

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XXII

Madrid, 15 de Septiembre de 1932.

Núm. 9.

SUMARIO

Tres casos de rotura traumática de la uretra, por MARIO ROMERO PLÁ.—*Raquianestesia*: Observaciones sobre 2.076 raquianestesis lumbares con estovaína (continuación), por LEANDRO MARTÍN SANTOS.—*Enfermedades sexuales* (continuación), por INOCENTE GARCÍA MONTORO.—*Necrología*: Don Rafael Chicoy Arreceigor.—*Varietades*.—Destinos vacantes.—*Prensa médico-farmacéutica*: El radio en la actinomicosis.—Cura de la meningitis estreptocócica.—El extracto de hígado en la anemia perniciosa.—*Prensa militar profesional*: El Laboratorio de Genealogía en Neuro-Psiquiatría Militar.—Un año de vacunación antidiftérica en el Centro de Inmunología para familias de militares de Damas.—*Bibliografía*: Algunos conocimientos prácticos indispensables sobre guerra química, por Felipe Pérez Feito.—*Sección oficial*.

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

Tres casos de rotura traumática de la uretra

1.º J. P. F., soldado ordenanza de la suprimida Academia de Intendencia de Avila. Fué cogido entre el cubo de la rueda de un carro y un poste de la luz eléctrica, en una de las calles de aquella ciudad; transportado al Hospital de Urgencia en un auto-ambulancia, le hallamos en profundo estado de *schok*: facies hipocrática, pulso pequeño y frecuente, hipotermia y casi pérdida total de la sensibilidad y de la conciencia.

Sin duda, el primitivo estado de *schok* se fué agravando por los continuos movimientos ocasionados por el transporte a tan larga distancia y con intenso frío.

A la inspección, observamos aumento considerable del volumen del abdomen, con grandes zonas equimóticas y hematomas subcutáneos, especialmente en región hipogástrica, regiones inguinales y región lumbar. A la palpación, el abdomen está tenso, renitente, y a la percusión da sonido mate en casi toda su extensión, excepto en los vacíos y epigastrio.

También encontramos equimosis y hematoma en el periné.

El lesionado no ha podido orinar desde el momento del accidente, y al examinar su meato urinario vemos que fluyen por él gotas de sangre. Intentamos sondarle, y, al no poderlo conseguir, sospechamos rotura de la uretra.

Con calor e inyecciones de cafeína, aceite alcanforado y suero fisiológico, el estado general, tan grave, va mejorando y decidimos intervenir.

No cabe duda que las lesiones están en la parte baja del abdomen, y que, además de las lesiones viscerales que se puedan haber ocasionado, también el cinturón óseo pelviano ha debido ser interesado al ser comprimido entre un agente vulnerante y una resistencia tan potente como las mencionadas; pero por no aumentar el *shok* con nuevos movimientos no hicimos en el acto exploración radiológica.

Con anestesia etérea, que fué muy bien soportada y aun quizás contribuyó a levantar las fuerzas del paciente, mi intención fué practicar una laparatomía inferior y media; pero empecé, con cautela, por incidir solamente los tejidos, como si fuese a practicar la talla hipogástrica, y esto fué de un resultado feliz, pues una vez en la cavidad de Retzius o espacio prevesical, empezó a fluir por la pequeña abertura, que al instante tuve que agrandar, una gran cantidad de líquido sanguinolento, que por su abundancia no cabía duda era sangre mezclada con orina.

Simultáneamente con la salida de líquido, el abdomen fué adquiriendo sus normales proporciones y restableciendo su flacidez.

Se completó la incisión sin traspasar los límites de la cavidad de Retzius, es decir, sin hacer la incisión intraperitoneal, y una vez agotado con compresas el líquido con tanta abundancia allí acumulado, merced a la enorme y admirable distensión del peritoneo, que limita el espacio prevesical, sin que se llegara a su rotura y consiguiente irrupción de aquel líquido en su cavidad, como lo demuestra el no haberse presentado en el curso post-operatorio síntomas de peritonitis, procedimos a buscar la vejiga urinaria, lo cual no fué tarea fácil entre tantos coágulos sanguíneos y por estar completamente flácida y caída sobre el recto, y

la imposibilidad en que nos encontrábamos de introducir por la uretra una sonda rígida que nos sirviera de guía.

Por fin nos pareció encontrar las paredes de la vejiga urinaria, sin observar en ellas ninguna herida grande; pero sí, como si hubiesen sido distendidas al máximo y se hubiesen producido dislaceraciones, estallidos, en múltiples y diversos puntos, por los cuales fué saliendo la orina y mezclándose con la sangre. Practicamos una incisión, y a presencia de la mucosa comprobamos que estábamos en vejiga, y una vez lavada su cavidad con suero fisiológico, dejamos colocado un sifón de Marión.

A los dos días, el estado general del enfermo es francamente bueno; la orina fluye, clara, por el sifón. Con esto quizás hemos salvado la vida del enfermo, pero nos queda por restablecer el curso normal de la orina por la uretra.

En la misma sesión operatoria quizás hubiese estado más indicado intervenir en la uretra, pues no cabe duda de que, cuanto antes se pueda colocar una sonda permanente en esta clase de traumatismo, aun establecida previamente la derivación pubiana, más pronto se evita la infiltración de orina y el absceso urinoso; pero la gravedad era tanta, que dejamos transcurrir cuarenta y ocho horas, y con anestesia local procedimos a buscar por el periné la solución de continuidad que sin duda se había producido en la uretra, y previamente practicamos una radiografía que nos demostró, como sospechábamos, varias fisuras óseas del cinturón pelviano y fractura completa de la rama isquiopubiana derecha.

Practicamos una incisión en el mismo rafe perineal, desde la bolsa escrotal hasta las proximidades de las márgenes del ano y con ayuda de un cateter, con el que procuramos hacer relieve en el punto donde tropezaba con la rotura de la uretra, descubrimos ésta, y por la gran extensión de la lesión, situada en uretra membranosa, nos fué imposible hacer la sutura cabo a cabo y optamos por dejar colocada una sonda permanente uretral semirígida, dejando drenaje en la herida quirúrgica perineal y abandonando a la cicatrización por segunda intención el problemático restablecimiento de la continuidad de la uretra alrededor de la sonda permanente.

2.º J. V. C., soldado del Regimiento de Telégrafos, de guarnición en El Pardo, subió a una encina con ánimo de coger bellotas y cayó a horcajadas sobre una rama de la misma.

A su llegada al Hospital se le aprecia un gran hematoma perineal e impotencia absoluta del miembro inferior derecho.

Se practica una radiografía y se observa fractura de ambas ramas isquio-puvianas, y al ir a dejarlo en la cama se observa que sale sangre por el meato urinario.

Intentamos sondarle con sonda blanda, y luego, con toda suavidad, con sonda prostática semirígida, y no lo conseguimos.

En vista de esto decidimos, con anestesia etérea, practicarle la cistotomía; que se hizo con facilidad, y colocar un sifón de Marión, y en la misma sesión operatoria, la uretrotomía externa. Hacemos la incisión perineal en el mismo rafe, y después de extraer gran cantidad de coágulos sanguíneos mezclados con líquido sanguinolento, ayudados con cateter uretral, encontramos una rotura con magullamiento profundo de las paredes de la uretra membranosa.

Con grandes dificultades podemos dejar colocada una sonda permanente, sin lograr, por estar tan lesionadas las paredes de la uretra, afrontar la solución de continuidad y suturarla. Se colocan unos puntos de aproximación en tejidos peri-uretrales y se deja drenaje.

El herido mejora notablemente; sin embargo, a los seis o siete días, se le presenta fiebre alta e intermitente, debida a la formación de un gran absceso isquio-rectal, que se incinde, dando lugar a la salida de gran cantidad de pus, de olor nauseabundo. Se le dejan colocados tubos de drenaje y se le hacen curas de agua oxigenada y agua yodada en días sucesivos, obteniendo la completa curación del absceso.

3.º Don E. G. Ll., del Cuerpo de Equitación Militar, aficionado a montar en bicicleta, al llegar, dando un paseo, cerca del Puente de Segovia, fué atropellado por un camión y lanzado con la bicicleta que montaba, con gran violencia, contra la acera de la carretera.

Después de asistido de primera intención en la Casa de Socorro, fué transportado inmediatamente a nuestro Hospital, donde le apreciamos varias heridas contusas de poca extensión, que interesan solamente partes blandas en región frontal y parietal derecha, con gran conmoción cerebral. Pérdida completa de la sensibilidad y de la conciencia, y pulso lento; se le inyectan tónicos cardíacos y estimulantes difusivos; decidimos quedar en expectación armada, juzgándole un herido craneal.

Al día siguiente nos encontramos con que el herido ha recobrado por completo sus facultades mentales y su estado general es excelente, pero se queja de grandes dolores en el hombro derecho y de que no puede orinar.

Examinado detenidamente y con radiografía, encontramos fractura de la clavícula derecha y normalidad absoluta del cinturón pelviano, y en el periné un pequeño equimosis, sin que el herido acuse gran dolor en esta región; intentamos sondarle, y después de varios prudentes intentos, sólo conseguimos ver cómo sale sangre por el meato urinario en pequeña cantidad. A la palpación, y aun a la simple inspección, comprobamos que la vejiga de la orina está enormemente distendida y llena de orina.

Con anestesia etérea practicamos la cistotomía y dejamos colocado un sifón de Marión, y en la misma sesión operatoria practicamos la uretrotomía perineal, encontrando una rotura completa de uretra, que está como segada a nivel de la aponeurosis media del periné o de Carcasone, que, como los anteriores casos, no podemos reconstruir y dejamos sonda permanente en espera de la reconstrucción por segunda intención alrededor de la sonda.

Nos explicamos este traumatismo por el choque del sillín de la bicicleta contra los tejidos del periné y el tejido óseo resistente del pubis.

Los tres casos han sido seguidos de curación; en los tres hemos conseguido nuestra finalidad de reconstrucción de la uretra, y queremos hacer algunas consideraciones sobre el tratamiento empleado y los cuidados post-operatorios.

La cistotomía y el sifón son de una utilidad capital; no exponen al herido a ninguna complicación grave (por lo menos, esto es lo que hemos observado), y al asegurar por vía

pubiana la salida de orina, no solamente aseguramos la vida del enfermo, sino que favorece también enormemente la cicatrización, porque la herida uretral se ve casi libre de orina, cosa que no se consigue tan perfectamente si hacemos tan sólo la uretrotomía y dejamos sonda permanente.

El absceso urinoso también se evita con más facilidad, y sobre todo, al tener la vejiga abierta, nos asegura el cateterismo retrógrado, por si necesitáramos practicarlo, y el recambio de la sonda permanente, pues, aun siendo ésta de la mejor calidad, hay que cambiarla con frecuencia, y esto, sin el procedimiento que vamos a exponer, muchas veces es difícil y hasta imposible.

Supongamos que hemos hecho solamente la uretrotomía, que hemos podido suturar la uretra, previa colocación de la sonda; pero a los pocos momentos, horas o días, la sonda está obstruida por un coágulo o por deterioro del material de que está formada, por continuo contacto de la orina, y es imposible hacerla funcionar.

La retiramos, y al quererla sustituir por otra nos es imposible porque tropieza en la misma rotura de la uretra todavía aún no cicatrizada por completo. Nos encontramos otra vez como al principio.

Supongamos que aun hecha previamente la cistotomía y hecha o no por vía perineal la colocación de la sonda y sutura de la uretra, también se inutiliza por cualquier causa y hay que sustituirla por otra; y tampoco podemos hacerlo porque no podemos salvar el obstáculo que supone la rotura de la uretra. Nosotros hemos hecho lo siguiente con gran resultado.

Con unas pinzas se coge el extremo posterior de la sonda y se saca por la parte supra-pubiana habiendo retirado antes el sifón.

A este extremo se ata con toda seguridad una hebra de seda suficientemente larga, se retira entonces la sonda tirando de su extremo anterior, y nos queda colocada la hebra de seda desde la vejiga al meato urinario.

Una vez hecho esto se coge el extremo de la hebra que sale por el meato y se introduce por el interior de la sonda que vamos a colocar, con la ayuda de un hilo metálico, pues la seda se arrolla y no llega nunca a atravesar toda la ex-

tensión del interior de la sonda. Un ayudante coge con sus manos los dos extremos de la hebra de seda y la mantiene suavemente tensa. Entonces se coge la sonda y se desliza con ligera presión, y sirviéndole la seda de guía pronto la vemos aparecer por el orificio pubiano, retirando entonces la seda.

No es necesario decir que todas estas maniobras se deben hacer con la más rigurosa asepsia.

Para hacer esto y llegar a la curación de nuestros heridos, hemos mantenido alrededor de un mes el sifón, sustituyéndolos por otro de más pequeño calibre primero, por el tubo de Albarrán después, y últimamente por una simple sonda uretral hasta que asegurados del libre paso de la sonda por la uretra dejamos cerrar por completo la vejiga.

El paso diario de Beniqués, durante un tiempo más o menos largo deja por completo asegurada la evacuación normal de la orina.

MARIO ROMERO PLÁ,

Comandante Médico.

Cirujano del Hospital de Urgencia.

RAQUIANESTESIA

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

(CONTINUACIÓN)

Recuerdo un artículo del Dr. T. Sanz de Frutos, del pasado año, que asegura, a semejanza de Barker, que a los diez días de preparada una solución de estovaina, ya ha perdido mucho de su poder, y a los quince o veinte días ha perdido toda su confianza. Nosotros la usamos, cual antes decimos, hasta los seis meses, y no estamos descontentos de sus resultados.

Las 2.076 raqui-estovainizaciones lumbares fueron repetidas en la siguiente forma:

Su frecuencia llegó a alcanzar el 12 por 100 de los enfermos, incluyendo las pequeñas náuseas, apreciándose que su frecuencia guarda relación con las dosis empleadas, disminuyendo su proporción a medida que nosotros hemos ido haciéndolo con la cantidad de anestésico inyectada.

Hipotensión.—Es el defecto de mayor importancia de la raqui, todos los autores que tratan de ella, expresan claramente sus efectos hipotensores; sin embargo, su estudio no es definitivo, se habla de grandes diferencias en su cantidad y no están bien establecidas las circunstancias que le hacen variar. Las estadísticas de Hughes, de Abadie y de Montero, las de Jonesco, Forgue y Basste, dicen que baja de una a tres unidades del Pachón, y casi todos están de acuerdo que el máximo descenso se presenta de los diez a los veinte minutos, y que a los cuarenta y cinco o sesenta la presión es nuevamente la normal.

Si seguimos esta cuestión, no por ella misma, sino por los remedios propuestos para corregirle, recordaremos a la cafeína y las numerosas referencias de la misma en que afirman que la acción hipotensora de la raqui no se presenta si empleamos la cafeína. Unos autores la emplean por inyección hipodérmica minutos antes de realizar la raqui; según otros, si se aplica en esta forma el resultado es nulo, afirmando es preciso aplicarla mezclada con el anestésico en el mismo conducto medular; unos años después nadie habla de la cafeína para este objeto y desaparece su uso.

Coincidiendo con estas ideas, aparecen las contraindicaciones y se dice: los enfermos viejos, los intoxicados, los caquéticos, los heridos de guerra y los grandes traumatismos no deben ser tratados por esta anestesia.

Yo no pretendo ir contra esas ideas, pero sí deseo el valorarlas; no puede negarse que la raqui tiene efectos hipotensores, mas la anestesia general también los tiene, al igual que todo acto operatorio; debemos procurar valorar estos datos antes de hacer una exclusión sistemática de la raqui en los casos que por su misma gravedad es de importancia capital determinar la clase de anestesia más conveniente.

Hemos visto repetidos casos de enfermos, que al sentarse en la mesa operatoria son presa de lipotimias acentuadas; todos los cirujanos hemos ejecutado intervenciones ligeras,

quistes sebáceos, abertura de abscesos o casos parecidos, sin dolor y sin anestesia, aprovechando esos momentos.

En la anestesia general, la tensión sanguínea, después de ascender en los primeros momentos de su aplicación, desciende por bajo de la normal, siendo este descenso mayor cuanto mayor es el tiempo que dura la narcosis. Toda herida, toda abertura de cavidad lleva aparejada un descenso en el oscilómetro.

Debo señalar que en mi estancia en Marruecos he tenido numerosas veces heridos con anestias agudas, intensas, con lesión de hígado, intestinos o fracturas conminutas bajo la anestesia raquí y nunca tuve la impresión de ver aumentado su shock traumático; su hipotensión, por el contrario, la tranquilidad que provoca de diafragma a los pies, mejoraba su estado, y estoy seguro que algunos heridos de hígado e intestino deben su vida a este proceder anestésico, que paraliza músculos y brazos, sin pasar por un período de excitación cual el de los anestésicos generales, en medio de los cuales he presenciado repetidamente reaparecer hemorragias espontáneamente cohibidas por las que se escapaba la vida antes de poder descubrir los vasos lesionados y realizar una ligadura.

Para saber el grado de hipotensión, hicimos en un lote de 50 raqui-anestias en los que no se abrió cavidad peritoneal, anotar los cambios del oscilómetro; en 45 de ellos hubo descenso, en 5 continúa igual o con ligero ascenso; de los 45 que descendió, el máximo de baja fué de los cinco a los quince minutos y su intensidad media de 2 a 4 unidades Pachón.

En 25 laparotomías fué también medido y en ellas siempre hubo hipotensión, su grado máximo coincidió siempre con el de abrir la cavidad peritoneal, su cantidad ascendía de tres a cinco unidades en las anestias generales en que las medimos y su duración fué de 45, nunca alcanzó cifras menores.

Esta hipotensión es producida por la parálisis de los nervios vasoconstrictores del territorio anestesiado; para evitarlo contamos con un medicamento de acción eficaz, la efedrina; 5 centigramos de ella, aplicada momentos antes de la raquí, evita esa parálisis y con ella el descenso de la presión sanguínea.

Por ello, siempre aconsejaré esta anestesia para los heridos de vísceras, para los perforados de intestino y vejiga; unos y otros pueden tener tabicada o contenido en límites pequeños el excremento u orina y hacer una siembra peritoneal en el período de excitación de las anestésias generales. No queremos con lo expuesto quitar la acción hipotensora a la raquí, ni aconsejar su aplicación cuando la anestesia local pueda realizarse, tan sólo creemos puede equipararse en ese aspecto con la general y en algunas ocasiones aventajarla.

Accidentes respiratorios.—Tan sólo hemos observado los ya mencionados de ligera apnea coincidiendo con las náuseas y vómitos; otro fenómeno respiratorio no presenciamos a excepción de muy escasos, en que la anestesia llegó a invadir últimos espacios intercostales y los enfermos sienten con dificultad respiratoria que dura muy poco y no tiene importancia alguna.

Trastornos motores y esfinterianos.—En una proporción de 2,5 por 100 de anestésias aparece la incontinencia de heces durante la misma, poco después de ese período nauseoso de que hicimos mención, contingencia desagradable, molesta y en ocasiones puede llegar a ser peligrosa por la región en que se realiza la intervención o por la posición del enfermo; es una complicación que no puede preverse, ni con lavados intestinales, ni con ligeras dosis de anestésico, por ello debemos tenerla siempre presente; es debida a la contractilidad intestinal que provoca y que la hace utilísima en ciertos casos de oclusión intestinal, principalmente por íleus que logra vencer en multitud de ocasiones. Yo he tenido dos casos en que, diagnosticado de íleus, y siendo precisa la intervención por fracasar los medios médicos comúnmente empleados, practiqué la raquí y, haciendo la antisepsia de las paredes del vientre, sobrevino la descarga estercorácea.

Esta ventaja, así como el de evitar los íleus post-operatorios, frecuentes con otras anestésias en intervenciones ginecológicas, tiene en otras ocasiones un grave peligro; nos referimos a su acción en las hernias estranguladas que con suma frecuencia reduce, merced a la parálisis de los músculos que forman el anillo constructor y a la contractilidad de las paredes intestinales que ella provoca, y que hace precisa

una amplia laparotomía para ver e inspeccionar el asa intestinal si no queremos ver una peritonitis rápida y fatal provocada por la presencia del asa intestinal que, necrosada, penetra en cavidad peritoneal.

Mortalidad.—En los 2.076 casos a que nos referimos no tuvimos caso alguno de defunción que pudiéramos hacer depender de la raqui.

LEANDRO MARTÍN SANTOS,
Capitán Médico.

(Continuará).

Enfermedades sexuales.--Sifilis, 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 Ain Yedida. Año 1931.

(CONTINUACIÓN)

3.º *Profilaxis educativa.*—Educar al pueblo en cuestiones venéreas por medio de conferencias, publicaciones y películas, a fin de disminuir el enorme incremento de estas enfermedades, instruyendo al individuo sobre las consecuencias de este peligro y la manera de evitarlo.

Pero es más, esta educación sexual profiláctica, debería verificarse en todas las edades y clases sociales; siendo en los centros de enseñanza y a los jóvenes a los que conviene advertirles de cualquiera interpretación peligrosa.

Colocación en sitios frecuentados, de carteles y advertencias, en los que claramente se vean los peligros probables. También por medio de reglas precisas, sencillas, terminantes y de fácil comprensión, la manera de hacer una buena profilaxis.

Para estos manifiestos de educación social profiláctica, cabría preguntar si esas medidas conducirían a la incastidad. Cuestión esta que creo no atañe al médico, ya que asunto es, en el que los moralistas tienen la palabra.

Sólo advertiré que quienes han de leer estas cuartillas, no

les creo tan en su juventud, que esta lectura pudiese ser motivo de hacerles perder su inocencia.

4.º *Intervención del Estado.*—La profilaxis de las enfermedades venéreas, no puede ser obra exclusiva de los Gobiernos. La legislación ha de procurar por la instrucción de los ciudadanos en lo que a sexualidad se refiere, pero también impondrá castigos y multas, caso de contravenir lo indicado, y en especial a los que a corrupción y venta de menores se dedican. Castigos que deberían ser equivalentes a los de envenenamientos o muertes intencionadas de unos hombres a otros.

Los Organismos Sanitarios, también tienen por misión instruir a los enfermos, a los que, caso de mostrarse rebeldes a practicar estos consejos, se les castigará de muy diversas maneras. Para darse idea hasta qué extremo puede llevarse esto último, es digno de mención la existencia en Norte América de unas Sociedades, tan radicales, que preconizan nada menos que la castración de algunos sífilíticos. Pretensión absolutamente inadmisibile, pero que al hacer pensar en la transcendencia del mal, es por lo tanto educadora.

Obligar en los prostíbulos la colocación de carteles, en los que se indique clara y sencillamente la manera de hacer la profilaxis, y la existencia en depósito de todos los dispositivos, medios y material precisos.

Si a la prostitución clandestina nos referimos, habremos de decir: Vigilarla con la mayor atención, ya que ésta contribuye en considerable escala a la difusión de estas enfermedades. Inscripción de las mayores de edad y reclusión de las menores.

Prohibir, naturalmente, tanto en la oficial como en la clandestina, el ejercicio profesional por todo el tiempo que las manifestaciones venéreas puedan ser contagiosas.

La legislación, abarcará consecuentemente: Declaración obligatoria de estas enfermedades. Inspección sanitaria. La trata de blancas. Facilidad de colocación de mujeres abandonadas. Protección a las embarazadas. De la pornografía. Y del reconocimiento médico antes de contraer matrimonio.

De hacer una buena profilaxis tanto individual como general, seguramente podrá afirmarse lo que el ilustre Dr. Azúa

dijo: "La sífilis no tiene derecho a existir y debe quedar extinguida en la presente generación".

* * *

Sin hacer comentarios, que todos serían de elogio por mi parte, daré a conocer la R. O. de 27 de Mayo de 1930, con el sólo fin de que por todos sea conocida nuestra Legislación en asunto tan importante como el que estamos tratando de divulgar.

Sólo trasladaré a estas cuartillas lo que juzgo como "de necesario conocimiento público"; advirtiendo que en la *Gaceta* del 28 del mismo mes, viene publicada tan importante disposición.

Comienza diciendo que: "El recrudecimiento de los males venéreos durante la gran guerra alarmó justamente a los países combatientes y les llevó a adoptar medidas extraordinarias contra dichas plagas y a despertar el interés del público por problemas de tal importancia para el individuo, la sociedad y la raza, etc."

"Base primera. *Tratamiento obligatorio.* Toda persona afecta de una enfermedad venérea en período de contagio está obligada a hacerse tratar por un médico, ya privadamente, ya en un establecimiento público".

"Los padres o tutores de un menor afecto de una dolencia venérea tienen la obligación de cuidarse del tratamiento de su hijo o pupilo."

"En el caso de que un enfermo afecto de una dolencia venérea en período de contagiosidad abandone el tratamiento a que está sometido, el médico que lo asiste advertirá del caso a las Autoridades sanitarias si en el término de cuarenta y ocho horas no tiene conocimiento de que dicho enfermo continúa su tratamiento en manos de otro médico.

"Esta facultad de la declaración obligatoria será advertida por el médico al enfermo, a fin de que éste no pueda en ningún caso alegar ignorancia de lo estatuido."

"Como consecuencia lógica, todo médico que asuma la continuación del tratamiento de un enfermo venéreo en estado de contagio lo comunicará al compañero que hubiera comenzado el tratamiento dentro de las cuarenta y ocho horas."

“La hospitalización forzosa podrán decretarla las Autoridades sanitarias para todo individuo contagioso que no se someta con regularidad al tratamiento, y para aquellas personas cuyo tratamiento ambulante, durante la fase de máxima contagiosidad, puede constituir un peligro social.”

“Se tomarán las disposiciones necesarias para que todo enfermo venéreo indigente sea tratado a expensas del Estado, Provincia o Municipio.”

“Base segunda. *Reconocimiento obligatorio condicional.* Toda persona que por negligencia, desidia, incultura, debilidad mental o mala intención manifiesta no cumpla con lo preceptuado respecto al tratamiento obligatorio y la obediencia a las indicaciones de las Autoridades sanitarias, podrá ser obligada por estas a someterse a un reconocimiento realizado por un médico de la Lucha Oficial antivenérea. Y si el caso lo exigiese, se podrá llegar a la hospitalización forzosa, sin perjuicio de las demás responsabilidades a que hubiere lugar.”

“*Reconocimiento médico periódico.* Toda persona afecta de una enfermedad venérea estará obligada a someterse, si el caso lo requiere, a un examen médico periódico”.

“Base tercera. *Investigación de las fuentes de contagio.* Misión preferente de la Lucha Antivenérea será el descubrir los focos de contagio y esterilización en la medida de lo posible. A este fin, estima necesario la creación de un cuerpo de enfermeras..., para ilustrar a las muchachas inexpertas y a las mujeres ignorantes acerca de los peligros de que han sido contagiadas, etc.”

“Base cuarta.—*Deberes del médico en general.*

“Base quinta.—*Organización del servicio técnico.*

“Base sexta.—*Intrusismo y charlatanismo.*

“Base séptima.—*Organización técnica.*

“Base octava.—*Del personal facultativo.*

“Base novena.—*Del sostenimiento de estos servicios.*

“Base final.—a) *Derogando total o parcialmente otras disposiciones.*

b) *Dando cabida a las infracciones en el Código penal.*

Había dado por terminado estas cuartillas de divulgación, cuando leí la información de Sánchez Ocaña, publicada en el semanario gráfico *Estampa*, fecha 18-4-31; con el título: “Señor Doctor, ¿me puedo casar?” Creí entonces oportuno y hasta obligado, ampliar lo que en último lugar indico de lo que abarcará la Legislación como Intervención del Estado.

Este “Reconocimiento médico para contraer matrimonio” entra de lleno en lo que tiene por objeto la “Eugenesia” que es perfeccionar la especie humana bajo todos los puntos de vista, salud, estética, inteligencia... por la aplicación de leyes biológicas.

Persigue, basándose en leyes de herencia, la reglamentación de las uniones humanas, a fin de obtener el mayor número posible de individuos aptos para formar la Sociedad considerada como la mejor.

Se tiene la idea que esta palabra y su significado es cosecha de estos últimos tiempos, pero nada más equivocado, puesto que la antigua Grecia demostró preocuparse de estas conveniencias como lo refiere el Tratado de la República de Platón y el entusiasmo de su pueblo por la gimnasia.

En Esparta, se llevaban estas ideas de regeneración y degeneración a tal extremo, que se permitía matar en cuanto nacía, a todo niño que no era físicamente perfecto.

En el 1665, Claudio Guillet, médico latino, lanzó un poema titulado *Callipédia* en el que explica el modo de criar hijos hermosos.

En 1803, el Dr. Rober publica una obra con el nombre *Megalanthropogenesis* o arte de tener hijos listos que lleguen a ser grandes hombres.

Las leyes de herencia son cada día mejor conocidas por el mundo científico y reconocidas por la conciencia colectiva. A pesar de esto, la Eugenesia aún no la podemos calificar como invariablemente constituida, pero sí como ciencia de amplios horizontes y con un porvenir lleno de esperanzas.

Pasteur decía que “La vida sólo sirve para ser útil a los demás y que toda persona que tenga conciencia de sus responsabilidades tendrá que preocuparse del bienestar de la especie.”

(Continuará.)

NECROLOGIA

D. RAFAEL CHICOY ARRECEIGOR

Teniente Coronel Médico.

Nació en la Habana (Cuba) el día 22 de Agosto de 1877, licenciándose en Medicina y Cirugía en la Universidad Central en Octubre de 1897. Previa la correspondiente oposición ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar con el empleo de Médico 2.º en 11 de Noviembre de dicho último año, ascendiendo a Médico 1.º en Septiembre de 1903, a Médico mayor en Marzo de 1915, y en Septiembre de 1923 a Teniente Coronel Médico.

Durante el tiempo de su servicio desempeñó los destinos siguientes: Hospital Militar de Madrid, Hospital de Regla y de la Beneficencia en Cuba, Brigada Sanitaria de la Península, Colegio de Huérfanos de la Guardia Civil, Regimientos de Infantería Ceriñola y Mallorca, Batallón de Cazadores de Lanzarote y Alba de Tormes, Parque de Sanidad Militar, 7.º Regimiento montado de Artillería, Academia de Artillería, Hospital Militar de Tetuán, Fábrica de Pólvora de Granada, Consejo Supremo de Guerra y Marina, Ayudante de Campo del Inspector D. Juan Valdivia, Parque de Sanidad Militar por 2.ª vez y la dirección del Hospital Militar de Larache y Jefe de Sanidad Militar de la circunscripción occidental del Protectorado en Marruecos, cuyo destino servía a su fallecimiento, ocurrido en Madrid el día 10 de Agosto último.

Había prestado diferentes comisiones del servicio y estaba condecorado con una Cruz de 1.ª clase del Mérito Militar con distintivo rojo, dos de 2.ª clase de la misma Orden y distintivo, otras dos con distintivo blanco, otra con distintivo bicolor, Cruz y Placa de San Hermenegildo, y la Medalla de oro de la Cruz Roja Española.

VARIEDADES

En breve se realizará un curso sobre gases de combate al que asistirán algunos Capitanes Médicos, que a la terminación del mismo, serán los encargados de propagar dichos conocimientos por medio de conferencias cuando lo disponga la superioridad.

* * *

Ha sido nombrado Presidente honorario del Congreso Internacional de Psicología, celebrado en Copenhague, nuestro sabio compatriota el Dr. D. Santiago Ramón y Cajal.

* * *

Han sido instalados en unos locales adecuados, cedidos amablemente por el Ministerio de Marina, las oficinas del Comité organizador del próximo Congreso de Medicina y Farmacia Militares, cuyos trabajos preparatorios se hallan ya muy adelantados.

* * *

Por una reciente disposición del Ministerio de la Guerra (Estado Mayor Central), se establece un curso de preparación especial para el ascenso de Coroneles de Sanidad Militar, de cuatro meses de duración, que tendrá lugar en la Escuela Superior de Guerra y en la Academia de Sanidad Militar, bajo

“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.

la dirección del Excmo. Sr. Inspector de Sanidad, vocal del Centro de Estudios Superiores, D. José Agustín.

* * *

Rogamos a los encargados de remitir los giros del importe de las suscripciones oficiales, no dejen de expresar en los mismos la entidad o establecimiento remitente, pues se da con frecuencia el caso de recibir en esta administración giros que, por ejemplo, únicamente expresan el nombre de la persona que los impuso (generalmente un ordenanza), o bien el del Capitán Cajero, sin expresar de qué Cuerpo, que es lo verdaderamente interesante.

Destinos vacantes

Publicados por Orden circular de 3 del actual (D. O. 210).

Sanidad Militar.—Regimiento de Infantería núm. 9: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 11: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 14: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 15: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 18: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 20: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 24: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 25: Dos de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 30: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 36: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 37: Una de Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 39: Dos de Capitán Médico.—Batallón Montaña número 5: Una de Capitán Médico.—Batallón Montaña núm. 6: Una de Capitán Médico.—Regimiento Artillería Costa núm. 4: Una de Capitán Médico.—Batallón Zapadores Minadores núm. 7: 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.—Regimiento Caballería núm. 1: Una de Capitán Médico.—Grupo Mixto de Zapadores y Telégrafos núm. 3: Una de Teniente Médico.—Primera Comandancia, segundo Grupo: Cuatro de Teniente Médico.—Primera Comandancia, ter-

cer Grupo: Dos de Teniente Médico.—Primera Comandancia, cuarto Grupo: Dos de Teniente Médico.—Segunda Comandancia, primer Grupo: Cinco de Teniente Médico.—Segunda Comandancia, segundo Grupo: Tres de Teniente Médico.—Segunda Comandancia, tercer Grupo: Una de Capitán y seis de Teniente Médico. (Dos para la Sección Hipomóvil).—Segunda Comandancia, cuarto Grupo: Una de Comandante y cuatro de Teniente Médico.—Servicio de Aviación, Escuadra núm. 2: Una de Capitán Médico.—Escuadra número 3: Una de Capitán Médico.—Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la segunda división orgánica: Una de Comandante Médico.—Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la octava división orgánica: Una de Comandante Médico.—Hospital Militar de Madrid-Carabanchel: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Urgencia: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Barcelona: Tres de Teniente Médico.—Hospital Militar de Burgos: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Pamplona: 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 de los Servicios Sanitarios Médicos y a Generales, Jefes y Oficiales en reserva y disponibles en la sexta división orgánica: Dos de Comandante Médico.—Hospital Militar de Valladolid: Una de Comandante Médico.—Clínica Militar de Oviedo: 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 Ceja: Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Melilla: Una de Comandante Médico.—Enfermería del Rif: Una de Comandante Médico, dos de Capitán Médico (uno cirujano y otro radiólogo) y una de Teniente Médico.—Necesidades y Contingencias del Rif: Dos de Teniente Médico.—Hospital Militar de Tetuán: Una de Comandante Médico.—Enfermería de Xauen: Una de Capitán Médico.—Necesidades y Contingencias (Ceuta-Tetuán): Una de Teniente Médico.—Hospital Militar de Larache: Una de Teniente Coronel Médico.—Necesidades y Contingencias de Larache: Una de Teniente Médico.—Batallón Cazadores de Africa núm. 3: Una de Capitán Médico.—Batallón Cazadores de Africa núm. 4: Una de Teniente Médico.—Batallón Cazadores de Africa núm. 8: Una de Teniente Médico.—Comandancia de Artillería de Melilla: Una de Teniente Médico.—Batallón de Ingenieros de Tetuán: Una de Teniente Médico.—Tercio: Dos de Capitán Mé-

dico.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas núm. 1: Una de Teniente Médico.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas núm. 4: Una de Teniente Médico.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas núm. 5: Dos de Teniente Médico.—Comandancia de Sanidad Militar de Melilla: Una de Capitán Médico y tres de Teniente Médico.—Compañía de Sanidad Militar de Ceuta: Tres de Teniente Médico.

Farmacia.—Farmacia Militar de la quinta división: Una de Farmacéutico mayor, Jefe.—Farmacia del Hospital Militar de Logroño: Una de Farmacéutico primero, Jefe.—Farmacia del Hospital Militar del Rif: Una de Farmacéutico primero.

Como ampliación, y por orden circular del 6 del actual (D. O. número 210), se han publicado además las vacantes siguientes:

Jefatura de los Servicios Farmacéuticos de la octava división: Una de Farmacéutico mayor, Jefe.—Farmacia Militar de la sexta división: Una de Farmacéutico segundo.—Farmacia Militar de la séptima división: Una de Farmacéutico segundo.

PRENSA MÉDICO-FARMACEUTICA

EL RADIO EN LA ACTINOMICOSIS.—El Dr. Engelstad (Norsk. Mag. f. Laegevid, Febrero de 1932), recuerda que desde 1927 ha recogido veintiún casos de actinomicosis cérvico-facial, de las cuales han sido curadas por el tratamiento del radio diez y nueve casos en el Rikshospital. El Dr. Oslo ha tratado con el radio veintiocho casos de actinomicosis, de los cuales veinticinco fueron completamente curados, uno muerto de meningitis estafilocócica, otro caso está todavía bajo tratamiento y otro que está próximo a la cura. La dosis ordinaria fué de 33 a 35 mg. de radio. El número de aplicaciones varía en los diferentes casos; pero el éxito de este tratamiento es indiscuti-

ble contra la actinomicosis.
M. M. S.

* * *

CURA DE LA MENINGITIS ESTREPTOCÓCICA.—El Dr. E. Appelbaum (*Journ Méd. Assoc.* 9 de Abril de 1932) recuerda tres casos de cura de la meningitis estreptocócica. La mayoría de los casos de esta infección proviene de las enfermedades del oído, de origen estreptocócico, sobre todo del oído medio, que se transmite a las meninges.

Appelbaum cita cuatro casos, cuyo origen parece haber sido unas amigdalitis estreptocócicas. En uno de los casos bastó la aplicación de la puntura lumbar con pequeña salida de líquido espinal e inyección consecutiva del suero antiestreptocócico. El segundo caso fué dependiente de

una otitis media. Una mejoría extraordinaria sobrevino después de la punción lumbar y el suero, y los demás curaron o mejoraron con la inyección intraespinal del suero antiestreptocócico. No olvidese que se trata de una enfermedad antes incurable.—*M. M. S.*

EL EXTRACTO DE HÍGADO EN LA ANEMIA PERNICIOSA.— El *campolon* es un extracto recientemente extraído del hígado por el doctor Gännslen, de Tubinga. El Dr. Mourrago-Lion (*Edinburgh. Med. Journ.* Mayo 1932) recuerda los resultados obtenidos en cinco (tres de anemia perniciosa y dos de anemia relacionados con diátesis hemorrágica). Los pacientes de anemia perniciosa reaccionaron admirablemente con

el uso del *campolon*, aumentando el número de glóbulos de la sangre de 18 al 25 por 100 en el transcurso de diez días. Ningún caso presentó trastornos nerviosos, y los que se presentaron desaparecieron bajo la influencia del tratamiento. El doctor Schilling cita varios casos tratados también con el *campolon* con gran éxito. Las inyecciones no causan dolor, ni grandes trastornos locales ni generales.

El *campolon* es inyectado dentro de los músculos, una vez al día, a la dosis de 2 c. c., que viene a representar 5 gr. de hígado fresco. Las inyecciones intramusculares son preferibles a las intravenosas. Tratándose de enfermedad antes incurable, es un éxito.—*M. M. S.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

EL LABORATORIO DE GENEALOGÍA EN NEURO-PSIQUIATRÍA MILITAR, por el Capitán Médico Go-bert. — La mucha extensión de este documentado trabajo nos obliga a transcribir tan sólo las aplicaciones prácticas (que juzgamos interesantes) en el medio militar.

1.º En lo que concierne a la incorporación, los datos de laboratorio permiten dar mayor valor a las noticias suministradas por los médicos de familia, los tocólogos y los alienistas, competentes desde ese punto de vista. La apreciación del médico militar sobre si una mentalidad

es capaz de soportar las exigencias del servicio militar sin peligro, será más netamente esclarecida, y lo mismo ocurrirá en la incorporación de voluntarios, cuyos familiares hayan sido examinados anteriormente por el servicio neuro-psiquiátrico.

2.º En las cuestiones de invalidez deberán tener en cuenta las comisiones de pensión los factores extraños al servicio militar, para fallar con más acierto en virtud de hechos anteriores, dados los sucesos de carácter militar que se inculpan a los sujetos en cuestión.

3.º En lo concerniente a las

cuestiones de irresponsabilidad o de aplicación de la nueva ley de defensa social, el trabajo de este Laboratorio permitirá comprobar las alegaciones de carácter judicial por parte del paciente y poner en su punto las interpretaciones de los abogados en el curso de las audiencias, la influencia hereditaria posible en un caso dado que se suscite. (*Archives Medicales Belges*, Fevrier, 1932).—J. P.

* * *

UN AÑO DE VACUNACIÓN ANTI-DIFTÉRICA EN EL CENTRO DE INMUNOLOGÍA PARA FAMILIAS DE MILITARES DE DAMAS, por M. Tardiu, Capitán Médico.—Como encargado del servicio médico de las familias de militares de dicha guarnición, el autor se esforzó en organizar para los niños, sesiones de vacunación antidiftérica, tanto más útiles cuanto que la difteria constituye una afección corriente en Damas, exponiendo en dicho trabajo los resultados del primer año de prácticas.

Los niños presentados a la vacunación se escalonaban entre uno y trece años. Las inyecciones practicadas, según la técnica habitual, produjeron pocas reacciones y todas se mostraron benignas: edema alrededor del punto de inoculación, vómitos, fiebre de unas cuarenta y ocho horas. En un caso se produjo una adenopatía que retrocedió al cabo de tres días; en otro

caso, trastornos digestivos, que consistieron en inapetencia y diarrea con unos diez días de duración.

El autor señala tres ataques diftéricos entre los vacunados: el primero fué una angina roja de Löffler, de apariencia banal, sobrevenida cinco días después de la inoculación; el segundo, una angina roja apirética, con control bacteriológico positivo, y el tercero, una angina de puntos blancos, sin temperatura ni adenopatía, pero con persistencia prolongada de bacilos de Löffler, fué observada seis meses después de la tercera inyección. En suma, en los tres casos, ataques benignos aparecidos dos veces después de vacunaciones incompletas. Para mayor seguridad, el autor preconiza una cuarta inyección practicada sistemáticamente, seis semanas después de la tercera, siendo aceptada por 31 vacunados entre 185, y en ninguno de ellos se presentó después el ataque diftérico.

Insiste igualmente el autor sobre la importancia social de estas vacunaciones: 185 niños solamente fueron presentados, 25 pertenecientes a familias de oficiales y 160 a familias de suboficiales; su número, para los primeros sobre todo, debió haber sido mucho más elevado. Una propaganda activa, apoyada por el mando, debería abrirse camino en las familias militares. (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Décembre 1931). J. P.

BIBLIOGRAFIA

Algunos conocimientos prácticos indispensables sobre guerra química.—Conferencia dada en el Casino de Clases del Ejército y la Armada de Madrid, por el Comandante Médico D. Felipe Pérez Feito.

Previas unas elocuentes palabras de presentación por el Presidente de dicho Centro D. Hermenegildo Montero Escobar, comienza el Sr. Pérez Feito su erudita conferencia por señalar la importancia que para todas las Armas y Servicios tienen estos conocimientos indispensables, puesto que todos tienen una misión importante que cumplir en el estudio de la guerra química, detallando seguidamente los efectos de los gases en los combates modernos.

Describe a continuación lo que se entiende impropia-mente por gases de guerra, su clasificación y sus aplicaciones, para deducir los conocimientos prácticos que deben poseerse en la protección y defensa colectiva (exploradores, soldados especializados, difusión de conocimientos mediante conferencias, recogida de muestras, etc.)

Finalmente, ocúpase el autor de la protección individual y del mecanismo de las evacuaciones de gaseados, a cargo del Cuerpo de Sanidad Militar, así como de los trabajos actuales de gran intensidad, que realizan los sabios de los distintos países para derivar la acción de los gases ya conocidos, y en la investigación de nuevos productos.—*J. P.*

SECCION OFICIAL

- 30 Julio.—Orden (D. O. núm. 181) concediendo la Placa de San Hermenegildo a los Tenientes Coronales Médicos retirados don Sebastián Galligo Elola y D. Benjamín Tamayo Santos, y la Cruz de la misma Orden a los Comandantes Médicos D. Enrique Ostalé González, D. Juan Cerrada Forés, D. Pascual Ibáñez Centenera, D. Francisco Rodríguez González, D. Pedro Zarco Bohorques, y a los Capitanes Médicos D. José Ristol Vidiella y D. Mariano Graiño Noriega.
- 30 Julio.—Orden (D. O. núm. 182) declarando de utilidad para el

Ejército la obra titulada "Preparémonos para la guerra química. Recetario de Laboratorio", de que es autor el Farmacéutico segundo D. Antonio Sánchez Capuchino.

9 Agosto.—Orden (D. O. núm. 188) disponiendo que el Teniente Médico D. Francisco Rodríguez Arce pase al "Servicio de otros Ministerios" para desempeñar plaza de Médico interno de guardia en el Hospital Provincial de Madrid.

9 Agosto.—Orden (D. O. núm. 189) concediendo el premio de efectividad que a cada uno se indica a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Comandantes.—D. Rafael González Orduña-Rubio, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1.º de Agosto de 1932, y D. Juan Romo de Oca Galindo, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1.º de Agosto de 1932.

Capitanes.—D. Valeriano Carnicero Gasch, 1.300 pesetas, por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Marzo de 1932, D. Francisco Arozarena Reyes, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Mayo de 1932; D. Amadeo Fernández Gomara, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1.º de Mayo de 1932; D. Tomás Oliver Díaz, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Julio de 1932; D. José Duerto Serón, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Agosto de 1932; D. Ricardo de la Fuente Pardo, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Agosto de 1932; D. José Díaz Rodríguez, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1.º de Agosto de 1932; D. Luis Matoni Parra, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1.º de Agosto de 1932, y D. Pompeyo Cáceres Gordo, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1.º de Diciembre de 1931. (Rectificación de la Orden circular de 31 Marzo 1932. D. O. núm. 82).

Teniente.—D. Miguel Arévalo Agapito, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1.º de Marzo de 1932.

15 Agosto.—Orden disponiendo que al próximo curso de preparación de Coroneles para el ascenso, asistan los de este empleo de Sanidad Militar D. José Potous Martínez, D. José del Buey Pagán y D. Eusebio Martín Romo.

15 Agosto.—Orden (D. O. núm. 193) autorizando al Capitán Médico

D. Luis Cantarino Escamilla para disfrutar el permiso de verano en varias ciudades del extranjero.

16 Agosto.—Orden (D. O. núm. 195) disponiendo que el Teniente Médico D. Manuel Salmerón Torres pase a la situación de "Al Servicio de otros Ministerios" por desempeñar en propiedad una plaza de Médico clínico del Servicio Antivenéreo en Vitoria.

16 Agosto.—Orden (D. O. núm. 196) desestimando instancia del Coronel Médico retirado D. Eduardo Cisneros Sevillano, en súplica de rectificación de la antigüedad en su empleo.

16 Agosto.—Orden (D. O. núm. 196) desestimando instancia del Comandante Médico D. Juan Luis Subijana, en situación de reserva, solicitando los beneficios de retiro extraordinario.

16 Agosto.—Orden (D. O. núm. 194) resolviendo que los Jefes y Oficiales Médicos siguientes queden en situación de disponibles en la segunda división:

Comandantes Médicos: D. Rafael Fiol Paredes, del segundo grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, y don Juan Altube Fernández, de la Jefatura de los Servicios Sanitarios de la segunda división orgánica.

Capitanes Médicos: D. Felipe Peña Martínez, del segundo grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar; don José Escobar Delmas, del segundo Batallón de Zapadores Minadores, y D. Ventura Fernández López, del tercer Regimiento de Artillería Ligera.

16 Agosto.—Orden (D. O. núm. 194) resolviendo que el Jefe y Oficiales farmacéuticos siguientes queden en situación de disponible en la segunda división:

De la Farmacia Militar de la segunda división.—Farmacéutico mayor: D. José Cabello Maíz.—Farmacéuticos segundos: D. Manuel Tera Abarca y D. José Esteve Monasterio.

De la Jefatura de los Servicios Farmacéuticos de la segunda división.—Farmacéutico segundo: D. Augusto Caballero Rubio.

15 Agosto.—Orden (D. O. núm. 194) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos siguientes pasen a servir los destinos que se les señala, con carácter forzoso:

Comandantes Médicos: D. Manuel Domínguez Martín, de la Clínica Militar de Santander, a la Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la segunda división orgánica, y D. Mariano Graño Noriega, del cuarto grupo de la segunda Comandancia de Sanidad Militar, al segundo grupo de la segunda Comandancia.

Capitanes Médicos: D. Fernando García Doctor, del Regimiento de Infantería núm. 18 y en comisión en la Escuela Central de Gimnasia, al segundo grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar, cesando en dicha comisión; D. Joaquín Montañez del Olmo, del Regimiento de Infantería número 24, al segundo Batallón de Zapadores Minadores, y D. Marcial Gómez Naveira, del Regimiento de Infantería núm. 15, al tercer Regimiento de Artillería Ligera.

- 16 Agosto.—Orden (D. O. núm. 194) disponiendo que el Jefe y Oficiales farmacéuticos siguientes pasen destinados a las dependencias que se indican, con carácter forzoso:

A la Farmacia Militar de la segunda división.—Farmacéutico mayor: D. José Martín Lázaro, Jefe de los Servicios Farmacéuticos de la octava división.—Farmacéuticos segundos: Don Miguel Orense Rosende, de la Farmacia Militar de la sexta división, y D. Luis Gaya Fernández, de la Farmacia Militar de la séptima división.

A la Jefatura de los Servicios Farmacéuticos de la segunda división.—Farmacéutico segundo: D. Pedro Sánchez González, de agregado en la Farmacia Militar de la primera división.

- 17 Agosto.—Orden (D. O. núm. 198) disponiendo se celebre un curso para el “Conocimiento y empleo de los gases de guerra” en el Laboratorio del Ejército, del 16 de Octubre al 26 de Noviembre próximo, al que asistirán Capitanes y Tenientes de las distintas Armas y Cuerpos. De Sanidad, dos Capitanes Médicos de la guarnición de Madrid.
- 23 Agosto.—Orden (D. O. núm. 200) recordando a los Generales, Jefes y Oficiales lo dispuesto sobre presentaciones reglamentarias a las autoridades militares a la llegada a los puntos donde tienen éstas su residencia oficial.
- 23 Agosto.—Orden (D. O. núm. 200) autorizando al Comandante Médico D. José Cogollos Cogollos para disfrutar el permiso de verano en varios puntos del extranjero.
- 23 Agosto.—Orden (D. O. núm. 200) concediendo al Comandante Médico D. Manuel Bastos Ansart veinticinco días de licencia para varios puntos del extranjero.
- 23 Agosto.—Orden (D. O. núm. 200) autorizando al Teniente Médico D. José Sánchez Galindo para disfrutar el permiso de verano en Biarritz.
- 22 Agosto.—Orden (D. O. núm. 200) incluyendo al Coronel Médico

- D. Valentín Suárez Puerto en la relación de Coroneles publicada que han de asistir al curso de preparación para el ascenso.
- 22 Agosto.—Orden (D. O. núm. 201) concediendo al Teniente Coronel Médico retirado D. Eloy Fernández Vallesa pensión de Cruz de San Hermenegildo.
- 22 Agosto.—Orden (D. O. núm. 201) concediendo al Teniente Coronel Médico D. Mariano Gómez Ulla pensión de Cruz de San Hermenegildo.
- 22 Agosto.—Orden (D. O. núm. 202) concediendo a los Jefes Médicos que se citan las condecoraciones de San Hermenegildo siguientes: Teniente Coronel Médico D. Emilio Alonso García Sierra, Placa; Comandantes Médicos D. Rafael Criado Cardona, D. Ramón Jiménez de Azcárate Altimiras, D. Agapito Argüelles Terán, D. Gabriel Guerra Blanco, D. Ricardo Murillo Ubeda y D. Ramón Fiol Paredes, Cruz.
- 23 Agosto.—Orden (D. O. núm. 203) desestimando la petición del Comandante Médico en reserva D. Luis Huertas de Burgos, en solicitud de que se le concedan los beneficios extraordinarios de retiro que determinan los decretos de 25 y 29 de Abril de 1931.
- 26 Agosto.—Orden (D. O. núm. 204) autorizando al Comandante Médico en reserva D. Víctor Manuel Nogueras para disfrutar una licencia en diferentes puntos de Francia.
- 26 Agosto.—Orden (D. O. núm. 204) autorizando al Comandante Médico D. Rafael Criado Cardona para disfrutar en Portugal el permiso de verano.
- 29 Agosto.—Orden (D. O. núm. 205) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:
- Comandante Médico: D. Mariano Graiño Noriega, del segundo grupo de la segunda Comandancia de Sanidad Militar, al segundo grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar. (Rectificación.) (F.)
- Capitanes Médicos: D. Manuel Bermúdez Pareja, del tercer grupo de la segunda Comandancia de Sanidad Militar y siguiendo el curso de especialidad de Higiene en el Establecimiento Central de Sanidad Militar, al Regimiento de Artillería Ligera núm. 1. (V.).—D. Federico González Azcune, del Regimiento de Infantería núm. 20, "Al Servicio del Protectorado" en plaza de Teniente Médico, a la Inspección de las Interven-

ciones y Fuerzas jalifianas, según orden de la Presidencia del Consejo de Ministros (Dirección general de Marruecos y Colonias) de fecha 5 de Agosto actual.—D. Andrés Arrugaeta Blanco, del Hospital Militar del Rif; “Al Servicio del Protectorado” en plaza de Teniente Médico, a las Intervenciones Militares de Gomara-Xauen, según orden de la Presidencia del Consejo de Ministros (Dirección general de Marruecos y Colonias) de fecha 5 de Agosto actual.—D. Francisco Sáinz de la Maza, del Servicio de Aviación, Escuadra núm. 2 (Sevilla), a disponible forzoso en la segunda división orgánica, siéndole de aplicación la orden circular de 17 de Agosto actual (D. O. núm. 195).—D. Gabriel Tera Arias, vuelto a activo, de reemplazo por enfermo en la primera división orgánica, al Regimiento de Infantería núm. 37. (F.)

Tenientes Médicos: D. Daniel Pérez Sáinz de Miera, del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Alhucemas núm. 5, “Al Servicio del Protectorado”, a las Intervenciones Militares del Rif, según orden de la Presidencia del Consejo de Ministros (Dirección general de Marruecos y Colonias) de fecha 5 de Agosto actual.—D. Rafael Rodríguez de León, del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Tetuán núm. 4, al Hospital Militar de Sevilla. (V.).

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

Regimiento de Artillería Ligera núm. 1: D. Ricardo Couto Felices, D. Andrés Gato Herrero, D. Francisco de los Ríos Lechuga, D. Pedro Gómez Cuéllar, D. Guzmán Ortuño Ortuño, D. Manuel Conde López, D. José Torres Jiménez y D. Hilario Pérez Hervada.

29 Agosto.—Orden (D. O. núm. 205) disponiendo que los Farmacéuticos primero y segundo D. Félix González Gutiérrez, de la Farmacia del Hospital Militar del Rif, y D. José Mata López-Acedo, de disponible en la segunda división, pasen destinados, respectivamente, a la Farmacia Militar de Trubia (V.) y a la del Hospital del Rif (F.)

30 Agosto.—Orden (D. O. núm. 207) concediendo el premio anual de efectividad, por tiempo de empleo que a cada uno se indica, al Jefe y Oficiales farmacéuticos siguientes:

Farmacéutico mayor: D. Marciano Valdelomar Gijón, 1.000

pesetas por dos quinquenios, desde 1 de Septiembre próximo.

Farmacéuticos primeros: D. Leonardo Pérez Gutiérrez, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, desde 1 de Septiembre próximo, y D. Julio Sánchez Lope, 1.000 pesetas por dos quinquenios, desde 1 de Septiembre próximo.

Farmacéutico segundo: D. José Fernández Lerena, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, desde 1 de Mayo último.

- 30 Agosto.—Orden (D. O. núm. 209) prorrogando por un trimestre desde 1 de Julio, el derecho a dietas reglamentarias a los Capitanes Médicos D. José Bañón Jiménez y D. Juan Jiménez Torres, que siguen cursos de aplicación de estudios de Cirugía.
- 30 Agosto.—Orden (D. O. núm. 209) prorrogando hasta fin de Septiembre el derecho a dietas reglamentarias a los Capitanes Médicos D. Manuel Bermúdez Pareja, D. Antonio Romero García y D. Donato Bññares Zarzosa, que siguen cursos de ampliación de estudios de Higiene.
- 30 Agosto.—Orden (D. O. núm. 209) aprobando la declaración de reemplazo por enfermo del Capitán Médico D. Miguel Díaz Díaz, con residencia en La Cavada (Santander).
- 31 Agosto.—Orden (D. O. núm. 209) disponiendo se celebre un curso de seis meses de duración en el Laboratorio y Parque Central de Farmacia, al que asistirán dos Farmacéuticos con destino en Madrid, designados entre los que lo soliciten de los empleos mayores, primeros o segundos.
- 1 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 209) designando al Comandante Médico D. Manuel Domínguez Martín para ocupar la vacante de su empleo de Profesor de la Escuela Central de Gimnasia.
- 1 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 209) designando al Capitán Médico D. Andrés Gato Herrero para ocupar una vacante de Profesor de la Escuela Central de Gimnasia.
- 1 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 210) adoptando con carácter reglamentario, para el servicio sanitario de campaña, los documentos sanitarios de vanguardia y elementos de identidad siguientes: Nomenclatura internacional de heridos y Fichero de evacuación, Ficha médica de vanguardia, de hospitalización, Placa y tarjeta de identidad, Signo heráldico de la Cruz Roja.
- 2 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 211) concediendo al Teniente Médico D. José Martín Gregorio el distintivo de las Intervenciones Militares.

5 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 211) resolviendo excluir a los Capitanes Médicos de los cursos de preparación para el ascenso a Comandantes.

6 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 213) concediendo a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes el premio de efectividad que se indica:

Teniente Coronel Médico: D. Arnaldo Costa Tomás, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1 de Septiembre de 1932.

Comandantes Médicos: D. Marcelo Usera Rodríguez, D. Eduardo Sánchez Vega y Malo y D. Eduardo Delgado Delgado, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1 de Septiembre de 1932; D. Jacinto Ochoa González, D. Manuel Bastos Ansart, D. Félix Beltrán de Heredia Velasco, D. Juan Fernández Lozano, D. Alberto Conradi Rodríguez, D. Florencio Herrer Menguijón, D. Ramiro Torreira Martínez, D. Jerónimo Forteza Martín, D. Salvador Sanz Perea, D. Ignacio Granado Camino, D. Mariano Navarro Moya, D. León Romero Corral, D. Bernardo Areces Matilla, D. Servando Camuñes del Puerto, D. Alberto Blanco Rodríguez, D. Adrián Gavín Bueno, D. Alejandro Rodríguez Solís, D. Fernando Marzo Abecia, D. Francisco Valladolid Oms, D. Ricardo Murillo Ubeda, D. Antonio Muñoz Zuara, D. Emilio Franco Martín, D. Antonio Montalvo Melero, D. Modesto Cotrina Ferrer y D. Eduardo Talegón Arcas, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1 de Septiembre de 1932; D. José Serret Tristany, 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad, a partir de 1 de Febrero de 1932.

Capitanes Médicos: D. Cecilio Hernández González, D. Narciso Barbero Tirado, D. Fernando López Laza y D. José Frapolli Rica, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1 de Septiembre de 1932; D. Rafael Olivares Bel, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1 de Julio de 1932; D. José Rosales Gutiérrez, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1 de Julio de 1932; D. Antonio Manzanares Bonilla y D. Antonio García-Pantaleón Canis, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1 de Septiembre de 1932; D. José Jiménez Urtazun, D. Manuel Mazo Mendo, D. José Escolar Delmas, D. Manrique Hidalgo Parra, D. Fernando Montilla Escudero, D. Antonio Grau Pujol, D. Enrique Amat Puig, D. José

Mañas Jiménez, D. Joaquín D'Harcourt y Got y D. Gome Cortés Aguilar, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1 de Septiembre de 1932; D. Manuel Castro Hernando y D. Tomás Mantecón Sanz, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1 de Julio de 1932.

Teniente Médico: D. Daniel Ortega Lechuga, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1 de Octubre de 1932.

- 6 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 213) accediendo a lo solicitado por el Teniente Coronel Médico D. Miguel Parrilla Bahamonde, Jefe de los Servicios Sanitarios Médicos de la octava división orgánica, en súplica de que se le conceda la gratificación de mando correspondiente a su actual cargo.
- 6 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 214) confirmando la declaración de reemplazo por enfermo, con residencia en Santiago de Compostela, del Capitán Médico D. José Pintos Castro.
- 7 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 213) concediendo el empleo superior inmediato a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:
 - A Teniente Coronel Médico: D. Juan Ribaud Ballesteros.
 - A Comandantes Médicos: D. Marcelo Berbiela Tabar, don Santiago Sarry Buján y D. José Ristol Vidiella.
 - A Capitanes Médicos: D. Miguel Parrilla Hermida, D. Honorio Novoa Mejuto, D. Enrique Martín de Rosales Lozano, D. Florencio Montero Romero y D. Antonio Román Durán.
- 7 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 213) concediendo el empleo superior inmediato al Jefe y Oficiales farmacéuticos siguientes:
 - A Subinspector Farmacéutico de segunda clase: D. Joaquín de Cortada y Gaya, Jefe de los Servicios Farmacéuticos de la cuarta división, en plaza de superior categoría.
 - A Farmacéutico mayor: D. Clemente Botet Mundi, de la Farmacia del Grupo de Hospitales Militares de Ceuta.
 - A Farmacéutico primero: D. Antonio Sánchez-Capuchino y Alderete, de la Farmacia Militar de la cuarta división.
- 9 Septiembre.—Orden (D. O. núm. 215) anunciando concurso para proveer en la Academia de Sanidad Militar una plaza vacante de Capitán Médico Ayudante de Profesor para auxiliar las clases de "Medicina legal militar y Psiquiatría", "Servicios Sanitarios y Material Sanitario". El plazo de admisión de instancias es de diez días.