

## SUMARIO

*Algunas consideraciones sobre la apendicitis crónica*, por A. del Río.—*Formaciones sanitarias en Marruecos a partir del escalón batallón, unidad similar*, por Joaquín Pastor Candela.—*Necrología*: D. José de la Peña Sanchis.—El curso de gases en el Laboratorio del Ejército.—*Varietades*.—Destinos vacantes.—*Prensa médico-farmacéutica*: Influencia de la depresión económica del mundo, sobre la sanidad pública.—La curación de las heridas.—*Prensa militar profesional*: Vacunación antidiftérica en el Ejército.—Medios de transporte de enfermos y heridos (con exclusión de skis y trineos) en montaña.—*Bibliografía*: Algunas consideraciones sobre los diversos tiempos de la diacriocistorrinostomía, por el Dr. Gómez Márquez.—Desprendimiento de retina, por el mismo autor.—*Sección oficial*.  
SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 Diciembre 1932.

## Algunas consideraciones sobre la apendicitis crónica

Conviene distinguir la apendicitis aguda de la apendicitis crónica.

En la apendicitis aguda es tan marcada la sintomatología, que su correcto diagnóstico resulta fácil hasta para el más mediano médico dedicado a los problemas de la especialidad del aparato digestivo. El tanto por ciento de posible error con un cólico hepático o nefrítico, con las pancreatitis, crisis tabetiformes, oclusiones intestinales, etcétera, ha de ser siempre muy reducido.

Por el contrario, en la apendicitis crónica el diagnóstico se presta a confusiones con otros procesos: hepatitis y, principalmente, colecistitis; gastritis y ulcus; afecciones útero-anexiales; pielonefritis; tuberculosis abdominal; enterotiflocolitis, de Dieulafoy; éxtasis estercoral, por acodaduras, de Lane (inflexión aguda de la terminación del íleon); membranas; perivisceritis; ptosis y dilataciones, originando crisis de suboclusión ligera, "falsas apendicitis", muy bien estudiadas por Martel y Antoine; diverticulosis, o prestar-se a que pasen desapercibidas e ignoradas.

Consideramos la *apendicitis crónica* como uno de los procesos que con más frecuencia se presenta en las clínicas

de la especialidad, en franca competencia con el *ulcus gastroduodenal* y la *colecistitis*.

El sondaje gástrico, en nuestra modesta opinión, presta una valiosísima ayuda para el correcto diagnóstico de este proceso, con tanta frecuencia larvado.

La ligera inflamación crónica del apéndice, extendida a la mucosa del ciego, aun en los procesos de no larga fecha, origina, además de la sintomatología adecuada "in situ", un proceso sintomatológico "a distancia", origen de diagnósticos incorrectos. En efecto, la inflamación del apéndice, ciego y región paracecal da lugar, por excitación nerviosa, a espasmos de la porción terminal del íleon, región pilórica, ángulo esplénico del colon y colon descendente; los espasmos de este trozo intestinal, comprobados por la exploración clínica y controlados radioscopia y radiológicamente, son los causantes del estreñimiento, síntoma de gran valor diagnóstico en este proceso; espasmos y estancamientos de las heces dan lugar, en fecha que depende de la actividad del proceso, a algún debacle intestinal, siempre en escaso número y casi siempre de tipo pastoso, también buen síntoma diagnóstico; los espasmos pilóricos dan lugar a la inflamación o congestión pilórica "The Pyloric Blush" y entre los dos—espasmos y congestión—al retardo del vaciamiento del estómago; la congestión y el éxtasis gástrico a un aumento de la acidez.

La inflamación, circunscrita al principio a la mucosa pilórica, se extiende al antro pilórico y mucosa gástrica, excitando la capa muscular y dando lugar al hiperperistaltismo, hipermotricidad e hipermotilidad—controlados a rayos X—con el consiguiente vaciamiento rápido (premature) del contenido gástrico. Aun ligeramente agudizado este proceso, da lugar a un aumento de la actividad de su espina irritativa pilórica, consiguiendo una mayor actividad, patológica, del esfínter pilórico, que lucha, venciendo a estos estados de hipers, y da lugar desde el ligero estancamiento de los alimentos, al vómito.

Ni es frecuente ni aconsejable el análisis del jugo gástrico en los estados de febrícula y activación del proceso.

Practicado el sondaje gástrico en la *apendicitis crónica*, en los períodos que nos permitimos llamar de normalidad

da, con los desayunos de prueba que requieren extracción total, los siguientes detalles:

Cantidad extraída: Alrededor de los 30 c. c. síntoma de aceleración en el vaciamiento.

A. C. L.: Considerada la media normal 0,65, encontramos en la apendicitis crónica valores por encima de la normal, casi siempre entre 0,90 y 1,50.

A. O.: No suele salirse de la media normal, 0,16 a 0,18.

A. C.: Casi siempre por debajo de lo normal 0,70, llegando con frecuencia a 0,40.

*Sangre.*—El hallazgo de sangre en el jugo gástrico, considerado hasta escaso tiempo como valor trascendental para el diagnóstico del úlcus, se encuentra, con relativa frecuencia, en apendicitis crónicas con fuerte espina irritativa solar e intenso "The Pylorus Blush".

Los demás elementos que podemos investigar carecen de importancia diagnóstica. *Escasa cantidad extraída; quimismo disociado.* Aumento del A. C. L.—A. O. normal disminución del A. C. son las características del análisis de jugo gástrico en la apendicitis crónica.

El análisis de la orina de estos enfermos da: sales biliares, negativo; ácidos biliares, positivo, que, aparte de la gran frecuencia con que se presentan en la clínica los enfermos colecistoapendiculares, de Dieulafoy, demuestra el ataque, siempre ligero, al hígado de este proceso infectivo.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LOS DEMÁS JUGOS GÁSTRICOS

Úlcus gástrico y duodenal: En España, un setenta y tantos por ciento da un quimismo elevado, principalmente en sus dos componentes A. C. L. y A. C., el A. O. suele restar normal. Con frecuencia, estas elevaciones alcanzan límites considerables; en un veintitantos por ciento el quimo gástrico resta normal o ligeramente disminuido.

Estadísticas extranjeras dan sólo un porcentaje de 50 a 40 y hasta menos de hiperacideces. Consideramos que el menor grado de cultura y el mayor de despreocupación (tan característico de nuestra psicología) en nuestros enfermos; el grado menos avanzado en que es observado este proceso en el Extranjero y la sumisión a un tratamiento médico prematuro y al tratamiento quirúrgico antes de llegar a las

estenosis tan avanzadas que nosotros observamos, es el motivo real de estas deferenciaciones cuantitativas de la acidez.

La colecistitis, habitada o desierta: Quimismo sin disociación. Vaciamiento rápido en los hipoácidos. Rarísimo aumento de la acidez; en proceso de larga fecha e intensa sintomatología, siempre hipoquilia. Sangre, negativa. Importancia del análisis para la determinación del régimen dietéticomedicamentoso y de la cura termal a seguir.

En los apendicectomizados: Ligera disminución de la acidez, sobre todo del A. C.

En los estados de vagotonía o simpáticotonía y en los alternantes: normoclorhidria.

En los estados asténicos, desnutrición avanzada, anémicos, convalecientes de enfermedades, tipos hereditarios Stillier: hipoquilia.

Gran número de colitis, gastro-entero-colitis: hipoquilia moderada.

Periodo terciario de la sífilis: hipoacidez intensa.

Cirrosis y hepatitis alcohólicas o *sifilíticas*: hipoclorhidrias muy intensas.

Cáncer y linitis gástrica: de hipoquilia intensa a la aquilia.

*En las hipoacideces se encuentra disminuído con preferencia el A. C. L.*

*Tuberculosis abdominal:* En la tuberculosis abdominal avanzada es la regla general se encuentre disminuída la acidez gástrica, pero existen, con cierta frecuencia, tuberculosis abdominales larvadas que, dando lugar a adherencias en región pilórica o vesicular, producen estenosis con éstasis y piloritis; otras tuberculosis abdominales ocasionan pequeñas ulceraciones en la serosa gástrica o duodenal, completamente diferenciadas, anatomopatológicamente, del *ulcus simple*, que, por ellas y por la reacción periulcerosa originan espasmos pilóricos; adherencias de etiología fímica, en región cecal, son espinas irritativas, con las consecuencias mencionadas, para la región pilórica, aparte de la sintomatología local. En estas modalidades el proceso tuberculoso abdominal da un aumento en la acidez del contenido gástrico, muchas veces con quimismo francamente disociado y

da, también, una sintomatología muy similar al úlcus o a la apendicitis crónica. Lo consideramos, en estas modalidades, como el proceso de más semejanza sintomatológica y de diferenciación más difícil con la apendicitis crónica. La febrícula, hábito, historia detallada y exploración abdominal (análisis de sangre) hacen el diagnóstico diferencial.

#### DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS CRÓNICA

Algún día, síntomas de hiperclorhidria a la hora y media o dos, después de las comidas.

Estreñimiento de dos o tres días alternando, muy de tarde en tarde, con dos a cuatro deposiciones, tipo pastoso.

Dolores abdominales difusos, localizados por las diferentes maniobras, a región apendicular.

Dolor, por la presión, en ángulo esplénico del colon, y sensación de molestia en colon descendente.

Sensación de plenitud o pesadez a las cinco o seis horas de las comidas (al llegar los alimentos al ciego).

Quimismo disociado, con hiperacidez no muy intensa.

Y un éxtasis ileocecal y franco dolor apendicular a la exploración radioscópica, son datos más que suficientes para un diagnóstico exacto.

#### TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS CRÓNICA

Debido a exceso de literatura y a opiniones dispares existe un poco de confusión en la elección del tratamiento adecuado a la apendicitis.

*Régimen alimenticio.*—Deberíamos combatir el estreñimiento por ser el éstasis intestinal consecuencia frecuentísima de la apendicitis y agravante de ella, pero el régimen adecuado, feculentos, verduras y frutas que sufre la mayor parte de su desintegración en región cecal y cólica ascendente y que es, además, cultivo de elección para la flora fermentativa—casi exclusiva de este trozo intestinal—, motiva que alimentos que en su transformación dejen residuos de celulosa no sean incluidos en el régimen alimenticio a ordenar. Es preferible una alimentación que deje poco residuo; un régimen alimenticio suave y combatir el estreñimiento por terapéutica médica.

*Medicamentos.*—Tratamiento sintomatológico. Tratamos

de combatir los estados de hipermotricidad, hiperperistaltismo e hipermotilidad, la hiperacidez, el dolor abdominal y el estreñimiento.

La belladona y su alcaloide; la atropina y los similares; bromuros, valeriana, benzoato de bencilo; los compuestos, gardenal, belladenal, etc., corrigen bien los dos primeros síntomas y benefician los dos últimos.

El bismuto, caolín atenuando la inflamación o congestión gástrica, y los alcalinos neutralizando la acidez local—probable consecuencia de la acidificación general—benefician, también el dolor y éstasis y habrán de ser utilizados con frecuencia.

Estreñimiento: Desechar los purgantes; no utilizar laxantes que actúen por exceso de la cintractilidad de la capa muscular del intestino o por aumento de su secreción; sólo usar, emplear los que aumenten el volumen del bolo fecal, sin irritar el intestino, aceites minerales (preparados de parafina). Calor al vientre y restricción del ejercicio corporal. Opios, sus alcaloides o similares.

*En los periodos de activación.*—Reposo en cama. Alimentación: leche con un poco de agua alcalina; infusión de té, tila, manzanilla, etc.; consomés, papillas, huevos (hablamos del proceso apendicular crónico, no del cólico apendicular): a dieta absoluta.

Calor en vientre. Creemos puede ser axioma “procesos inflamatorios de órganos alojados en la cavidad abdominal, calor; proceso inflamatorio—no tuberculoso—del peritoneo, frío”.

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Problema de los más apasionados y debatidos en Medicina. Los pareceres se encuentran agrupados en derredor de tres opiniones: abstencionistas, intervencionistas y oportunistas, contando, esta última, con un noventa por ciento de afiliados.

Sentaremos nuestra opinión en problemas que ha originado un cúmulo de discusiones y pirámides de literatura.

*Apendicitis sin perforación, prematura, del apéndice o gangrena de él, salvación del enfermo.* En esta variedad el tratamiento abstencionista tiene éxito.

*Apéndice perforado antes de haber dado lugar a la formación de buenas adherencias, o apéndice gangrenado ocasiona, sino es intervenido, la muerte del paciente.*

La clínica y laboratorio pretende, y lo consigue con frecuencia, la separación de estas dos modalidades de la afección: sintomatología y análisis atenuado, hace sospechar la primera; debut dramático; gran intensidad en las manifestaciones clínicas; calofrío inicial o en el curso del proceso; gran leucocitosis y elevada polinucleosis, hacen temer la segunda.

Los oportunistas curan la primera con reposo, dieta absoluta y hielo y atenuando el perí y antiperistaltismo intestinal, y ordenar la intervención en el segundo caso.

Como en el estado actual de la medicina, todavía de notable oscurantismo, no podemos delimitar las adherencias que han de formarse, ni predecir el curso de la enfermedad; como es notorio el gran número de agravaciones en apendicitis consideradas como benignas y que el absceso, limitado por adherencias, puede hacer irrupción en peritoneo libre, optamos sistemáticamente por la intervención, cuanto más prematura mejor, a ser posible con apendicectomía, si no con desagüe y drenaje.

*Tratamiento de la apendicitis crónica.*—La apendicitis crónica origina la diversidad de molestias mencionadas y una disminución de las actividades; puede dar lugar a su agudización; continuamente está infectando ciego y colon ascendente, tiflocolitis (de aquí la continuación de las molestias y pseudo-ataques después de la apendicectomía en procesos de historia larga); da lugar a píloro-gastritis con posible ulceración, y a la infección de vías biliares y parénquima hepático: motivos por los que aconsejamos la intervención prematura aprovechando un período de calma.

Con este pequeño trabajo sólo hemos querido poner nuestro modesto y clásico "grano de arena" en la lucha contra la morbilidad y mortalidad que origina este proceso.

El diagnóstico precoz de sus dos fases y la intervención sistemática debe ser nuestro postulado.

A. DEL RÍO,

Capitán Médico.

TEMA :

**Formaciones sanitarias en Marruecos  
a partir del escalón batallón, unidad similar**

Señores: El Servicio de Sanidad Militar tiene por misión conservar y recuperar los efectivos; esta misión general, según los reglamentos vigentes, abarca los principales extremos siguientes:

A) Estudiar y proponer las necesidades médicas de higiene y profilaxis.

B) Reorganizar en caso preciso los órganos sanitarios de transporte de las unidades de la primera línea y sustituir aquellos de los referidos órganos que queden temporalmente inutilizados.

C) Hospitalizar, asistir y evacuar los enfermos y heridos, ya de la zona avanzada, ya del personal y tropa de la zona de etapas o de cualquiera otra que se hallen temporalmente en la zona de etapas.

D) Reemplazar el personal sanitario.

E) Proveer el abastecimiento de material sanitario de todas clases.

F) Atender en la Comandancia de etapas del campo de batalla, cuando los haya, a la recogida, asistencia y evacuación de heridos y enfermos, enterramiento de cadáveres y saneamiento y desinfección del campo de batalla.

Reduciendo en términos generales los anteriores extremos, repetiremos como dijimos al principio: Sanidad Militar tiene por objetivo conservar y recuperar los efectivos.

*Conservar los efectivos.*—Es por la aplicación de la higiene y profilaxis. Las grandes conquistas científicas de la Medicina en el terreno de la higiene y profilaxis, utilizados concienzudamente por la Sanidad Militar, han podido evitar en las enormes concentraciones de hombres que supone una guerra moderna, las mortíferas epidemias que diezmaban los ejércitos antiguos, pudiendo de este modo tener

en todo momento apto para el combate a la totalidad de los efectivos de la nación.

*Recuperar los efectivos.*—En las guerras modernas tiene tanta importancia como conservar los efectivos, el recuperarlos.

Sabido es que, en un ejército moderno, los heridos y enfermos que pasaban a ocupar las diferentes formaciones sanitarias, volvían nuevamente, al cabo de cierto tiempo, camino del frente. Daré unos datos de una estadística francesa: “En 1916, 50.000 recuperados por mes pasaban por las estaciones reguladoras, camino del frente. En 1918 esta cifra se elevó a 60.000 por mes. En 1916-1917, de cien heridos o enfermos que entraban en las diferentes formaciones sanitarias, 88 volvían a ser aptos para el frente; de estos 88, 62 eran recuperados en la zona de los ejércitos en un mes, término medio; los otros 26 necesitaban pasar a las formaciones sanitarias del interior, donde eran recuperados en cinco meses, término medio; los 12 restantes lo componen los que pagaban tributo a la muerte o quedaban inútiles para el servicio.”

La recuperación de los efectivos se efectúa con la aplicación de los principios terapéuticos médicos o quirúrgicos a los heridos o enfermos, cuya aplicación tendrá tantas mayores probabilidades de éxito cuanto menos tiempo haya transcurrido desde el momento de ser heridos o caer enfermos, hasta el instante de aplicar la terapéutica.

De aquí la importancia de poseer no solamente buen personal, especializado, a ser posible, todo él, y buenos centros hospitalarios, sino también la necesidad de tener medios de transportes y evacuación en cantidad y calidad suficientes, por las siguientes causas: primera, para evitar la formación de taponamiento de heridos y enfermos, que tanto desmoralizan al resto de fuerza, y segunda, para que la aplicación del tratamiento sea dentro del tiempo que marcan los principios terapéuticos para obtener un óptimo resultado.

Así, pues, un ejército moderno necesita estar dotado convenientemente, en cantidad y calidad, de los siguientes elementos: centros de hospitalización, medios de evacuación, elementos de higiene y profilaxis.

Y todos estos elementos, bien reunidos, bien aislados, son los que dan lugar a las distintas formaciones sanitarias, llamadas también escalones sanitarios por estar colocados unos tras otros, cual los peldaños de una escalera.

El tema de la presente conferencia dice: "Formaciones sanitarias en Marruecos a partir del escalón batallón, unidad similar". Ahora bien; yo considero necesario y conveniente exponer, aunque sea brevemente y casi esquemáticamente, las formaciones sanitarias de un ejército moderno en guerra, para luego, conocido esto, poder darnos cuenta de formaciones sanitarias que conservamos en Marruecos y de las modalidades que presentan cada una de dichas formaciones en este terreno.

El Reglamento español dice que en caso de guerra el territorio se dividirá en dos grandes zonas: zona de ejércitos dependientes del mando del General en jefe, y zona interior, dependiente del mando del Ministro de la Guerra. A su vez, la zona de ejércitos se divide en otras dos: zona de vanguardia y zona de retaguardia.

JOAQUÍN PASTOR CANDELA,  
Teniente Médico.

(Continuará.)

---

---

## NECROLOGIA

---

D. JOSE DE LA PEÑA SANCHIS

*Farmacéutico segundo.*

Nació en Valencia el día 11 de Julio de 1899 y se graduó de Licenciado en Farmacia en la Universidad de Barcelona en 16 de Junio de 1921.

En 5 de Enero de 1923 fué nombrado Farmacéutico segundo por oposición. Prestó sus servicios en las Farmacias Militar de Burgos, Hospitales de Larache y Móvil, Enfermerías de Mexerach y Zoco el Jemis de Beni-Aros, Hospitales de Palma de Mallorca, Valencia y Archena y en la Farmacia

Militar de la tercera División, en la que se hallaba destinado al ocurrir su fallecimiento en Valencia el día 1.º del mes actual.

Descanse en paz nuestro estimado compañero.

---

## El curso de gases en el Laboratorio del Ejército.

---

Como anunciamos, tuvo lugar un curso largo de más de cuarenta días, el primero que de esta duración se celebra, para "Conocimiento y empleo de los Gases de Guerra", efectuado del 16 de Octubre al 26 de Noviembre último, en la segunda Sección (Gases) del Laboratorio del Ejército en la Fábrica Nacional de Productos Químicos, establecida en los terrenos de La Marañosa.

Acudieron 35 Capitanes de todas las Armas y Cuerpos y de la Marina, dándose 70 conferencias, 10 temas y 60 prácticas que constituían el Programa y que trataron de física, química general y orgánica, meteorología, gases de combate, material ofensivo, historia, protección, táctica, organización y patología médica de gases, éstas a cargo del Comandante Médico Feito, que dió dos, y otra en el Laboratorio de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, a cargo del ilustre sabio Dr. D. Tomás Maestre que, además, practicó a la perfección la espectroscopia del fósforo blanco.

El último día, 26 de Noviembre, se hizo un ejercicio combinado de empleo de Armas químicas, con táctica de humos (botes fumígenos); emisión del difosgeno por proyectores y cilindros; tiro de neutralización de artillería con agentes tóxicos (lacrimógenos y estornutatorios); morteros de infantería y de gran calibre, y piezas de artillería. Todas las tropas iban provistas de máscara. Dicho ejercicio, que resultó brillantísimo y espectacular, fué presenciado por el Jefe del Gobierno y Ministro de la Guerra, Subsecretario, Director de Aeronáutica Militar, General de Artillería de la Armada, Generales Cabanellas, Romerales, Santa Cruz, etc.

En el aula de clases, el Director del Laboratorio del Ejército, Coronel de Artillería Moreno Luque, pronunció un dis-

curso y el Jefe de la Fábrica y del curso, Teniente Coronel García Pérez, hizo el resumen del mismo a presencia de las personalidades, las que al final recorrieron las dependencias de la Fábrica, obsequiándose a todos con un espléndido lunch, brindando el Jefe del Gobierno por el Ejército, por España y por la República.

De nuestro Cuerpo asistieron, como alumnos oficiales, los Capitanes Médicos Sáez (hoy Comandante) y Blasco Salas, y los Farmacéuticos primeros Cenjor y Rivera, este último de la guarnición de Barcelona, y Eyries, como voluntario, por tener su destino en esta Sección.

Todos ellos, en sus respectivas Divisiones, deberán dar Conferencias a los Jefes y Oficialidad cuando lo ordene la Superioridad de los estudios aprendidos y para conocimiento del Ejército.

Se habla de la posibilidad de la creación de un Regimiento de guerra química con sus compañías de cilindros, proyectores, morteros, emisiones de nieblas, lanzallamas, botes de humos, desimpregnación, transportes y baños, y meteorológica, y donde los Médicos jugarían un importante papel.

A los alumnos se les extendió un Diploma de aprovechamiento y se les donó una máscara de orden del Ministro que poseerán hasta la terminación de sus conferencias. Además, en un restaurante céntrico se reunieron en dicho último día a comer todos ellos con los Profesores de la Fábrica en animada camaradería, conviniendo en llamar a ésta "la primera promoción química", de remoquete, *la del calamar*, por los humos de ocultación que desprende este molusco y que fué aludido en los brindis por un alumno Oficial marino.

Para la adquisición de una máscara para el Ejército español, se hicieron "pruebas fisiológicas y de táctica", y al final se reunió la Comisión que las hizo para su elección; constituyendo parte de la misma, por disposición del Estado Mayor Central, por Sanidad, los Capitanes Médicos Sáez y Blasco Salas. De los dos modelos presentados, la de Guerra y la Industrial, se eligió esta última y la fabricarán en Barcelona.

Merecen plácemes los Profesores por la labor desarrollada y estos fueron los Tenientes Coroneles García Pérez e Izquierdo, autor de un excelente "Manual de guerra química" este

último, reputado de los mejores del mundo, y los Capitanes Sierra, Romeo, Cuesta y Bonet, todos del Arma de Artillería.—B.

---

---

## VARIEDADES

---

Han fallecido recientemente en esta capital el Coronel Médico, retirado, D. Jerónimo Pérez Ortiz y el Teniente Coronel Médico en la misma situación D. Joaquín Aspiroz de León. Ambos Jefes muy estimados en el Cuerpo.

\* \* \*

El día 10 del corriente tuvo lugar en Estocolmo la fiesta anual para adjudicar el Premio Nobel, que por lo que respecta a la Sección de Medicina ha correspondido al profesor E. D. Adrián, de la Universidad de Cambridge.

\* \* \*

Por coincidir la fecha del próximo Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares con el curso de Coroneles Médicos, cuya dirección le está encomendada, ha presentado la dimisión de Presidente de la Comisión organizadora de aquél, el Excmo. Sr. Inspector D. José Augustín.

Como quiera que dicha Comisión había terminado ya satisfactoriamente su misión inicial, puede decirse que toda ella ha cesado en su función con arreglo a lo establecido en dichos casos, viniendo a sustituirle una extensa Junta directiva bajo la Presidencia del Excmo. Sr. D. José González Granda, Inspector de Sanidad de la 3.<sup>a</sup> Inspección General del Ejército.

\* \* \*

Ha causado general sentimiento el fallecimiento del ilustre Dr. D. Angel Pulido, que sintió por nuestro Cuerpo especial simpatía, traducida en empeños logrados en las Cortes, para mejorar nuestros establecimientos técnicos.

Descanse en paz el venerable Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.

\* \* \*

Se encuentra en Andalucía, en visita reglamentaria de inspección a los servicios sanitarios, el Exmo. Sr. D. José Agustín, Inspector Médico de la 1.<sup>a</sup> Inspección General del Ejército.

---

## Destinos vacantes

---

**Publicados por Orden circular de 3 del actual (D. O. 286).**

*Sanidad Militar (Medicina).*—Regimiento de Infantería núm. 14, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 22, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 25, dos Capitanes Médicos.—Regimiento de Infantería núm. 36 (Astorga), un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 37, un Capitán Médico.—Regimiento de Infantería núm. 39, un Capitán Médico.—Batallón Montaña núm. 1, un Capitán Médico.—Batallón Montaña núm. 5, un Capitán Médico.—Batallón Montaña núm. 6, un Capitán Médico.—Regimiento Caballería núm. 5, un Capitán Médico.—Regimiento Caballería núm. 8, un Capitán Médico.—Regimiento Artillería Ligera núm. 3, un Capitán Médico.—Regimiento Artillería Ligera, número 8, un Capitán Médico.—Regimiento Artillería a pie número 2, un Capitán Médico.—Regimiento Artillería de Costa núm. 4, un Capitán Médico.—Grupo Mixto de Zapadores y Telégrafos número 1, un Teniente Médico.—Grupo Mixto de Zapadores y Telégrafos núm. 3, un Teniente Médico.—Grupo Mixto de Zapadores y Telégrafos núm. 4, un Teniente Médico.—Tercera Comandancia de Intendencia, segundo grupo (Burgos), un Capitán Médico.—Primera Comandancia de Sanidad, segundo grupo, un Capitán Médico y cuatro Tenientes Médicos.—Primera Comandancia de Sanidad, cuarto grupo, tres Tenientes Médicos.—Segunda Comandancia de Sanidad, primer grupo, cinco Tenientes Médicos.—Segunda Comandancia de Sanidad, tercer grupo, cuatro Tenientes Médicos (dos para la Sección Hipomóvil).—Segunda Comandancia de Sanidad, cuarto grupo, tres Tenientes Médicos.—Servicio de Aviación (Escuadra núm. 1 (León), un Capitán Médico.—Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la segunda división orgánica, un Comandante Médico.—Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la tercera división orgánica, un Teniente Coronel Médico.—Hospital Militar de Sevilla, un Comandante Médico.—Hospital Militar

de Barcelona, un Teniente Médico.—Hospital Militar de Burgos, un Teniente Médico.—Hospital Militar de Vitoria, un Capitán Médico. Clínica Militar de Santander, un Comandante Médico.—Clínica Militar de Palencia, un Comandante Médico.—Asistencia al personal de Estado Mayor, Jefatura de los Servicios Sanitarios Médicos de la sexta división y Generales, Jefes y Oficiales disponibles y en reserva en Burgos, un Comandante Médico.—Hospital Militar de Valladolid, un Comandante Médico.—Clínica Militar de Oviedo, un Comandante Médico.—Asistencia a los Fuertes del Ferrol, un Teniente Médico.—Depósito de Recría y Doma de Jerez, un Teniente Médico.—Hospital Militar de Melilla, un Comandante Médico.—Necesidades y Contingencias del Servicio en Melilla, un Teniente Médico.—Hospital y Enfermería del Rif, un Comandante Médico, dos Capitanes Médicos (uno radiólogo) y tres Tenientes Médicos.—Necesidades y Contingencias del Servicio en el Rif, dos Tenientes Médicos.—Hospital Militar de Ceuta, un Teniente Médico.—Hospital Militar de Tetuán, un Comandante Médico.—Enfermería de Xauen, un Capitán Médico.—Necesidades y Contingencias del Servicio en Ceuta-Tetuán, un Teniente Médico.—Necesidades y Contingencias del Servicio en Larache, un Teniente Médico.—Batallón Cazadores de Africa núm. 1, un Teniente Médico.—Batallón de Cazadores de Africa núm. 3, un Capitán Médico.—Batallón de Cazadores de Africa núm. 4, un Teniente Médico.—Comandancia de Artillería de Melilla, un Teniente Médico.—Comandancia de Artillería de Ceuta, un Teniente Médico.—Comandancia de Tropas de Intendencia de Ceuta, un Teniente Médico.—Tercio, dos Capitanes Médicos.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Tetuán núm. 1, un Teniente Médico.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Melilla núm. 2, un Capitán Médico.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Ceuta núm. 3, dos Tenientes Médicos.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Larache núm. 4, dos Tenientes Médicos.—Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Alhucemas núm. 5, dos Tenientes Médicos.—Comandancia de Sanidad Militar de Melilla, dos Tenientes Médicos.—Comandancia de Sanidad Militar de Ceuta, tres Tenientes Médicos.

*Sanidad Militar (Farmacia).*—Farmacia Militar de la segunda división, una de Farmacéutico mayor, Jefe.—Farmacia del Hospital Militar del Rif, una de Farmacéutico segundo.

---

---

## PRENSA MÉDICO-FARMACEUTICA

---

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN ECONÓMICA DEL MUNDO, SOBRE LA SANIDAD PÚBLICA.—La Liga de las Naciones en Ginebra ha emprendido una investigación sobre la influencia de la depresión económica actual del mundo en la salud pública de los pueblos. Comienza por hacer notar que el número de obreros sin trabajo afectados directa o indirectamente, puede calcularse asciendo hoy de cincuenta a sesenta millones de individuos; los cuales viven en los apuros propios de la falta de recursos, con todas sus consecuencias. Además, los propios obreros con trabajo, a causa de la crisis económica, tienen que sufrir, unas veces disminución de jornal, otras interrupción de trabajo, y siempre empeoramiento de las condiciones de su vida, así de ellos como de sus familias. Lo curioso y extraño, según el "Office Public Health", es que la mortalidad general no haya aumentado tanto como era de esperar; lo cual no se puede explicar más que merced al progreso que las ciencias médicas han llevado a cabo estos últimos años en la prevención y cura de las enfermedades infecciosas, y la disminución consiguiente de la mortalidad con que se ha revelado ese progreso.

Así y todo, desde el otoño de 1931 ha sido observado en toda Prusia un deterioro visible en la nutrición de los niños de las escuelas, y en la población adul-

ta un aumento de enfermos ingresados en los hospitales y sanatorios. Una observación curiosa, por último, ha sido hecha en Inglaterra, Alemania y los Estados Unidos, que consiste en los serios disturbios psicológicos que se presentan en los obreros sin trabajo, como muestra de los trastornos cerebrales a que dan lugar los defectos de alimentación, y, sobre todo, las preocupaciones espirituales que de continuo proporciona la falta de recursos.—M. M. S.

\* \* \*

LA CURACIÓN DE LAS HERIDAS. El proceso de la curación de las heridas, exige un estudio de todos los factores que influyen sobre su iniciación, su crecimiento y, sobre todo, las causas que dificultan o hacen cesar la cicatrización o la cura. Los doctores C. E. Bird y E. M. MacKay (Sur. Gynecol. and Obstet., Junio de 1932) discuten ciertos hechos, revelados en este concepto por recientes observaciones. El caso es el estudio de la influencia de la hidratación de las heridas en el proceso de su cicatrización. Dichos autores mostraron en sus estudios experimentales, que la deshidratación de las heridas trae consigo una dificultad para la cura, y sostienen que la deshidratación de los tejidos produce un efecto inhibitorio en el proceso de reparación en general. De aquí

han deducido la conveniencia de hidratar los tejidos mediante el uso de una buena cantidad de líquido administrada a los pacientes. A esto agregamos que

la deshidratación no puede ser prevenida sólo con agua, pues, sino que es necesario, además, agregar el uso del cloruro de sodio.—*M. M. S.*

---

## Prensa Militar Profesional

---

**VACUNACIÓN ANTIDIFTERIA EN EL EJÉRCITO.**—El Doctor Dopler ha utilizado en el Ejército francés, contra la difteria, un nuevo procedimiento de vacunación, consistente en el empleo de una anatocina titulada, con valor de 15 unidades en lugar de 10, con la cual ha obtenido una inmunidad superior a la ordinaria. Dopler ha vacunado el contingente militar con dos inyecciones de anatocina de 15 unidades: la una, inyección de un centímetro cúbico, y la otra, de un centímetro y medio, con intervalo de veinte días entre las dos inyecciones. La medida del poder antitóxico del suero de los vacunados ha permitido demostrar que la inmunidad había sido adquirida en todos los casos, y que habían alcanzado un alto grado de preservación las tropas contra la difteria.—*M. M. S.*

\* \* \*

**MEDIOS DE TRANSPORTE DE ENFERMOS Y HERIDOS (con exclusión de skis y trineos) EN MONTAÑA.**—La Comisión de estandarización del material, como resultado de la discusión de la ponencia, deduce las siguientes nociones preliminares:

1.<sup>a</sup> Los medios de transporte de heridos y enfermos en montaña han de atenerse, todavía más que en el llano, a los factores siguientes: economía de fuerzas de los portadores, seguridad de los transportes, adaptación a los diversos aspectos del terreno, fácil conducción de los aparatos, acumulación mínima y rapidez de transporte.

2.<sup>a</sup> El modo de transporte varía con la naturaleza misma del terreno: pendientes suaves o muy inclinadas; descenso, siguiendo el eje o el flanco, praderas, guijarros o peñascos; caminos, senderos o pistas; picos o escalones tallados en las rocas. Ninguno de los aparatos estudiados puede responder a estos diversos aspectos, salvo el modelo suizo, y éste solamente para los transportes en que van sentados los pacientes.

3.<sup>a</sup> Sobre las rutas y caminos pueden circular los carruajes reglamentarios: autos simples o preferentemente de cadenillas, carruajes hipomóviles, camillas rodadas, sidecars, carruajes de montaña indígenas, así como los caballos y mulas portadores de literas y arbolos.

4.<sup>a</sup> En los senderos de pistas convienen los medios reglamen-

tarios, camillas preparadas de antemano, llevadas a mano o arrastradas, o bien los medios improvisados: camillas construídas para casos de urgencia, hamacas, encañizados, aparatos de que se valen los indígenas para la recogida de cosechas y transporte de maderas, utensilios, etcétera.

5.<sup>a</sup> Para los senderos de flanco de las montañas que rodean un precipicio, sólo puede ser utilizado el transporte a la espalda o la silleta. En los terrenos con picos, debe utilizarse las cuerdas y los teleféricos.

6.<sup>a</sup> Los portadores deben ser robustos y elegidos de preferencia entre los montañeses. Los

camilleros y enfermeros deben ser instruídos en tiempo de paz en la confección de aparatos improvisados.

Como el estudio en cuestión sólo se ha verificado con el auxilio de los aparatos del Ejército suizo, queda este asunto en la orden del día. La Comisión ruega encarecidamente a los Servicios de Sanidad y a las Sociedades de la Cruz Roja, envíen al ponente, Coronel Farmacéutico Thomann, Parque Sanitario del Ejército en Berna, todos los aparatos de tamaño normal o reducido y, en su defecto, las fotografías y planos que aquellos posean (*Archives Médicales belges*, Janvier 1932.—J. P.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

*Algunas consideraciones sobre los diversos tiempos de la Dacriocistorrinostomía*, por el Dr. Gómez Márquez, Jefe de los servicios de Oftalmología de los Hospitales Militar y Sagrado Corazón de Barcelona.

En esta interesante comunicación presentada a la Asamblea Hispano-Americana de Oftalmología verificada en Santiago de Galicia, y basándose en la experiencia de 517 intervenciones practicadas, hace el Dr. Gómez Márquez importantes consideraciones acerca de la técnica de la dacriocistorrinostomía, seguidas de otras sobre los resultados obtenidos por el procedimiento empleado por el autor, quien expresa los escollos y dificultades de la técnica, llamando la atención de los oculistas a fin de que, aplicándose a resolverlos, faciliten su ejecución sin perjuicio de su eficacia. El 2 por 100 de fracasos que señala el autor para curar por diversos procedimientos la obstrucción del conducto nasal,

quizá resulte excesivo en su opinión con respecto a la dacriocistorrinostomía.

El trabajo se acompaña de numerosos grabados que facilitan extraordinariamente la comprensión de la técnica.  
*J. P.*

*Desprendimiento de retina.*—Datos para establecer su diagnóstico de urgencia. Ideas modernas acerca de su curabilidad, por el mismo autor.

Trabajo publicado en el Boletín del Hospital del Sagrado Corazón, en el que el autor advierte la necesidad de que el médico general diagnostique a tiempo el desprendimiento retiniano, a cuyo efecto refresca los conocimientos más indispensables para que aquél pueda enjuiciar con desembarazo.

El empleo de la termopunción del globo ocular a nivel del desgarro de la retina, en opinión del autor, cura definitivamente el 60 por 100 de los desprendimientos, bajando rápidamente hasta reducción a cero, a medida que nos alejamos de los ocho primeros días.

Como en el trabajo anterior, el Dr. Gómez Márquez describe con nitidez la técnica, valiéndose asimismo de expresivas figuras, y de lucidas consideraciones acerca de la curabilidad de este proceso, tenido por incurable hasta hace poco tiempo, terminando su estudio haciendo ver la posibilidad de varias intervenciones de este género en cada caso (por otra parte indoloras y nada peligrosas), y dando atinados consejos respecto a la conducta a seguir en el período post-operatorio.—*J. P.*

---

## SECCION OFICIAL

---

9 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 266) concediendo la Placa de San Hermenegildo al Teniente Coronel Médico, retirado, don Celestino Moreno Ochoa, y la Cruz de la misma Orden a los Comandantes Médicos D. Emilio Franco Martín y D. José Nover Almoguera.

- 9 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 266) concediendo el premio de efectividad de 1.000 pesetas anuales al Farmacéutico primero D. Pedro Calvo Muñoz-Torrero.
- 9 Noviembre.—Decreto (D. O. núm. 267) concediendo la Gran Cruz de San Hermenegildo al Inspector Médico D. Mariano Estevan Clavillar.
- 11 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 267) disponiendo que la presidencia de la Comisión para el estudio del material sanitario sea desempeñada por el Coronel Médico Inspector del Servicio del Ministerio de la Guerra, dejando de formar parte de la misma el Director de la Academia de Sanidad Militar.
- 12 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 268) disponiendo que el Capitán Médico D. Fernando Conde López quede disponible en la primera división.
- 8 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 268) determinando la forma de dotarse las farmacias militares del importe de los análisis ordenados por las autoridades militares.
- 14 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 269) concediendo la Cruz de San Hermenegildo a los Comandantes Médicos D. Ovidio Fernández Rodríguez, D. José Martínez de Mendivil y Ondarra,

---

---

## “CEREGUMIL” FERNÁNDEZ

---

---

**Alimento completo vegetariano a base de cereales  
y leguminos: s.—Mejor que la carne y la leche.**

---

---

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

---

**Fernández & Canivel :: Málaga.**

D. Julio Villar Madueño, D. León Romero Corral; a los del mismo empleo, retirados, D. Salvador Vicente Estévez, don Cándido Soriano Catalán; al Capitán Médico D. Juan Herrera Irastorza y al Farmacéutico mayor D. Jaime Gastalver Jimeno, 15 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 271) disponiendo que los Tenientes Médicos D. José María Manzano Alvarez y D. Joaquín Pastor Candela pasen a la situación de "Al Servicio del Protectorado" por haber sido destinados a las Intervenciones militares de la región del Rif.

15 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 271) concediendo el premio de efectividad que se indica a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

*Coronel Médico:* D. Juan García Fernández, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1 de Noviembre de 1932.

*Comandantes Médicos:* D. Luis Gabarda Sitjar, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1 de Noviembre de 1932; D. José Ruiz Jaén, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1 de Noviembre de 1932; D. Luis Sánchez Catalán, D. Eulogio Muñoz Cortázar, D. Francisco Muñoz Cortázar y D. Isidro Sánchez Fairén, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1 de Noviembre de 1932.

*Capitanes Médicos:* D. Policarpo Carrasco Martínez y don Angel Rincón Ferrades, 1.300 pesetas por dos quinquenios y tres anualidades, a partir de 1 de Noviembre de 1932; D. Isidro Muñoz Crego, D. Francisco Irañeta Uriza, D. Alberto Leiva Delgado, D. José Torres Pérez, D. Porfidio Garilleti Casado, D. José Cuesta del Muro y D. Alfredo Martín Lunas y Aspe, 1.200 pesetas por dos quinquenios y dos anualidades, a partir de 1 de Noviembre de 1932; D. José Bort Albalat, 1.000 pesetas por dos quinquenios, a partir de 1 de Septiembre de 1932.

*Tenientes Médicos:* D. José Bonet Andrés y D. Ramón Llopis Martín, 500 pesetas por un quinquenio, a partir de 1 de Octubre de 1932.

16 Noviembre.—Decreto (D. O. núm. 272) autorizando la adquisición, por concurso, de cuatro aparatos de rayos X.

16 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 272) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Clementino Villaverde Almarzua vuelva a activo, quedando disponible hasta que sea colocado.

- 17 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 273) resolviendo se amplíe para Sanidad Militar lo dispuesto en las instrucciones quinta y octava de la O. C. de 20 de Julio último, referente a los servicios de Intendencia, pasando, por tanto, las hojas de servicios que lleven las Jefaturas de Sanidad de las Divisiones, a las Inspecciones generales del Cuerpo.
- 18 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 278) autorizando a la segunda Sección del Establecimiento Central de Sanidad Militar para celebrar subasta para la adquisición de sales de quinina.
- 23 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 278) autorizando la continuación del Farmacéutico segundo don Antonio Isasi-Isasmendi López, con derecho a las dietas reglamentarias, en la farmacia del Hospital Militar de Logroño.
- 23 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 278) prorrogando el derecho al percibo de dietas reglamentarias, por un trimestre, al Capitán Médico D. Juan Jiménez Torres, que sigue curso de ampliación de estudios de cirugía general.
- 24 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 278) concediendo la pensión de Placa de San Hermenegildo al Coronel Médico D. Valentín Suárez Puerto.
- 28 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 281) destinando al Jefe y Oficiales farmacéuticos siguientes:
- Subinspector farmacéutico de segunda clase:* D. Francisco de Cala Martí, de disponible en Melilla, a la Inspección de Farmacia de la tercera Inspección general del Ejército (F.)
- Farmacéuticos primeros:* D. Clementino Villaverde Almarza, de disponible en la octava división, a la Farmacia del Hospital Militar del Riz (F.), y D. Antonio Sánchez-Capuchino y Alderete, de disponible en la cuarta división, a Jefe de la Farmacia del Hospital Militar de Las Palmas (F.)
- 28 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 281) destinando a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:
- Capitanes Médicos:* D. Mariano Fernández Delgado, del Regimiento de Infantería núm. 22, a la tercera Comandancia de Intendencia, primer grupo (V.); D. José Lafuente Burgos, del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Melina, núm. 2, al Regimiento de Carros de Combate, núm. 2 (V.); D. Fernando Conde López, de disponible en la primera división orgánica, al Regimiento de Infantería núm. 33 (V.); D. Manuel Conde López, del

Servicio de Aviación, en la Escuadra n.º 1 (León), al Servicio de Aviación en la Escuadra núm. 2 (Sevilla) (V.); D. Antonio Alvarez González, del Hospital Militar de Sevilla, en plaza de superior categoría, al Batallón de Zapadores Minadores número 2 (V.), y D. Miguel Parrilla Herrmida, del Batallón de Montaña núm. 5, al Regimiento de Artillería de Costa núm. 2 (V.)

*Tenientes Médicos:* D. Federico Ullá Besó, del Tercio, al primer Grupo de la primera Comandancia de Sanidad Militar (V.); D. Emilio Sánchez Carpintero Pérez, del Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Ceuta núm. 3, al Batallón de Cazadores de Africa núm. 8 (V.), y D. Carlos González-Granda Pérez, de asistencia a los Fuertes del Ferrol, al Hospital Militar de Barcelona (V.).

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

Servicio de Aviación, Escuadra núm. 2 (Sevilla): D. Honorio Novca Mejuto.

- 28 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 282) concediendo al Comandante Médico retirado D. Bernardo Lizáur Calle y al Farmacéutico mayor D. Adolfo González Rodríguez, la Cruz de San Hermenegildo.
- 29 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 282) disponiendo se celebre concurso para adquirir cuatro aparatos de rayos X con destino a los Hospitales militares de Valencia, Barcelona, Zaragoza y Larache.
- 30 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 289) disponiendo que el Capitán Médico D. Federico González Azcune continúe "Al Servicio del Protectorado" por haber sido nombrado Subinspector de los Servicios Sanitarios de las Intervenciones de las regiones militares.
- 30 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 283) destinando al Capitán Médico D. Luis Alonso Alonso al Regimiento de Infantería número 39 (F.).
- 29 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 283) concediendo al Teniente Médico D. Juan Bonmati Forer dos meses de licencia por asuntos propios para Berlín.
- 29 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 283) concediendo al Teniente Coronel Médico retirado D. Antonio Redondo Flores la pensión

- anual de 1.200 pesetas, correspondientes a la Placa de San Herenegildo.
- 29 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 283) concediendo al Farmacéutico primero D. Augusto Alcázar Fernández el premio anual de efectividad de 1.100 pesetas por dos quinquenios y una anualidad.
- 30 Noviembre.—Decreto (D. O. núm. 283) autorizando a la segunda Sección del Establecimiento Central de Sanidad Militar para adquirir directamente “Neosalvarsán Meiter-Lucius”.
- 30 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 284) anunciando concurso para proveer una vacante de Oficial Médico en el Consorcio de Industrias Militares (Fábrica de Pólvora de Murcia). Pueden tomar parte en este concurso Capitanes y Tenientes Médicos.
- 30 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 284) disponiendo el pase a retirado, por haber cumplido la edad reglamentaria, del Teniente Coronel Médico, en reserva, D. Luis Ledesma Comba.
- 30 Noviembre.—Orden (D. O. núm. 284) disponiendo el pase a retirado, por haber cumplido la edad reglamentaria, del Teniente Coronel Médico, en reserva, D. Joaquín Azpiroz de León.
- 10 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 290) concediendo al Coronel retirado D. Francisco Molinos Romeo la Placa de San Herenegildo, con la pensión de 1.200 pesetas anuales.
- 10 Diciembre.—Orden (D. O. núm. 290) concediendo el empleo superior inmediato a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes: A Coronel Médico: D. José Martí Ventosa. A Comandante Médico: D. Enrique Sáez y Fernández Casariego, D. Rafael Castelo Elguero, D. José de Lemús Calderón de la Barca, D. Engenio Torrecilla Parodi. A Capitán Médico: D. Francisco Mallo de la Riva, D. Juan José Apellaniz Fernández, D. José Fuentes Márquez y D. José Fernández Fernández.

---

### Correspondencia administrativa de la Revista.

---

Sr. Fernández Casares (Carabanchel).—Abonado el 2.º semestre del año actual.

Sr. Ferré (Targuist).—Idem id.

Sres. Zaldívar, Power y Casas (Algeciras).—Idem id.

Sr. Castro (Ceuta).—Idem id.

