

SUMARIO

Síndrome disentérico ocular, por MARIO ESTÉBAN.—*Raquianestesia*: Observaciones sobre 2.076 raquianestias lumbares con estovaina (continuación), por LEANDRO MARTÍN SANTOS.—*Enfermedades sexuales* (continuación), por INOCENTE GARCÍA MONTORO.—Destinos vacantes.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: La vacunoterapia en la clínica.—Inyección intravenosa de vacuna anti-gonocócica.—Tratamiento de las úlceras crónicas de la pierna.—*Prensa militar profesional*: La aplicación de la vacunación asociada antidiftérica y antitifo-paratífica a las colectividades militares.—La noción de la detención de la tuberculosis pulmonar y la aptitud para el servicio de las armas.—*Bibliografía*: Manual del militar retirado: Sus deberes y sus derechos, por Narciso Gibert.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 Junio de 1932.

Síndrome disentérico ocular

En el Hospital Militar de Melilla, durante el otoño de 1929, se han visto veinte enfermos de disentería bacilar. De estos veinte enfermos, dos han presentado localizaciones oculares, lo que representa una proporción bastante elevada.

Es interesante contribuir a la casuística de estas afecciones del ojo, que ofrecen un cuadro muy característico y curioso, y que no han sido conocidas hasta estos últimos años. Las publicaciones no pasan de seis en la literatura oftalmológica, siendo la más reciente la de Worms y Sourdille, aparecida en *Arch. f. d'Opht.* en Diciembre de 1928, bajo el título de "Complications oculaires des entéropathies a germes spécifiques".

El primer caso observado por nosotros ha sido en el soldado F. P. E., que ingresa en nuestro Servicio del Hospital Pagés el 26 de Octubre, procedente de la Clínica de Infecciosos, donde ha padecido disentería.

El enfermo relata que ha sufrido dolores abdominales violentos, haciendo seis, ocho y más deposiciones diarias, al principio con moco, al final con moco y sangre. Ya lleva una semana con heces normales. Nos refiere que hace doce días le apareció flujo uretral, sin contacto venéreo a que atribuirlo, flujo que desapareció en cinco días. Después tuvo, y aún tiene cuando le vemos, inflamadas ambas rodillas.

Localmente, existe iritis en ambos ojos: inyección ciliar, acuoso turbio, iris tumefacto, pupila desigual y contraída, hipotensión. La aplicación de atropina descubre sinequias que acaban por desgarrarse bajo los efectos del midriático, excepto en un sector.

Ante esta iritis de tipo plástico, paso revista a las diversas causas que pueden determinarla. No existe el menor antecedente sifilítico ni de otro orden, que no sea lo que nos ha relatado.

Tenemos, pues, que relacionar la iritis con la afección intestinal, con la supuración uretral, con las manifestaciones articulares.

Cabe suponer que se trata de una iritis gonocócica: supuración uretral y fenómenos articulares que bien podrían ser interpretados como reumatismo blenorragico.

Se puede sospechar una iritis reumática, ya que la uretritis, por sus caracteres y fugacidad, no parece ser debida a gonococos y, en cambio, las inflamaciones articulares son evidentes.

Podemos, por ultimo, presumir una iritis metastásica de origen intestinal, atendiendo a la reciente infección.

En tanto el Laboratorio venga en nuestra ayuda, nos ponemos al habla con el competentísimo Comandante Médico Dr. Beltrán Heredia, Jefe entonces de la Clínica de Infecciosos, para que nos auxilie en el diagnóstico causal, y nos informa de los siguientes interesantes extremos:

1.º El enfermo ha tenido disentería, habiéndose comprobado aglutinación para el bacilo de Shiga.

2.º La supuración uretral no contenía gonococos y desapareció radicalmente de modo espontáneo.

3.º Los dolores articulares van tendiendo a desaparecer, así como la inflamación, sin medicación especialmente dirigida a ello.

4.º El tratamiento que ha seguido ha sido a base de suero antidisentérico antitóxico por vía hipodérmica, a dosis altas, con el que ha obtenido excelente resultado, pues han cedido bien los síntomas intestinales a pesar de ser una forma grave con estupor y gran decaimiento.

Con estos antecedentes, ya no dudé en atribuir el síndrome al bacilo de Shiga, relacionando lo que se presentaba a mi observación con lo descrito en 1916 por Fiessinger y Leroy (Soc. med. hop. Paris). Estos autores, durante una epidemia de disentería, apreciaron la coincidencia de manifestaciones uretrales, articulares y oculares, y señalaron la analogía con las afecciones gonocócicas.

Me limité al tratamiento local con atropina, pues los síntomas iban decreciendo, y no me pareció prudente insistir con suero por temor a que se presentaran fenómenos de anafilaxia.

En efecto, con el tratamiento antitóxico infectivo que le había practicado el Dr. Beltrán de Heredia, y la medicación local seguida en la Clínica, se llegó rápidamente a la curación, saliendo el enfermo de alta el día 2 de Diciembre. Es decir, la iritis desapareció en un mes.

El segundo caso fué menos característico. Se presentó mientras teníamos en tratamiento al anterior. También era un disentérico, habiéndose comprobado bacilos de Shiga en las materias fecales y suero-diagnóstico positivo. No había existido o había pasado desapercibida la uretritis. En cambio, las manifestaciones sinoviales eran muy marcadas. En un ojo aparecieron fenómenos de conjuntivitis (hiperhemia y muy escasa secreción) y de iritis (todo el cortejo sintomático), que cedieron igualmente al tratamiento antitóxico.

MARIO ESTEBAN,

Capitán Médico.

RAQUIANESTESIA

Observaciones sobre 2.076 raquianestesis lumbares con estovaina La percaína como anestésico raquidiano. Sus resultados en 70 casos.

(CONTINUACIÓN)

Un caso de esta clase presenciamos en el año 1918, en un hospital de Madrid; un enfermo de sesenta años, afecto de estenosis pilórica, es intervenido con anestesia raquídea, espacio lumbar, 10 centigramos de novocaína; antes de inyectar se dejan salir (cual se realizaba por aquella época) 40 gotas de líquido cerebro-raquídeo, que salen amplias, lentas, premiosas, tardando en alcanzar esa cifra más de un minuto; una vez logradas e introducido el anestésico, se coloca al enfermo en posición Trendelenburg para que la anestesia alcance mayor altura; a los cinco minutos parálisis respiratoria y cardíaca, de la que no se logra salvarle con la respiración artificial, las inyecciones de adrenalina en músculo cardíaco, ni el amasamiento del mismo, realizado por la laparotomía ya realizada.

Gravitación.—Si a la tensión del líquido cerebro-raquídeo no damos importancia referente a la difusión de la anestesia, respecto a la gravitación no tenemos gran experiencia, por emplear siempre solución ligeramente hipertónica de estovaina al 6 por 100, que tiene una densidad sensiblemente igual al líquido cerebro-raquídeo.

La posición del enfermo la hemos variado, según las necesidades de la intervención, no encontrando gran diferencia, ya hagamos la punción sentado el enfermo o en posición decúbito-lateral; del mismo modo damos la posición de Trendelenburg cinco minutos después de la punción, nunca antes, y no vemos de esta manera modificada la altura de la zona anestesiada; en las realizadas lateralmente a la altura anestésica, puede variar ligeramente en ambas

mitades, pero siempre en límites pequeños y no siempre apreciables.

Tampoco hemos observado nunca esa traslación en masa, que algunos autores mencionan y creen debida a las corrientes del líquido cerebro-raquídeo, sea ésta la que fisiológicamente existe, sea por la contracorriente provocada sustrayendo gran cantidad de líquido cerebro-raquídeo, haciendo en él la mezcla del anestésico y después inyectar éste a gran presión. La primera no la hemos observado, cosa natural, porque prácticamente es nula, y la segunda no la practicamos jamás por creer puede originar grandes trastornos y hasta la muerte del enfermo.

Debemos siempre pensar en el enfermo, no olvidar que la vida tiene muchos aspectos que desconocemos, y a pesar de tener presente las leyes conocidas de la mecánica y de la hidráulica, y hasta de la electricidad, buscando soluciones cuyo punto eléctrico sea más o menos diferente al que posean los tejidos nerviosos para hacer una corriente osmótica mayor o menor, nos quedan puntos oscuros que es preciso hacer depender de esas fuerzas vitales, en este caso del neurotropismo; ellas nos explicarán las diferencias que aún observamos dentro de igualdad de condiciones aplicadas en dos diferentes sujetos, y la que nos hará continuar aplicando cantidades de anestésico y altura de punciones lejanas de los puntos límites, si queremos tener seguridad de no dañar a los enfermos, ya que nunca será la Raqui, como toda intervención quirúrgica, una operación aritmética.

En qué forma se realiza la localización de la anestesia en la médula.—La Sociedad de Biología de París en 1909, afirmaba la impregnación anestésica era segmentaria y transitoria (Tuffier et Hallian); poco después, en 1910, Pitres et Abadie afirman en la misma Sociedad que la topografía inicial y la progresión de la analgesia es de tipo radicular y no segmentaria; hoy nadie pone en duda esta verdad, todos hemos visto las grandes variaciones en el modo y lugar de aparecer la anestesia; generalmente en el periné, otras veces en los pies; unas veces de una manera similar en ambos lados, otros casos con retraso en el uno del otro.

La anestesia suele presentarse a los dos minutos de introducida la estovaina, algunas veces tarda 6 ó 8 y hasta 12 ó 15 minutos, casos estos que explican los éxitos que algunos autores dicen obtener con unas bocanadas de éter que aplican a los enfermos, y dicen servir para desencadenar la acción anestésica de la Raqui; lo que se observa siempre es una rapidez mayor de presentación cuanto mayor dosis de anestésico se emplee.

La altura final que alcanza la Raqui realizada en región lumbar, es el nivel de las últimas costillas, llevando la dirección de los nervios intercostales de atrás adelante y de arriba abajo; nunca tiene un límite claro bien definido; por el contrario, existe una zona de transición en que la sensibilidad esta disminuída y retrasada antes de entrar en la plenamente anestesiada.

La altura que alcanza no varía de una manera apreciable por un espacio intervertebral de diferencia en la altura de la punción; igual es la realizada en el segundo como en el tercer espacio; en cambio, sí varía con la dosis de estovaina inyectada: de 2 a 4 centigramos son suficientes para periné región inguino-eserotál; 4 a 6, para miembros inferiores; 6 a 7, para fosas ilíacas; 7 a 10, para laparotomías supra-umbilicales; todas estas cifras son para hombres de regular constitución, cuyo peso oscile de 60 a 70 kilos; los extremos por alto y bajo es preciso tener en cuenta y variarlos conforme a los mismos.

La duración de la anestesia es también variable, pero siempre dentro de unos límites conocidos y que guardan estrecha relación; con la dosis empleada por bajo de 6 centigramos, no debemos esperar duración mayor de cuarenta; con 10 centigramos podemos aspirar a los sesenta.

El modo de quitarse es inverso al de su presentación; es decir, que desaparece primero el último anestesiado, y permanece mayor tiempo anestesiado aquel por el que comenzó a presentarse.

De ordinario se impregnan antes las raíces posteriores que las anteriores, y siempre más intensamente. Nagot dice ser debido a tener las raíces posteriores mayor longitud en el fondo de saco lamino-aracnoideo que las anteriores; también debemos recordar la posición que de ordinario tiene

el enfermo, decúbite-supino, favorable a este objeto; es interesante señalar que la anestesia puede presentarse antes y sin necesidad de ir precedida o acompañada de parálisis motora; no debe, pues, servir de punto de mira para comenzar una intervención, la presentación de la parálisis en miembros inferiores; con las dosis reducidas que hoy se tienden a emplear, con frecuencia no llegan a presentarse.

Pasada la zona anestesiada y la intermedia que antes mencionamos, el resto del sistema nervioso, no por completo libre de la anestesia, a todo él parece llegar, si bien en pequenísima cantidad, que no hará más que excitar ligeramente sus funciones; así vemos con gran frecuencia de los cinco a los veinte de realizada, un período nauseoso, alguna vez vómitos, ligera apnea y disminución de la amplitud respiratoria, seguidos en algunos casos de lipotimias ligeras, o llegar a un estado presincojal; siempre fenómenos pasajeros y sin gravedad alguna, pero que indican llegó el anestésico a la altura del bulbo.

Empleando otras soluciones los resultados son muy diferentes, según su concentración y densidad; a medida que éstas aumentan, sobre todo cuando son muy superiores en densidad al L. C. R., dificultan su difusión, pero ganan en intensidad y duración de la anestesia; así, por ejemplo, empleando soluciones fuertes de tutocaína, se obtienen anestias de dos horas, y, por lo contrario, su altura es menor que en una ordinaria de estovaina.

¿En qué elementos nerviosos se fija la estovaina? ¿Cuánto tiempo permanece en ellos?—A estas preguntas sólo podemos responder con opiniones ajenas, recordando las experiencias, de todos conocidas, de Wuan Lier y Wuosdlo, que examinó las médulas de animales raquistovainizados a las seis, doce y veinticuatro horas después de la inyección, viendo las células ganglionares tumefactas, con el contorno mal diferenciado, la disgregación de los corpúsculos de Nissl y la normalidad de las células ganglionares de la médula oblongada, así como el carácter transitorio de estas transformaciones, que nunca las comprobó a las veinticuatro horas.

Los estudios numerosos sobre médulas humanas en su-

jetos muertos por enfermedades intercurrentes, inmediatamente después de raquietovainizados, todo demostrando la ausencia de vestigios de la estovaina en la médula.

Otros, como Klose, examinando el L. C. R. para ver el tiempo que tarda en desaparecer el mismo o estudiando el tiempo que tarda en aparecer en la sangre, y después en desaparecer en la misma. Las cifras que todos ellos dan tienen ligeras oscilaciones: en el L. C. R. tarda treinta horas en desaparecer; en la sangre no aparece hasta las treinta y tres horas; en la orina, treinta y seis, y a las cuarenta y ocho la eliminación es total; y ello hablando siempre de la estovaina en dosis muy superiores a las que deben aplicarse (12 y más centigramos).

Preparación.—Seguimos refiriéndonos a la estovaina, y ésta la usamos en la conocida fórmula Gómez Ulla-Cambronero, que es una solución ligeramente hipertónica, al 6 por 100, esterilizada por tindalización y usada dentro de los seis meses de su preparación. Todos los detalles son importantes y conocidos, por ser comunes a todas las soluciones anestésicas del tipo benzoico.

Si en la esterilización llegamos a los 100°, pierden la mitad de su poder, y si son viejas no conservan su poder anestésico, causa ésta que puede explicar los fracasos presentados por rachas, y también su diferencia entre unos y otros centros. En los hospitales en que la raqui se usa frecuentemente, se cuida de las soluciones; no se emplean viejas, y en su casi totalidad les sigue el éxito; en aquellos otros en que la raqui constituye la excepción, empleándose pocas veces, tan sólo cuando las restantes se creen perjudiciales, no suele saberse ni el origen ni el tiempo de la ampolla, y los fracasos son más frecuentes.

LEANDRO MARTÍN SANTOS,
Capitán Médico.

(Continuará).

Enfermedades sexuales.--Sífilis, blenorragia y chancros.--Contagio y profilaxia.--Generalidades sobre higiene sexual.

Conferencia del Teniente Médico D. INOCENTE GARCÍA MONTORO, encargado del Consultorio Indígena del Fondak de Aín Yedida. Año 1931.

(CONTINUACIÓN)

En estos momentos y circunstancias, nuestro enfermo, para "salir del paso" y por un "por si acaso", decide por su cuenta y riesgo que le pongan "Neo", con o sin vigilancia del médico. Al mismo tiempo, él continúa su tratamiento local. Al cabo de unos días, la mejoría se hace manifiesta; llega la curación de las ulceraciones; sigue tratándose un mes más y consigue ponerse "bien". Descansa de ese tratamiento, y cuando reflexiona fría y serenamente, se encuentra no sabiendo si él tiene o no sífilis debido a aquellos chancros.

Estas reflexiones suelen hacerlas en ocasión de una conversación íntima o al pretender contraer matrimonio, siendo en estos momentos cuando en serio piden consulta y consejo del médico amigo para que les desengañe de la duda que les atormenta. A la vez, juzga como desahogo de su conciencia el hacer tales manifestaciones, sin que por esto, más o menos indirectamente, pida, ruegue o exija, tan tardío como inseguro diagnóstico.

Contestar sin más medios de investigación que los de sus espontáneas declaraciones, sería un grave error, por exponer al enfermo a las fatales consecuencias de una opinión diagnóstica sin las suficientes comprobaciones verdaderamente científicas.

Asunto es éste tan lleno de responsabilidad como difícil y escabroso en aconsejar, pero en el que siempre habrá que tener en cuenta los últimos conocimientos científicos que a esta traidora enfermedad se refieren.

Aquí, y hasta creyéndome fuera del campo de divulgación, diré:

1.º Que hay que evitar el empleo de tópicos antisépticos, que impiden la investigación del treponema en el chancro, ya que la irritación medicamentosa puede hacer cambiar los signos propios de cada una de sus variedades.

2.º Que hay que multiplicar los exámenes en los chancros, escarificando los propios bordes que los limitan.

3.º Que el Wassermann no se hace positivo hasta trece o quince días después de la aparición del chancro.

4.º Que el tratamiento local del chancro blando no es eficaz hasta el principio de la tercera semana.

5.º Si las reacciones en sangre (Wassermann, Hechs, Meynike) permanecen negativas hasta el vigésimo día, es muy probable que el chancro sea simple.

6.º Los casos con análisis de sangre negativos y con treponema positivo en las lesiones, son las indicaciones de verdadera y extremísima urgencia para hacer un tratamiento abortivo.

7.º En cambio, cuando la reacción en sangre da resultado positivo, se puede tristemente asegurar que se perdió un tiempo precioso, y que el enfermo se encuentra en condiciones sensiblemente idénticas a las de la sífilis secundaria con manifestaciones externas.

BLÉNORRAGIA

Blenorrea, gonorrea, purgaciones; llamada también Clap, es seguramente la enfermedad sexual de más antiguo conocida, como lo demuestran los libros o documentos que de ella dejaron algunas naciones primitivas o más posteriores.

Moisés la señaló como enfermedad venérea que indicaba la impureza del hombre "que infectaba la cama, el sitio y las mujeres a que se aproxima" por haber sufrido del flujo femenino.

Hipócrates parece ser el primero que la consideró de un modo científico, considerándola como enfermedad contagiosa.

Los griegos y los romanos confirmaron su contagiosidad al mismo tiempo que señalaron los tratamientos más extravagantes y las explicaciones más fantásticas.

De la Edad Media se tienen documentos en los que se

ordenaba a los cirujanos reconocer una vez por semana a las prostitutas.

A fines del siglo xv, en los momentos de la invasión de la sífilis, se confunden ambas enfermedades, originando discusiones, hasta que en 1838 Hernández y Ricord diferenciaron definitivamente ambas afecciones.

En 1879, Neisser, de Breslau (Prusia), descubrió el microbio característico, al que denominó gonococo. Descubrimiento que le da especificidad como infección localizada ordinariamente en las vías génito-urinarias, pero capaz de generalizarse por todo el organismo.

La blenorragia sigue estando considerada como un mal galante, como "herida de Cupido", como enfermedad ridícula y algo molesta, pero que no debe alarmar (a los optimistas, como veremos después), porque al fin y al cabo, como dice el estúpido proverbio popular. "todo el mundo la ha tenido, la tiene o la tendrá".

Los primeros signos son un cosquilleo, una molestia en el canal urinario, más acentuado en su extremidad, glán-de; sensación que ha sido comparada con la que haría una mosca que pasease por la mucosa uretral.

Un par de días más, y los bordes del meato (orificio por donde sale la orina) se enrojecerán, se pegarán y saldrá un líquido filante y claro.

Después, al orinar, se acentuará el cosquilleo inicial, convirtiéndose en sensación dolorosa de escozor..., etc.

Es altamente infecciosa, pudiendo ser tan grave que ponga en peligro la vida del enfermo.

Con frecuencia parece disimularse, esconderse y hasta aparentar haber desaparecido por más o menos tiempo, y cuando ya el enfermo se creía curado, puede manifestársele con idénticas propiedades contagiosas.

Hoy día puede ser completamente curada. Ha pasado el tiempo en que el desgraciado que sufría de blenorragia crónica, "gota militar", estaba condenado a sufrirla durante toda su vida, si bien es preciso, para conseguirlo, un tratamiento adecuado seguido con una perseverancia a toda prueba.

En su evolución son muy frecuentes las complicaciones, cada día más palpables, como peores, si cabe, que las de

la sífilis. En el hombre son: "Balanopostitis, linfangitis del miembro, con o sin acceso; prostatitis, orquitis y orqui-epidimitis, vesiculitis o espermato-cistitis, cistitis, artritis aguda y crónica, nefritis, reumatismo blenorragico y complicaciones en todos los órganos y aparatos".

En sus consecuencias crónicas, góla militar, espermatorrea; impotencia, esterilidad, estrechez uretral, etc.

Contagio.—Es la más generalizada y contagiosa de las enfermedades venéreas, siendo seguro hallarla en uno o en otro estado (aguda o crónica), en forma de flujos, en las meretrices y "vendedoras de caricias", las que contagian como resultado de las relaciones sexuales.

En la forma aguda de la infección parece ser más fácil el contagio, por la casi imposibilidad de realizar la cópula por lo doloroso que resulta.

El contagio directo es el más frecuente; tiene lugar al ponerse en contacto la mucosa genital sana con la enferma.

También puede producirse la transmisión genital por vía indirecta, por un objeto vehículo del gonococo (ropas de cama, etc.). Y si es por toallas, pañuelos, etc., puede dar origen a la blenorragia ocular, con probable ceguera, por contacto en la conjuntiva de estos utensilios o de los dedos manchados del pus virulento.

La repetición de los coitos, la fatiga, el alcoholismo, períodos menstruales de la mujer, ciertas deformidades de los órganos genitales (fimosis, meato ancho) y sobre todo la falta de cuidados higiénicos después de las relaciones sexuales, son factores que aumentan las ocasiones de contagio.

Profilaxia.—Está dificultada por la rapidez de su infección; sin embargo, resulta compensada con saber casi la exclusividad de forma de contagio. Depende del esmero con que se haga.

Afirmado por el Dr. Bertoloty y reconocido por todos: "La blenorragia es la enfermedad venérea más difícil de evitar, porque la mujer, como vector de la misma, posee en sus genitales recodos y glándulas que son depósito de gérmenes que permanecen inertes y latentes mientras aquéllas no funcionen o no se excitan; pero, una vez en fun-

ción, no solamente su actividad se aumenta, sino que la facilidad de contagio es mucho mayor.”

El menos incierto, el más eficaz de los métodos profilácticos de la blenorragia, que puede resultar del coito verificado con persona que la padezca, es el empleo del preservativo (inventado por el Dr. Condom), con tal que no adolezca de ningún defecto, ni se rasgue durante el acto carnal. Es el más caro de los remedios profilácticos.

Antes del coito, ciertas precauciones (indispensables si no se empleó el preservativo), permiten evitar a veces una contaminación. Tales son, para la mujer, lavados vulvares con abundante jabón e irrigaciones antisépticas vaginales.

Lo mismo después del coito.

Para el hombre, embadurnar todo el pene, el glande y el meato urinario con un cuerpo graso ligeramente antiséptico (vaselina neutra con calomelanos al 33 por 100 o pomada de protargol al 10 por 100, pomada de albargina al 10 por 100, pomada de argirol al 5 por 100, sublimado al 1 por 1.000.

El coito no debe ser prolongado, y se evitará llegar a él en estado alcohólico, de gran fatiga o durante los períodos menstruales de la mujer.

Inmediatamente después, lo primero y principal es orinar, que además de hacer una desinfección de arrastre, no despertará deseo después de la instilación y no se arrastrarán los medicamentos antes que actúen.

Abundante lavado jabonoso con agua caliente y mejor si puede llevar algún antiséptico como permanganato potásico o sublimado al 1 por 2.000.

El tiempo del período de incubación de la blenorragia, se dice que es de cuarenta y seis horas, lo que no debe confiarnos para hacer la cura profiláctica en el espacio del tiempo que señala esto, sino que se hará (si queremos obtener el resultado que se persigue) dentro de las tres horas siguientes, si bien teniendo muy en cuenta, que cuanto más próxima e inmediata al acto sexual se hace, mayor seguridad habrá en la misma.

La cura profiláctica post-coitum, puede hacerse a base de irrigaciones, de inyecciones o de instilaciones.

Las irrigaciones, si son mal hechas, tienen el inconvenien-

te de la posibilidad de arrastrar gérmenes de fuera a dentro que pudieran ser determinantes de uretritis posteriores, que siempre resultan más molestas y abundantes en complicaciones difíciles en curar.

Tienen otro inconveniente muy a tener en cuenta y poco advertido por los autores; consiste en la idea falsa que tienen las gentes de los antisépticos al creer que poniéndolos a mayor concentración de lo que se les dice, sus efectos mortíferos sobre los microbios han de ser más urgentes y eficaces; idea errónea y fácil de comprobar, con solo escuchar los molestos síntomas de la uretritis química que padecieron los que usaron las disoluciones muy concentradas.

Se usará la cánula de doble corriente, tipo Suárez-Mendoza.

Por estos inconvenientes creo deben preferirse las instilaciones o inyecciones.

Instilaciones.—Con productos más concentrados capaces de matar al gonococo, depositados a dos o tres centímetros del meato con jeringas adecuadas, tipo Janet. Retener el líquido (por ejemplo argiroi al 20 por 100) durante diez minutos.

Inyecciones.—La técnica es la siguiente: Previo lavado externo, se corre el prepucio, se toma el glande entre los dedos medio y anular de la mano izquierda, con la palma hacia arriba y entreabriendo el meato con el pulgar e índice libres, se adapta el pico de la jeringa, modelo Janet en la que previamente se habrá colocado 5, 6 ó 7 c. c. de la solución antiséptica. Se empuja el émbolo lentamente con poca presión, y una vez llena la uretra (se nota, porque hay dificultad en seguir inyectando y por el rebosamiento) se separa con cuidado la jeringa apretando el meato para que el líquido no sea expulsado. Se retiene la solución durante cuatro o seis minutos y luego se abandona el miembro. Se repite esta operación un par de veces, y a seguido se hace un lavado abundante con jabón y agua tibia.

Es conveniente no orinar, sino después de pasado algún tiempo con objeto de no arrastrar la solución.

Para ésta como para todas las demás enfermedades venéreas, la limpieza más escrupulosa, el aseo más cuidadoso, es medida importantísima de preservación.

Es conveniente saber que los preparados de mejores efectos son las disoluciones, después las pomadas poco sólidas y por fin las pastas. Por esto, la irrigación, como es a base de uno o dos litros, sería el procedimiento de más activos efectos, pero tiene el inconveniente que ya hemos señalado.

Una vez hecho lo que antecede, nos queda, lo que podíamos decir "Protección de doble seguridad o deambulatoria" que la haremos con pomadas antisépticas, embadurnando uniformemente el glande y gran parte del prepucio: Cura que, por el hecho ya apuntado, de la menor actividad de los antisépticos en forma de pomada, habremos de llevarla aplicada por espacio de diez horas (con la precaución de proteger el miembro para evitar que manche las ropas), tiempo que compensa la pérdida de actividad.

Si por cualquier circunstancia no puede realizarse la cura profiláctica y las sospechas adquieren caracteres de certidumbre, y si a los dos o tres días se advierten las molestias del comezón ya indicadas, es preciso acudir a consultar al médico, que él, con toda urgencia, se encargará de hacer tratamiento abortivo.

De la blenorragia crónica o reciente, un buen tratamiento, es la mejor profilaxis.

PROFILAXIA GENERAL

A fin de impedir que las enfermedades venéreas disminuyan la potencia y vitalidad de la raza humana, como lo han venido haciendo durante cuatro siglos, es necesario preocuparse de impedir su propagación, provistos con las potentes armas de los descubrimientos científicos y de la educación social.

Desde Wright, todos sabemos que "más vale prevenir que curar", y a esto tiende la profilaxis general.

Para la mejor comprensión de la lucha y profilaxis venérea, es necesario subdividirla en los métodos siguientes:

- 1.º Profilaxis individual por medios personales encaminados a evitar la infección.
- 2.º Tratamiento completo de los ya enfermos.
- 3.º Profilaxis educativa.

4.º Intervención del Estado y organismos sanitarios, dictaminando medidas generales que instruyan, protejan, amparen o castiguen al individuo.

1.º *Profilaxis individual.*—Es en la que hemos insistido al tratar aisladamente en cada una de las enfermedades venéreas.

En la práctica de estos medios de preservación, la limpieza y desinfección individual es lo más recomendable, por haber progresado de un modo notable los conocimientos, cada día mayores, de las causas y vías de propagación.

Esta desinfección puede realizarse con extrema sencillez por el hecho de que las porciones sensibles de mucosas en el hombre son generalmente de fácil acceso a los antisépticos.

La profilaxis individual deben hacerla tanto los individuos sanos como los ya contagiados; los primeros pondrán en práctica medios para evitar ser contagiados, y los segundos, para evitar la transmisión de su mal.

2.º *Tratamiento de los enfermos.*—A fin de conseguir la desaparición rápida de los treponemas, con lo cual se evitará la siembra de la enfermedad, y también para su pronta y mejor curación. Esta labor incumbe principalmente a los Dispensarios, los que darán todas las facilidades para que la gente acuda, y dando gratis la medicación. También tendrán enfermería en la que se pueda hospitalizar no sólo las prostitutas cuando estén en período de contagio, sino para todos aquellos enfermos que por su estado no puedan sufrir un tratamiento ambulatorio.

El art. 49 del Reglamento de Sanidad provincial dice:

“El Dispensario antivenéreo realizará su misión médico-social extendiendo su acción curativa y profiláctica no sólo al régimen prostibulario, sino igualmente a cuantos hombres y mujeres se hallan afectos de enfermedades venéreas, para lo cual, y en primer término, no se hará inscripción nominal alguna, debiendo llevarse únicamente un registro de fichas numeradas con los indispensables datos clínicos.”

Será función principal de estos Dispensarios el diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades, procurando rea-

lizar preferentemente la esterilización terapéutica de los portadores de gérmenes.

(Continuará.)

Destinos vacantes

Publicados en el D. O. núm. 157 por Orden circular de 4 de Julio actual:

Sanidad Militar (Medicina).—Regimiento Infantería núm. 11: Una de Capitán Médico.—Regimiento Infantería núm. 18: Una de Capitán Médico.—Regimiento Infantería núm. 20: Una de Capitán Médico.—Regimiento Infantería núm. 25: Una de Capitán Médico.—Regimiento Infantería núm. 35: Una de Capitán Médico.—Regimiento Infantería núm. 37: Una de Capitán Médico.—Regimiento Infantería núm. 39: Una de Capitán Médico.—Batallón Montaña núm. 6: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Artillería de Costa núm. 4: Una de Capitán Médico.—Grupo de Defensa contra Aeronaves núm. 2: Una de Capitán Médico.—Grupo Mixto de Zapadores y Telégrafos núm. 1: Una de Teniente Médico.—Grupo Mixto de Zapadores y Telégrafos núm. 4: Una de Teniente Médico.—Compañía Automóvil de Víveres: Una de Teniente Médico.—Primera Comandancia de Sanidad (primer grupo): Una de Capitán Médico.—Primera Comandancia de Sanidad (segundo grupo): Cuatro de Teniente Médico.—Primera Comandancia de Sanidad (tercer grupo): Dos de Teniente Médico.—Primera Comandancia de Sanidad (cuarto grupo): Una de Teniente Médico.—Segunda Comandancia de Sanidad (primer grupo): Cinco de Teniente Médico.—Segunda Comandancia de Sanidad (segundo grupo): Una de Comandante Médico y tres de Teniente Médico.—Segunda Comandancia de Sanidad (tercer grupo): Seis de Teniente Médico (dos para la Sección Hipomóvil).—Segunda Comandancia de Sanidad (cuarto grupo): Una de Comandante Médico y cuatro de Teniente Médico.—Asistencia al personal del Cuerpo de Inválidos: Una de Capitán Médico.—Hospital Militar de Sevilla: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Barcelona: Tres de Teniente Médico.—Hospital

Militar de Burgos: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Vitoria: Una de Capitán Médico.—Clínica Militar de Santander: Una de Comandante Médico.—Clínica Militar de Palencia: Una de Comandante Médico.—Asistencia al personal de Estado Mayor, Jefatura Servicios Sanitarios Médicos sexta División orgánica y Generales, Jefes y Oficiales en reserva y disponibles en Burgos: Dos de Comandante Médico.—Hospital Militar de Valladolid: Una de Comandante Médico (diplomado en Cirugía, debiendo ser solicitada esta plaza por los Capitanes Médicos con dicho título) y una de Teniente Médico.—Clínica Militar de Salamanca: Una de Comandante Médico.—Clínica Militar de Oviedo: Una de Comandante Médico.—Asistencia al personal de Estado Mayor, Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la octava División orgánica y Generales, Jefes y Oficiales disponibles y en reserva en La Coruña: Una de Comandante Médico.—Hospital Militar de Mahón: Una de Comandante Médico.—Depósito de Recría y Doma de Jerez: Una de Teniente Médico.—Depósito de Recría y Doma de Ecija: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Melilla: Una de Comandante Médico.—Necesidades y Contingencias del Servicio en Melilla: Una de Teniente Médico.—Enfermería del Rif: Una de Comandante Médico y dos de Capitán Médico (uno Radiólogo y otro Cirujano).—Necesidades y Contingencias del Servicio en el Rif: Dos de Teniente Médico.—Hospital Militar de Tetuán: Una de Teniente Médico.—Necesidades y Contingencias del Servicio en Larache: Una de Teniente Médico.—Batallón Cazadores Africa núm. 4: Una de Teniente Médico.—Batallón Cazadores de Africa núm. 8: Una de Teniente Médico.—Comandancia de Artillería de Melilla: Una de Capitán Médico y una de Teniente Médico.—Batallón de Ingenieros de Tetuán: Una de Teniente Médico.—Comandancia de Tropas de Intendencia de Melilla: Una de Capitán Médico.—Tercio: Dos de Capitán Médico.—Grupo de Regulares Indígenas de Alhucemas núm. 5: Dos de Teniente Médico.—Comandancia de Sanidad de Melilla: Tres de Teniente Médico.—Comandancia de Sanidad de Ceuta: Dos de Teniente Médico.

Sanidad Militar (Farmacia).—Jefatura de los Servicios Farmacéuticos de la octava división: Un Farmacéutico mayor, Jefe.—Farmacia Militar de la quinta división: Un Farmacéutico mayor, Jefe.—Farmacia del Hospital Militar de Valladolid: Un Farmacéutico primero, Jefe.—Farmacia del Hospital Militar del Rif: Un

Farmacéutico primero.—Farmacia Militar de la octava división:
Un Farmacéutico segundo.

Cuerpo de Practicantes Militares.—Clínica Militar de Algeciras:
Una de Practicante.—Hospital Militar de Larache: Una de Practi-
cante.—Tercio: Una de Practicante.

VARIEDADES

Por reciente Decreto Presidencial le ha sido concedida la Gran Cruz de la Orden Militar de San Hermenegildo al Excmo. Sr. Inspector de Sanidad Militar de la 1.^a Inspección General del Ejército, D. José Agustín, a quien con este motivo enviamos nuestra cariñosa felicitación.

* * *

En la sesión celebrada en Lieja el 24 del pasado, por el Comité permanente de los Congresos de Aviación Sanitaria, se acordó ratificar la decisión de organizar en Madrid la segunda de dichas reuniones internacionales, a continuación del VII Congreso de Medicina y Farmacia Militares.

* * *

El *Diario Oficial* del Ministerio de la Guerra del 17 del pasado, inserta la relación nominal de los 30 opositores a quienes se concede el ingreso como Alféreces Médicos alumnos de la Academia de Sanidad Militar.

Reciban nuestra cordial enhorabuena.

* * *

El 23 del pasado pronunció una interesante conferencia sobre Frenicectomía en la Sociedad Española de Tisiología, nuestro ilustrado compañero de Redacción D. José Valdés Lambea.

* * *

El Comandante Médico D. Felipe Pérez Feito, continuando su labor de difusión de conocimientos sobre Guerra Química, ha pronunciado interesantes conferencias en los últimos días del pasado mes en la Escuela de Guerra Naval y en el Casino de Clases del Ejército y Armada.

Los temas elegidos fueron, respectivamente, "Reflexiones profesionales sobre el empleo de gases de guerra en los combates navales y columnas de desembarco" y "Algunos conocimientos prácticos indispensables sobre Guerra Química".

* * *

El Inspector de Sanidad Militar de la 3.^a Inspección General del Ejército, Excmo. Sr. D. José González Granda, verificó a fines del pasado mes una revista reglamentaria a las tropas y establecimientos de nuestro Cuerpo, correspondientes a la 6.^a, 7.^a y 8.^a Divisiones.

* * *

Recientemente han terminado los estudios en la Escuela Central de Gimnasia de Toledo 36 Oficiales del Ejército, a quienes se ha expedido el Diploma Oficial de Profesores de Educación Física, habiendo obtenido el número uno el Capitán Médico D. Fernando García Doctor.

Dicho Capitán Médico, a quien enviamos nuestra cordial enhorabuena, por el hecho de haber sido el número uno, tiene entre otras prerrogativas, la de disfrutar un mes de licencia para el extranjero con objeto de recoger en una Memoria todo lo referente a la organización de la Cultura física en el país visitado, para lo cual va oficialmente comisionado por el Gobierno español.

El Capitán García Doctor ha elegido Finlandia, a cuya capital, Helsingfors, saldrá probablemente en el mes de Septiembre próximo.

* * *

Ha fallecido en Barcelona el Inspector Médico de primera clase, en reserva, Excmo. Sr. D. Francisco Soler y Garde, Académico numerario de la de Medicina de aquella Capital, que demostró constantemente su gran cariño al Cuerpo,

enriqueciendo la bibliografía de asuntos médicos militares con valiosas aportaciones.

También ha fallecido en esta Capital el Excmo. Sr. Don Leandro Alonso de Celada, veterano Inspector Médico de segunda clase, en situación de reserva.

Por no tener completos aún los datos biográficos, aplazamos la publicación de las correspondientes notas necrológicas para el siguiente número, enviando por el momento nuestro más sentido pésame a las familias de ambos Generales.

PRENSA MÉDICO-FARMACEUTICA

LA VACUNOTERAPIA EN LA CLÍNICA.—El Dr. Keilly (*Journ. Lab. and Clin. Méd.* Marzo 1932) define una vacuna como una solución antigénica que goza del poder de producir anticuerpos específicos *in vivo*. La vacunoterapia debe comenzar por el aislamiento y estudio del sineroorganismo etiológico, causa del mal; asimismo, debe ser preparada la emulsión, de modo que el elemento vacunógeno, sea o no de naturaleza proteica, se mantenga inalterable, y pueda ser en su efecto perfectamente medido. Keilly no es partidario de usar gérmenes vivos en estas vacunas, por el temor de que puedan cambiar de virulencia, y por eso prefiere el uso de vacunas muertas.

Los gérmenes son seleccionados de diversos casos y preferidos los que den más fecundos cultivos y ocasionen mayores reacciones cutáneas anafilácticas. La dosis primera no debe pasar de 0,1 c. c. y se aumentará en esta cantidad muy cuidadosamente. En la preparación de las

vacunas, Keilly no presta atención a contar el número de gérmenes, sino a pesar las suspensiones, y a variar la dosis según las reacciones generales. Mientras la reacción general es mayor, pudiéndola soportar, mayor es el grado de inmunización obtenido.—M. M. S.

* * *

INYECCIÓN INTRAVENOSA DE VACUNA ANTI-GONOCÓCICA.—Los doctores Gaté, Guilleret y Boyer (*Bull. Soc. Franc. de Derm. et Syph.* Enero 1932) describen los efectos de una inyección intravenosa de vacuna anti-gonocócica, dada por error. El paciente era un hombre de veintiseis años, que había sido admitido en la clínica con una gonorrea aguda, con orqui-epididimitis. La uretritis inicial ocurrió tres semanas antes. Al admitirse en la clínica le fué dada una inyección auto-hemoterapéutica, para mejorar el dolor. Además, se le instituyó el tratamiento de la orquitis, por medio de una serie

de inyecciones hipodérmicas de vacuna antigonocócica, comenzando con 0,5 c. c. y aumentando gradualmente hasta 2 c. c., en días alternos. El paciente recibió siete dosis que fueron bien toleradas. Cuando fué dada la octava dosis de 2 c. c., ocurrió un grave error, por el cual se inyectó dentro de las venas 0,5 centímetros cúbicos de la vacuna. Diez minutos después, ocurrió al paciente un grave *shock*, con disnea y otros síntomas respiratorios y circulatorios alarmantes, que poco a poco fueron desapareciendo. A la vez la orquitis desapareció rápidamente. Los autores fijan su atención en el *shock* grave que siguió a la inyección intravascular, y la curación rápida de la orqui-epididimitis. La interpretación que dan los autores al *shock* es el de un fenómeno anafiláctico, ocasionado por la sensibilización orgánica, determinada por las inyecciones subcutáneas de vacuna, dadas anteriormente. Esto hace pensar en la posible eficacia, contra la blenorragia y sus complicaciones, de la inyección intravascular de la vacuna antigonocócica, teniendo cuidado de no sensibilizar antes el organismo del enfermo por inyecciones subcutáneas, que es donde está el peligro de la anafilaxia.—M. M. S.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS CRÓNICAS DE LA PIERNA.—El doctor M. Umanski señala las siguientes reglas para la curación de las úlceras de la pierna:

1.^a Las úlceras más extensas de la pierna de carácter no específico, pueden curar bajo adecuado tratamiento local, siempre que la salud general del paciente no esté muy deteriorada.

2.^a El tratamiento será dirigido a la eliminación de la infección micróbica, y a estimular la fuerza natural de reparación del tejido dañado.

3.^a Una solución de 8 a 12 por 100 de Bálsamo del Perú en glicerina y alcohol es preferente, puesto que no sólo tiene esta solución una acción bactericida sobre los microbios piógenos de la úlcera, sino que a la vez favorece la reparación de los tejidos, estimulando las granulaciones así como el proceso de epitelización.

4.^a La glicerina actúa como un buen excipiente del Bálsamo del Perú, y es útil por su acción exosmótica e hipertónica, e intensifica la acción antiséptica y penetrante del Bálsamo del Perú.

5.^a En las úlceras de carácter varicoso es conveniente el uso de un vendaje elástico sobre la pierna, aplicado de día durante algún tiempo.—M. M. S.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

LA APLICACIÓN DE LA VACUNA-
CIÓN ASOCIADA ANTIDIFTÉRICA Y

ANTITIFO-PARATÍFICA A LAS COLEC-
TIVIDADES MILITARES.—Estudio de

un caso concreto por M. Musseman, Comandante Médico, Profesor agregado de Val-de-Grace. En virtud de instrucciones emanadas del Ministro de la Guerra, dicho Jefe fué encargado de proceder en los meses de Mayo y Junio de 1930, a la vacunación asociada antidiftérica y antitifo-paratífica de los reclutas del 9.º Regimiento de Coraceros, regimiento en el cual reinaba la difteria durante varios años, bajo la forma endemo-epidémica.

El autor se ocupa en su extenso trabajo de la historia de la difteria en dicho Regimiento, antes de poner en práctica la vacunación; de las enseñanzas de la reacción de Schick de la anatoxi-reacción de Zoeller, practicadas sobre el contingente objeto de la vacunación, de la práctica de esta vacunación y de los resultados obtenidos.

A término de dicho estudio, la conclusión que deduce es la siguiente:

La vacunación asociada, combinando los efectos de la vacunación antitifo-paratífica y de la antidiftérica, simplificando estas operaciones, ha probado la notable eficacia en una colectividad que, después de varios años, padecía una epidemia diftérica persistente y rebelde a todos los procedimientos de la profilaxia clásica. La detención de la enfermedad fué debida únicamente al refuerzo de la inmunidad colectiva, de lo que resulta la necesidad (impuesta precisamente al 9.º Regimiento de Coraceros) de repetir las vacunaciones a la llegada de nuevos contingentes receptivos y de no descuidar ninguno de

los medios profilácticos anteriormente conocidos.

Se puede, sin embargo, esperar que a la larga, la supresión del terreno receptivo, actuará sobre el contagio mismo; el hecho que después de las vacunaciones de Mayo y Junio de 1930, la difteria cesó hasta en los antiguos soldados no vacunados y apenas atacó a los reclutas incorporados en Octubre siguiente, para no reaparecer hasta la incorporación de Abril de 1931, autoriza esta esperanza.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Janvier 1932).—J. P.

. . .

LA NOCIÓN DE LA DETENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS ARMAS.—El Comandante Médico del Ejército francés, M. Le Bourdelles, Profesor agregado de Val-de-Grace, en una interesante comunicación, entre otras consideraciones, manifiesta lo siguiente:

En la práctica médico-militar, el problema se basa en el ingreso en el Ejército. La radiografía, cada vez más en uso actualmente, nos evita incorporar a filas un sujeto portador de lesiones evolutivas y bacilíferas. En lo que concierne al *test* radiográfico, conviene, sin embargo, distinguir la significación de dos imágenes; los nódulos fibro-calcáreos, secuelas de foco neumónico del complejo primitivo, constituyen, cuando están aislados, lesiones casi seguramente inactivas; por el contrario, la presencia de

tractus densos, intercleido-hiliares o parahiliares, atestiguan ya una infección más profunda y de una etapa nueva de disminución del virus por la vía linfógena; algunas veces, sólidamente fijadas, estas lesiones de la trama, resultan a menudo muy fuertemente alérgicas. Es preciso, en los casos dudosos, usar ampliamente de medidas que permitan los exámenes en serie (separación temporal) y sería asimismo de utilidad poder comparar los *test* radiográficos sucesivos.

En lo que respecta a la eliminación de los tuberculosos, sería conveniente la separación definitiva del servicio en los

casos de tuberculosis evolutiva, con baciloscopia positiva. Es alrededor de los veinte años cuando se observan las formas graves de la reactivación tuberculosa; las regresiones son entonces bastante raras, y las recaídas crearían un peligro de contagio.

La noción de detención justifica por sí sola la revisión bi-anual de la pensión de 100 por 100 durante los cuatro primeros años. La disminución de la pensión no debe establecerse sino a la vista de hechos bien establecidos.—(*Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française*, Noviembre 1931).—*J. P.*

BIBLIOGRAFIA

Manual del militar retirado: Sus deberes y sus derechos, por Narciso Gibert, Oficial segundo del Cuerpo de Oficinas Militares. Precio, 3,50 pesetas en rústica y 4,50 pesetas encuadernado.

La necesidad de reunir las distintas disposiciones que más o menos directamente afectan a los jefes, oficiales, clases e individuos de tropa en situación de retirados, con arreglo a las diferentes leyes promulgadas, para que en todo momento puedan ser consultados los derechos y deberes de estas beneméritas clases pasivas, indujo al autor de este trabajo a coleccionarlas, interpretarlas y comentarlas, formando un conjunto de indudable utilidad.

Esta minuciosa y meritoria labor, seguramente será estimada por la Superioridad y favorecida por los retirados del Ejército y la Marina, que le dispensarán la acogida que ciertamente merece.

El libro, perfectamente editado, consta de 223 páginas y viene a enriquecer la colección de obras que lleva publicadas el autor, laborioso e inteligente Oficial del Cuerpo de Oficinas Militares.—*J. P.*

SECCION OFICIAL

- 9 Junio.—Orden (D. O. núm. 139) desestimando la instancia promovida por el Teniente Coronel Médico en situación de reserva, D. Emilio Pacheco Fuentes, en súplica de que se le concediese el empleo superior inmediato.
- 13 Junio.—Decreto (D. O. núm. 139) concediendo la Gran Cruz de San Hermenegildo al Inspector Médico D. José Augustin y Martínez Gamboa.
- 14 Junio.—Orden (D. O. núm. 140) disponiendo se observen las reglas que se indican para solucionar las dificultades que se presenten en la práctica, en el Ejército, para aplicación de la ley de 30 de Enero último relativa a enterramientos.
- 14 Junio.—Orden (D. O. núm. 141) concediendo veinticinco días de licencia por asuntos propios, para Hamburgo, al Teniente Médico D. Antonio Román Durán.

“CEREGUMIL” FERNÁNDEZ

Alimento completo vegetariano a base de cereales y leguminosas.—Mejor que la carne y la leche.

**Especial para niños, ancianos, enfermos del estómago y convalecientes.
Insustituible, como alimento, en los casos de intolerancia gástrica y afecciones intestinales.**

Fernández & Canivel :: Málaga.

14 Junio.—Orden (D. O. núm. 141) concediendo a los Jefes y Oficiales Médicos que figuran en la siguiente relación el premio anual de efectividad que a cada cual se indica:

Comandantes Médicos.—D. Angel Capá Arabiotorre, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Junio.—D. César Antón Arnáiz, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1.º de Junio.—D. Francisco Peña Azaola, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Junio.

Capitanes Médicos.—D. Teófilo Zelaya Clavería, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1.º de Mayo último.—D. Angel Montoro Montoro, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1.º de Mayo último.—D. César Alonso Delás, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Junio.—D. Francisco Oliván Anadón, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Junio.—D. Miguel Muro Esteban, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Junio.—D. César Yaque Laurel, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Junio.—D. Octavio Sostre Cortés, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Junio.—D. José Bañón Jiménez, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Junio.—D. Angel Martín Monzón, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Junio.—D. Mariano García Navarro, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1.º de Junio.—D. José Téllez Lafuente, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1.º de Junio.

17 Junio.—Orden (D. O. núm. 141) nombrando Alféreces Médicos alumnos de la Academia de Sanidad Militar a los treinta opositores siguientes, aprobados en las oposiciones verificadas recientemente:

D. Francisco José Herráiz Serrano, paisano.—D. Juan Hernández Jiménez, paisano.—D. Manuel Cárdenas Rodríguez, paisano.—D. Damián Téllez Lafuente, paisano.—D. José Aznares García, paisano.—D. Antonio Box María-Cospedal, soldado de Carros Combate núm. 1.—D. Antonio Pérez Guilarte, paisano.—D. Federico Vallés Padules, soldado de la segunda Comandancia de Sanidad Militar.—D. Fernando Colehero Arribarena, paisano.—D. Enrique Batllé Roca, paisano.—D. José

Ignacio Fanjul Sedeño, paisano.—D. Manuel Alemany Rodríguez, soldado de la primera Comandancia de Sanidad Militar.—D. Fermín Cerezo Armendáriz, paisano.—D. Luis Leyda Rubio, soldado de la primera Comandancia de Sanidad Militar.—D. Luis Vidal Gamarra, paisano.—D. Antonio Linares Maza, Suboficial de Infantería con licencia ilimitada.—D. Manuel Peinado Altable, soldado de la primera Comandancia de Sanidad Militar.—D. Melchor Vázquez de Prada Lesmes, paisano.—D. Alfredo Conejo García, paisano.—D. Pedro Melendo Abad, soldado con licencia ilimitada de la primera Comandancia de Sanidad Militar.—D. Timoteo Rodríguez Velázquez, paisano.—D. Enrique Piqueras Menéndez, paisano.—D. Carlos Granados López, soldado del Regimiento de Infantería núm. 1.—D. José Antonio Escudero Valverde, paisano.—D. Francisco Trigueros Peñalver, paisano.—D. Mariano Sánchez Toro, paisano.—D. Angel Rodríguez de Lope Barrera, paisano.—D. Antonio Jiménez Torres, paisano.—D. Vicente Buitrón Fernández, soldado del Regimiento de Infantería núm. 3.—D. José Ibáñez Torrella, paisano.

- 21 Junio.—Orden (D. O. núm. 146) concediendo el pase a situación de disponible, en Valladolid, al Farmacéutico primero don Constantino Abia Zurita.
- 21 Junio.—Orden (D. O. núm. 146) resolviendo que los Jefes y Oficiales Médicos que estén prestando servicio en las Juntas de Clasificación y Revisión, podrán ser designados para reconocimientos del personal militar que resida en las plazas donde ejerzan ese servicio.
- 22 Junio.—Orden (D. O. núm. 148) resolviendo vuelva a activo el Farmacéutico mayor D. Pío Font Quer, continuando en la situación de Al Servicio de otros Ministerios.
- 23 Junio.—Orden (D. O. núm. 149) concediendo al Teniente Coronel Médico en situación de reserva, D. Emilio Pacheco Fuentes, pensión de placa de San Hermenegildo, y al Farmacéutico mayor D. Francisco de Paula Millán, pensión de Cruz de la misma Orden.
- 24 Junio.—Orden (D. O. núm. 150) concediendo la Cruz de San Hermenegildo a los Comandantes Médicos D. Felipe Rodríguez Martínez Toledano, D. Juan Romeu Cuallado, D. Tomás Mancholas Prados, D. José Valdés Lambea, D. Mariano Anfruns Armengol, Capitán Médico D. Francisco Rodríguez González,

y Farmacéuticos mayores D. Jaime Blanch Vila y D. Bernardino Ros Costa.

27 Junio.—Circular (D. O. núm. 151) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Comandantes Médicos.—D. Gustavo Martínez Manrique, del Hospital Militar de Valladolid, al Hospital Militar de Burgos, en la plaza de cirujano. (V.).—D. Delfín Hernández Irigaray, del segundo grupo de la segunda Comandancia de Sanidad Militar, al primer grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar. (V.).—D. Gabriel Alonso Pérez, ascendido, de Asistencia al personal de Estado Mayor, Jefatura de los Servicios de la octava división y Generales, Jefes y Oficiales disponibles y en reserva en Coruña, en plaza de superior categoría, a la Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la octava división orgánica. (F.), y D. Octavio Gómez Salas, ascendido, del Tercio Móvil de la Guardia Civil, a la Clínica Militar de Guadalajara. (F.)

Capitanes Médicos.—D. Jacinto Hernández Sánchez, de la Clínica Militar de Salamanca, en plaza de superior categoría, al Regimiento de Caballería núm. 2. (V.).—D. Manuel Mazo Mendo, de la Comandancia de Intendencia de Melilla, al Hospital Militar de Melilla. (V.).—D. Federico Arteaga Pastor, del primer grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, al Tercio Móvil de la Guardia Civil, con arreglo al art. 13 del Decreto de 11 de Marzo último (D. O. núm. 61). (V.).—D. Luis Gandullo Solsona, del Grupo de Defensa contra Aeronaves número 2, al Regimiento de Artillería Ligera núm. 10. (V.).—Don Alfonso Durán Merino, de la Comandancia de Artillería de Melilla, al Regimiento de Caballería núm. 9. (V.).—D. Hilario Pérez Hervada, ascendido, del Hospital Militar de Urgencia, al Batallón de Cazadores de Africa núm. 7. (F.).—D. Fernando García Doctor, ascendido, del primer grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar y en comisión como alumno de la Escuela Central de Gimnasia, al Regimiento de Infantería núm. 18 (F.), continuando en dicha comisión hasta terminar el curso.—D. Andrés Arrugaeta Franco, ascendido, de Al Servicio del Protectorado en las Intervenciones Militares de Gómara-Xauen, al Hospital Militar del Ríf. (F.).—D. José Torres Jiménez, ascendido, del primer grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, al Regimiento de Artillería a Pie

número 2. (F.). Se confirma este destino, conferido por Orden telegráfica de 13 de Mayo último.

Tenientes Médicos.—D. Antonio Román Durán, de la Academia de Sanidad Militar, al Hospital Militar de Madrid-Carabanchel. (Rectificación).—D. Víctor Hornillos Escribano, del Batallón de Ingenieros de Tetuán, a la Academia de Sanidad Militar. (V.).—D. Eladio Rupérez Pérez, del Hospital Militar de Tetuán, al Hospital Militar de Urgencia. (V.).—D. Juan de Prado Pinto, de Necesidades y Contingencias del Servicio de Larache, al Establecimiento de Cría Caballar de Remonta y Compra del Protectorado de Marruecos. (V.).—D. Luis Sánchez-Capuchino y Alderete, de la Comandancia de Intendencia de Ceuta, al primer grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar. (V.).—D. Eduardo Sánchez Borja, de Al Servicio del Protectorado en los consultorios indígenas de Yebala occidental, al Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Larache número 4. (V.).—D. Nestor Alonso García, de Al Servicio del Protectorado en las Intervenciones Militares de Yebala central, al Regimiento de Infantería núm. 36, segundo Batallón. (Voluntario).—D. Inocente García Montoro, de Al Servicio del Protectorado en el consultorio indígena de Yebala central, al Hospital Militar de Melilla. (V.).—D. Manuel Lon Tellez, del Tercio, al Hospital Militar de Melilla. (V.).

Relación de los Jefes y Oficiales Médicos que han solicitado los destinos anteriormente provistos con carácter voluntario.

Primer grupo de la primera Comandancia: D. Felipe Pérez Alvarez y D. Octavio Gómez Salas.—Tercio Móvil de la Guardia Civil: D. José Bañón Jiménez, D. José Rosales Gutiérrez, D. Joaquín Segoviano Rogero, D. Angel Ortega Montealegre, don Angel Montoro Montoro, D. Esteban Díez Urosa, D. Ricardo Couto Felices, D. Carlos Tello Peinado, D. Ramón Suberbiola Cao, D. Jacinto Hernández Sánchez, D. Manuel Mazo Mendo, D. Gregorio Vega Pérez, D. Fernando García Santandréu, don Alfonso Durán Merino, D. Manuel Conde López y D. Gregorio Lombardo Duro.—Hospital Militar de Burgos (plaza de cirujano): D. Nicolás Cantó Borreguero.—Regimiento de Caballería núm. 2: D. Alfonso Durán Merino, D. Ricardo Gutiérrez Mendiola, D. Gregorio Lombardo Duro y D. Hilario Pérez

Hervada.—Regimiento de Caballería núm. 9: D. Ricardo Gutiérrez Mendiola, D. José Torres Jiménez y D. Hilario Pérez Hervada.—Regimiento de Artillería Ligera núm. 10: D. Andrés Arrugaeta Franco.—Hospital Militar de Madrid-Carabanchel: D. Eladio Rupérez Pérez, D. Luis Sánchez-Capuchinos, D. Antonio Infante Venero y D. César González del Pino.—Hospital Militar de Urgencia: D. Luis Sánchez de Enciso, don Luis Sánchez-Capuchino, D. Antonio Infante Venero y D. César González del Pino.—Hospital Militar de Melilla: D. Ildefonso Gallego Asorey.

- 27 Junio (D. O. núm. 151).—Destinando a los Jefes y Oficiales Farmacéuticos siguientes:

Farmacéuticos mayores.—D. Francisco Pérez Camarero, Jefe de los Servicios Farmacéuticos de la octava división, a Jefe de la Farmacia Militar de la sexta división. (V.).—D. José Martín Lázaro, ascendido, de la Farmacia del Hospital Militar de Valladolid, a disponible en la séptima división.

Farmacéutico segundo.—D. Luis Rodríguez Sánchez, de la Farmacia Militar de la octava división, a la Jefatura de los Servicios Farmacéuticos de la misma, como secretario. (V.).

Farmacéutico segundo que ha solicitado la Jefatura de los Servicios Farmacéuticos de la octava división (Secretaría).—D. Roberto Costa Ruiz.

- 29 Junio.—Orden (D. O. núm. 159) concediendo la vuelta a activo al Teniente Médico D. Manuel Salmerón Torres, quedando disponible hasta que sea colocado.
- 28 Junio.—Orden (D. O. núm. 152) concediendo a los Jefes y Oficiales Médicos que figuran en la siguiente relación el premio anual de efectividad que a cada uno se indica:

Comandantes Médicos.—A partir de 1 de Julio de 1932: Don Enrique Gallardo Pérez, 1.000 pesetas por dos quinquenios, y D. Alberto Forés Palomar, 500 pesetas por un quinquenio.

Capitanes Médicos.—1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1 de Julio de 1932: D. Juan Herrera Irastorza, D. Enrique Blasco Salas, D. Manuel Noriega Muñoz y D. Ramiro Ciancas Rodríguez.—1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1 de Julio de 1932: D. Antonino Saro Cano, D. César Merás Vázquez y don Jacinto Hernández Sánchez.—1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1 de Julio de 1932: D. José

Pielláin Manso, D. Gaspar Gallego Mateos, D. Isidro Rodríguez Medrano, D. Pedro Alvarez Nouvilas y D. José Gómez Segalerva.—500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1 de Julio de 1932; D. Francisco Muruzábal Sagués, D. Tomás Herrero Hidalgo y D. Francisco Acosta Domínguez, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1 de Junio de 1932.

Teniente Médico.—D. Manuel Morales Muñoz, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1 de Julio de 1932.

- 24 Junio.—Orden (D. O. núm. 150) concediendo al Teniente Coronel Médico retirado D. Eduardo Suárez Torres, con aplicación a los beneficios del Decreto de 28 de Septiembre de 1931 (D. O. núm. 222), pensión de cruz de San Hermenegildo y placa de la misma Orden.
- 27 Junio.—Orden (D. O. núm. 154) concediendo al Teniente Médico D. Manuel Méndez León autorización para asistir al Congreso de Gimnastas Checos-Lovacos-Sokoles que ha de celebrarse en Praga en el mes de Julio.
- 27 Junio.—Orden (D. O. núm. 152) aprobando la concesión, al Capitán Médico D. Vicente Maculet, de la Medalla conmemorativa de campaña.
- 28 Junio.—Orden (D. O. núm. 153) concediendo al Farmacéutico segundo D. Fernando Mascaró Carrillo el pase “Al Servicio de otros Ministerios”, con residencia en Jaén.
- 28 Junio.—Orden (D. O. núm. 157) prorrogando por un trimestre, desde 1 de Abril, a los Capitanes Médicos D. José Bañón Jiménez y D. Juan Jiménez Torres, el derecho al percibo de dietas por continuar en curso de especialidades.
- 28 Junio.—Orden (D. O. núm. 153) aprobando la declaración de reemplazo por enfermo hecha a favor del Teniente Médico don Pablo Martínez Santos, con residencia en Madrid.
- 28 Junio.—Orden (D. O. núm. 153) rectificando la Orden de 3 de Enero último concediendo el pase a situación de reserva al Teniente Coronel Médico D. Emilio Pacheco Fuentes, en el sentido de que el haber mensual que le corresponde es el de 916,66 pesetas.
- 30 Junio.—Orden (D. O. núm. 155) designando al Farmacéutico mayor D. Nicolás Gutiérrez del Alamo y García para ocupar la vacante de la Segunda Sección del Establecimiento Central de Sanidad Militar.

- 30 Junio.—Orden (D. O. núm. 155) concediendo veinte días de licencia por asuntos propios para Roma y Venecia al Farmacéutico primero D. Miguel Rivera Hernando.
- 6 Julio.—Decreto (D. O. núm. 159) concediendo un plazo de veinte días para que los Generales, Jefes y Oficiales y asimilados de las Armas y Cuerpos que se indican, puedan solicitar el pase a situación de segunda reserva o retiro con los beneficios de los decretos de 21 y 29 de Abril de 1931. En Sanidad Militar únicamente pueden acogerse a este decreto los Subinspectores Farmacéuticos de primera clase.
- 6 Julio.—Orden (D. O. núm. 159) concediendo el empleo superior inmediato a los Capitanes Médicos D. Manuel Domínguez Martín y D. Mariano Graiño Noriega y a los Tenientes Médicos Don Guillermo Hinojar Escudero y D. Federico González Azcune.
- 30 Junio.—Orden (D. O. núm. 159) concediendo el uso del distintivo de Regulares al Capitán Médico D. José María García Delgado.
- 30 Junio.—Orden (D. O. núm. 159) concediendo dos meses de licencia por asuntos propios para París y Bruselas al Capitán Médico D. Mario Esteban Arangué.

Correspondencia administrativa de la Revista.

Sr. Salmerón (Vitoria).—Abonado el primer semestre del corriente año.

Sr. Núñez (Salamanca).—Idem íd.

Sr. González Vidal (Acebo).—Abonado el primer trimestre del año actual.

Sr. Serratosa (Ronda).—Idem íd.

Sr. Arévalo (Valladolid).—Abonado hasta fin de Junio de 1933.

Sr. Díez Mato (Villafranca).—Idem el primer semestre del año actual.

NOTA.—Hemos recibido un giro de 33 pesetas, impuesto por Don M. López (Gijón) el 14 del pasado, cuyo destino desconocemos, y a cuyo imponente rogamos nos escriba.