

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIII.

Madrid, 1 de Noviembre de 1923.

Núm. 21.

SUMARIO

Los homenajes póstumos a Pagés, por **Francisco Uguet Lostao**.—*Heridas abdominales de guerra. Mi experiencia personal* (continuación), por **Fidel Pagés**.—*Sanguijuelas en la garganta*, por **Servando Casas**.—*Manual práctico de exploración y examen de las facultades mentales* (continuación), por **Julio Camino**.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Tratamiento de la corea por inyecciones intrarraquídeas de soluciones isotónicas de sulfato de magnesia.—*Prensa militar profesional*: Desinfección de un almacén militar de provisiones con el ácido cianhídrico.—*Bibliografía*.—*Sección Oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

LOS HOMENAJES PÓSTUMOS A PAGÉS

EL DEL HOSPITAL MILITAR DE SAN SEBASTIAN

Señora:

Con la venia de V. M.

Señor:

Excmos. Señores:

Señores:

Profundamente emocionado al cumplir este obligado precepto, como hermano mayor en esta ciudad de la familia médica castrense, que llora en estos momentos la pérdida irreparable de uno de los más queridos compañeros, lamento no poder ofrecerles, por mi pequeñez, ni aun con el artificio de la forma, un cuadro que satisfaga a este noble sentir; porque, ¿qué he de decir en elogio de nuestro malogrado Fidel, que no hayan dicho en sentidas crónicas ilustres compañeros? En realidad, este acto no necesita de elocuentes palabras, porque la tragedia, en sí, que todos conocéis, hiere con intenso dolor hasta el corazón más insensible.

La imaginación se resiste a creer la brutal realidad de que Pagés ha muerto, de que por la fatalidad ha sido arrebatada a la Ciencia, a la amistad, al Cuerpo de Sanidad Militar, su preciosa vida, dispuesta siempre con toda su santa abnegación, desvelos y sacrificios, al servicio de las vidas que, casi extinguidas, llegaban a sus manos de los inmediatos campos de batalla, operando sereno y habilísimo sus maravillosas intervenciones cavitarias en hospitales de sangre, presentándose con todos los atributos del eminente clínico perspicaz en el diagnóstico, y con la seguridad solamente asequible a las grandes capacidades.

Este hombre, verdaderamente bueno, sabio, incomprensiblemente laborioso, de honradez excepcional en todas sus manifestaciones, fanático en el cumplimiento de su deber, con elevado sentido altruísta y patriota por encima de todo, este hombre era nuestro irreemplazable compañero el Comandante Médico D. Fidel Pagés, orgullo legítimo del Cuerpo de Sanidad Militar, positiva esperanza de la Cirugía española, en el que se condensaba la fórmula absoluta del ideal quirúrgico, este hombre ha dejado de existir a los treinta y siete años de edad, cuando comenzaba a obtener el fruto de su extraordinario trabajo.

Resignémonos con la realidad dolorosa; pero no cometamos la injusticia de olvidar, con el montón anónimo de los que fueron, el nombre querido de nuestro llorado Pagés. Sigamos el ejemplo que nos da nuestra muy augusta Señora y Reina Doña María Cristina (q. D. g.), modelo de justicia y manantial inagotable de bondades, que no sólo premió en vida a nuestro incomparable compañero con la predilección de su regio afecto, sino que, anticipándose aún a los más adelantados homenajes, dió después de la triste tragedia nuevas pruebas de su singular estimación, con tan tiernas acciones, que ante V. M. respetuosamente reverenciamos el inextinguible agradecimiento que el Cuerpo de Sanidad Militar siente hacia la venerada Madre de nuestro Soberano.

Hagamos constar también nuestro agradecimiento al Excelentísimo Sr. Capitán general de esta Región, al Excmo. Sr. General Gobernador militar y, en general, a la guarnición de esta Plaza, que con tanto interés se asociaron a nuestro duelo y al sencillo homenaje de perpetuar en esta lápida el nombre del Dr. Pagés en esta sala de operaciones, como tributo de eterno recuerdo, y con él el propósito de copiar sus relevantes virtudes, para contribuir to-

dos, como él lo hubiera hecho, a levantar, cooperando con los nuevos alientos redentores, la vida de España, nuestra Patria querida, gloriosa e inmortal.

Señora: A L. R. P. de V. M., FRANCISCO UGUET LOSTAO.

INSCRIPCIÓN DE LA LÁPIDA

«Por iniciativa de S. M. la Reina Doña María Cristina (q. D. g.), de los Médicos militares y la entusiasta adhesión de la guarnición de esta Plaza, fué colocada esta lápida para honrar la memoria del eminente Cirujano Comandante Médico

DON FIDEL PAGÉS MIRAVÉ

compendio de ciencia, bondad, modestia y altruísmo, que inauguró esta sala en Agosto del corriente año, y practicó en ella su última intervención veinticuatro horas antes de su trágica muerte.

San Sebastián, Octubre 1923.»

Heridas abdominales de guerra. Mi experiencia personal

(CONTINUACIÓN)

NUMERO 47.

Puesto quirúrgico de Batel.—Mohamed Ben-Umbarc, cabo de Regulares, 3.^a compañía, 3.^{er} tabor, herido en Chemorra.—H. a. f. o. e. en epigastrio y línea media; salida décima costilla derecha, en línea axilar posterior; 70 pulsaciones; 35°,6. Dolor espontáneo en ambos orificios; defensa muscular con predominio del lado derecho; pero, en general, se puede decir que era un vientre flácido. Disminución de la matidez hepática.

Operación: Raquí. Incisión de Kehr en bayoneta. Perforación de hígado con orificio de entrada a unos cuatro traveses de dedo de borde anterior (lóbulo derecho) sangrante; salida en cara cón-

cava, unidos ambos orificios por una fisura. Lesión erosiva de mesocolon transverso. Gran hemorragia intraperitoneal. Relleno del trayecto hepático con epiplón. Aplicación de una mecha de gasa como drenaje. Sutura metálica. Curación.

NUMERO 48.

J. V., soldado del batallón de Asia, núm. 55, natural de Mieres (Gerona). Herido a las once de la mañana en la posición de Esbu-Esba.—H. a. f. o. e. inmediatamente por encima de cresta iliaca izquierda en su parte media, sin orificio de salida; 88 pulsaciones. Matidez en flancos, más en el derecho (hemorragia); vientre distendido y ligeramente contracturado. Se explora asepticamente; penetrante.

Operación: Raquí. Laparotomía lateral izquierda infraumbilical. Fractura de cresta iliaca. Gran hematoma subperitoneal con perforación de mesosigma y perforación de S. iliaca; reparación de lesiones mediante suturas. Esquirilas dentro de la cavidad peritoneal. Se explora fondo pelviano en busca del proyectil, que hubiera podido caer por su peso. No se encuentra. Exploración del resto del intestino, sin más lesiones. Gran despegamiento de peritoneo para drenar fosa iliaca interna hasta región lumboaórtica. Sutura en un plano. Drenaje por orificio entrada. Curación.

NUMERO 49.

Puesto quirúrgico de Dar Drius. S. P., corneta de Infantería. H. a. f. o. e. región umbilical, a tres centímetros por debajo y a la izquierda del ombligo, y salida región lumbar derecha. Ingresa en el puesto quirúrgico de Dar Drius, procedente de las inmediaciones de la posición de Anvar.

Está herido hace seis horas y presenta un buen estado general. Temperatura, normal; pulso, 84, bastante tenso; no ha vomitado, ni ha habido expulsión de materias ni gases.

Se queja de intensos dolores en todo el vientre, y está con los miembros inferiores flexionados. Respiración de tipo costal, con gran movilidad de vientre.

Dolor a la presión en todo el vientre y signo de Blumberg. Defensa muscular acentuada y desaparición de matidez hepática, no sólo en plano anterior, sino a nivel de línea axilar media.

Diagnóstico: Herida penetrante de vientre con lesiones perforativas de intestino delgado.

Raquianestesia dorsolumbar. Laparotomía suprainfraumbilical. Revisión de intestino delgado, hallando seis perforaciones bastante próximas, dos de ellas en plena inserción mesentérica. Resección de 45 centímetros de intestino. Exploración de las restantes vísceras que, como se supone, están sanas. Toilette peritoneal, especialmente del fondo pelviano (herido en Trendelenburg). Oclusión de la pared en un plano sin drenaje.

Curso post-operatorio, normal. Curación.

NUMERO 50.

Puesto quirúrgico de Dar Drius. R. J., soldado de Infantería. H. a. f. o. e. en flanco izquierdo y salida en región lumbar izquierda, cerca de línea media, a nivel de quinta vértebra lumbar.

Asistido en el puesto quirúrgico de Dar Drius, procedente de las inmediaciones de Anvar.

Buen estado general. Ha vomitado y tiene dolores espontáneos intensos de vientre. Dolor a la presión, generalizado; defensa; pérdida de matidez hepática; paresia intestinal.

Diagnóstico: Herida penetrante con perforación de intestino delgado y, probablemente, de colon descendente.

Raquianestesia dorsolumbar. Laparotomía lateral izquierda. Reparación de dos orificios en colon descendente. Sutura de cuatro en intestino delgado. No hay más lesiones viscerales. Toilette peritoneal. Oclusión de la pared en un plano.

Curso post-operatorio, normal. Curación.

Técnica de la intervención en las heridas de vientre

Una vez hecho el diagnóstico de penetración se impone intervenir inmediatamente, practicando una laparotomía siempre amplia, localizada según la dirección y situación del trayecto fraguado por el proyectil.

En casos dudosos de penetración basta con un ojal situado en línea media que nos permita explorar el peritoneo parietal buscando si está perforado o no, y convencidos de la integridad de dicho plano anatómico y no observando en cavidad abdominal ni

sangre ni contenido anormal, podemos ocluir rápidamente; si de esta exploración resulta comprobarse lesiones intraperitoneales, se prolonga la incisión cuanto haga falta para obtener fácil acceso a todas partes de la cavidad abdominal.

En un gran número de casos nos hemos servido de la raqui-anestesia dorsolumbar como procedimiento de insensibilización, y en un principio nos sorprendió tener algunos fracasos, que pronto se descubrió eran debidos al empleo del agua esterilizada en vez de destilada. El agua de Melilla, muy rica en sales, no servía para hervir la jeringa y los trócares de raquianestesia, y cuando nos dimos cuenta de la causa desaparecieron los fracasos.

La raquianestesia alta produce con frecuencia una hipotensión acentuada que, unida a lo que acompaña al shock inicial, es causa de fenómenos alarmantes en algunas ocasiones, pero que, afortunadamente, nunca hemos visto terminar de un modo fatal.

La cafeína intrarraquídea propuesta por Bloch para combatir estos estados y la asociación de esta substancia a la estovaina en la inyección anestésica propuesta por Jonesco, constituyen, en opinión de los citados autores, medidas muy oportunas para luchar contra el desfallecimiento circulatorio de estos enfermos.

En una ocasión encontramos absolutamente indicada la raqui con exclusión de las narcosis. Fué en Batel, donde la atmósfera muy confinada de la sala de operaciones, con alumbrado de acetileno, imposibilitaba el uso del éter, por peligro de que se inflamara, y el del cloroformo, por la pobreza en oxígeno del aire de la habitación.

Naturalmente que los resultados de la raqui en cirugía abdominal de guerra son admirables, pues produce un silencio abdominal muy conveniente para toda clase de maniobras. No hay tos, no hay contracciones de músculos de pared, y esto facilita la intervención. Al lado de esto hay que mencionar una condición que pudiera trocarse en inconveniente, y es la duración de la anestesia limitada a una hora o cinco cuartos de hora, pero que, a veces, acaba antes. Sin embargo, una laparotomía de guerra es una intervención rápida, y en esta rapidez misma lleva aparejado el éxito, por lo que siempre acostumbra a durar la anestesia el tiempo suficiente para terminar aún la operación más complicada.

Si en 100 sujetos sanos practicásemos una laparotomía, teniendo dos horas el vientre abierto y manejando las vísceras, es

bien seguro que para un tanto por ciento de ellos no sería indiferente la intervención y fallecerían de shock post-operatorio. ¡Qué no sucedería con 100 heridos de guerra operados en estas condiciones!

Todos los actos operatorios deben ser sencillos, y el personal que se encargue de estos servicios, avezado en la cirugía de paz a resolver los problemas quirúrgicos más diversos. Esto traerá como consecuencia la rapidez operatoria, condición tan indispensable en estos servicios como la asepsia misma si queremos salvar heridos.

Las incisiones se acomodarán a la localización de la herida, pudiendo ser centrales, supra e infraumbilicales, transrectales, oblicuas, transversales de Sprengel en lesiones de los cuadrantes superiores y combinadas en T, como las propuestas por De Martel, en algunos casos para facilitar el acceso a órganos distantes y fijos. Evitaremos las incisiones complejas, como las de zig-zag de Murphy-Sprengel, la de Jaboulay, etc., pues, o no dan bastante campo, o la sutura exige más tiempo. En general, y siempre que no haya contraindicación, laparotomía longitudinal central que se puede reparar en un plano. Es lamentable, en las incisiones laterales, tener que sacrificar los nervios con positivo perjuicio para la tonicidad parietal consecutiva, pero el peligro de estas atonías musculares, y aun eventraciones, no nos permite sacrificar las exigencias del momento, en que un amplio campo operatorio es indispensable para tratar convenientemente las lesiones que existan.

+ FIDEL PAGÉS,
Comandante Médico.

(Continuará.)

SANGUIJUELAS EN LA GARGANTA

Así titulamos este trabajo, ya que tantas veces oímos pronunciar esta frase a individuos que solicitaron nuestro auxilio.

Al darlo a conocer queremos rendir tributo de agradecimiento a todos aquellos compañeros que nos enviaron casos y contribu-

yeron de alguna manera a que podamos presentar una estadística numerosa.

La observación repetida de casos de individuos que acudieron a nuestra consulta llevando alojado en sus vías respiratorias algún elemento viviente, que hubimos de extraer, y la circunstancia de decir Botey en su obra de Oto-rino-laringología que «el Doctor Sota y Lastra, de Sevilla, aventaja en esto a todos los laringólogos del mundo, por llevar extraídas de la cavidad laríngea más de ciento cincuenta sanguijuelas», nos indujeron a recoger nuestras observaciones y escribir estas líneas, ya que en poco tiempo hemos logrado obtener una estadística en la que pasan de doscientos los casos observados, y si bien, en la mayoría de ellos, no hemos tenido dificultad para encontrar al intruso, procediendo a su inmediata extracción; en otros, por el contrario, las dificultades para encontrarlo fueron muchas y de consideración, y para extraerlo hubo tantos y tan desagradables incidentes, que no consideramos de escasa importancia consignarlos, y aun merecerán los honores de algún pequeño comentario.

Empezaremos por decir lo que en la mayoría de casos observamos, y citaremos, después, algunos de los que por su particularidad merezcan mención especial.

De ordinario, estos individuos vinieron a nuestra consulta enviados por otros médicos, o fuimos llamados por algún compañero para asistirlo; es decir, el diagnóstico de *sanguijuela en la garganta* estaba hecho, y no había más que comprobar, localizar y verificar la extracción; otros acudían a nuestro despacho por *motu proprio*, y entraban diciendo: «tengo una sanguijuela en la garganta», y, escupiendo, mostraban la saliva o el esputo sanguinolento, pretendiendo con ello demostrar su afirmación; estamos en el mismo caso, es decir, diagnóstico hecho.

Observamos al paciente, y nos llama la atención su respiración difícil y ruidosa; analizamos somera y rápidamente, y comprobamos, en efecto, tiraje, espiración rápida y amplia, fácil y sin molestia, en la mayor parte de los casos, que contrasta con una inspiración prolongada, lenta, difícil y limitada, con ruido de válvulas (valga la frase) y con deseo del paciente de llevarse la mano al cuello, como pretendiendo quitarse el cuerpo extraño que le impediera respirar libremente, y dándose cuenta exacta de donde está el obstáculo a su respiración.

Le invitamos a sentarse en el sillón, y armados de espejo frontal, iluminamos y exploramos de una ojeada cavidad bucal, fauces y pared posterior de faringe hasta donde podamos alcanzar; en seguida el espejo laríngeo nos dice como están, glotis, repliegues y canales ariteno-epiglóticos y cavidad laríngea.

Lo más frecuente es que en esta exploración apreciemos ya el anélido, como un repliegue abultado, verde-pardusco muy obscuro, que contrasta con el rojo intenso de la mucosa, hiperemiada por el estímulo que sobre ella ejerce aquel agente, provocando su congestión, que aumenta por los esfuerzos que el paciente ejecuta para desembarazarse de aquel cuerpo extraño que le amenaza de asfixia.

El punto de implantación de la ventosa con que se adhiere el anélido es variable, con frecuencia lo vemos en la epiglotis, alguna vez hacia la base de implantación de cuerdas vocales superiores; otras, sobre los repliegues aritenoepiglóticos, región supraglótica, en una palabra, y en todos los casos el animal mueve su cuerpo, aumentando y disminuyendo de volumen, según su estado de repleción, y recostándose en una u otra dirección, produciendo verdadera ansiedad y angustia cuando coincide ocluyendo la entrada del aire.

Algún caso, no frecuente por fortuna, hemos observado en que el punto de adherencia, por implantación de la ventosa, estaba situado debajo de bandas ventricularos, y claro es que la sintomatología es muy distinta; el individuo no podía hablar, la afonía era casi completa, la dificultad respiratoria mucho mayor, el tiraje acentuadísimo, produciéndose gran depresión de los espacios supraclaviculares, y enorme hundimiento del epigastrio; la inspiración lenta, prolongada, difícil, ruidosa y la espiración también lenta, prolongada, difícil y tan ruidosa o más que la inspiración, todo ello exagerado, poco a poco, cuando los movimientos del animal, sin duda, provocaban espasmos glóticos que acababan por dejar al paciente en verdadera apnea, haciendo grandes esfuerzos y pudiendo apreciarse su cara vultuosa, congestionada, sus ojos inyectados, derramando lágrimas y marcándose en su cuello todas las venas subcutáneas, que contribuían a dar una horrible expresión de terror y agonía. (Tan sólo un caso de estos hemos asistido que solucionamos con una traqueotomía de urgencia, como después diremos.)

No hemos de comentar lo que distintos autores dicen al tratar este asunto, ni tampoco lo que hemos oído decir a varios médicos, algunos especialistas notables, que casi hasta con desprecio hablaban de los distintos seres vivos que accidentalmente puede llegar a vías respiratorias en general y a laringe en particular. Este es un asunto que merece toda atención, pues en un momento determinado, cualquier anelido llegado a estas angosturas de las vías respiratorias puede comprometer la vida de un individuo, y hasta producir la muerte, si no se interviene prudentemente con oportunidad y rapidez.

De aquí que nos abstengamos de citar los distintos tratamientos propuestos y nos limitemos a consignar lo que nosotros practicamos, con ligeras variantes, según los casos, y recomendemos este proceder, ya que son muy cerca de trescientos los casos que llevamos así tratados, y en todos obtuvimos el éxito más completo.

Comprobado el diagnóstico y localizado el punto de implantación, procedemos a extraer el animal de su impropio alojamiento para verificar lo cual nos valemos de una técnica sencilla, que es como sigue.

Lo primero es conseguir la anestesia, pues sin ella es casi imposible que el paciente aguante la actuación de los instrumentos que empleamos, provocando constantemente movimientos de deglución, tos, vómitos, etc., que impiden en absoluto maniobrar de una manera eficaz y consciente.

La obtenemos con una solución de cocaína al 10 por 100, que, a beneficio de un portaalgodón, hacemos llegar a la mucosa de las fauces en toda la extensión que nos sea posible (este tiempo no es más que una intensificación de la anestesia local volante que empleamos para la primera exploración con el espejillo); después, y guiándonos ya con el laringoscopio, utilizamos un portaalgodón laríngeo que, empapado en la citada solución, lo hacemos llegar a epiglotis, canales y repliegues aritenopiglóticos, y lo mantenemos en contacto, moviéndolo sobre la superficie de su mucosa algunos momentos, repitiendo la operación hasta que la tolerancia sea completa, en cuyo caso la anestesia es suficiente para lo que perseguimos.

Entonces un ayudante se encarga de mantener fija la extremidad de la lengua, envuelta en una gasa, haciendo una moderada tracción hacia adelante, rebasando las arcadas dentarias, si care-

ceмос de ayudante; una pinza lingual de Laborde, Esmarch u otra análoga es suficiente para por su propio peso mantener la lengua en posición adecuada, procurando en este caso colocar una gasa sobre los bordes dentarios que impida que éstos erosionen la mucosa o hieran el frenillo lingual.

Ahora calentamos el espejo laríngeo lo suficiente para que no se empañe e impida la visión, procurando que su temperatura no sea muy alta, para que se tolere bien y no produzca quemaduras; lo conducimos con la mano izquierda, e invitamos al paciente a permanecer muy quieto, al tiempo que respirando todo lo ampliamente que le sea posible, y una vez que veamos clara y distintamente el anelido, hacemos llegar hasta él la pinza laríngea, que conducimos con la mano derecha, y procuramos hacer presa lo más próximo posible a la ventosa, con lo cual se facilita mucho el desprendimiento y por ende la extracción.

Retiramos la pinza que lleva prendida la sanguijuela, retiramos el espejo y hacemos recobrar a la lengua su normal posición; el paciente en este momento experimenta gran sensación de bienestar, respira con amplitud, demuestra su satisfacción al verse libre de aquel tormento, y únicamente acusa sensación de sequedad en la garganta y boca, debido ello a la anestesia; pero se considera curado, si bien al transcurrir unos minutos y desaparecer la anestesia hace notar que aún el esputo es sanguinolento y que tiene una sensación rara, como de erosión, donde estuvo implantado el anelido.

Nosotros recomendamos hacer unos gargarismos con agua oxigenada muy diluida, practicar inhalaciones de algún balsámico, antiséptico o astringente, deglutir algún trocisco de hielo, hacer uso de fomentaciones calientes, según los casos, y en todos recomendamos someterse a nueva exploración a las veinticuatro horas para apreciar cómo las partes llegaron a la normalidad, y únicamente se ve enrojecido el sitio donde fué hecha la succión hemática.

Así es como hemos observado que ocurren las cosas en el 80 por 100 de los casos; pero hay otros en que la localización no es laríngea, y, claro es, que siendo las fauces, la pared posterior de la faringe, el rinofarinx, a veces también la cavidad nasal, revisten menor importancia, y es tanto más fácil la extracción cuanto más alta es la localización.

Debemos insistir en el propósito que tenemos de no comentar lo que algunos autores dicen a este respecto, y para ello no los citamos; pero como algunos recalcan que no se debe anestesiar y proscriben la cocaína y todos los anestésicos locales, nosotros repetimos, sin que ello envuelva censura, que sin la anestesia esta maniobra es casi del todo imposible, pues cualquier médico que haya explorado laringe ha tenido ocasión de comprobar las dificultades con que se tropieza por el número de reflejos que se despiertan, y nos atrevemos a asegurar que no contando con la tolerancia que produce la anestesia y una buena voluntad del paciente, no hay médico general ni especialista que lleve a la cavidad de la laringe una pinza y que haga el desprendimiento y la extracción de una sanguijuela correctamente sin producir pellizcamientos y lesiones perniciosas en órgano tan delicado.

Además, a los que aducen que la cocaína puede producir la anestesia del anelido, con su consiguiente desprendimiento y caída en otras partes del árbol respiratorio, podemos decirle que en alguna ocasión hemos observado este accidente, el único agradable que hemos experimentado entre todos los incidentes observados, toda vez que al desprenderse la sanguijuela inmovilizada y caer en partes del árbol respiratorio que no están anestesiadas se provocó un golpe de tos que fué suficiente para expulsar al exterior aquel intruso, reduciéndose toda la intervención, como se comprende a la primera parte, que es la menos molesta, y experimentando la satisfacción de ver cumplido nuestro objeto ahorrándonos una intervención instrumental.

No podemos decir lo mismo de los casos en que empleamos la anestesia general, pues en ellos nos acompañó el fracaso, demostrándonos que no es recomendable el proceder, antes al contrario, debemos proscribirlo sistemáticamente, y únicamente como supremo recurso, en caso especialísimo, pudiéramos aceptarlo como mal menor.

A este propósito recuerdo el hecho siguiente, que relato por lo interesante, pues a la vez de fracasar hicimos una tremenda plancha y quedamos en el más desairado de los ridículos.

Se trataba de un hombre de campo, fuerte, robusto, de unos veinticinco años de edad, que acude a nuestra consulta, en Morón de la Frontera, el año 1922, acompañado del Dr. Iñigo, con diagnóstico de «sanguijuela en laringe», pretendiendo que se le extrai-

ga; efectivamente, comprobamos diagnóstico y localizamos el anelido en porción infraglótica al nivel del cricoides. Comenzamos el tratamiento que hemos descrito y tenemos que abandonarlo no sólo porque no conseguimos anestesia en zona tan profunda y los reflejos no disminuyen ni en número ni en intensidad, sino también porque el individuo se impacienta, la respiración es cada vez más difícil y nos suponemos amenazados de un espasmo glótico que complique la situación.

Así las cosas, acude nuestro compañero D. Pablo Perales, y nos decidimos a practicar una traqueoscopia directa (Killian), previa cloroformización.

Como hemos visto la sanguijuela perfectamente, y la encontramos en sitio muy asequible, no tenemos inconveniente en dar cloroformo, que tendrá el doble objeto de ponernos en condiciones de practicar la extracción cómodamente y evitar los espasmos que atormentan al individuo.

Hacemos la cloroformización hasta anestesia quirúrgica profunda, colocamos al individuo en la posición de Rose-Maas, y utilizamos un tubo traqueoscópico de 18 centímetros de longitud por nueve milímetros de diámetro; pero nos vemos sorprendidos con que la sanguijuela ha desaparecido, y no la encontramos en todo el trayecto de tráquea ni laringe; retiramos el tubo, exploramos nuevamente la faringe, fauces, boca, rinofarinx y cavidad nasal, sin lograr encontrar el animalito ¡...! Nos miramos uno a otro sin atrevernos a comentar ni a preguntar dónde se marchó la sanguijuela y por qué el individuo respira en estos momentos perfectamente, y un tremendo golpe de tos del paciente contestó a nuestro mudo interrogatorio. Se comprende: 1.º, que en anestesia profunda hubo relajación, con amplificación de orificios, que permitieron la libre entrada del aire; 2.º, aun cuando el cloroformo no suprime por completo la sensibilidad de la mucosa laringotraqueal, ya la embota lo suficiente para que el anelido se deslice sin ser notado, o por lo menos sin despertar reflejos; 3.º, el anelido huyó en cuanto llegaron a él las primeras inhalaciones de cloroformo.

A medida que la anestesia pasaba, los reflejos eran mayores y más frecuentes, haciéndonos suponer que la sanguijuela aún permanecía en vías respiratorias, y que al no encontrarla nosotros en la exploración traqueoscópica, debía haberse alojado en un bronquio.

No nos atrevimos a insistir en la cloroformización y repetir las exploraciones, optando prudentemente por dejar despertar del todo al paciente y observando por si entre aquel cortejo de vómitos, tos, etc. (todo lo que produce una cloroformización estemporánea y un cuerpo extraño en vías respiratorias), veíamos el anelido salir lanzado el exterior.

Se marchó el individuo, conducido por los familiares que le acompañaban, y unas horas después se presentó nuevamente en nuestro despacho a decirnos que «el bicho lo siento en la campanilla»; efectivamente, exploramos y lo extraemos de plena fosa amigdalina, donde estaba implantado.

Este incidente es de los más desagradables que hemos tenido en los cerca de trescientos casos que llevamos observados y el que nos decidió a proscribir la anestesia general por razones que, estando tan a la vista, no debemos mencionarlas.

Otro incidente desagradable, y dimanante de no estar en medio conveniente y operar con instrumentos no adecuados, nos ocurrió en Ceuta el año 1919; tratábase también de un hombre de campo, fuerte y de unos cuarenta años; fuimos requeridos por el entonces Capitán Médico Dr. Muñoz Cortázar, quien nos dió el diagnóstico de sanguijuela en la laringe; localizamos en repliegue aritenoepiglótico del lado derecho, y procedimos al desprendimiento y extracción; pero no teníamos a mano una pinza laríngea, y como la localización era alta, intentamos utilizar una pinza coprostatica de gran curvatura. Bien porque el paciente se moviera, ya porque los instrumentos no fueran los propios y adecuados a esta intervención, ya porque consideráramos la extracción sencillísima, o por todas estas circunstancias a la vez, es el caso que al poner el espejo laríngeo empujando al velo palatino, la úvula rebasó de su borde inferior, sin que nos diéramos cuenta, y como nosotros únicamente fijábamos nuestra atención en los bocados de la pinza, resultó que al hacer presa en la sanguijuela, inopinadamente también pinzamos la extremidad de la úvula, dándonos el caso de no poder retirar los bocados de la pinza, que apresaban el anelido, porque el instrumento se había fijado por su curvatura a la úvula, que también prendió, con gran protesta del paciente. Inmediatamente de apercibirnos, soltamos la presa y recomendamos al paciente un poco de calma; pero al intentar repetir la maniobra, nos sorprendió la desaparición de la sanguijuela, que, sin duda, habíamos despren-

dido de su implantación, y al abrir la pinza, dejado caer en el esófago, siendo deglutida por su portador.

Marchóse aquel hombre muy poco satisfecho, y quedamos nosotros bastante amoscados tras el planchazo que hicimos.

Este caso nos enseña que, por sencilla que nos parezca cualquier intervención de esta índole, debemos rodearnos de todos los medios apropiados en evitación de un fracaso.

Otras veces, por el contrario, estuvimos muy afortunados, y recuerdo un caso ocurrido en Ain Yir (territorio de Ceuta) el año 1919, cuando iba mandando la ambulancia montada, a incorporarme a Rgaia, para las operaciones de ocupación del Fondak de Ain Yedida. Era Médico de aquel consultorio mi compañero Amadeo Fernández Gomara, quien me recibió mostrándome una mole humana envuelta en jaique y vestiduras malolientes, diciéndome: «Llegas con oportunidad; esta mora aloja en su laringe una sanguijuela», que comprobamos y localizamos, en repliegue interaritenoi-deo. No teníamos a mano una pinza laríngea, y ante el temor de que nos sucediera cosa análoga o parecida a lo que decimos antes, telefoneamos a Paco Fernández Casares, destacado en Cudia-Federico, quien, con su amabilidad habitual, montó a caballo y nos trajo la pinza laríngea de su botiquín de batallón, viniendo dispuesto a auxiliarnos en todo lo que fuera preciso. No teníamos tampoco anestésico; pero como la sensibilidad del moro parece que está embotada, o por lo menos aguantan estímulos que ningún otro humano podría soportar, nos decidimos a intervenir, y en un momento se hizo el desprendimiento y la extracción de aquel anelido, que conservó F. Gomara, pues al decir verdad, es el mayor de todos los que llevamos extraídos.

No cito más casos interesantes por no hacer interminable este escrito; pero no debo dejar pasar otro, del que ya he hecho mención. Se trataba de un muchacho de diez y ocho años, para el que fuí requerido urgentemente por su Médico el Dr. Navarro, que me apuntaba la necesidad de una traqueotomía; pronto hicimos diagnóstico de *sanguijuela en laringe* y localizamos en ventrículo de Morgagni; claro es que, implantada aquí la ventosa, el resto del cuerpo ocluía casi completamente la glotis, viéndonos en el caso que antes describimos; el individuo no puede hablar, apenas emitir algún sonido, y muy difícilmente respirar; ante aquel cuadro que se nos presenta de un hombre que se asfixia, practicamos la tra-

queotomía a que íbamos dispuestos, y tranquilizado el paciente y su familia, verificamos la extracción del anélido, que puso en conflicto la vida de un hombretón en plenitud de energías, terminando la intervención con el cierre de la abertura traqueal que practicamos.

Respecto a lo que pudiéramos llamar tratamiento médico, diremos que las inhalaciones de algún balsámico, al que se asociara el mentol, y las pulverizaciones de un líquido anodino, al que se agregara también mentol, y la solución normal de adrenalina, son de eficaz utilidad en muchos casos.

Como profilaxis hemos recomendado siempre beber a través de un lienzo que filtre el agua, pues constantemente nos dijeron los pacientes que la sanguijuela llegó a ellos al succionar agua en una charca, o al tomarla a ciegas directamente de un cántaro o recipiente opaco, que les impedía examinar su contenido.

Debemos decir, como final, dos palabras para condenar el *tratamiento casero* que la mayor parte de nuestros pacientes habían puesto en práctica cuando llegaron a nosotros, e insistiremos en que los gargarismos con infusión de hoja de tabaco, la embrocación de miel con azafrán, las insuflaciones con polvo de tabaco, con pimenta finamente pulverizada, la inhalación de amoníaco, etc., etc., son cosas absurdas que no resisten ni al intento de crítica, pues siendo casi todas sustancias vesicantes, se comprende que su efecto no es más que producir una intensa faringitis, sin proporcionar beneficio alguno.

SERVANDO CASAS,
Capitán Médico.



Manual práctico de exploración y examen de las facultades mentales (Estudios de Psicología, Psiquiatría y Psicometría)

(CONTINUACIÓN)

Estupor motor.—La inercia o inhibición motriz, llevadas a su grado máximo, dan lugar al estupor; prodúcese entonces la suspensión de toda actividad motriz; el enfermo es atacado de inmo-

vilidad general; su cara es inexpresiva y estuporosa; con los ojos cerrados o semiabiertos, permanece mudo, sin responder ni reaccionar a sollicitación exterior alguna (zarandeo, pinchazos, etc.); frecuentemente, no se alimenta, y llegando en el colmo de su inactividad a ensuciarse en sus propias ropas.

Tal estado adquiere su máximo de intensidad en la esquizofrenia de tipo catatónico; los enfermos, entonces, permanecen mudos e inmóviles durante horas y días, en actitudes estatuarias y de lo más incómodas y grotescas, dejando escapar de vez en cuando la saliva fuera de la boca, defecándose y orinándose encima; al pretender levantarles un miembro, éste unas veces cae pesadamente apenas le soltamos, otras sigue con cierta actividad la dirección motora que le imprimamos, cayendo, una vez abandonado, con gran lentitud, a su posición primitiva, y otras, en fin, puede permanecer un tiempo más o menos largo en la posición que queremos darle, debido a la rigidez que adquieren todos sus músculos. (Catalepsia o catatonía.)

Correlativamente con este estado físico puede corresponder una suspensión del pensamiento o, por el contrario, un delirio agitado, con desinterés completo del mundo exterior. (Agitación catatónica.)

El estupor motor se presenta también en la confusión mental grave y en la melancolía estuporosa.

Perversión motora de la voluntad.—La voluntad, como función motriz, puede experimentar, por causas patológicas, trastornos, no ya de excitación o inhibición, sino de perversión; en este último caso, la alteración sería tributaria de una anómala descarga de su potencial psicodinámico sobre el aparato locomotor y lenguaje, y de una desigual distribución de dicho potencial sobre los diversos grupos musculares.

Tales alteraciones son debidas, unas veces, a órdenes y contraórdenes motopatológicas más o menos simultáneas de la voluntad; otras, a fenómenos mezcla de barraje o de excitación; otras, a descargas intempestivas de la energía volitiva excitatoria o inhibitrice sobre determinadas funciones psicomotoras o grupos musculares; otras, a parálisis o exaltación de las reacciones automáticas o voluntarias, y otras, en fin, como pasa en el negativismo, a causas cuya naturaleza nos es completamente ignorada, por cuyos motivos, ante un trastorno de perversión motovolitiva, como pasa,

por ejemplo, en el negativismo, debemos contentarnos con observarlo, sin pretender entrar en el fondo psicológico de su mecanismo generador.

Los principales trastornos de esta índole son los siguientes: el negativismo, la oposición, la sugestibilidad u obediencia pasiva, la catatonía o catalepsia, manierismo y estereotipias, el mutacismo y la verborrea.

JULIO CAMINO,

Comandante Médico.

(Continuará.)

VARIEDADES

Los Comandantes Médicos diplomados en bacteriología y análisis D. Víctor Herrero, D. Eduardo Delgado y D. Ramiro Torreira, han tenido la atención de ofrecernos su nuevo «Centro de Análisis clínicos», establecido en el Palacio del Libro, Avenida Pí y Margall (segundo trozo de la Gran Vía), núm. 7.

Les deseamos el éxito que merece su reconocida competencia y laboriosidad.

*
* *

En Larache se celebró con toda solemnidad, y ante el General Fernández García y la Compañía de Mar, el acto de imponer la Medalla de plata de la Sociedad de Salvamento de Náufragos al Practicante militar D. Vicente Mayer.

*
* *

En el presente número publicamos el sentido y elocuente discurso pronunciado en el Hospital militar de San Sebastián por el Director de dicho Establecimiento, Teniente coronel Médico don Francisco Uguet, y que ha tenido la bondad de remitirnos el Excmo. Sr. D. Ricardo Pérez Mínguez, Jefe de la Sección de Sanidad Militar.

Dicho discurso fué leído en el solemne acto del descubrimiento de la lápida dedicada a la memoria de nuestro malogrado compañero D. Fidel Pagés, al cual acudieron S. M. la Reina D.^a María Cristina y su Augusto hermano el Archiduque Eugenio de Austria, entre otras distinguidas personalidades.

*
* *

Con objeto de asistir en la fractura que padece el Coronel italiano De Vito, salió para Melilla, el 17 del pasado, el Comandante

Médico D. Mariano Gómez Ulla en el contratorpedero *Villamil*, expresamente enviado a Málaga con dicho objeto.

* * *

Recortamos de *El Siglo Médico*:

«Varios de los señores que han tomado parte en la Asamblea Nacional de las clases sanitarias, celebrada en Madrid durante los días 10, 11 y 12 del corriente, fueron anoche a la Presidencia a hacer entrega de las conclusiones de ese Congreso, y en las que están comprendidas las mejoras a que aspiran los Médicos, Farmacéuticos, Practicantes, Veterinarios y Matronas de España.

Entre las mejoras solicitadas figuran la colegiación obligatoria, concediendo a los Colegios fuerza coercitiva disciplinaria, creación del «carnet» médico, pago por el Estado de los actuales titulares sanitarios; que los extranjeros tengan que revalidar su título para ejercer en España, y otras de igual interés.

Los comisionados han hecho también entrega de las mismas conclusiones al Subsecretario de Gobernación.»

* * *

El *Diario Oficial* del Ministerio de la Guerra ha publicado una interesante disposición referente a la abreviación del trámite en las propuestas de inutilidad, que merece plácemes, y por la que felicitamos al Excmo. Sr. D. Ricardo Pérez Mínguez, Jefe de la Sección de Sanidad, y al personal de los organismos que han informado en el asunto.

* * *

Se ha sometido a informe del Consejo Supremo de Guerra y Marina la propuesta de ascenso por mérito de guerra, al empleo inmediato, del Capitán Médico D. Leopoldo Reinoso, destinado en la Mehalla Xeriffiana.

* * *

Relación de los Sres. Generales, Jefes y Oficiales que contribuyen a costear una lápida que se colocará en la Academia del Cuerpo como homenaje a los compañeros muertos en campaña.

(Segunda lista.)

Pesetas.

Inspector de primera Excmo. Sr. D. Federico Urquidí....	25
Coronel Médico D. Francisco Alberico.....	10
Teniente coronel Médico D. Luis Ledesma.....	10

	Pesetas.
Comandante D. Carlos Pérez Serra.....	10
Idem D. Emilio A. G. Sierra.....	5
Idem D. Francisco Elizagaray.....	5
Idem D. Mariano Escribano.....	5
Teniente coronel D. José Martí Ventosa.....	5
Capitán D. Rafael L. Diéguez.....	10
Idem D. Miguel Echevarría.....	5
Idem D. José Pons Serena.....	5
Coronel D. Isidro García Julián.....	10
Comandante D. Arcadio Grande.....	10
Capitán D. Ricardo Bertoloty.....	10
Comandante D. Olegario de la Cruz.....	10
Idem D. Benigno Soto.....	10
Idem D. Juan Luis Subijana.....	10
Capitán D. Justo Vázquez de Vitoria.....	5
Teniente coronel D. Francisco Maranges.....	10
Idem D. Antonio Casares.....	10
Comandante D. Francisco Cogolludo.....	10
Inspector de segunda Excmo. Sr. D. Ricardo Pérez Mínguez.....	20
Comandante D. Agustín Van-Baumberghen.....	10
Coronel D. Nicolás F. Victorio.....	10
Teniente coronel D. Justo Muñoz.....	5
Comandante D. Eduardo S. Martín.....	5

Cuantos deseen contribuir a este homenaje pueden dirigirse al Comandante Médico D. Federico Ramos de Molíns, con destino en los Colegios de Carabineros de El Escorial, indicando la cantidad con que se suscriben; pero sin remitir el metálico, que se pedirá al cerrarse la suscripción.

PRENSA MÉDICO-FARMACEÚTICA

Tratamiento de la corea por inyecciones intrarraquídeas de soluciones isotónicas de sulfato de magnesio. por M. Danet.—El método ha

sido empleado, al parecer, con éxito, en varios casos notoriamente rebeldes.

La preparación del líquido inyec-

table ofrece algunas dificultades que constituyen un inconveniente para su difusión en la práctica diaria, ya que la solución de sulfato de magnesia ha de ser necesariamente isotónica con el líquido céfalorraquídeo del enfermo. Las soluciones concentradas han dado lugar a accidentes. Para obviar éstos se tendrá a los enfermos de antemano en la cama y a leche, y se les extrae 10 c. c. de líquido céfalorraquídeo por punción lumbar, con todas las precauciones usuales para este género de intervenciones. Se averigua el punto crioscópico del líquido intrarraquídeo extraído, y sin perderle de vista se procede a establecer la concentración de la solución de

sulfato de magnesia que ha de ser inyectada. De la solución así preparada, y después de esterilizada, se inyectará en el niño 5 c. c. por debajo de los diez años, y 10 c. c. por encima de dicha edad, procurando extraer antes un volumen igual de líquido céfalorraquídeo. Se hará una inyección cada semana hasta la desaparición de los movimientos.

Según el autor, inmediatamente después de la inyección se observa una disminución de la intensidad de la corea, la cual queda yugulada en algunos días con dos o tres inyecciones. (*Tesis de Paris*, 1922.—T. R. Y.—(*Siglo Médico*, 6 Octubre de 1923).

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Desinfección de un almacén militar de provisiones con el ácido cianhídrico.—J. P. van der Marel, en la Revista holandesa *Tijdschrift voor soc. Hygiene* (Febrero 1923), manifiesta que los efectos del ácido cianhídrico sobre los productos alimenticios sometidos a dichas fumigaciones han sido objeto de numerosos estudios.

Los resultados de la operación practicada en Amsterdam en un almacén de Intendencia Militar para destruir ciertos insectos (*Tenebrio molitor*) que se hallaban repartidos en un lote de galletas, parecen confirmar los datos obtenidos. Se sirvió de un poco más de 10 gramos de cianuro sódico por metro cúbico del local, actuando el gas durante diez

y seis horas. Al cabo de seis horas de aereación fueron examinadas algunas muestras alimenticias, no sólo por el papel reactivo, sino por la destilación de cantidades determinadas con una solución débil de ácido tartárico y rebusca del ácido cianhídrico en el producto. El primer día (es decir, al siguiente de la operación), la investigación fué positiva en todas las muestras: tocino, mantecas, café, arroz, malta de avena, quesos, azúcar y sal. Los quesos no estaban embalados, y la proporción de ácido cianhídrico fué muy fuerte. En los dos siguientes días, y después de colocar dichos productos al aire libre, todavía se comprobó la presencia del ácido cianhídrico en algunos de ellos; al cuarto día, el

examen fué negativo; pero al cabo de cinco se comprobó la existencia de dicho ácido en los productos almacenados, que no habían sido sometidos al aire libre. Se sacó, pues, a éstos al exterior, y al siguiente día, merced a un viento fuerte, ya no conservaban vestigios del tóxico, que persistió en el queso hasta veinticuatro horas después.

Hicieron falta, por tanto, unos

ocho días para desembarazar enteramente el almacén de ácido cianhídrico. Naturalmente que las reacciones son muy sensibles, y no deben conducir a resultados cuantitativos, pues puede hallarse el ácido en un alimento, sin que sus proporciones resulten nocivas.—(*Office International d'Hygiene publique*, Avril 1922.)—J. P.

BIBLIOGRAFÍA

Discorso pronunciato alla seduta inaugurale dei II Congresso Internazionale di Medicina é Farmacia Militare. Roma. Maggio, 1923. Dal *Dott. F. della Valle*, Generale Médico Capo.

El ilustre Presidente de dicho Congreso pronunció en la sesión inaugural un bellissimo discurso ante el Soberano de Italia, su Gobierno y los numerosos congresistas que asistieron al mismo, a quienes da las gracias en sentidos párrafos.

El Sr. Della Valle hace historia del Congreso de Bruselas, primero de este género, que por sus fecundos resultados hizo nacer la idea de no interrumpirlos en el porvenir, siendo elegida Italia, por aclamación, para celebrar el que nos ocupa.

Discurre acerca de la importancia del estudio clínico y terapéutico de los gases de combate, de la depuración del agua en campaña, de la organización del servicio sanitario en relación con las diversas exigencias de la guerra de posición y de movimiento, de la lucha antivenérea en el Ejército y de la establecida contra el bacilo de la tuberculosis, para fijarse, después de un admirable enjuiciamiento, en la vasta complejidad de nuestros servicios, que no tendrán adecuada solución sin el concurso armonioso, acorde y ferviente de las diversas competencias colaboradoras. La estrecha relación de la Sanidad con el mando conducirá no sólo a la rápida restauración de los destrozos físicos, sino, sobre todo, a la resistencia moral del soldado.

Las provisiones en la guerra, desde el punto de vista del personal especializado y del material, para no tropezar con deficiencias en el combate, y la defensa contra las enfermedades infecciosas y difusivas, son estudiadas también por el autor como factores coadyuvantes de la victoria, y que, en último término, formaron la característica de la organización de la Sanidad Militar italiana, que funcionó con regularidad y éxito desde el segundo año de la guerra hasta su terminación.

Dedica un sentido recuerdo a la memoria de los héroes oscuros, que con sublime sacrificio dejaron enarbolado el pabellón de la Sanidad italiana, y termina su interesantísima conferencia con un voto por los vínculos de solidaridad de la Sanidad de todos los países, para el fin supremo del progreso social.

Reiteramos al General della Valle nuestra entusiasta felicitación (que tuvimos el honor de rendirle personalmente en aquella memorable sesión), dándole muy expresivas gracias por el ejemplar que nos remite de su brillante y aplaudida conferencia.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 8 Octubre....—Real orden (*D. O.* núm. 225) disponiendo quede modificado el Reglamento para declarar en definitiva la utilidad o inutilidad de los individuos del Ejército en la forma que se expresa.
- 10 » Real orden (*D. O.* núm. 227) disponiendo se devuelvan al Capitán Médico D. José Salarrullana Alabart las 500 pesetas que depositó para reducir el tiempo de servicio en filas.
- 13 » Real orden (*D. O.* núm. 228) disponiendo se celebre concurso para proveer las plazas de Comandante Médico Bacteriólogo y Capitán Médico Cirujano, vacantes en el Hospital militar de Urgencia de esta Corte.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 228) disponiendo se celebre concurso para proveer la plaza de Comandante Médico Bacteriólogo, Jefe de los Servicios de Higiene de Larrache.

- 13 Octubre...—Real orden (*D. O.* núm. 228) concediendo nueva licencia para contraer matrimonio con D.^a Enriqueta Amores Rustero al Comandante Médico D. Julio Ortiz de Villajos y Müller.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 228) concediendo al Capitán Médico D. José María Martínez de Mendivil y Ondarra licencia para contraer matrimonio con D.^a María de la Paz Taciana de Ozamiz y Lastra.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 228) concediendo el pase a situación de reserva al Teniente coronel Médico D. Emilio Fuentes Sáenz Diez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 229) concediendo el pase a situación de reserva al Teniente coronel Médico D. Antonio Solduga Pont.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 228) disponiendo que el Comandante Médico D. Federico Gil Acevedo vuelva al servicio activo, quedando disponible en la cuarta Región hasta que sea colocado.
- 15 » Real orden (*D. O.* núm. 229) destinando a la plantilla del Cuartel general del Alto Comisario al Capitán Médico D. Vicente Cariñena Jiménez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 229) disponiendo se celebre concurso para proveer una plaza de Farmacéutico mayor, vacante en el Laboratorio Central de Medicamentos.
- 16 » Real orden (*D. O.* núm. 231) confiriendo el mando de la segunda Comandancia de tropas de Sanidad Militar al Teniente coronel Médico D. Manuel Arnao Suffo.
- 19 » Real orden (*D. O.* núm. 234) anunciando concurso para proveer una plaza de Comandante Médico Bacteriólogo de plantilla en el Instituto de Higiene Militar.
- 20 » Real orden (*D. O.* núm. 234) destinando al grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Alhucemas, núm. 5, al Capitán Médico D. Miguel Palacio Martínez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 234) disponiendo que cesen en las comisiones que desempeñan, incorporándose a sus destinos de plantilla, los Jefes y Oficiales Farmacéuticos siguientes:

Subinspector Farmacéutico de segunda clase: Don

Francisco García García, del Hospital de Burgos y en comisión en el Depósito de medicamentos de Melilla.

Farmacéuticos mayores: D. Joaquín de Cortada Gaya, del Hospital de Pamplona y en comisión en el Depósito de medicamentos de Ceuta; D. Luis Maíz Eleizgui, del Hospital de Larache y en comisión en el Depósito de medicamentos de la misma Plaza, y D. Justino Turiño Campano, del Hospital de Badajoz y en comisión en el Depósito de medicamentos de Melilla.

Farmacéuticos primeros: D. Celso Revert Cutillas, del Hospital de Gerona y en comisión en el Depósito de medicamentos de Larache; D. Benjamin Ubeda Sánchez, del Hospital de Valencia y en comisión en el Depósito de medicamentos de Melilla, y D. Vicente Navarrete Salya, de eventualidades del servicio en la séptima Región y en comisión en el Depósito de medicamentos de Ceuta.

Farmacéutico segundo: D. Francisco Peña Torres, del Hospital militar de Carabanchel y en comisión en la Enfermería de Uad-Lau (Ceuta).

- 19 Octubre...—Real orden (*D. O.* núm. 234) concediendo un mes de licencia, por asuntos propios, para San Sebastián y Paris, al Capitán Médico D. José María Martínez de Mendivil y Ondarra.
- 20 » Real orden (*D. O.* núm. 234) disponiendo que los Capitanes Médicos D. Rafael Olivares Bel y D. Nicolás Bonet Luna cesen en la comisión del servicio que, como Cirujanos, desempeñaban en Melilla, y se incorporen a sus destinos de plantilla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 234) destinando al Capitán Médico D. Joaquín Bonet Jordán al Regimiento Infantería de Valladolid, y el del mismo empleo, D. Julio González Martínez, al 4.º Regimiento de Zapadores Minadores, debiendo incorporarse ambos a las fuerzas expedicionarias de dichas unidades en Melilla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 234) confirmando la declaración de reemplazo, por enfermo, hecha al Farmacéutico primero D. Teófilo Pérez Cuenca, fijando su residencia en Fuente Ovejuna (Córdoba).

- 25 Octubre...—Real orden (*D. O.* núm. 238) designando a los Comandantes Médicos D. Pedro Ferreras Sampere y D. Luis Sancho Catalán para ocupar las vacantes de internistas en los Hospitales militares de Barcelona y Zaragoza, respectivamente.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 238) concediendo a los Jefes y Oficiales Médicos que se citan, la gratificación de efectividad siguiente: De 500 pesetas anuales, a los Coronel Médicos D. Pedro Prieto de la Cal y D. Francisco Soler Garde; Comandante Médico D. José Picó Pamies y Capitán D. Marcelo Berbiela Tabar. De 1.000 pesetas anuales, a los Capitanes Médicos D. Eduardo Mateo Hernández, D. Juan Altube Fernández, D. Pedro Zarco Bohórquez y D. Ignacio Bofill Combelles.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 238) concediendo la vuelta al servicio activo del Capitan Médico D. Manuel Domínguez Martín.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 238) destinando a los Jefes y Oficiales Farmacéuticos siguientes:
- Subinspector Farmacéutico de segunda clase:* Don Emilio Salazar Hidalgo, ascendido, del Laboratorio Central de Medicamentos, a disponible en la primera Región.
- Farmacéutico mayor:* D. Gabriel Matute Valls, ascendido, supernumerario sin sueldo en la segunda Región, continúa en igual situación.
- Farmacéutico primero:* D. Jesús García Calder-Smith, ascendido, de los grupos de Hospitales de Ceuta, a disponible en la primera Región.
- Farmacéutico segundo:* D. Angel de los Ríos Lechuga, de la Farmacia militar de Sevilla, a los grupos de Hospitales de Ceuta (V.).
- » » Real orden (*D. O.* núm. 239) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos que se indican pasen a servir los destinos siguientes:
- Tenientes coroneles Médicos:* D. Amador Hernández Alonso, del Hospital militar de Santa Cruz de Tenerife, al de Sevilla (art. 1.º), y D. Dionisio Tato Herrero,

disponible en Melilla, al Hospital militar de Santa Cruz de Tenerife (art. 10).

Comandantes Médicos: D. Isidro López Pavón, de Ayudante de campo del Inspector de Sanidad Militar de la octava Región, a la asistencia del personal de la Sección de Ajustes y Liquidaciones de los Cuerpos disueltos del Ejército (art. 1.º), y D. Nicolás Martínez de Rituerto, ascendido, de los Servicios de Aviación de Burgos y en comision alumno de la especialidad de Radiología en el Hospital de Urgencia de esta Corte, al Hospital militar de Palma de Mallorca, continuando en la expresada comisión.

Capitanes Médicos: D. José Luxán Zabay, del Regimiento de Artillería de posición, a la Academia de Artillería, en comisión, sin causar baja en su destino de plantilla, y D. Joaquín Bonet Jordán, del Regimiento Infantería de Valladolid, núm. 74, al 5.º de Artillería ligera (rectificación).

Artículo 1.º

D. Rafael Olivares Bel, del cuarto Regimiento de Artillería pesada, al Regimiento de Dragones de Montesa, 10.º de Caballería; D. Ramiro González Sierra, de la Compañía afecta a los Servicios de Higiene en Melilla, a la octava Comandancia de Sanidad; don Félix Martínez García, de la Academia de Infantería y en Comisión, alumno de la especialidad de Higiene en el Instituto de Higiene Militar, a la octava Comandancia de Sanidad, continuando en la expresada comisión; D. Antonio García Pantaleón y Canis, del Regimiento Cazadores de Vitoria, 28.º de Caballería, a la Yeguada militar de la cuarta Zona Pecuaria; D. Rafael Jiménez Ruiz, de la Yeguada militar de la cuarta Zona Pecuaria, al Depósito de Caballos Sementales de la misma; D. Joaquín Segoviano Rogero, del Regimiento Cazadores Alcántara, 14.º de Caballería, al 10.º Regimiento de Artillería pesada; D. Manuel Domínguez Martín, de disponible en la primera Región, a la Academia de Infantería (art. 15).

Artículo 10.

D. Jacinto Hernández Sánchez, del Hospital militar de Larache, al 16.º Regimiento de Artillería ligera.

Real decreto de 30 de Junio de 1921 (C. L. núm 259).

D. Vidad Irizar Egui, del Hospital de Santa Cruz de Tenerife, como bacteriólogo, a la compañía afecta a los Servicios de Higiene de Melilla (voluntario); don Florentín Mallol de la Riva, de la Compañía afecta a los Servicios de Higiene de Ceuta, al Regimiento Cazadores de Vitoria, 28.º de Caballería (voluntario); D. Angel Rincón Ferradas, del Regimiento Infantería de Soria, núm. 9, expedicionario en Melilla, al Hospital militar de Larache (voluntario), y D. Juan Herrera Irastorza, del segundo Regimiento de Artillería de Montaña, a la Comandancia de Ingenieros de Melilla (voluntario).

Real orden circular de 22 de Agosto último (D. O. número 184).

D. Ramón Jiménez de Azcárate, del Regimiento de Pontoneros, a la Compañía afecta a los Servicios de Higiene de Ceuta (voluntario).

Teniente Médico: D. Severiano Bustamante Fernández de Luco, del Regimiento Infantería de Valladolid, número 74, a disponible en la primera Región.

Teniente Médico de complemento: D. José María Porqueras Bañares, adscrito a la Capitania general de la cuarta Región, al Regimiento Infantería de Pavía, núm. 48, y en Comisión no indemnizable, al de Navarra, núm. 25, en Lérida.

Correspondencia administrativa de la Revista

Sr. Gato (Andrés).—Ceuta.—Queda abonada su suscripción hasta fin del año actual.

Sr. Olea (Ignacio).—Alcalá de Henares.—Idem id. hasta fin de Septiembre del año actual.
