

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año X.

Madrid, 15 de Septiembre de 1920.

Núm. 18

SUMARIO

Sobre el diagnóstico de la parálisis general, por el **Dr. J. A. Palanca**.—*El servicio de Sanidad del Ejército peruano*, por **Guillermo Fernández Dávila**.—*Sueroterapia de la gangrena gaseosa*, por **Heliodoro del Castillo**.—*Ascenso y nombramiento*.—*Variaciones*.—*Prensa Médico-Farmacéutica*: Gripe y puerperio.—Una tercera dieta en las enfermedades del aparato digestivo.—*Prensa Militar-Profesional*: Contribución al estudio de las heridas de cráneo.—*Bibliografía*: Crisis agudas de insuficiencia cardíaca. Discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina, para la recepción del Académico electo Ilmo. Sr. Dr. D. Jacobo López Elizagaray.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Septiembre de 1920.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA PARÁLISIS GENERAL

Nunca ha sido tan corto el número de enfermos en las Clínicas destinadas a enfermedades venéreas en el Hospital militar de Madrid como en el año actual, y, sin embargo, jamás como ahora se ha solitado tanto la intervención del Laboratorio de análisis clínicos en cuestiones diagnósticas referentes a dichas salas. Obedece ello a que la rapidez en los tratamientos tiene que ir precedida de diagnósticos precoces y muy seguros, y así se consigue que, lejos de amontonarse los enfermos, disminuyan constantemente de número y disminuya asimismo el número de hospitalidades causadas. He aquí cómo una organización bien concebida, lejos de aumentar los gastos del Estado, le representa una notable economía.

En otras publicaciones hemos hablado de la investigación del treponema (*Plus ultra*, números 19 y 20) y de la reacción de fijación del complemento (Estudios médicos), y hoy sólo nos proponemos poner de manifiesto la forma en que el Laboratorio interviene en los enfermos supuestos de sífilis cerebro-espinal, de tabes dorsal o de parálisis general. Casi todos los enfermos que hasta ahora hemos visto pertenecían a la Sala de enfermedades nerviosas,

del Sr. Uguet, y a la del Dr. Quintana, bajo cuya inspección están las Salas de enfermedades venéreas, y a cuyas instancias y con cuya colaboración hemos practicado estos trabajos.

Sabido es que, aparte de la reacción de fijación del complemento, positiva casi constantemente en el suero sanguíneo de los paralíticos generales, y no con tanta frecuencia en los tabéticos y en los sífilíticos cerebro-espinales, se han buscado una porción de signos en el líquido céfallo-raquídeo que permitiera un diagnóstico que reuniese la doble condición de ser seguro y de ser precoz; se estudiaron las variaciones de la composición química del líquido extraído por punción lumbar, y se concedió valor a la albúmina, urea, glucosa, etc. De todos estos estudios, al irse concretando sus valores en la práctica, se eliminaron algunos, mientras otros adquirirían una importancia mayor; nosotros en el líquido extraído estudiamos las siguientes propiedades: 1.^a Reacción de fijación del complemento. 2.^a Existencia de globulinas. 3.^a Número de células por milímetro cúbico; y 4.^a Las reacciones coloidales.

1.^a *Reacción de fijación del complemento.*—Es positiva en la sífilis cerebro-espinal, en la tabes y en la parálisis general; pero, mientras en las dos primeras, para que exista una fijación del complemento es necesario emplear dosis superiores a tres décimas de centímetro cúbico del líquido céfallo-raquídeo, en la parálisis general es positiva empleando sólo dos décimas, y en ocasiones aun menos. La existencia de reacciones positivas en sangre y líquido céfallo-raquídeo habla en favor de la parálisis general, y, por el contrario, reacciones positivas de líquido y negativas de sangre parecen ser datos favorables a la tabes o sífilis cerebro-espinal. Claro está que son datos tan variables que no puede fundarse en sólo este hecho un diagnóstico concreto, y sólo sirven como orientaciones para el clínico.

La reacción suele ser mucho más sensible en el líquido espinal que en la sangre, y como para muchos autores no hay dualidad de origen en la naturaleza de los anticuerpos, la reacción positiva del líquido, coincidiendo con negativa en la sangre, indicaría una permeabilidad anormal en las meninges, en cuya permeabilidad fundamentan métodos para proseguir paso a paso la marcha del tratamiento conveniente.

La técnica de la reacción de fijación de complemento utilizando líquido céfallo-raquídeo no difiere de cuando se utiliza sangre,

únicamente es inútil la inactivación por no contener complemento.

2.^a *Globulinas.*—La globulina en el líquido céfalorraquídeo es un factor interesantísimo para los diagnósticos que nos ocupan; pero ni basta la presencia de globulinas para que se crea en la existencia de cualquiera de los síndromes de que hemos hablado, ni mucho menos para separarlos entre sí. Por lo demás, la presencia de globulinas está íntimamente ligada con la de anticuerpos sífilíticos, hasta el extremo de que en líquidos céfalorraquídeos en los que no existan globulinas será inútil practicar la reacción de fijación del complemento, que será siempre negativa aunque no sea cierta la recíproca, es decir, que existiendo globulinas, la reacción podrá ser positiva o negativa.

Los métodos clínicos para la investigación de las globulinas son muchos, y no todos ellos dan resultados exactamente iguales. De acuerdo con las indicaciones del Dr. Rubiano, nosotros empleamos siempre el reactivo de Nonne Appelt, para lo cual depositamos en un tubo de ensayo perfectamente limpio 2 c. c. de líquido céfalorraquídeo y otros dos de reactivo, y si existen globulinas se presentará una ligera opalescencia que se acentúa por transparencia y que puede llegar hasta un enturbamiento. Para mayor seguridad solemos disponer otro tubo testigo con un líquido normal o, en último extremo, con agua destilada.

El reactivo es de fácil preparación, y se funda en el hecho, sobrado conocido, que las soluciones acuosas de sulfato amónico a determinada concentración precipitan totalmente las globulinas, mientras que las albúminas permanecen en disolución. Se disuelven 85 gramos de sulfato amónico puro y neutro en 100 c. c. de agua destilada, se hierve hasta completa disolución, se deja enfriar y se filtra.

El ensayo de las globulinas es para nosotros el tiempo preliminar de los análisis de líquido céfalorraquídeo; ello, ya lo hemos dicho, no distingue la parálisis general de la sífilis cerebro-espinal, pero indica una participación meníngea y, en caso de ser negativa, nos economiza una reacción de fijación de complemento.

3.^a *Numeración de células.*—Tiene un valor muy análogo a la presencia de globulinas, ya que, como ellas, indica la participación meníngea en el proceso, pero sin que llegue por ella a distinguirse el síndrome de que se trate. Cierto que se ha llegado por algunos investigadores a hacer deducciones, según la clase de cé-

lulas que dominasen; pero, en realidad, no se puede sentar conclusiones por ello.

El método preferible para la numeración de células en el líquido céfalorraquídeo es la célula de Nageotte, que, por su capacidad relativamente grande, permite encontrar el escaso número de elementos formes que contiene el líquido normal; es asimismo el que permite seguir la disminución de leucocitos en las diversas punciones, sobre todo cuando se ha instituído un tratamiento. Aproximadamente se puede saber si hay aumento de linfocitos sencillamente centrifugando el líquido céfalorraquídeo, recogiendo y coloreando el sedimento obtenido. La cámara cuenta-glóbulos de Thoma Zeiss puede servir asimismo utilizando el líquido ligeramente coloreado por una gota de azul de metileno en un par de centímetros cúbicos, y multiplicando el número de leucocitos encontrado en la cuadrícula por 10; claro está que el resultado es sólo aproximado, y que la cifra mínima que puede contarse es la de 10, muy superior al límite establecido como normal, que es el de tres por milímetro cúbico.

4.^a *Reacciones coloidales.*—a) Fundamento de la reacción. Los coloides metálicos tienen la propiedad de precipitar en contacto con los electrolitos que se les añada; algunas albúminas, como, por ejemplo, la que se encuentra en el líquido céfalorraquídeo normal impiden esta precipitación, mientras que, por el contrario, otras albúminas (deuteroalbumosas), que abundan en los líquidos céfalorraquídeos de los enfermos de sífilis cerebro-espinal, no sólo no impiden esa precipitación, sino que la favorecen.

Esta precipitación es más o menos rápida y más o menos importante, según la naturaleza y la cantidad en que se halle esta albúmina, de manera tal, que es distinta en la meningitis, en la sífilis cerebro-espinal y en la parálisis general. Si como coloide metálico usamos el oro, según que la precipitación sea más o menos completa, se originará una serie de tonalidades, desde el rojo, color de la solución en perfecto estado de integridad, hasta el incoloro, pasando por el rojo azulado, púrpura, violácea y azul pálido. Es esta gama coloreada la que permite leer cómodamente el resultado de la reacción, y a ello se debe el favor de que goza el oro en las reacciones coloidales de líquido céfalorraquídeo; pero, como ahora veremos, la preparación del oro coloidal tiene sus dificultades; se ha intentado sustituirlo por otros coloides, por ejemplo, la

almáciga y el azul de Prusia, y nosotros mismos, en estos momentos y, siguiendo las indicaciones del Dr. Cambronero, ensayamos un preparado coloidal de muy fácil preparación.

b) Preparación de oro coloidal. Nosotros no preparamos directamente las soluciones que empleamos, que son suministradas por el Sr. Cambronero; la técnica empleada es la siguiente:

Reactivos empleados.

Agua tridestilada.

Solución al 2 por 100 de carbonato potásico en agua tridestilada.

Solución al 1 por 100 de cloruro áurico (en agua tridestilada).

Solución, en agua tridestilada, de formol (1 por 100).

Un vaso de cristal de Jena de 250 c. c., esterilizado en el horno Pasteur.

Tres pipetas de 5 c. c. de capacidad esterilizadas.

Un agitador de vidrio esterilizado.

Dos probetas de 100 c. c., esterilizadas.

Un termómetro de 0° a 100°.

Hasta ahora nosotros siempre hemos operado con pequeñas cantidades de oro, 200 c. c. a lo más. Para ello ponemos en el vaso la mencionada cantidad y calentamos lentamente hasta llegar a los 60°; añadimos entonces 2 c. c. de la solución de cloruro de oro al 1 por 100 y otros 2 de la de carbonato potásico al 2 por 100, y procuramos elevar muy rápidamente la temperatura a 95° para añadir 2 c. c. de la solución de formol al 1 por 100, y esperar la aparición del color rojo brillante, que no tarda en aparecer. Es imposible prepararse uno sólo el oro coloidal, puesto que se necesita un ayudante, bien para añadir los reactivos, bien para agitar vigorosamente, con objeto que la temperatura sea uniforme y para que los reactivos se mezclen perfectamente al agua del vaso. Así y todo, cualquier infracción de técnica suele costar el fracaso de la operación.

Como hemos dicho antes, el oro coloidal usado por nosotros está preparado por el Dr. Cambronero, que se ocupa de estudiar la conservación de dicho producto, lo que representaría una simplificación enorme para los que quieran verificar la reacción. Lo esencial es que el color sea rojo vivo, que carezca de tonos azula-

dos o achocolatados y que sea transparente usando capas de mediano grosor.

c) Técnica de la reacción. El material necesario es:

Una gradilla capaz para 11 tubos de ensayo.

11 tubos de ensayo, esterilizados.

Una pipeta de 5 c. c., una de 1 c. c., dividida en décimas, y 10 de c. c.

Solución al 4 por 1.000 de cloruro sódico en agua tridestilada.

Se colocan en la gradilla los 11 tubos; en los 10 primeros ha de verificarse la reacción propiamente dicha, mientras que el último servirá de testigo. Se pone en cada tubo 1 c. c. de la solución salina, excepto el primero, que lleva 1 c. c. y 8 décimas. Con una pipeta dividida en décimas de c. c., se deja caer en el primer tubo 2 décimas de c. c., del líquido céfalorraquídeo; se agita para mezclarla perfectamente con la solución salina, y se toma 1 c. c. de la mezcla, que se lleva al segundo tubo para agitar nuevamente y llevar 1 c. c., al tubo núm. 3, y así sucesivamente llegamos hasta el tubo núm. 10, en el que, después de agitar, se separa 1 c. c., que se desprecia. Tendremos así en cada tubo 1 c. c. de disolución del líquido céfalorraquídeo al 1 por 10, 1 por 20, 1 por 40, 1 por 80, 1 por 160, 1 por 320, 1 por 640, 1 por 1.280, 1 por 2.560 y 1 por 5.120. En el tubo testigo sólo existirá el c. c. de la solución salina.

Acto seguido, y agitando después de la adición, se deja caer en cada tubo, incluso en el testigo, 5 c. c. de la solución de oro coloidal, con lo que queda terminada la reacción, en espera de poder leerse sus resultados.

d) Lectura de los resultados. La reacción es tan rápida en ocasiones, que se puede leer inmediatamente después de practicada; pero lo más seguro es esperar a que transcurran doce o veinticuatro horas, teniendo cuidado que no caiga polvo dentro de los tubos, ni que la excesiva evaporación pueda falsear los resultados. Generalmente, puede verse perfectamente las distintas tonalidades, por transparencia, colocando la gradilla frente a una ventana; pero los colores resaltan más vigorosamente colocando detrás de los tubos una hoja de papel blanco.

El líquido céfalorraquídeo normal no precipita parcial ni totalmente los coloides; de manera, que transcurridas las veinticuatro horas, el color rojo vivo permanecerá uniforme desde la dilución al 1 por 10 hasta la 1 por 5.120, color igual al que ostenta el

tubo testigo. Si unimos, pues, mediante una línea, estas coloraciones, tendremos, como en la gráfica primera, una recta colocada a nivel del rojo, lo que indicará líquido normal. Asignado a cada color un número: 0, al rojo; 1, al rojo azulado; 2, al púrpura; 3, al violáceo; 4, al azul pálido, y 5, al tubo incoloro, podremos expresar la fórmula del líquido céfalorraquídeo normal del modo siguiente:

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

es decir, que los 11 tubos permanecerán en el 0 asignado al rojo vivo.

En la parálisis general la reducción máxima del coloide tiene lugar en los primeros tubos que pueden decolorarse totalmente hasta el sexto, pasar luego rápidamente por el azul pálido, violáceo, púrpura y azul rojizo, para permanecer rojo en el tubo décimo. La curva clásica de parálisis general es la representada en la segunda gráfica, perteneciente a un enfermo examinado muy recientemente por el Dr. Quintana; tiene una meseta superior más o menos amplia, según el número de tubos decolorados, una línea oblicuamente descendente y una meseta inferior menos extensa que la superior. Traducida en cifras la curva de la parálisis general, sería:

5 5 5 5 5 4 2 1 0 0 0

Claro está que esta es la curva clásica que presentará variaciones en relación con el estado del proceso, y, sobre todo, con el tratamiento que presenta una influencia enorme sobre la reacción de Lange, cuya curva rectifica hasta hacerla normal. Recientemente nosotros hemos tenido un enfermo con la reacción en la forma siguiente:

5 5 4 4 3 3 1 1 0 0 0

es decir, una meseta superior muy pequeña, una línea oblicua suavemente descendente y una meseta inferior de la misma extensión que la superior.

En la sífilis cerebro-espinal, la curva no tiene nada de característica, y varía considerablemente de unos casos a otros; por regla general, el máximo de variación en el color se obtiene en las diluciones de 1 por 40, 1 por 80 y 1 por 160; pero sólo por ex-

cepción se obtiene la decoloración del oro que no pasa del violáceo, a lo más del violado, y, que por regla general, se queda en el azul rojizo; la fórmula viene a estar expresada así (gráfica 3.^a):

0 0 1 2 1 0 0 0 0 0

En la *tabes dorsal* no suele presentarse decoloración completa en los primeros tubos, y cuando ocurre, sólo alcanza al primero; la fórmula sería:

4 4 4 4 3 2 1 0 0 0 0

Compréndase que estas fórmulas esquemáticas, según el período de la enfermedad, y según el tratamiento establecido, pueden presentarse variantes, numerosas, dentro de cada tipo.

Las enfermedades meníngeas de naturaleza inflamatoria, como las meningitis agudas y las tuberculosas, alteran sensiblemente las soluciones coloidales; pero sus fórmulas son distintas a las descritas. En las meningitis agudas, así como en las crónicas, las precipitaciones suelen producirse en los tubos correspondientes a las diluciones altas (del 5 al 9); pero las curvas no suelen ser características, ni mucho menos, y mientras unas veces tienen cierta semejanza con el tipo paralítico (meningitis purulentas agudas), otras veces (meningitis tuberculosas) remedan al tipo de sífilis cerebro-espinal.

Resumiendo: la reacción de Lange produce en la parálisis general una curva típica, casi constante, que varía ligeramente, según el período en que se encuentre el enfermo, y que se modifica profundamente por el tratamiento. En la sífilis cerebro-espinal, en primer término, y la *tabes* después, la reacción de Lange es mucho menos típica y no presta grandes ayudas a un diagnóstico dudoso y no supera a otros procederes diagnósticos. En lo que se refiere a las meningitis agudas y crónicas, la reacción de Lange no ofrece interés por el momento actual.

Nosotros llevamos más de un año practicando reacciones de Lange, y por el exiguo número de casos vistos (unos veinte próximamente), no podemos sentar conclusiones definitivas respecto al valor de la reacción; pero, hasta ahora, los datos obtenidos por ella han sido generalmente confirmados por la exploración clínica y

la marcha del proceso. De todas maneras y en presencia de un enfermo de la clase que nos ocupa, nosotros hacemos constar en nuestros informes los siguientes datos:

- a) La existencia y, en caso afirmativo, la cantidad de albúmina del líquido céfalorraquídeo.
- b) La existencia de globulinas (Nonne Appelt).
- c) Reacción de Wassermann en la sangre.
- d) Reacción de Wassermann en el líquido céfalorraquídeo (cuantitativa).
- e) Estudio citológico del líquido céfalorraquídeo.
- f) Reacción de Lange.

Y todavía hay quien añade un factor más, la cantidad de co-lesterina, de cuya determinación nos ocupamos en el momento actual, pero de la que aún no tenemos experiencia alguna.

DR. J. A. PALANCA,
Capitán Médico.

EL SERVICIO DE SANIDAD DEL EJÉRCITO PERUANO

Modesta colaboración para la REVISTA DE SANIDAD MILITAR.

El Servicio de Sanidad del Ejército del Perú puede decirse que es de muy reciente creación, pues sólo en el año de 1911, y por Resolución suprema de 14 de Marzo, se estableció la actual organización, que responde racionalmente a la organización misma del Ejército todo y a las exigencias de la moderna táctica sanitaria, dentro de la relatividad que entraña a un Cuerpo armado pequeño como el nuestro.

Antes de entonces, los Cuerpos de tropa eran asistidos por Médicos civiles o con asimilaciones militares, o también por practicantes en Medicina; el control y resumen de toda esta labor sanitaria la hacía una Sección central de Sanidad Militar, que, con el nombre de Sección técnica, figuraba anexa al Ministerio de la Guerra.

Desde 1911, y siguiendo las inspiraciones del Jefe de Sanidad Militar, que como Inspector de Sanidad formaba parte de la Misión militar francesa, encargada de marcar las orientaciones generales al Ejército del Perú, se dió a nuestro servicio la organización actual, que, bastante esquemática en sí, puede dividirse en tres rangos, perfectamente diferenciados:

1.º Un rango superior, directivo, encargado de preparar las instrucciones generales para la ejecución de servicio, de sugerir al Comando las modificaciones que es dable introducir en los reglamentos en vigencia y de reunir todos los datos estadísticos que muestren el estado sanitario del Ejército. Está constituido por la Dirección de Sanidad Militar, dependiente del Ministerio de la Guerra, teniendo a la cabeza a un Coronel de Sanidad.

2.º Un rango intermedio, cuya labor es hacer cumplir las disposiciones de la Dirección y las indicaciones de los Reglamentos sobre la materia en los Cuerpos de tropa, siendo el responsable directo del mal estado de los mismos. Está constituido por las Jefaturas de Servicio de Sanidad regionales, y forman la base para las Direcciones de Servicios divisionarios en caso de guerra, ya que

cada Región militar proporciona una División de Ejército. Estas Jefaturas son cinco, una para cada una de las cinco Regiones, y las ocupan actualmente Médicos de la clase de Mayores de Sanidad (1); y otra para la Escuela Militar de Chonillos, con la clase de Teniente coronel.

3.º Un rango inferior, formado por los Médicos de Cuerpo de tropa, quienes en la proporción de un Capitán de Sanidad para cada Regimiento de Infantería, Artillería, Caballería e Ingenieros, son los encargados de la vigilancia higiénica y profiláctica y de las asistencias médico-quirúrgica de las tropas de su respectiva unidad.

Además, y como dependiente de la Dirección del Servicio, se encuentran los siguientes establecimientos:

Hospital militar de «San Bartolomé».—Lima.

Laboratorio de Sanidad Militar.—Lima.

Farmacia central del Ejército.—Lima.

Escuela de Enfermeros y Camilleros militares.

Academia de Sanidad Militar (en proyecto).

Fuera de estos tres rangos, existe una Inspección de Sanidad Militar, a cargo de un Coronel de Sanidad del Ejército francés, cuya misión es marcar las grandes orientaciones que el servicio debe tomar, adaptando al medio los principios que norman la Sanidad Militar de esa gran Nación (2).

*
* *

Actualmente no existe un reglamento completo para el Servicio de Sanidad, pues aun cuando sobre todos los tópicos que la especialidad integra se ha legislado, lo ha sido por disposiciones aisladas, inconexas, y aun hasta cierto punto contradictorias. Comprendiéndolo así el actual Director, ha dedicado especial interés a la confección de un Reglamento completo, verdadero Código de Sanidad Militar, adonde estuviera perfectamente especificado y re-

(1) Los puestos de Jefes de Sanidad regionales serán considerados posteriormente para Tenientes coroneles.

(2) En el Perú hay desde hace muchos años una Misión militar del Ejército francés, compuesta de un General, varios Coroneles, Tenientes coroneles y Mayores, y un gran número de Oficiales, que ocupan los puestos de Inspector general del Ejército y de Inspectores de Infantería, Artillería, Caballería, Ingenieros, Sanidad, Intendencia, etc., y de instructores en las Escuelas técnicas.

glamentado todo lo concerniente a este importante servicio. Al suscrito le ha correspondido, a mucha honra, papel principal en la confección de esos nuevos Reglamentos, formado por parte de la Comisión nombrada para tal cometido; listo y para su impresión ha quedado el Reglamento de Sanidad Militar en tiempo de paz, y para estudio y aprobación el de campaña.

En estos nuevos Reglamentos se marca y detalla la última organización y se indican los puestos y clases que cada uno debe tener, y atendidos a ellos, indicamos a continuación la plana total del servicio, anotando que algunos de dichos puestos no han sido provistos todavía:

- 1 Coronel de Sanidad, Director del Servicio.
- 1 Teniente coronel, Subdirector (plaza no provista todavía).
- 1 Capitán Ayudante.
- 3 Tenientes coroneles. { Jefe del Hospital militar.
Jefe del Servicio de la Escuela militar.
Director de la Academia de Sanidad
(en proyecto).
- 7 Mayores de Sanidad. { Subjefe del Hospital militar.
Jefe del Laboratorio de Sanidad Militar.
5 Jefes de Servicio Regional.
- 25 Capitanes. { 3 para el Hospital militar.
10 para los Regimientos de Infantería.
5 para los Regimientos de Artillería.
5 para los Regimientos de Caballería.
1 para el Regimiento de Ingenieros.
1 para el Servicio de aviación.
- 3 Tenientes. { Alumnos de Medicina, practicantes en
el Hospital militar y Escuela militar
de Chorrilos.
- 3 Subtenientes.

Personal farmacéutico.

- 1 Capitán, Jefe del Servicio y de la segunda Región.
- 1 Subteniente, Ayudante.
- 4 Tenientes para las otras cuatro Regiones.
- 1 Subteniente para la Escuela Militar.

Personal odontológico.

- 1 Capitán, Jefe del servicio y del Consultorio del Hospital militar.
- 5 Tenientes, uno por cada Región.
- 1 Subteniente, para la Escuela militar.

*
* *

Bajo la presidencia del Director de Sanidad, se indica en el nuevo Reglamento la formación de un Consejo Consultivo de Sanidad Militar, integrado por el Subdirector del servicio, el Jefe del Hospital militar, el del servicio de la Escuela militar, el de la segunda Región (guarnición de la Capital), y el del laboratorio y los servicios farmacéutico u odontológico, cuando fuere necesario, y cuya misión es resolver sobre toda innovación o reforma reglamentaria y sobre todo asunto de interés en el servicio.

*
* *

El personal del servicio de Sanidad se recluta entre los estudiantes de Medicina, que hayan terminado el quinto año de estudios y obtenido su título de interno de hospitales por concurso (1); entre los postulantes se toman aquellos que dan mejor promedio, deducido de sus notas de fin de año, y la obtenida en la prueba de internado, dando a ésta el valor de un 50 por 100. Estos practicantes, con el grado de Subtenientes de Sanidad, el primer año, y de Tenientes el segundo, sirven como practicantes internos en el Hospital militar y servicio de la Escuela militar, recibiendo lecciones prácticas de servicio de Sanidad por sus respectivos Jefes. Es a base de este personal, que probablemente el año entrante se va a formar la Academia de Sanidad Militar, simple escuela de aplicación, adonde los alumnos de Medicina, sin perjuicio de seguir sus estudios generales en la Facultad, reciban una instrucción de especialización de Sanidad Militar. Se hallan en estudio las

(1) Esta prueba es, indudablemente, una de las más importantes en nuestra Facultad; se rinde después del quinto año de estudios, y consta de dos exámenes clínicos, a la cabecera del enfermo, y en que, más que elaboraciones diagnósticas, se trata de apreciar el *modus operandi* en el examen y medios de exploración de la dolencia.

bases de esta Academia, y el suscrito procura obtener el mayor número de datos e impresiones de las Academias similares que visite en los países adonde cumple comisión (España, Francia e Italia).

Una vez obtenido el título de Médico y Cirujano, el practicante de Sanidad Militar es enviado a un Cuerpo de tropa de las guarniciones militares alejadas de la capital, y después de un año más de servicios en esta categoría, se le otorga los despachos de Capitán efectivo de Sanidad, previo un concurso especial y la circunstancia de existir vacante en los cuadros de Sanidad. Es desde entonces que comienza la verdadera vida médico-militar profesional, pues anteriormente sólo tenía la asimilación de su clase; a partir de ahí, los ascensos se hacen con sujeción a la ley general de ascensos que rige para el Ejército todo, con las circunstancias de tiempo mínimo de servicios (cuatro años, de Capitán a Mayor; tres y medio, de Mayor a Teniente coronel, y cuatro de Teniente coronel a Coronel), vacante y concurso, para Capitán y Mayor, elección por Cuadro de Mérito para Teniente coronel y por ley de Congreso para Coronel.

*
* *

En el Hospital militar de San Bartolomé funciona un antiguo local, pero en sitio céntrico y muy aparente; en la imposibilidad de construir un nuevo nosocomio, hoy de muy difícil ejecución por el elevado coste del material, se ha tenido la idea de aprovechar el terreno ocupado por el actual Hospital, mas los terrenos colindantes, que también pertenecen al Gobierno; y completando así una manzana entera, elevar el nuevo establecimiento, aprovechando parte de las antiguas construcciones, bastante buenas y varias obras modernas, ejecutadas ya según plan determinado. Cúpole la honra al suscrito ser el autor de un proyecto de reconstrucción, a la base de las indicaciones anteriores, proyecto que ha sido aprobado por la Comisión *ad hoc*, nombrada por el Supremo Gobierno, y que probablemente a la fecha habrá sido aceptado y puesto en ejecución.

El Hospital militar actual funciona llenando todas las necesidades para la asistencia médico-quirúrgica del personal de la guarnición militar de la capital (segunda Región). Consta de los siguientes servicios:

- Un servicio para Jefes y Oficiales.
- Un servicio de Cirugía.
- Dos servicios de Medicina.
- Un servicio de enfermedades venéreas.
- Un servicio de enfermedades de la piel.
- Un consultorio de Oftalmología.
- Un consultorio de Oto-rino-laringología.
- Un consultorio de Electroterapia y Radioscopia.
- Un consultorio de Odontología.

Anexo al Hospital militar funciona la Escuela de Enfermeros y Camilleros militares, cuya dirección tiene el Mayor subjefe del Instituto, y formada a la base del piquete de enfermeros del Hospital, compuesto de 50 hombres entre clases y soldados sanitarios. Esta Escuela proporciona el personal de clases sanitarias que, posteriormente y ya con su título, pasan a servir en los Cuerpos de tropa.

*
* *

El Laboratorio central de Sanidad Militar funciona en el Hospital militar, aunque dependiente directamente de la Dirección del servicio; su misión es practicar todos los análisis clínicos e higiénicos que sean necesarios, el preparar vacunas y sueros y dar las normas necesarias, de orden profiláctico, en caso de epidemias. En cada región funciona un laboratorio regional, dependiente técnicamente del Central.

*
* *

La Farmacia Central del Ejército constituye el depósito de medicamentos y material de curación para la confección de los elementos sanitarios de los Cuerpos de tropa (sacos de curación, mochilas de urgencia, botiquines de batallón, etc.), y para aprovisionar trimestralmente a los botiquines de las enfermerías regimentarias. Aunque todavía es incipiente esta sección, ya rinde positivo provecho, pues comienza a preparar muchos medicamentos (de preferencia bajo la forma de tabletas dosificadas, inyectables, etc.), pues tiene como Jefe a un entusiasta profesional, Farmacéutico de gran provecho y Catedrático de la Facultad de Ciencias Naturales (1).

(1) En nuestro servicio de Sanidad, gran parte de su personal superior pertenece al Cuerpo docente de nuestras Facultades de Medicina, Ciencias, etc., procurando así el prestigio del Instituto por la competencia de sus miembros.

Tal es, a grandes rasgos, la organización del servicio de Sanidad del Perú, en tiempo de paz; la organización para la guerra es objeto de detenidos estudios,—hoy todavía no publicados,—pero que se hacen a la base de aquélla, en la que se hallan esquematizados los servicios regimentarios, divisionarios, etc. La mayor preocupación a este respecto es la referente al material, pues tratándose de un país cuya mayor parte de su territorio es montañoso, las formaciones sanitarias utilizadas por los grandes Ejércitos europeos, casi todas ellas transportables por ferrocarriles, automóviles u otros medios de arrastre, son completamente inadaptables al nuestro.

Felizmente, la competencia y tenacidad del actual Director del servicio de Sanidad, Teniente coronel Dr. Gerardo Alarco (que a la fecha debe haber ya ascendido a la clase de Coronel, siendo el primero que llega a ella), y el apoyo del Gobierno, enviando distintas Comisiones a los Estados Unidos y a Europa para realizar dichos estudios, resolverán muy pronto esos problemas.

GUILLERMO FERNÁNDEZ DÁVILA,
Teniente coronel de Sanidad del Perú.
(En Comisión de estudios en Europa.)

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROITERAPIA



♦ DIRECTOR: GPITALUGA ♦
BLANCA DE NAVARRA, 4 ♦ MADRID ♦ BRAVO MURILLO, 45



ADRENOSERUM

Suero equino adrenalínico IBYS,
de extraordinaria eficacia en las INFECCIONES, ASTENIAS,
ANEMIAS y HEMORRAGIAS.

Singularmente activo y eficaz en los estados gripales.

SUEROTERAPIA DE LA GANGRENA GASEOSA

Durante el mes de Julio hemos asistido a las últimas sesiones del curso del Profesor Bezançon, en los cuales se trató del estudio bacteriológico de la lepra y de los distintos espiroquetas patógenos, con las distinciones de estos últimos entre sí y con los saprofitos.

El Profesor Inspector general, Mr. Vincent, además de facilitarnos el aprendizaje de la técnica para la preparación del suero antigangrenoso, mediante el proceder por él ideado, nos ha facilitado los datos que respecto al asunto van a continuación:

Sueroterapia de la gangrena gaseosa.—Los trabajos del Profesor Vincent han determinado la preparación de un suero preventivo y curativo de tan grave complicación de las heridas. Estos trabajos constan en los anales de la Sociedad de Biología, en la Sociedad de Cirugía, en la Academia de Ciencias y en Comptes rendus. De ese conjunto de trabajos se deduce que la gangrena gaseosa es una complicación temible de las heridas de guerra, muy frecuente en los heridos del miembro inferior y de la cadera, cuando son debidas a estallidos de granada, y sucias por el barro y fragmento del vestido.

La gangrena gaseosa es producida por microbios aislados o asociados, procedentes del suelo, del polvo, de las materias fecales, etc. El más frecuente de los gérmenes productores es el bac. Perfringes (bac. Welchü). El vibrión séptico le sigue en orden de frecuencia. El bac. Edemaciens se encuentra menos veces (5 por 100 de heridas infectadas).

A esos agentes se añaden otros que no tienen un papel patógeno tan evidente, pero que existen a veces en gran número en las partes mortificadas: bac. Sporogenes, bac. Putrificus.

Multiplicándose *in vivo* los microbios referidos, segregan productos solubles proteolíticos, muy tóxicos, y producen gases que infiltran los tejidos. Las toxinas activísimas hieren de muerte los tejidos ambientes, y su reabsorción determina un envenenamiento general del organismo por acción directa sobre el sistema nervioso.

El método ideado por el Profesor Vincent permite obtener un suero mixto, activo a la vez contra los diversos agentes de la gangrena gaseosa, y que al mismo tiempo es antitóxico para el organismo enfermo.

Para la obtención del suero se emplean caballos, inoculándoles diez y seis razas microbianas, aisladas de casos de gangrena y escogidas entre las que se mostraron más virulentas para el cavia.

El especial cultivo y la autólisis de los gérmenes proporciona un antígeno rico en exo y endotoxinas, lo que explica el doble poder antitóxico y microbicida del suero.

Las primeras inyecciones a los caballos deben hacerse a pequeñas dosis. Algunos caballos se preparan al mismo tiempo con el bacilo tetánico, y así también se obtienen sueros antigangrenosos y antitetánicos de un mismo caballo.

El poder del suero antigangrenoso se prueba, experimentalmente, en animales, cavia, a los cuales se les traumatizan profundamente las masas musculares antes de inocularles los gérmenes de la gangrena; después se les inyecta el suero, dejando igual número de testigos sin tratar con el suero; mientras los primeros han presentado 6,52 por 100 de inoculaciones positivas con 4,35 de mortalidad, los segundos presentan el *ciento por ciento* de enfermos, con una mortalidad de 79,07 por 100.

En el hombre el suero multivalente ha sido empleado como preventivo en cincuenta heridas graves de la cadera y región sacra, con mortificación de las partes blandas por atrición, graves, contaminadas con tierra y trozos de vestidos, y ninguno presentó síntomas de gangrena gaseosa.

Los accidentes infecciosos de los heridos son más fáciles de prevenir que de curar, y a este respecto, sin embargo, el suero mostró su eficacia de un modo evidente, determinando curaciones rápidas, inesperadas, en heridos abocados a la muerte, de lo que hemos escuchado relatos dramáticos de labios del mismo Profesor. Asimismo son demostrativos los casos de los Dres. Laurence y Guinoiseau y los del Dr. Jalaquier, citados en sus trabajos por el Profesor Vincent, de los que transcribo el del último, tan significativo como los otros: «Desarrollo rápido de la gangrena en forma fulminante.—La crepitación alcanza el hombro izquierdo, y se extiende a la mitad del tórax, paredes del abdomen y región dorsal. Estado general, muy grave; disnea intensa, pulso incontable. Des-

articulación del hombro en pleno tejido de infiltración de sanies y gas, inyección casi *in extremis*, de *sesenta centímetros cúbicos*, de *suero antigangrenoso*. *Curación.*»

Un herido de los Dres. Desmarest y Moreno, que rehusó la amputación, prefiriendo morir, y en el cual se contentaron con limpiar la herida, al día siguiente el estado general y el local son desesperados. La infección se agrava con rapidez en el miembro inferior, y las heridas exhalan un hedor nauseabundo; la crepitación sube desde la cadera a la pared abdominal, y no se tiene ninguna esperanza de salvar el herido; la debilidad es extrema y la extensión del proceso se opone a toda intervención quirúrgica. *Curación*, después de *dos* inyecciones de suero y *conservación del miembro*.

La dosis empleada en el hombre como preventiva es de veinte centímetros cúbicos, la dosis curativa sesenta centímetros cúbicos, renovada doce o diez y ocho horas más tarde, si la mejoría no es suficiente, y se continúa con una nueva dosis si es preciso.

Por influencia del suero, los fenómenos generales y locales se mejoran con rapidez: el pulso se levanta, la coloración terrosa de la cara desaparece, la lengua se limpia. El hecho más saliente es tal vez la desaparición de los gases que infiltran los tejidos, reabsorción que se opera en algunas horas, una vez en cuatro horas, otra vez era evidente a las dos horas de la inyección.

El número de heridos tratados por el método del Profesor Vincent es de 81. El número de curaciones ha sido de 69, con 12 muertos, si bien de estas últimas hay que descontar cuatro sobrevenidas por otras complicaciones: bronconeumonía, pneumonía lobular, tétanos y otro de flebitis estreptocoma con septicemia. La mortalidad es, pues, sólo de 8 sobre 81, o sea 90,13 por 100 de curaciones con el tratamiento por el suero.

Entre los heridos tratados había algunos en período agónico; uno de ellos murió cuarenta y cinco minutos después de la inyección.

*
* *

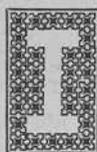
Además, el mes pasado hemos estudiado, entre los documentos de los archivos de Val de Grace, las carpetas relativas a higiene de campaña y tomado nota de lo que hemos estimado interesante

y continuando esa misma busca de documentos, de lo cual daremos cuenta una vez completado el estudio.

También hemos asistido al servicio del Profesor Vidal, a fin de seguir el estudio de los trabajos de laboratorio aunados a la observación clínica.

HELIODORO DEL CASTILLO,
Capitán Médico.

París, 1.º de Agosto 1920.



INSTITUTO DE INMUNOTERAPIA

PRODUCTOS THIRF

Ruiz Perelló, núm. 14 (Madrid Moderno).

Fundador: D. FRANCISCO TELLO

Vacuna antigripal.—Comprobada por los mejores clínicos de España, como el único remedio eficaz contra la gripe y sus complicaciones.

Vacuna antivariólica.—De la mayor pureza y eficacia.

Vacuna antigonocócica.—Preparada con auténticos gonococos.

Suero antidiftérico.—De gran poder antitóxico.

Además de toda clase de sueros, vacunas, elementos para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas, análisis clínicos, etc., etc.

Pídanse muestras y listas de productos y precios.

Depositarios: Los principales de España y las mejores Farmacias.

Correspondencia al DR. JORGE RAMÓN

Dirección telegráfica y telefónica: «INMUNO»

ASCENSO Y NOMBRAMIENTO

Por Real decreto de 1.º del corriente ha sido promovido al empleo de Inspector Médico de segunda clase el Coronel Médico don Juan Valdivia Sisay, que acaba de cesar, después de brillante labor, en el cargo de Director del Parque de Sanidad Militar.

Dadas las condiciones de cultura, entusiasmo y caballerosidad del nuevo Inspector, de esperar es que su gestión al frente del importante cargo para que ha sido designado por el Gobierno de Su Majestad, sea muy fructífera para el Cuerpo.

Reciba el General Valdivia nuestra afectuosa felicitación.



VARIEDADES

Ha regresado de Santander nuestro querido Director, D. Manuel Martín Salazar.

*
* *

Por Real decreto de primero del corriente ha pasado a situación de reserva, por haber cumplido la edad reglamentaria, el excelentísimo Sr. Inspector Médico de primera clase D. Ramón Sáez García.

Lamentamos su ausencia de la escala activa del Cuerpo, y le saludamos respetuosamente en su nueva situación.

*
* *

Debido a la amabilidad del Teniente coronel de Sanidad del Ejército peruano, Sr. Fernández Dávila, que nos lo ha remitido, publicamos hoy un interesante extracto de la organización del Cuerpo de Sanidad Militar en dicha República.

*
* *

Ha cesado en el cargo de Jefe de la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra, por haber sido nombrado Inspector en comisión de la sexta Región, el Excmo. Sr. D. José Pastor Ojero, quien, después de despedirse del personal de la misma y de presentar al nuevo Jefe, Inspector Sr. Valdivia, fué objeto de cariñosas frases por parte de éste y del mencionado personal.

*
* *

Como verán nuestros lectores en la *Sección oficial* de este número, ha sido nombrada una Comisión técnica de nuestro Cuerpo para que, en colaboración con otros organismos civiles de igual índole, estudien sobre el terreno la campaña antipalúdica en nuestras posesiones del Norte de Africa.

Merece plácemes esta iniciativa del Ministro de la Guerra, señor Vizconde de Eza, siendo garantía del éxito la competencia del personal nombrado para tan humanitario cometido, por el que venimos laborando año tras año desde las columnas de esta REVISTA al comentar la enorme cifra de palúdicos que arrojan las estadísticas sanitarias de nuestro Ejército.

*
* *

Publicamos a continuación, íntegra, considerándola de interés para nuestros suscriptores, la última Real orden dictada sobre los destinos de Africa:

«Circular.—Excmo. Sr.: Para el destino al Ejército de Africa de Jefes y Oficiales que hayan servido en él anteriormente, el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º A los Jefes y Oficiales destinados a Africa como forzosos les será de abono, para cumplir los dos años de obligatoria permanencia, el exceso de tiempo servido sobre los períodos anteriores en su empleo o el inferior inmediato.

2.º Los destinados como voluntarios estarán obligados a permanecer dos años como mínimo, cualquiera que sea el tiempo servido anteriormente y concepto en que lo hayan sido.

3.º En ambos casos podrán solicitar el regreso, por papeleta oficial promovida el mes anterior al en que cumplan el período correspondiente o trimestres completos posteriores al mismo, que-

dando así modificado el art. 12 de la Real orden circular de 28 de Abril de 1914 (*D. O.* núm. 74).

Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo establecido por la presente circular.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. E. muchos años.—Madrid, 8 de Septiembre de 1920.—*Vizconde de Eza.*—Señor...

*
**

Concursos.

Por Real orden circular de 8 del actual (*D. O.* núm. 203) se anuncia la provisión de una plaza de Capitán Médico, Auxiliar de Laboratorio en el Instituto de Higiene militar, y otra de Jefe del Laboratorio de análisis del Hospital militar de Barcelona. Pueden ser solicitadas por los de dicho empleo, diplomados, que lo deseen en el término de veinte días, a partir del día 10 del presente, fecha de la publicación de la Real orden.

Las instancias, acompañadas de documentos que acrediten sus méritos, serán promovidas por conducto de los Inspectores o Jefes de Sanidad Militar correspondientes, que las cursarán directamente al Ministerio de la Guerra con copias de las hojas de servicios y de hechos de los solicitantes.

*
**

Hasta el día 11 habían aprobado el primer ejercicio de las oposiciones a ingreso en la Academia del Cuerpo 30 aspirantes.



PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Gripe y puerperio. — Beuttner y Vulliety aportan sus observaciones de la Universidad de Ginebra, agrupando 47 casos, en los cuales siguieron la evolución del embarazo o de la enfermedad y la suerte

del feto. La más alta mortalidad tuvo lugar en los casos en que el embarazo fué interrumpido por la gripe (aborto o parto prematuro); la más débil, en aquellos casos en que la gripe se declaró durante el puer-

perio, y hasta se observó que decrecieron las infecciones secundarias propias de ese estado.

Los autores piensan, después de los exámenes de sangre, que la hiperleucocitosis de la recién parida la defiende de la gripe declarada, adelantando la hipótesis de que el suero de la mujer en estas condiciones podría tener un efecto terapéutico.

Cuando la gripe se declara durante el embarazo, los autores aconsejan impedir por todos los medios que tengan lugar, el aborto o el parto prematuro.

La mortalidad parece ser más elevada en las primíparas, y en particular en las primíparas jóvenes.

Los niños nacidos de mujeres que padecieron la gripe durante el embarazo, son, por término medio, inferiores en talla y en peso.

La autopsia de cinco niños demostró: en uno, nada especial; en otro, la hiperemia de los órganos abdominales y de las meninges; en uno, muerto pocas horas del nacimiento (parto prematuro), una hiperemia de todos los órganos; en otro, focos de broncopneumonía hemorrágica de ambos pulmones; en un niño de término, muerto diez y ocho horas después del nacimiento, también focos de broncopneumonía en ambos pulmones y un exudado hemorrágico de las pleuras.

De lo que se deduce que las toxinas microbianas de uno o de varios agentes patógenos de la gripe, pasarían de la madre al feto. — *Office International d'Hygiène publique*, Avril 1920.)—J. P.

* * *

Una tercera dieta en las enfermedades del aparato digestivo, por G.

Moruzzi. — Las dispepsias intestinales son, con frecuencia, debidas a los microbios que provocan las fermentaciones de los hidratos de carbono o la putrefacción de las sustancias proteicas. Otros microbios actúan indistintamente sobre estas dos clases de alimentos. Una dieta desprovista de sustancias proteicas provoca la desaparición de las bacterias de la putrefacción, como la dieta sin hidratos de carbono conduce a la desaparición de la fermentación.

Pero una dieta única no puede actuar sobre las bacterias que provocan indistintamente las fermentaciones alcalinas y ácidas.

Las experiencias actualmente en curso sobre la acción bactericida de un medio líquido de cultivo que contuviese productos de fermentación láctica, han hecho creer que este medio podría constituir una tercera dieta en los trastornos gastrointestinales. Este líquido no sufre ninguna fermentación cuando se coloca en la estufa y se opone a la fermentación de las sustancias albuminoideas.

El autor preconiza el empleo de una seropeptona que posee propiedades nutritivas suficientes y un poder antifermentescible enérgico. Se prescribe a la dosis de 800 c. c. cada veinticuatro horas. La duración del tratamiento no excede, generalmente, de diez días.

Esta dieta encuentra su aplicación en todas las formas agudas y crónicas de gastroenteritis y en las diarreas de fermentación. — (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*.)—J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Contribución al estudio de las heridas de cráneo (heridas de guerra), por H. Bichelone.—El autor cita algunos ejemplos de sorpresas operatorias, comprobadas después del examen de las heridas de cuero cabelludo: frecuentemente lesiones graves, contrastando con la benignidad de lesión y el estado general del herido. En un total de 1.000 heridos, próximamente, la exploración descubrió lesiones graves en 22 por 100 de casos.

Por otra parte, son dignos de notarse los fenómenos cerebrales que se desarrollan en los lesionados de cuero cabelludo con exploración craneana negativa. El herido, que debía hallarse bien, presenta, por el contrario, fenómenos de meningitis o de meningoencefalitis, que le ocasionan la muerte. Las causas suelen ser una fractura de la base del cráneo, no revelada por ningún

síntoma exterior, o bien una lesión del cerebro, ocasionada por la propagación sobre el encéfalo del choque del proyectil sin lesión del hueso, o ya, finalmente, por una propagación por contragolpe al punto diametralmente opuesto al impacto (observación con datos de autopsia). El autor opina que la sutura inmediata de los labios puede ser nefasta, sobre todo en casos de evacuación, a seguida de la operación, si bien no es preciso recurrir a esta evacuación sino excepcionalmente y forzados por la necesidad. En general, es útil retener a los trepanados, por lo menos, un mes en el hospital donde fueron operados.

La hernia cerebral será tratada por curas al alcohol de 95° o al formol fenicado y por punciones lumbares.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*).—J. P.

BIBLIOGRAFÍA

Crisis agudas de insuficiencia cardíaca.—Discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina, para la recepción del académico electo, Ilmo. Sr. Dr. D. Jacobo López Elizagaray.

Los modernos estudios sobre la anatomía y fisiología del miocardio y la patología de sus propiedades fundamentales, han dado pie al insigne internista para agrupar, con el título que encabeza estas líneas, los accidentes cardíco-pulmonares que integran este capítulo de la medicina de urgencia.

Comienza el Dr. López Elizagaray, por hacer un acabado elogio a la memoria de su predecesor en el sitial académico, D. Ma-

nuel Ortega Morejón, pasando después a ocuparse de la evolución de la cardiología, a cuyo concepto asigna dos grandes etapas: la del diagnóstico anatómico mediante la investigación de los signos físicos, y la del conocimiento de las perturbaciones funcionales y de la insuficiencia cardíaca.

Extiéndese en consideraciones históricas, acerca de esas fases, ocupándose después de lo que llama generalidades de la insuficiencia y de sus crisis agudas, y la relación de éstas con las arritmias, discurriendo a continuación, con gran acopio de conocimientos, sobre las crisis agudas de la hipertensión permanente, de las hipertensiones paroxísticas y de la hipotensión.

Si se tiene en cuenta la legítima e indiscutible fama que posee el Dr. Elizagaray, en esta especialidad, avalorada por una labor clínica, extensísima, sabia y discreta, se comprenderá el deleite con que será leído su magistral discurso y las enseñanzas que de él podrán obtener, tanto los modernos cardiólogos como los médicos generales, quienes podrán darse cuenta de las perturbaciones súbitas en el automatismo cardíaco y en la regularización nerviosa de sus funciones, que dan lugar a esos terribles cuadros clínicos, que ponen a prueba la serenidad, y la confianza del práctico en los recursos terapéuticos apropiados.

La contestación a este discurso, a cargo del ilustre Académico, D. José Codina, representa también una lucida contribución a esta clase de estudios, viniendo a destacarse en primera fila los aportados por el recipiendario, a cuya figura da grande y merecido realce el Dr. Codina al cumplir con el precepto reglamentario de presentarlo a la prestigiosa Corporación.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 27 Agosto.....—Real decreto (*D. O.* núm. 193) disponiendo que el Inspector Médico de primera clase D. Enrique Feyto Martín pase a la situación de primera reserva, por haber cumplido la edad reglamentaria.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 193) nombrando Inspector de los Establecimientos centrales de Sanidad Militar y de la instrucción técnica de las tropas del Cuerpo al Inspector Médico de segunda clase D. Pedro León Jiménez.

- 27 Agosto.....—Real decreto (*D. O.* núm. 193) nombrando Inspector de Sanidad Militar, en comisión, de la cuarta Región, al Inspector Médico de segunda clase D. Galo Fernández España.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 193) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la segunda Región al Inspector Médico de segunda clase D. Fidel Lombana Sáez.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 193) promoviendo al empleo de Inspector Médico de segunda clase al Coronel Médico D. José Salvat Martí.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 193) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la octava Región al Inspector Médico de segunda clase D. José Salvat Martí.
- 30 » Real orden (*D. O.* núm. 194) disponiendo que el personal que asista a las Escuelas prácticas del presente año disfrute las indemnizaciones y plusas reglamentarias, incrementándose a dicho objeto las cantidades asignadas anteriormente en 1.440 pesetas para la primera Comandancia de tropas de Sanidad Militar, 100 para la cuarta Comandancia y 300 para cada una de las restantes.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 194) autorizando al Inspector Médico de primera clase D. Enrique Feyto Martín para fijar su residencia en Barcelona.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 195) concediendo dos meses de licencia por asuntos propios, para Berlin, al Capitán Médico D. Ubaldo Gastaminza Berihen.
- 31 » Real orden (*D. O.* núm. 195) disponiendo que el Comandante Médico D. Antonio Ferratges Tarrida cese en el cargo de Ayudante de Campo del Inspector Médico D. Galo Fernández España.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 195) nombrando Ayudante de Campo del Inspector Médico D. Fidel Lombana Sáez al Comandante Médico D. Amadeo Arias Rodríguez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 195) nombrando Ayudante de Campo del Inspector Médico D. Galo Fernández España al Teniente coronel Médico D. Rodrigo Moya Litrán.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 195) disponiendo que el Coman-

- dante Médico D. Domingo Maiz Eleizegui cese en el cargo de Ayudante de Campo del Inspector Médico D. José Pastor Ojero.
- 31 Agosto. . . . — Real orden (*D. O.* núm. 195) nombrando Ayudante de Campo del Inspector Médico D. José Salvat Marti al Comandante Médico D. Domingo Maiz Eleizegui.
- 1.º Septiembre. — Real decreto (*D. O.* núm. 196) disponiendo el pase a la situación de primera reserva del Inspector Médico de primera clase D. Ramón Sáez y García, por haber cumplido la edad reglamentaria.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 196) nombrando Inspector de Sanidad Militar, en comisión, de la sexta Región, al Inspector Médico de segunda clase D. José Pastor Ojero.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 196) promoviendo al empleo de Inspector Médico de segunda clase al Coronel Médico D. Juan Valdivia Sisay.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 196) nombrando Jefe de Sección del Ministerio de la Guerra al Inspector Médico de segunda clase D. Juan Valdivia Sisay.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 197) declarando de utilidad para el Ejército el aparato «Aspirador Xerri», y recomendando su empleo, aplicándolo a la ventilación de locales cerrados, en los cuarteles, hospitales y demás dependencias ocupadas por la tropa.
- 3 » Real orden (*D. O.* núm. 198) desestimando la propuesta del Alto Comisario de España en Marruecos, de que se destine un Capitán Médico para la asistencia del personal de la Oficina central de Asuntos indígenas y de la escuadrilla de aviación, y disponiendo se designe por el Comandante general de Ceuta uno de los Médicos destinados para eventualidades en dicho territorio, o cualquier otro que tenga su destino en Tetuán.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 199) disponiendo se constituya una Comisión científica que estudie sobre el terreno y formule un plan completo de profilaxis del paludismo y de saneamiento permanente de las zonas palúdicas en los territorios de Africa, sometidos a nuestro protectorado. Dicha Comisión será presidida por el Inspector Médico, D. José Pastor Ojero, siendo Vocales de ella el

Teniente coronel Médico D. Antonio Casares Gil, el Comandante Médico D. Angel Morales Fernández, y el Capitán Médico D. José Palanca Martínez Fortún, invitando a formar parte de ella a la Real Academia de Medicina, la que podrá nombrar su representante, y comunicando al Ministerio de la Gobernación por si creyere conveniente designar un Médico de Sanidad interior, y otro del Instituto de Alfonso XIII para Vocales.

4 Septiembre. — Real orden (*D. O.* núm. 199) nombrando Ayudante de Campo del Inspector Médico D. Juan Valdivia Sisay al Comandante Médico D. Antonio Castillo Navaz.

» » Real orden (*D. O.* núm. 199) disponiendo se proceda a la organización de El Tercio de extranjeros.

» » Real orden (*D. O.* núm. 199) concediendo el empleo superior inmediato a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

Tenientes coroneles: D. Fernando Morell Terry, don Manuel Puig y Cristián, D. Isidro García Julián y don Francisco Fernández Victorio y Cociña.

Comandantes: D. Francisco García y García, don Antonino Alonso Fernández, D. Emilio Pacheco y Fuentes, D. Francisco Uguet y Lostao y D. Amador Hernández y Alonso.

Capitanes: D. Gregorio Fernández y Lozano, don Eduardo Delgado y Delgado, D. Eduardo Sánchez Vega y Malo, D. Emilio Blanco y Lon, D. Marcelo Usera y Rodríguez, D. Florencio Villa y Pérez y don Joaquín González Alberdi.

Tenientes: D. Juan Palencia y de Santiago, D. Luis Fontes Blanco, D. Antonio Oliveros y Ruiz, D. Manuel Boyero y García, D. José Oñorbe y Danso, D. Luis Cantarino Escamilla, D. Manuel Luzón y Linde, don Juan García y Gutiérrez y D. Juan López y Pérez.

» » Real orden (*D. O.* núm. 199), concediendo el empleo de Farmacéutico primero al segundo D. Juan Casas Fernández.

» » Real orden (*D. O.* núm. 200) disponiendo que el Inspector Médico de primera clase D. Antonio Barea Lorente pase a situación de segunda reserva.

- 6 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 201) accediendo a que el Capitán Médico D. Luis Hernández Marcos, supernumerario en la primera Región, vuelva al servicio activo, quedando disponible hasta que le corresponda ser colocado.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 202) disponiendo que no procede acceder, por ahora, a la propuesta del Capitán general de la séptima Región, de establecer una Farmacia militar en Cáceres.
- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 201) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.^a María de los Dolores Chamorro Damas al Capitán Médico D. Antonio García Pantaleón Canis.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 202) disponiendo que la comisión indemnizable que se concedió para el aeródromo de los Alenzares al Capitán Médico D. Antonio Martínez Navarro, se declare prorrogable por el tiempo estrictamente preciso que duren los vuelos en dicho aeródromo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 202) nombrando para la plaza de Jefe del Gabinete Radiológico de los Grupos de Hospitales de Melilla, al Capitán Médico D. Miguel Benzo Cano, y para la del Hospital de Larache al de igual empleo D. Rafael Martínez Pérez.
- 8 » Real orden (*D. O.* núm. 202) dictando disposiciones para el destino al Ejército de Africa de los Jefes y Oficiales que hayan servido en él anteriormente (1).
- » » Real orden (*D. O.* núm. 203) disponiendo se anuncie a concurso una plaza de Capitán Médico auxiliar de Laboratorio del Instituto de Higiene militar, y otra de Jefe del Laboratorio de Análisis del Hospital militar de Barcelona.
- 9 » Real orden (*D. O.* núm. 203) declarando apto para el ascenso al Subinspector Farmacéutico de primera clase D. Gregorio Olea Córdoba.

(1) En otro lugar de este número publicamos la disposición íntegra.