.....	569	505
Capitán.....	701	613
Capitán, después de ocho años.....	753	665
Capitán, después de diez años.....	795	707
Mayor.....	884	824
Mayor, después de quince años.....	969	909
Mayor, después de diez y ocho años.....	1.011	952
Mayor, después de veinte años.....	1.097	1.037
Teniente Coronel.....	1.224	1.174
Teniente Coronel, después de tres años.....	1.312	1.252
Coronel.....	1.476	1.415
Mayor General.....	2.062	1.498

TUBERCULOSIS PULMONAR EN MILITARES DE DIEZ Y NUEVE A VEINTICINCO AÑOS. (Modos de comenzar la enfermedad y antecedentes).—M. Théobalt, Comandante médico, observó en el servicio de tuberculosis pulmonar del Hospital militar de Percy, desde Julio de 1925 a Diciembre de 1928, alrededor de 600 casos.

Después de hacer interesantes consideraciones estadísticas sobre el modo de comenzar la dolencia (predominaron los trastornos funcionales del aparato respiratorio, siguiendo en orden descendente la hemoptisis, la fatiga general con enflaquecimiento y curva febril, y trastornos orgánicos, digestivos, cardíacos, etc.) y sobre los antecedentes patológicos (el mayor contingente lo dieron después del tercer mes de servicio), hace el Dr. Théobalt un resumen de su comunicación en los siguientes términos:

Los resultados estadísticos recogidos demuestran la importancia de la determinación precisa de los antecedentes en la revelación de la tuberculosis

pulmonar, puesto que en el 67 por 100 de los casos ha sido posible poner en evidencia que un episodio de naturaleza tuberculosa se estaba manifestando, ya en lo que rodeaba inmediatamente al enfermo, ya en su pasado patológico.

Estos resultados demostrarían más aún, si fuese necesario, las dificultades del diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, que en un gran número de casos (32 por 100) puede sobrevenir sin que el origen de la contaminación pueda precisarse, y la necesidad de multiplicar las investigaciones en las mejores condiciones de estudio, a fin de poder conseguir un descubrimiento precoz de la enfermedad.

La medicina preventiva, gracias a los exámenes sistemáticos y completos, a las visitas periódicas de inspección sanitaria y a la observación de las leyes de la higiene, permite obtener estos resultados.—(*Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française*, Mai 1929).

J. P.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

DR. G. MARAÑÓN.—*Trabajos del Servicio de Patología Médica del Hospital General de Madrid*.—Año III. 1927-28.

Trátase de un conjunto de sesiones clínicas de gran interés que resumen en buena parte el movimiento de los problemas médicos actuales, exentas de la pomposidad de las sesiones científicas de Academias y Corporaciones médicas,

y que esclarecen y permiten darse cuenta de importantes y sugestivos planteamientos fisio-patológicos, bajo la base de un espíritu metódico que ayuda grandemente a la interpretación de los casos tan heterogéneos que suelen presentarse en la práctica profesional.

Por el número y variedad de los temas y por la acertada interpretación de un selecto cuadro de Profesores, internos y colaboradores, consíguese valorar lo más exactamente los casos clínicos en cuanto a la síntesis diagnóstica, ya que los enfermos circulan metódicamente entre los distintos grupos de especialistas con el informe y cotejo de las exploraciones e investigaciones.

Labor muy útil que fomenta el espíritu clínico y de la cual ha de sacar buen partido no solamente el servicio de Patología Médica del Hospital General sujeto a normas tan precisas de organización, sino los profesionales en ejercicio que ventajosamente podrán luchar en los varios problemas patológicos que se les presenten, sujetándose a tan excelentes pautas y procedimientos pedagógicos, cuya inspiración directiva corre a cargo del eminente Dr. Marañón.—*J. P.*

*El éter ordinario y el éter anestésico. Sus impurezas; examen químico y conservación*, por D. Joaquín Más y Guindal, Inspector Farmacéutico, etc., etc.

Trabajo muy práctico e hijo de la dilatada experiencia personal del autor que desempeñó durante siete años el Departamento de Análisis del Laboratorio Central de Medicamentos del Cuerpo, está consagrado a reunir en un cuerpo de doctrina los elementos dispersos de estas investigaciones y a facilitar a las clases sanitarias, y al farmacéutico particularmente, las investigaciones analíticas propias del caso.

El Sr. Más, se ocupa en la primera parte de este folleto de las generalidades adecuadas al fin que se propone, de los ensayos físico-químicos, de los ensayos químicos, de los procedimientos con más éxito empleados; dedicando en la segunda parte amplias consideraciones al estudio del éter anestésico ante las farmacopeas, terminándolo con sus observaciones propias y su opinión acerca de los ensayos que debiera incluir nuestra futura Farmacopea, así como con cuatro jui-



ciosas conclusiones desprendidas de su concienzudo trabajo, el cual va seguido de una relación, tan extensa como interesante, de las principales publicaciones del distinguido farmacéutico de nuestro Cuerpo.—*J. P.*

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

- 10 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 202) disponiendo se convoque un curso de Química toxicológica y Farmacología de gases de combate en el Laboratorio Central de Medicamentos.
- 12 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 202) concediendo al Comandante Médico D. Antonio Vallejo Nágera veinte días de licencia para Ferrara (Italia) y París (Francia).
- 13 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 204) declarando aptos para el ascenso al Farmacéutico mayor D. Enrique Fernández de Rojas y Cedrún y al Farmacéutico segundo D. Lucrecio Herbás Gorroño.
- 16 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 205) concediendo al Teniente Coronel Médico D. Dionisio Tato Fernández el pase a situación de supernumerario sin sueldo, con residencia en la segunda región.
- 16 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 206) rectificando la Real orden por la que se señalaba el haber pasivo del Comandante Médico D. Víctor Manuel Noguera, siendo el de 520 pesetas el que le corresponde.
- 16 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 206) nombrando Director de los Hospitales Militares de Melilla y Jefe de Sanidad Militar de la circunscripción al Teniente Coronel Médico D. Diego Brú Gomis.
- 16 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 206) disponiendo que el Comandante Médico D. Enrique Monereo Francés pase destinado a la Escolta Real.
- 16 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 206) destinando al Teniente Médico D. Antonio Román Durán a las Intervenciones Militares de Tetuán.
- 16 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 206) desestimando la peti-

- ción del Comandante Médico D. Juan López Quelles de que se le concediera media dieta correspondiente al tiempo que desempeñó el cargo de Vocal Médico de la Junta de Clasificación y Revisión de la provincia de Madrid.
- 16 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 206) desestimando la petición del Capitán Médico D. Constancio Urcelay Martínez de que se le concediera media dieta por el tiempo que desempeñó el cargo de Vocal Médico de la Junta de Clasificación y Revisión de la provincia de Madrid.
- 19 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 209) concediendo el premio anual de efectividad de 1.000 pesetas al Farmacéutico mayor D. Manuel Dronza Surio y al Farmacéutico primero D. Leonardo Pérez Gutiérrez.
- 21 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 210) promoviendo al empleo de Inspector médico de primera clase al de segunda don Francisco Soler Garde.
- 21 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 210) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la cuarta región al Inspector Médico de primera clase D. Francisco Soler Garde.
- 21 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 210) promoviendo al empleo de Inspector Médico de segunda clase al Coronel Médico D. Manuel Puig Cristián.
- 23 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 212) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo hecha a favor del Comandante Médico D. Elío Díez Mato, con residencia en la octava región.
- 23 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 212) concediendo la vuelta al servicio activo al Comandante Médico D. Francisco Cid Fernández, que continuará en situación de supernumerario hasta que sea colocado.
- 23 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 212) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.<sup>a</sup> María Antonia SAGRARIO PIGA y SÁNCHEZ MORATE al Teniente Médico D. Daniel Ortega Lechuga.
- 23 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 212) prorrogando por un trimestre el derecho al percibo de dietas de los Capitanes Médicos que siguen cursos de especialidades. Higiene: D. Miguel Gracián Casado, D. Amado Monforte Casasola, D. César Yaque Laurel, D. Manuel Peris Torres.—Oftalmología: D. Manuel Pelayo Martín del Hierro, D. Isidro Rodríguez Medrano.—Psi-

quiatria: D. Policarpo Carrasco Martínez.—Dermo-venereología: D. José Pieltain Maesso.

- 23 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 212) nombrando Alféreces Médicos alumnos de la Academia de Sanidad Militar a los doce opositores aprobados siguientes: D. Marcelino Alonso Bueno, D. Vicente Sancho Pasquau, D. Juan Solsona Conillera, D. Luis García Morales, D. Manuel Méndez León, D. Daniel Pérez Sáez de Miera, D. José Durán Molina, D. Luis Clemente Ortega y Gordejuela, D. Emilio Sánchez Carpintero Pérez, don Jacinto Mañas Jiménez, D. Gonzalo Díaz y Pérez y D. Fernando Morell Castelló.
- 24 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 212) disponiendo el pase a situación de reserva del Subinspector Farmacéutico de primera clase D. Wenceslao Carredano López por haber cumplido la edad reglamentaria.
- 25 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 213) nombrando Ayudante de campo del Inspector Médico D. Nicolás Fernández-Victorio y Cociña al Comandante Médico D. Ramón Pellicer Tafoada.
- 25 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 213) designando para asistir al curso de especialidades farmacéuticas a los Farmacéuticos primeros D. Heliodoro Fernández Rojo y D. Arturo Eyries Rupérez, por no haberlo solicitado ningún Farmacéutico mayor.
- 25 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 213) designando a los Farmacéuticos segundos D. Lucrecio Herbás Gorroño, D. Félix González Gutiérrez, D. Vicente Domingo Laguna y D. Juan Rivas Goday para asistir al curso de Química toxicológica y Farmacología de gases de combate.
- 25 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 213) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

*Coronel:* D. José del Buey Pagán, ascendido, de los Grupos de Hospitales de Melilla, a disponible en la misma plaza.

*Tenientes Coroneles:* D. Aurelio Díaz y Fernández Fontecha, del Hospital Militar de Badajoz, al de Sevilla (art. 1.º); D. José Picó Pamies, que ha cesado en el cargo de Ayudante de campo, al Hospital Militar de Badajoz, como Director (artículos 5 y 10), y D. Alberto del Río y Rico, ascendido, del Escuadrón de Escolta Real, al Hospital Militar de Valencia (artículo 10).

*Comandantes:* D. José Nover Almoguera, disponible en la segunda región, al Hospital Militar de Palma de Mallorca (artículo 10); D. Luis Hernández Marcos, disponible en la séptima región, al Hospital Militar de Las Palmas (art. 10); D. Angel Martínez Vázquez, ascendido, del primer Grupo de la primera Comandancia de Sanidad, a disponible en la primera región; D. Enrique Sola Segura, ascendido, de la Comandancia de Artillería de Ceuta, a disponible en la misma plaza, y D. Tirso Rodríguez García, que cesa en el cargo de Ayudante de campo, a disponible en la primera región.

*Capitanes:* D. Justo Vázquez de Vitoria, del Regimiento Infantería Sevilla, 33, al primer Grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar (art. 1.º); D. Gabriel Tera Arias, del Hospital Militar de Las Palmas, al Regimiento de Infantería Sevilla, 33 (art. 1.º); D. Alfonso Cayón Fernández, ascendido, de la Comandancia de Artillería de Ceuta, al Regimiento de Infantería Zaragoza, 12 (art. 1.º); D. Juan Hernández Sánchez, ascendido, de la Comandancia de Artillería de Melilla, a la asistencia del personal de la Plana mayor de la Capitanía general de Canarias y Gobierno militar de Tenerife (art. 10); D. Lázaro Núñez Palacios, ascendido, de la Comandancia de Sanidad Militar de Ceuta, al Regimiento de Infantería Zamora, 8, (art. 10); D. Gregorio Vega Pérez, ascendido, de Necesidades y contingencias del servicio en Larache, al Regimiento mixto de Artillería de Menorca (art. 10); D. Carlos Puig Quero, que ha cesado en la Mehal-la Jalifiana de Gomara, núm. 6, por Real orden de la Presidencia del Consejo de Ministros (Dirección general de Marruecos y Colonias) de fecha 18 del corriente mes, al Hospital Militar de Las Palmas (art. 10); D. Severiano Bustamante y Fernández de Luco, disponible en la primera región, al Regimiento de Infantería Mahón, 63, continuando en los Estados Unidos de Norteamérica, en virtud de la autorización concedida por Real orden de 20 de Noviembre del año próximo pasado (D. O. núm. 257), y D. José Oñorbe Danso, del Batallón de Cazadores de Talavera, 18, a disponible en la cuarta región.

#### *Africa.*

D. Eduardo Orense Rosende, del Regimiento de Infantería Zamora, 8, al Tercio (V.); D. Eleuterio Prieto Rincón, del Re-

gimiento de Infantería Mahón, 63, a la Comandancia de Artillería de Ceuta (Real orden de 10 de Junio último, D. O. número 126), y D. Simplicio Vidal Portela, del Regimiento de Infantería de Zaragoza, 12, al Batallón de Cazadores de Talavera, 18 (V.).

*Tenientes:* D. Félix Vallejo Nájera, del segundo Grupo de la tercera Comandancia de Sanidad Militar, al Tercio (V.); don Luis Sánchez Capuchino y Alderete, de las Intervenciones Militares del Rif, a Necesidades y contingencias del servicio en Larache (V.); D. Luis Sánchez de Enciso y Enciso, del primer Grupo de la tercera Comandancia de Sanidad Militar, a la de Artillería de Ceuta (Real orden de 10 de Junio último, D. O. núm. 126); D. José Fontán Maqueira, del tercer Grupo de la tercera Comandancia de Sanidad Militar, a la de Artillería de Melilla (Real orden de 10 de Junio último, D. O. núm. 126); D. Juan Martínez Martínez, del Tercio, a la Comandancia de Sanidad Militar de Ceuta (V.), y D. José Aparicio de Santiago, del Tercio, al mismo destino, en plaza de Capitán.

*Alféreces de complemento:* D. Augusto Granados Gómez, del segundo Regimiento de Zapadores Minadores, cesa en este destino y queda adscripto a la Capitanía general de la primera región y afecto a la Inspección de Sanidad Militar de la misma, y D. Enrique Llusía Castaños, del Regimiento de Artillería a caballo, al segundo de Zapadores Minadores.

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

*Coronel*, el número uno de la escala.

*Tenientes Coroneles*, los números uno y dos.

*Comandantes*, del uno al tres.

*Capitanes*, del uno al siete.

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

*Teniente Coronel*, D. Sebastián Galligo Elola.

*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 y D. Severiano Bustamante y Fernández de Luco.

- 25 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 213) disponiendo que el Farmacéutico mayor D. Julio Colón Manrique pase destinado al Hospital Militar de Burgos.
- 25 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 213) concediendo al Subinspector Farmacéutico de primera clase D. Wenceslao Caredano López, en situación de reserva, dos meses de licencia para asuntos propios para Laussanne (Suiza) y París (Francia).
- 26 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 214) disponiendo el pase a primera reserva, por haber cumplido la edad reglamentaria, del Inspector Médico de primera clase D. Pedro Prieto de la Cal.
- 26 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 214) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la primera región al Inspector Médico de primera clase D. José Masfarré Jugo.
- 26 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 214) promoviendo al empleo de Inspector Médico de primera clase al de segunda don Angel Rodríguez Vázquez.
- 26 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 214) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la sexta región al Inspector Médico de primera clase D. Angel Rodríguez Vázquez.
- 26 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 214) nombrando Jefe de Sección del Ministerio del Ejército al Inspector Médico de segunda clase D. Félix Echevarría y Uguina.
- 26 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 214) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la segunda región al Inspector Médico de segunda clase D. Manuel Puig Cristián.
- 26 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 214) promoviendo al empleo de Inspector Médico de segunda clase al Coronel Médico D. Francisco Fernández-Victorio y Cocifña.
- 26 Septiembre.—Real decreto (D. O. núm. 214) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la octava región al Inspector Médico de segunda clase D. Francisco Fernández-Victorio y Cocifña.
- 26 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 214) nombrando al Capitán Médico D. Nicolás Tello Peinado para ocupar la plaza de oftalmólogo del Hospital Militar de Urgencia.

- 27 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 245) confiriendo el mando de la segunda Comandancia de Sanidad Militar al Coronel Médico D. Valentín Suárez Puerto.
- 28 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 247) declarando aptos para el ascenso a los Tenientes Médicos D. José Villalobos Roldán, D. Diego Jiménez Andrade, D. Pedro Gómez Cuéllar, don Manuel Aranda Rojas y D. Luis Rubio Chesa.
- 28 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 247) disponiendo se anuncie concurso para la provisión de la plaza de Comandante Médico oftalmólogo vacante en el Hospital Militar de Coruña.
- 28 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 247) disponiendo se anuncie concurso para la provisión de la plaza vacante de Capitán Médico auxiliar del Laboratorio de Análisis de la circunscripción de Melilla y Necesidades y contingencias de los servicios de Higiene en toda la zona del Protectorado.
- 28 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 247) nombrando alumnos de los cursos de ampliación de estudios de especialidades médicas a los Capitanes y Tenientes médicos siguientes:

*Cirugía.*

*Capitanes:* D. Antonio Sierra Forniés y D. Manuel Gómez Durán.

*Teniente:* D. José Villalobos Roldán.

*Oto-rino-laringología.*

*Capitanes:* D. Joaquín Segoviano Rogero y D. Rafael Alvarez Pérez.

*Radiología.*

*Capitanes:* D. Rogelio Consuegra Muñoz y D. Justiniano Maté Díez.

- 28 Septiembre.—Real orden (D. O. núm. 247) concediendo el premio de efectividad que a cada uno se indica a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

*Tenientes Coronales:* D. Eusebio Martín Romo, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1.º de Octubre próximo, y D. Francisco Moreno Sáenz, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1.º de Octubre próximo.

*Comandantes:* D. Rafael Rodríguez Amérigo, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Octubre próximo; don José Pastor Pérez, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Octubre próximo; D. Mariano Alba del Olmo, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Octubre próximo; D. Silvano Escribano García, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Octubre próximo, y D. Bernardo Elcar-te Cía, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1.º de Octubre próximo.

*Capitanes:* D. Salvador Vicente Estévez, D. José Gámir Mon-tejo y D. Juan Martín Rocha, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1.º del mes actual; D. Eugenio Ruiz Miguel, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anua-lidad, a partir de 1.º de Julio último; D. Gabriel Alonso Pérez, D. Rafael Martínez Pérez, D. Octavio Gómez Salas, D. Miguel Echevarría Martínez, D. Antonio Martínez Navarro, D. Manuel Domínguez Martín y D. Mariano Graíño Noriega, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1.º de Octu-bre próximo, y D. José Jover Jover, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1.º del mes actual.

*Tenientes:* D. Fernando García Santandreu, D. Juan Esteve Abad, D. Carlos Bretón Estévez, D. Fernando Conde López, don Miguel Gareña Ruiz, D. Alfonso Durán Merino, D. Manuel Mu-ñoz Jiménez, D. Guzmán Ortuño Ortuño, D. Juan Llamas Lar-ruga, D. Florencio Sanz Gastón, D. Luis Fernández Vázquez, D. Juan Pedro Aguilera Fernández, D. Liberato Vicente Sevi-lla Larripa, D. Manuel Conde López, D. Juan Jiménez Torres, D. Fidel Martínez Montes y D. Eduardo Montejano Tejada, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1.º de Octubre próximo.

- 2 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 219) nombrando Ayudante de campo del Inspector de Sanidad Militar de la sexta región, don Angel Rodríguez Vázquez, al Teniente Coronel Médico D. Luis Rubio Janini.
- 2 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 220) autorizando el estable-cimiento de depósitos del producto "Ceregumil" para el ser-vicio de ventas en las Farmacias Militares.
- 2 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 220) concediendo la vuelta a activo al Farmacéutico primero D. Rafael Gálvez Lancha, que quedará disponible hasta que sea colocado.
- 2 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 220) concediendo la vuelta a

- activo al Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Antonio Velázquez Amézaga, que continuará supernumerario hasta que sea colocado.
- 5 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 222) adjudicando al ascenso por elección una vacante de Comandante Médico que corresponde a este turno en las propuestas de ascenso del mes actual.
- 5 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 222) concediendo el empleo superior inmediato a los Tenientes Coroneles D. Eusebio Martín Romo y D. Francisco Molinos Romeo; a los Comandantes Médicos D. Federico Illana Sánchez y D. Julián Minguillón de Soto; al Capitán Médico D. Arcadio García de Castro y Raya, y a los Tenientes Médicos D. José Villalobos Roldán y D. Diego Jiménez de Andrade.
- 5 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 222) concediendo el empleo superior inmediato al Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Rafael Candel Peiró, al Farmacéutico mayor D. Enrique Fernández de Rojas y Cedrún, al Farmacéutico primero D. Eliseo Gutiérrez del Alamo García y al Farmacéutico segundo D. Lucrecio Herbás Gorroño.
- 5 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 223) concediendo a los Tenientes Coroneles Médicos D. Celestino Moreno Ochoa y don José Hernando Pérez y al Subinspector farmacéutico de segunda clase D. José Abadal Sibila, pensión de Cruz de San Hermenegildo.
- 5 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 223) concediendo al Comandante Médico D. Angel Martínez Vázquez el pase a reemplazo voluntario con residencia en esta región.
- 7 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 224) anunciando concurso para la provisión de una plaza de Subinspector farmacéutico de segunda clase vacante en la segunda Dirección del Ministerio del Ejército.
- 7 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 224) concediendo veinte días de licencia por asuntos propios para París al Comandante Médico D. Francisco Muñoz Cortázar.
- 7 Octubre.—Real orden (D. O. núm. 224) autorizando al Capitán Médico D. Mariano Madrugá Jiménez para residir en París durante dos meses para ampliar conocimientos quirúrgicos.