

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año VIII.

Madrid, 1 de Mayo de 1918.

Núm. 9.

SUMARIO

Hospital militar de Madrid (Nota clínica): Apendicitis de forma gangrenosa; intervención de urgencia: curación, por el Dr. Íñigo.—Un caso de fiebre recurrente africana, por el Dr. Tomás Rallo Colandrea.—Variedades.—Prensa médico-farmacéutica: Una pequeña epidemia de fiebre mediterránea (fiebre ondulante) de origen caprino —Protección metálica del corazón de los soldados.—La enfermedad de Addison en la guerra actual.—Prensa militar-profesional: Higiene y profilaxis del cuartel.—Heridas de cabeza tratadas en una ambulancia quirúrgica automóvil.—Bibliografía: Comunicaciones científicas del Dr. M. Menacho.—Sección oficial.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1 de Mayo de 1918.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

HOSPITAL MILITAR DE MADRID

(NOTA CLÍNICA)

APENDICITIS DE FORMA GANGRENOSA

INTERVENCIÓN DE URGENCIA; CURACIÓN

Mientras se halla una apendicitis en período agudo, existe para el médico un problema que ha de resolverse, aquilatando el diagnóstico, en uno de los términos del siguiente dilema terapéutico: ¿Operar? ¿Abstenerse?

Por fortuna, la inmensa mayoría de los casos se curan con el tratamiento médico clásico: reposo general y funcional del aparato digestivo, vejiga de hielo y opio. Pero hay algunos enfermos en los que, eso que en casi todos va tan bien, no basta... Estos últimos son tributarios del tratamiento quirúrgico; pero para que la operación produzca los beneficiosos resultados que de ella esperamos, hemos de practicarla precozmente, *cuanto antes mejor*. Si se aguarda á operar *in extremis*, ó si, por entender de mala manera la urgencia, se abre el vientre con escasez de elementos materiales, ó en un

medio impropio, quirúrgicamente hablando, la operación, en lugar de ser salvadora, es á veces una complicación más, y á menudo francamente perjudicial.

El cuadro clínico de la apendicitis es tan conocido, que no hay ara qué ocuparse de él. Nosotros, que somos partidarios de la intervención quirúrgica en frío, y que la aconsejamos siempre que se trata de formas recidivantes, ó sea cuando el enfermo ha pasado el segundo ataque apendicular, sólo nos decidimos á operar en caliente cuando se trata de una apendicitis gangrenosa ó de una apendicitis perforativa.

La forma gangrenosa se caracteriza por la especial gravedad en que caen los enfermos desde el primer momento. No hay que fiarse mucho para el diagnóstico de esta forma gravísima de apendicitis, en la reacción patológica que dé el aparato digestivo, pues hay casos en los que éste muestra una tolerancia extraordinaria, y otros, por el contrario, en los que los vómitos, las deposiciones, etc., dominan la escena. Lo importante es el examen del pulso, que, por lo general, anda por encima de 120, y es blando y pequeño; el examen de la facies, que se presenta afilada, *peritoneal*, y el estado de la lengua que está seca y áspera, *lengua de gato*. Si á esto se añade la existencia de un fortísimo dolor que puede no localizarse en el punto clásico de Mac-Burney, pero que es muy violento y que es más intenso en la fosa ilíaca derecha, y si hay también defensa muscular, enérgica, en coraza, el diagnóstico queda establecido, y, con él, la indicación operatoria urgente, perentoria, pero no tanto que no dé lugar á que se prepare bien todo lo necesario.

He aquí un caso de nuestra clínica, que corrobora nuestros asertos anteriores:

Jesús González, diez y siete años, tambor del Regimiento Infantería de Covadonga, sin antecedentes ni particularidades orgánicas dignas de especial mención. El 24 de Marzo último, en plena salud, fué acometido de un fuerte dolor de vientre, que él interpretó como cólico, y que no fué obstáculo para que fuese á formar parte de la fuerza de su Regimiento, que daba aquel día la guardia en el Real Palacio. A pesar de haber evacuado el intestino en abundancia, el dolor no cesaba y cada vez se sentía peor, sufriendo muchos vómitos y pasándose el día de guardia echado en la cama, pues él, como tambor, no tenía que hacer centinela. Al

siguiente día llegó muy mal al cuartel, tan mal que, como ya se había pasado la visita, avisaron al Médico, que, apercibido de la gravedad del caso, dispuso su inmediato traslado al Hospital, haciéndose éste en hora extraordinaria y en una camilla. En el Hospital tuvo ingreso en la Clínica primera de Medicina, donde se le instituyó el llamado tratamiento médico. El día 26, en el Hospital, nuevos vómitos, gran dolor en la fosa ilíaca y considerable agravación. Lo ve por esta circunstancia el Oficial Médico de guardia, Sr. González Pons, quien da orden de que se prepare la sala de operaciones, y manda á mi casa una carta advirtiéndome lo que ocurre y expresando su opinión de que el caso era urgente. Sin pérdida de momento voy al Hospital, y me encuentro con el siguiente cuadro: Muchacho jovencito, pero alto, fino, espigado, nariz afilada, cara enjuta, chapas rosado-lívidas en las mejillas, ojos hundidos, respiración anhelosa y superficial repetida 44 veces al minuto. Pulso á 122, pequeño y blando; temperatura poco elevada. El vientre ligeramente abultado en su totalidad, sin que se pueda apreciar especial tumefacción en la fosa ilíaca derecha. El pobre enfermo pone cara de aterrorizado al ver que me dispongo á explorarlo, según avanza mi mano en su vientre. Tan grande es el dolor que sufre, que trae los muslos flexionados buscando alivio, y hasta sostiene con ambas manos, en hueco, la camisa, porque dice que su roce le produce mucho más dolor.

Comienza el acto quirúrgico por la anestesia raquidiana, que es en este caso de dificultad suma, porque no es posible poner al enfermo sentado, y tampoco guarda éste la inmovilidad y resignación que tanto facilitan la maniobra.

Al segundo intento, obtengo líquido céfalorraquídeo claro, por el sexto espacio interespinoso dorsal, é inmediatamente inyecto media ampolla de la preparación Gómez Ulla-Cambronero; es decir, 0,03 gr. de estovaína y 0,0005 gr. de estriquina. Mantengo durante tres minutos al enfermo en decúbito lateral derecho, para que se infiltren con preferencia las raíces laterales de esa mitad del cuerpo, y preparado el campo con la valiosa ayuda del referido Dr. González Pons, abro el vientre con incisión de Max-Schüler. Hay peritonitis generalizada, y hacia dondequiera que se dirige mi exploración se comprueba la existencia de un proceso inflamatorio agudo y supurado, pues de todas partes fluye, aunque no con gran abundancia, un exudado purulento, turbio, fétido.

do, con ese olor característico de los procesos en que intervienen como patógeno los gérmenes del grupo coli. El proceso, empero, es más intenso en el ciego y sus inmediaciones, donde abundan falsas membranas, que se desprenden fácilmente y que tienen todo el aspecto de *nata de leche*. Quito todas estas falsas membranas para evitar que se pierdan con las manipulaciones entre las asas intestinales, y voy en busca del ciego, que aparece en seguida. Como medio de orientación, exteriorizo lo posible la soldadura ileocecal, y me dedico al descubrimiento y captura del apéndice, lo cual por este medio resulta fácil, pues ya se sabe que desde esa soldadura para abajo está la cúpula del ciego, y en ella forzosamente el apéndice. En seguida, pues, di con la base del vermicular, pero el resto se hallaba fuertemente adherido á las inmediaciones, y sobre todo á la parte profunda. Como al explorar con el dedo esta parte, aumentaba el flujo purulento, lo que hice fué seccionar el apéndice con el termocauterio entre dos ligaduras, y así, ganando espacio por serme ahora posible retirar el ciego, meter compresas para aislar el campo y proceder á evacuar el absceso y á extraer el apéndice. Salieron cuatro ó seis cucharadas grandes de pus, y disecando simplemente con el dedo, liberé y extraje prontamente el rudimento orgánico responsable del proceso. No hubo hemorragia ni grande ni pequeña, y la operación se terminó en muy poco tiempo, pues no quise entretenerme en encapuchonar el muñón del apéndice, ni hice ya otra cosa más que limpiar con compresas secas estériles aquel abdomen lo mejor que pude.

Tratándose como se trataba ya de una peritonitis supurada, parecía lógico dejar un Mickulicz; pero he leído que ahora, en esta gran guerra europea, algunos cirujanos militares prefieren suprimir los drenajes, y les va con ese sistema muy bien, y decidí ensayarlo: cerré, pues, el vientre por completo según los planos anatómicos, y mandé poner al enfermo en posición de Fowler.

• Así como antes de empezar á operar estaba el enfermo molestísimo con aquel horrible dolor, que no permitía ni tolerar el roce de la camisa, en cuanto hizo su efecto la raquianalgnesia, el enfermo se fué tranquilizando, y no hubo ni un vómito, ni una contracción, ni un quejido. Esas son las ventajas de esta clase de anestesia, pues sobre todo para operar en vientre, la relajación muscular es tal, que no hay tendencia ninguna á la eventración, ni se queda nunca la mano del cirujano aprisionada; ni hace falta siquie-

ra poner separadores, porque sin ayuda de éstos va uno libremente por donde quiere.

Esta calma, este bienestar siguió toda la noche, durante la cual descansó el enfermo algunos ratos. A la mañana siguiente, la temperatura era de $37^{\circ},5$, el pulso á 96, la respiración más profunda y de ritmo mesurado. La lengua estaba más húmeda, la facies había mejorado considerablemente. Nada de shock ni de colapso, lo cual es otra ventaja de la anestesia raquidiana; orinas normales, paso de gases, pero no de materias por el ano. En la tarde de este día la temperatura descende dos décimas, pero el enfermo acusa dolor en el testículo derecho, que aparece inflamado y rojo. Al siguiente día temperatura 37° ; el sujeto se halla muy contento y pide que se le dé comida ó, por lo menos, leche, a lo cual se accede. El dolor del testículo aumenta, y como hay fluctuación, se le da un pinchazo con el bisturí, saliendo de la vaginal como una cucharada de las de café, de un pus que tiene los mismos caracteres que el sacado del vientre. Al cuarto día después de la operación, se eleva la temperatura á $38^{\circ},5$ por la tarde, y acusa el enfermo dolor en la herida operatoria. En la visita de la mañana siguiente se levanta por primera vez la cura, y se ve que hay un absceso subcutáneo. Se quitan los agraffess por la parte superior de la incisión, que es donde está el absceso, y se vacía el pus. Remite por la tarde la fiebre á 38° , y al otro día, viendo que hay un receso subcutáneo que drena mal, se hace una contraabertura, y por ella se atraviesa un tubo de drenaje. Con esto desaparece la fiebre, el testículo ya no supura, el enfermo está perfectamente, y se le pone ración. Así pasan dos ó tres días, y de nuevo sube la temperatura por causa de un empacho intestinal, que se resuelve con un simple purgante. Ya no ha vuelto el enfermo a tener novedad, y está levantado y haciendo su vida de convaleciente en el Hospital.

El apéndice estaba sumamente inflamado, y á un centímetro de su extremidad libre tenía una perforación gangrenosa del tamaño de un céntimo.

¿Cuál hubiera sido la suerte de este enfermo si no se le llega á operar ó si se deja para el día siguiente? El interesado, el Dr. González Pons y yo, creemos que el caso hubiera terminado por defunción. Esta creencia nuestra la comparte el Jefe de servicios del Hospital, Dr. D. Félix Echevarría, que requerido por el Dr. Gon-

zález Pons, vió en consulta al enfermo y presenció el acto quirúrgico.

Este caso clínico es notable, á nuestro juicio, porque suministra provechosas enseñanzas. La primera es la de que un enfermo de apendicitis puede curarse aun cuando la infección se haya generalizado á todo el peritoneo, siempre que se opere antes de que haya intoxicado y debilitado al enfermo, privándole ya de sus defensas orgánicas. La segunda se refiere al método anestésico. Con la analgesia medular se suprime un ayudante; no hay vómitos; la flacidez de las paredes abdominales es tan completa, que facilita la labor quirúrgica, y, por último, con ella queda suprimido el enorme peligro del shock. La tercera es la de que puede cerrarse el vientre sin dejar drenaje, pues si bien es cierto que nuestro enfermo tuvo como complicación un absceso subcutáneo, lo cual quizá no hubiera ocurrido dejando un Mickuliez, no es menos cierto que cerrando por completo se aminora el peligro de la hernia consecutiva, y también se suprime el peligro de nuevas asociaciones infecciosas, que pueden ocurrir á través de un apósito calado por el pus. La cuarta y última es la particularidad observada en este enfermo, de haber tenido una metástasis del proceso infeccioso, con localización en la vaginal del testículo derecho. Es posible que haya influido en su aparición el haber colocado al paciente en la posición de Fowler; estando el enfermo recostado sobre almohadas que mantienen el tronco erguido, los exudados corren hacia la pelvis, y es posible que los gérmenes, recorriendo el túnel funicular, hayan llegado al testículo. Debemos hacer constar, además, que este enfermo no tenía hernia; por lo tanto, si persistía el conducto peritoneo-vaginal, su abertura era tan pequeña, que por ella no podían salir las vísceras abdominales. Esta complicación que, por lo demás, no ha tenido ninguna importancia, pone de relieve, á mi juicio, lo ventajosa que es esta posición de Fowler para aquellos enfermos que tienen exudados intraperitoneales; pues si el pus tuvo virulencia para infectar la vaginal, también podía haberla tenido para producir un absceso subfrénico, una hepatitis ó una pleuresía, si hubiera corrido hacia arriba, lo que era sumamente fácil en la posición decúbite prono, pues sabido es que la incurvación del raquis formando la ensilladura lumbar, hace que los exudados se dirijan hacia los pilares diafragmáticos.

DR. IÑIGO

UN CASO DE FIEBRE RECURRENTE AFRICANA

M. L., de veintidós años de edad, casada, sin antecedentes dignos de mención. Dió á luz en Octubre del año pasado un feto á término sin ningún incidente. Puerperio normal, según ella, aunque pude deducir que tuvo alguna fiebre de naturaleza indeterminada, posiblemente puerperal, por los datos que refiere de haber sufrido insomnio y accesos de calor en algunas noches, y el herpes labial que se observa en su rostro en período de desecación. Dejó la cama á los ocho días del parto y ya no sintió ninguna alteración en los días siguientes; volvió á su vida ordinaria, saliendo de paseo y dedicándose á las labores de su casa. No existieron, por tanto, complicaciones infecciosas en el canal genital, puesto que no puede darse gran importancia á la sospecha de su estado febril pasajero, que en todo caso hubiera sido indicio de una infección atenuadísima y fugaz; pero, en cambio, por parte de las mamas existía esa lesión del puerperio tan molesta y á veces tan rebelde al tratamiento: las grietas de los pezones. En esta situación, y desempeñando su vida habitual, fué sorprendida á los veintitrés días del parto por una serie de escalofríos con ascenso térmico de $38^{\circ},9$, y ligera cefalea sin ningún otro síntoma de invasión, y de la exploración más minuciosa sólo aprecié un infarto ó endurecimiento doloroso en la mama izquierda, sin placa de linfagitis en la zona cutánea correspondiente. El vientre, nada doloroso ni timpanizado, loquios escasos é inodoros.

Pensé en una infección mamaria, en una galactoforitis, responsable de todos los trastornos observados, y la traté con fomentos locales y antitérmicos, desapareciendo todas las molestias con bastante rapidez, y á las veinticuatro horas de comenzar los escalofríos ya no existía ni siquiera una décima de fiebre.

La enferma recobró al día siguiente su completo bienestar; se levantó, comió y siguió sin más molestias que las mamarias, pero con excelente apetito y estado general. A los siete días del acceso fué llamado por su familia para asistirle nuevamente, por sufrir otro acceso semejante al descrito: nuevos escalofríos, ligero quebrantamiento y cefalea y fiebre de $39^{\circ},4$. La exploración dió resul-

tados negativos en cuanto á alteraciones digestivas y de otros aparatos de la economía, ligera inapetencia, mientras duró el período febril hasta la apirexia, que sobrevino precisamente á las veinticuatro horas. No se apreció clínicamente hipertrofia del bazo ni del hígado. La mejoría fué rapidísima; por precaución guardó cama y dieta líquida el día siguiente al acceso, para levantarse el consecutivo con buen estado general. Continuó así con absoluta apirexia hasta siete días después, en que sufrió nuevo ataque febril con iguales caracteres que los otros, con la única particularidad que los dolores mamarios que se produjeron en el anterior no existían en éste, habiéndose reducido á ligera molestia á la presión, acentuada en la misma mama, único *loco dolenti* de esta enferma.

En treinta horas recuperó su estado normal, quedándole ligero quebrantamiento, que en dos días se disipó, hasta el punto de quedar completamente bien. Transcurridos seis días se presentó nuevo acceso con temperatura más alta que en los precedentes, pues llegó á 40°,8, y tal hipertermia produjo algún síntoma cerebral de excitación, mirada viva, subdelirio, alguna agitación y cefalea intensa. Los analgésicos y antitérmicos yugularon la fiebre y los síntomas penosos, y á las veinticuatro horas descendió la temperatura á la normal, y mejoró considerablemente. En este acceso se tomó sangre para su análisis, con los resultados que se expondrán, y se instituyó después del tratamiento racional. Siguiéron dos días de apirexia y al siguiente sufrió nuevo acceso que alcanzó 39°,8, y declinó en pocas horas. No se perturbó ninguna función, salvo las alteraciones descritas en los períodos febriles, y no sobrevino ictericia, ni anemia, ni infarto esplénico; las orinas fueron siempre abundantes y de aspecto normal. En los dos últimos accesos la mama estaba indolora aun á la presión fuerte. Pasaron diez días, y reapareció un acceso con temperatura máxima de 38°,5, que duró poco más de diez horas, y puede decirse que con él acabó la enfermedad. Han transcurrido tres meses sin que dicha enferma haya sufrido ninguna molestia febril ni de otra índole. Las grietas ha tiempo que cicatrizaron bien.

He aquí una historia clínica que al recorrerla me proporcionó muchos ratos de reflexión para lograr un diagnóstico satisfactorio. El primero fué de infección mamaria, de galactoforitis ligera, con infarto motivado por obstrucción de conductos galactóforos con exaltación de virulencia de gérmenes contenidos en lóbulos ó

acinis, ó simplemente en los mismos conductos, sin llegar á la formación de pus, que, como se sabe, es el verdadero tapón de ellos cuando se ha completado el ciclo de esa infección glandular.

La fiebre, como es natural, la hice depender de ella. No me sorprendió el segundo acceso febril ligándolo á las mismas causas, puesto que se podría muy bien pensar en persistencia de ellas, microbismo latente, etc., etc.

El tercero, por los menores dolores mamarios, más bien molestias, que le acompañaron, me produjo alguna perplejidad, y desvió mi juicio del diagnóstico anterior. Repasando en mi memoria enfermedades de tipo febril intermitente, recordé que sólo la fiebre recurrente ofrece esos períodos largos de apirexia, puesto que el paludismo no tratado no los ofrece de tantos días de duración. Aguardé la reaparición de un acceso (el cuarto) para hacer análisis de sangre, para lo cual en pleno período febril hice una picadura con la aguja de Bensaude en el pulpejo de un dedo, y encargué á mi distinguido y querido compañero el Dr. Rodríguez Amérigo, Jefe del Laboratorio del Hospital militar de esta plaza, la investigación de gérmenes en las extensiones que hice. Me comunicó el resultado, que fué: existencia en la sangre de espirilos largos, finos, de espiras algo anchas, en número de 10 ó 12, con caracteres morfológicos parecidos á los del espirilo de Obermeier, y un diplococo indeterminado. Ya tenía un germen, mejor dicho dos, que debían ser responsables de la enfermedad observada, y ya estaba en vías de resolver el problema diagnóstico. Si la marcha clínica de la enfermedad hubiera encajado mejor en el cuadro clínico de la espirilosis de Obermeier, no hubiese dudado ni un instante en calificar de fiebre recurrente la padecida por la enferma de que trato. Pero había tantas discrepancias en el síndrome, en la duración, en todo, que no quedé muy satisfecho, y proseguí mis reflexiones. ¿Pudo un diplococo indeterminado dar lugar á una septicemia de marcha tan anómala? Menos fácil todavía; yo no he visto, ni leído, que una septicemia revista esa expresión clínica, y no es lógico pensar en una galactoforitis de repetición con invasión hemática de los gérmenes, porque, como he descrito, en los últimos accesos, las molestias mamarias fueron mínimas y nulas, y no existieron ni en el primer acceso siguiente los síntomas locales objetivos propios de la inflamación: tumor, calor y rubor. Si se hubiese podido acusar al diplococo como causante de la septicemia

evidentemente, el espirilo quedaba relegado á un papel patógeno secundario; suponiéndole en simbiosis con aquella bacteria, de igual manera que ocurre en las ulceraciones bucofaríngeas de la angina de Vicent, sería algo fantástica la explicación, pero no exenta de verosimilitud; porque un espirilo saprofito puede existir en una grieta ó ulceración mamaria, aportado precisamente por la boca del niño lactante, puesto que de sobra sabemos que esos protozoarios son huéspedes de nuestra boca en todas las edades. Si el acceso al medio sanguíneo se lo había proporcionado el otro germen, ó, por mejor decir, las condiciones de la infección por el otro germen, nada nos habría de extrañar verlos juntos en las extensiones microscópicas. Pero, repito, que de ningún modo podría admitir por razones clínicas la acción patógena predominante del diplococo.

Las circunstancias especiales en que se presentó este caso; el tratarse de una enferma distinguida de mi clientela oficial, que no se prestó á la repetición de los análisis de sangre; el no haber hecho preparaciones de exudados de las grietas del pezón, y de la saliva del niño, me privaron de datos importantísimos para establecer el diagnóstico, y deducir la etiología y patogenia con fundamentos bacteriológicos, y por eso hube de seguir el camino de las deducciones clínicas para llegar á aquel fin. La marcha de la enfermedad, el ciclo febril y la existencia de espirilos en la sangre fueron coincidencias tan significativas, que imponían vivamente el diagnóstico de una fiebre recurrente, á pesar de lo cual traté de eliminar todos los factores que podía originar la duda ó la vacilación. Y uno de ellos, y no pequeño, era la rareza de esa enfermedad en esta zona; que yo sepa, no ha sido descrita hasta la fecha en Ceuta, y no sé si habrá sido observada en Melilla ó Larache; algunos médicos se han ocupado de ella en Cádiz, por haberla observado en enfermos procedentes de Larache (Dr. Camúñez, año 1913). Bien es verdad que los franceses la han estudiado en todo el Norte de Africa, incluso en Marruecos, y, por lo tanto, nada debe extrañar que se nos ofrezcan algunos casos en nuestra zona de influencia y antiguas posesiones. Me quedé, pues, con el diagnóstico de fiebre recurrente africana, y para razonarlo conviene que haga un ligero recuerdo de los caracteres clínicos del clásico tifus recurrente, y de las variedades que se admiten por muchos autores, y que bien se pueden llamar continentales. Se admiten hoy

cuatro variedades: la europea, producida por el *spirillum Obermeieri*; la africana, producida por el *spirillum Duttoni*; la americana, por el *spirillum Kovy*, y la asiática ó indiana, por el *spirillum Carteri*. Las diferencias morfológicas de esos cuatro espirilos son ligeras, y saldría de mi objeto si ahora transcribiese esos caracteres junto con los biológicos; basta saber que sólo son específicos para cada uno de esos espirilos las reacciones humorales, y sólo dentro de ciertos límites (acciones espirolíticas y aglutinantes), no creo que pueda asentarse diferencias específicas etiológicas por el insecto vector del germen, por más que por algunos se admite la chinche, la garrapata y el arga, como inoculadores de los espirilos europeo, africano y asiático, respectivamente. Dado el carácter principalmente clínico de este artículo, he de detenerme algo más en la diferencias sintomáticas, que analizadas corroboran mi diagnóstico. Y, para ello, voy á recordar brevemente el cuadro clínico del tifus recurrente, fiebre recurrente ó fiebre de hambre, que es la variedad europea, espirosis de Obermeier descrita en todos los libros.

«Comienzo brusco, sin pródromos, con escalofrío, vértigos, quebrantamiento, cefalea, raquialgia, dolores musculares y articulares, luego náuseas y vómitos, piel ardorosa, frecuencia de pulso hasta 120, y temperatura de 40° ó más. El período de estado ofrece los siguientes síntomas: hipertrofia espleno-hepática precoz y acentuada, estado saburral de la lengua, trastornos nerviosos, delirio, agitación, insomnio, fiebre alrededor de los 40°, sequedad de piel, modificaciones de la orina; faltan erupciones cutáneas; á los cinco ó seis días, aparece la crisis con sudores abundantes y poliuria, y á veces diarrea profusa; la temperatura se hace normal; vuelve el apetito, y el enfermo se cree curado. Fase de apirexia de cinco á siete días, y luego nuevo acceso parecido al primero, pero algo más corto, tres á cinco días, faltando la crisis. Este acceso puede ser el último ó ir seguido de un tercero, previo nuevo período de apirexia.»

De todo este conjunto sintomático nada puede superponerse al cuadro clínico por mí observado, y anteriormente descrito, á excepción de la marcha y ciclo febril que con alguna variante sigue con fidelidad el tipo recurrente. Claro está que resulta la semejanza y comunidad; precisamente en lo fundamental y característico de esta especie morbosa, y por ello pensé que de tal pudiera

tratarse, pero es interesante observar la discrepancia del resto sindrómico. En efecto, esas perturbaciones digestivas que desde el período de invasión adquieren relieve notable, han faltado en mi enferma; no tuvo náuseas, ni vómitos, ni lengua saburral, ni ictericia, ni infarto hepático.

El esplénico, que también se describe como constante en la fiebre recurrente, faltó también, y los fenómenos críticos de defervescencia de los periodos febriles no los observé en ninguno de ellos. La temperatura no alcanzó la altura que señalan los autores, excepto en el cuarto acceso, y los fenómenos nerviosos fueron insignificantes y sólo acompañaron á la hipertemia en este acceso. Macroscópicamente faltaron de igual modo las modificaciones urinarias.

Todo esto me hizo pensar en la variedad africana de la fiebre recurrente, á la que se considera por todos como menos maligna y mortífera que la europea, porque rara vez adquiere el carácter tifo-bilioso grave y hasta fulminante, que en algunas ocasiones presenta ésta. Y aquí el laboratorio, de perfecto acuerdo con la clínica, aunque no me afirmó la variedad neta del espirilo hallado, porque realmente no hay caracteres morfológicos bien definidos para la clasificación de las especies ó variedades, me dió un dato de la mayor importancia para el diagnóstico de espirilosis de Dutton (v. africana), cual es el escaso número de espirilos, hecho que hacen notar todos los autores que se han ocupado de estas investigaciones bacteriológicas. La etiología de mi caso es dudosa, porque no pude precisar qué ó cuál fué el vector del espirilo.

No es muy verosímil inculpar á parásitos que no existían en esa familia limpia y bien acomodada, pero sin desechar en absoluto tal idea, porque la mayor parte de las viviendas de esta población no satisfacen las exigencias del higienista, y además no es posible librarse de algunos insectos, como los mosquitos, si no es consagrando los mayores cuidados á ese fin.

Debemos considerar las molestias mamarias concomitantes con los primeros accesos como coincidencias fortuitas, sin otra relación patogénica con la enfermedad recurrente, y siempre queda un punto obscuro é inexplicado con la existencia del diplococo en la sangre, cuya intervención etiológica, nula, en este caso, creo haber discutido suficientemente.

Y voy á cerrar la historia clínica después del largo paréntesis

anterior, hablando brevemente del tratamiento, por si á alguno de los lectores les interesa. A diagnóstico de espirilosis se imponía tratamiento por el arsenobenzol, pero por circunstancias especiales hube de renunciar á esa terapéutica y recurrir á otros medios que persiguieran el mismo fin esterilizante del medio sanguíneo. Y empleé el azul de metileno, bien que con pocos entusiasmos. Como algunos autores recomiendan la quinina en la fiebre recurrente, y otros aconsejan (y á éstos sumo mi modesta opinión) usar ese medicamento sistemáticamente en países palúdicos aun tratándose de enfermedades no maláricas, la asocié á aquel cuerpo, pensando que, por lo menos y á dosis moderadas, tendría alguna acción tónica. Al comienzo, y mientras duraron mis dudas acerca de la patogenia, dispuse fricciones de colargol. Credé en la región mamaria y pectoral derechas, por si el diplococo desempeñaba alguna actividad patógena, sobre todo mientras diagnosticué galactoforitis. Nada más lejos de mi ánimo que atribuir eficacia á mi terapéutica; puesto que sabemos que la fiebre recurrente cura espontáneamente, pero me pareció racional siquiera fuese en teoría y siempre con la idea de que ocupa un lugar muy secundario con respecto á la quimioterapia que ha proporcionado realmente éxitos muy notables en la enfermedad que me ocupa, según refieren los autores.

Y termino realzando la importancia que tiene este caso como revelador de la existencia de espirilosis en el sector de Centa de nuestra zona africana, y encareciendo la conveniencia de proseguir nuestros estudios y ampliar considerablemente las investigaciones bacteriológicas para conocer exactamente la patología de esta región, por demás rica y variada, que nos ofrece, á más de las especies morbosas en nuestra Península, muchas de las tropicales, y así como hasta la fecha hemos visto casos de Kala-azar, de botón de oriente, de pían y de espirilosis, prosiguiendo y sistematizando nuestras investigaciones, llegaríamos indudablemente á catalogar casi todas las enfermedades del grupo que hemos calificado de exóticas, y que tanto dejan de serlo en esta zona.

DR. TOMÁS RALLO COLANDREA,

Médico de Sanidad Militar.

(Publicado en la Revista *Aragón Médico*.)



V A R I E D A D E S

El Inspector Zapico.

Por Real decreto de 30 del pasado Marzo ha sido nombrado Jefe de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra el Excmo. Sr. Inspector D. José Zapico Alvarez.

El Sr. Zapico, que ha prestado excelentes servicios en el Cuerpo, goza de una reputación muy merecida por su actividad, entusiasmo é ilustración, que, unidos á sus bellas condiciones de carácter, de todos conocidas, hacen altamente simpático su nombramiento para el importante cargo que acaba de conferirle el Gobierno de S. M.

Reciba el nuevo Jefe de la Sección nuestra respetuosa y cordial enhorabuena.

*
* *

La Corporación municipal de Quintanar de la Orden, en sesión de 7 del actual, acordó, por unanimidad, variar el nombre de una de las principales calles de dicho pueblo, que se denominará «Calle de Casto López Brea», como homenaje á su predilecto hijo el Excmo. Sr. Inspector Médico de primera clase, actualmente Inspector de Sanidad Militar de la segunda Región, que ostenta el expresado nombre y apellidos.

La Revista se complace en dar la enhorabuena á tan distinguido Jefe, por el justo homenaje de que ha sido objeto.

*
* *

La Prensa profesional se ocupa de un modo preferente de los trabajos científicos de nuestro compañero Sr. Durán de Cotes, acerca de la seroterapia antimelitocócica, que ha sido el primero en emplear.

*
* *

Ha fallecido en Bilbao el ilustre neurólogo D. Nicolás Achúcarro. Su corta edad no era obstáculo para que realizase trabajos

de investigación científica de verdadera trascendencia. Su capítulo de la «Rabia», escrito en la *Enciclopedia de Histología é histopatología de la corteza cerebral*, de Nissl, refleja de un modo exacto el estado actual de la cuestión, y está lleno de datos y observaciones originales hoy de todos aceptados. Su esclarecido talento le hizo acreedor á ocupar una plaza de alienista del Government Hospital for the insane de Wáshington, donde practicó profundos estudios relacionados con la especialidad. Recientemente, en 1913, dió á conocer en la Sociedad Española de Biología un método de coloración que amplía el campo de investigación histológica, y con el cual se han obtenido brillantes resultados.

El nombre de Achúcarro, no sólo pertenecía á la Medicina española, sino á la Ciencia universal; Achúcarro era además un hombre fundamentalmente bueno, y su vida nos ha sido arrebatada cuando la Humanidad podía esperar más de él.

*
* *

En las oposiciones últimamente celebradas para proveer cinco plazas vacantes de Farmacéuticos segundos del Cuerpo de Sanidad Militar, han sido nombrados para cubrirlas los Sres. D. Pedro Calvo Muñoz-Torrero, D. Daniel García Vázquez, D. Jaime Olea Herráiz, D. Joaquín Pérez Sanz y D. Vicente Navarrete Salaya.

*
* *

Ha sido designado el Catedrático de la Universidad Central D. Rafael Mollá para dirigir la expedición de los alumnos que, terminados sus estudios en el presente curso, sean pensionados para aprovechar las enseñanzas que se desprendan del estudio de los diversos hospitales instalados en Francia.

*
* *

Certamen «Higia».

Nuestro estimado colega *Higia* organiza un certamen hispanoamericano, cuyos temas y condiciones son los siguientes:

Gran premio: Tema libre.—Trabajo de investigación cuyo resultado constituya un positivo progreso para las ciencias médicas

Premios ordinarios.

- 1.º «Índice bibliográfico médico español desde 1900 á 1920, y estudio crítico del mismo.»
- 2.º «Índice bibliográfico médico de la América española desde 1900 á 1920, y estudio crítico del mismo.»
- 3.º Historia de la Medicina en América española durante los siglos xv y xvi.»
- 4.º «El emigrante español en las repúblicas hispano-americanas desde el punto de vista médico-social.»
- 5.º «Estudio antropológico de la raza española en Hispano-América.»
- 6.º «Terapéutica del cáncer. Su estudio crítico.»



PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Una pequeña epidemia de fiebre mediterránea (fiebre ondulante) de origen caprino.—Nicolle manifiesta que el papel que desempeñan las cabras lecheras en la propagación de la fiebre ondulante viene á confirmarse por el estudio epidemiológico de los casos por él estudiados, concernientes todos á la familia del propietario de una misma finca agrícola que sumaba 14 personas, las cuales ocupaban dos grupos de construcciones bastante próximas. Esta pequeña colonia aislada fué atacada, en Febrero y Marzo de 1917, de fiebre ondulante; nueve de sus miembros cayeron enfermos, con diagnóstico confirmado por la investigación del poder aglutinan-

te del suero sobre el M. Melitensis. Ningún empleado de la finca fué atacado, excepto dos obreros que habian sufrido, un mes antes, durante cuatro semanas, una fiebre indeterminada que adquirieron pos haber tomado leche de unas cabras que pastaban en las proximidades.

Todas las personas atacadas habian bebido leche cruda. Entre los seis miembros de un grupo familiar, uno solo quedô libre de la infección: un niño que se criaba con leche de vaca.

Las investigaciones efectuadas por el autor probaron la existencia de la infección en el rebaño de cabras de la explotación: entre 60 animales, hubo 50 resultados nega-

tivos, 6 sospechosos, 4 ciertamente positivos (estos últimos, así como 4 de los de resultado sospechoso, pertenecían á cabras de raza maltesa ó cruzada). Los animales reconocidos fueron sacrificados. (*Archives de l'Institut Pasteur de Temis*, Octubre 1917.)—*J. P.*

* * *

Protección metálica del corazón de los soldados.—Fildermán y Boranette:

1.º El cuerpo humano presenta un punto particularmente vulnerable, que es la región cardíaca.

2.º Esta vulnerabilidad es debida, en primer término, á la presencia del corazón, en el que la menor herida determina la muerte, y, además, á la ausencia de una protección natural eficaz de este órgano.

3.º De blindaje metálico de esta zona, no puede, en ningún caso agravar las heridas de esta región, que alcanzan siempre la más extrema gravedad.

4.º La protección toroco-abdominal-individual es una tentativa humanitaria, irrealizable en la práctica á causa del peso de los corazones.

5.º El corazón debería estar protegido, á lo menos por su cara anterior, la más vulnerable; ésta protección parcial parece tener algunas probabilidades de ser aceptada por el soldado y por el mando.

6.º Para obtener una protección parcial eficaz hasta utilizar una placa de acero cromo-niquelado, de dos milímetros de espesor y 250 gramos de peso, que tiene la forma de la región precordial y se fija al forro del chaleco ó del capote.—*Progreso Médica*, XI, 1917.—*F. P.*

La enfermedad de Addison en la guerra actual.— En la Sociedad Médica de los Hospitales de París, los doctores Félix Ramond y R. François han hecho una comunicación sobre la enfermedad de Addison, que no deja de revestir interés.

Han comenzado por hacer notar que la guerra presente, tan larga, exigiendo á los combatientes una tensión moral y física continuada de todos los órganos, provoca forzosamente la fatiga de todos ellos, sobre todo de las cápsulas suprarrenales, cuya acción tónica general es bien conocida. De ahí que se hayan registrado múltiples hechos de insuficiencia suprarrenal en el Ejército que está en guerra.

Tal fatiga de las glándulas suprarrenales podía hacer temer una localización de la infección tuberculosa en ellas y, consecutivamente, una frecuencia anormal de enfermedad de Addison. En efecto; así ha sido, puesto que los Sres. Ramond y François han podido observar en su servicio 26 casos de enfermedad addisoniana confirmada.

La naturaleza de la enfermedad fué casi siempre tuberculosa, como en tiempo de paz, y, sin embargo, se trató en general de enfermos en que la tuberculosis apenas estaba marcada.

Se han observado dos formas clínicas: la forma clásica y la forma frustrada.

La forma clásica no ofreció ninguna particularidad nueva, salvo que con bastante frecuencia se acompañaba de cierta reacción tiroidiana, de suerte que había coexistencia de enfermedad de Addison y de enfermedad de Basedow.

La forma frustrada fué la más frecuente. La pigmentación era discreta y se marcaba sobre todo en la cara. La astenia era el síntoma más acentuado.

El pronóstico se ha de formular muy grave, puesto que la mayor parte de los enfermos de los señores Ramond y François han muerto.— (*Gac. Méd. Cat.*)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Higiene y profilaxis del cuartel.—

El Dr. Bertarellé da cuenta en la *Rivista di Igiene é Sanita Publica*, de la manera como se observa la higiene en la población italiana y, por consiguiente, en el Ejército, calificando de seminegación las condiciones de limpieza en que viven, tanto los individuos como las colectividades.

En el cuartel estas condiciones resultan más defectuosas, y no se insistiría nunca bastante, á juicio del autor, sobre las ventajas de una buena instalación higiénica en los cuarteles, sin descuidar que el cuartel resulta una escuela de costumbres sociales, transportadas más tarde á la vida civil.

La más urgente reforma es la concerniente á las letrinas, urinarios y lavabos, y los gastos que éstas instalaciones sencillas y á la moderna ocasionaran se compensarían con la educación higiénica dada á todas las clases de la población que pasan obligatoriamente por los cuarteles.—(*Office International D'Hygiène Publique*, Fevrier 1918.)—*J. P.*

*
*
*

Heridas de cabeza tratadas en una ambulancia quirúrgica automóvil.— La línea de conducta para las heridas de cabeza no ha variado: toda

herida del cuello cabelludo debe ser quirúrgicamente explorada, pues la menor fisura puede ocasionar la infección meningea, á más de que las lesiones de la cara interna suelen ser, con frecuencia, más importantes que las de la cara externa.

Las meninges no serán abiertas aun cuando exista un hematoma submeningeo, para evitar la infección secundaria.

Gross y Houdard suturan la piel drenando uno de los extremos de la herida.

Si se llegan á abrir las meninges, el pronóstico es más grave. Lavado de la herida con suero caliente. En caso de persistencia del proyectil, los autores no lo extraen sino cuando es fácilmente accesible; la extracción secundaria debe preferirse para los casos difíciles.

De la estadística comparada de los resultados antes y después de la sutura primitiva, concluyen los autores que ésta favorece el pronóstico, toda vez que para las lesiones cerebrales, ejecutándola siempre que fuera posible, la mortalidad inmediata ha pasado de 56 por 100 (antes de la sutura) á 38,96 por 100.

Los autores creen asimismo que los accidentes tardios deben desaparecer en la misma proporción.— (*Bulletin de la Société Chirurgical*, Juin 1918.)—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Comunicaciones científicas del Dr. M. Menacho.

Interesante folleto que reúne los siguientes trabajos de oculística de tan competente especialista:

1. La pigmentación congénita del nervio óptico.
2. El glaucoma consecutivo en la discisión de la catarata secundaria.
3. Sobre fibras mielínicas de la retina y un caso excepcional de ellas.
4. La reabsorción espontánea de la catarata.
5. Sobre algunas anomalías congénitas vasculares del fondo ocular.
6. Movimientos asociados del párpado superior y de la masticación (fenómeno de Marcos Gunn).
7. D. Antonio de Gimbernat, Cirujano, considerado como oculista.
8. El Dr. Julián Masselon (Necrología).

Completan las precedentes descripciones numerosos fotografados.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 16 Enero....—Real orden (*D. O.* núm. 85) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Jefes y Oficiales que á continuación se relacionan: Subinspector Médico de primera clase D. José Salvat y Martí; Subinspector Médico de segunda; D. José García Montorio; Médico mayor, D. Eliseo Rodríguez Sayans; Médicos primeros D. José González Vidal, D. Cesáreo Gutiérrez Vázquez, don Tomás Larrosa Cortina y D. Adolfo Chamorro Lobo; Médico segundo D. Juan Palencia de Santiago.
- 19 » Real orden (*D. O.* núm. 86) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Oficiales que á continuación se mencionan: Médicos primeros D. Fernando Muñoz Beato, D. Vicente Vilar Martínez, D. Abilio Conejero Ruiz y D. José Cogollos Cogollos; Médicos segundos D. Francisco Camacho Cánovas y D. Joaquín Bonet Jordán.

- 19 Enero....—Real orden (*D. O.* núm. 87) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas durante los meses de Mayo, Octubre y Noviembre últimos, por los Oficiales que se relacionan: Médicos primeros D. Delfín Hernández Irigaray, D. Tomás Mancholas Prado, D. Juan Cerrada Forés, D. Fernando Muñoz Beato y D. Abilio Conejero Ruiz; Médicos segundos D. Francisco Camacho Cánovas y D. Joaquín Bonet Jordán.
- 24 » » Real orden (*D. O.* núm. 90) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Oficiales que á continuación se mencionan: Médico primero D. José Arco Lloker, y Médicos segundos D. José Bueno Sánchez y D. Jerónimo Blasco Zabay.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 91) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Jefes y Oficiales que á continuación se expresan: Médico mayor D. Juan Serrano Terradas, Médico primero D. Antonio Vallejo Nájera, Médico segundo D. Pedro González Rodríguez y Médico provisional D. Angel Llacer Muni.
- 10 Abril....—Real orden *D. O.* núm. 82) declarando con derecho á la pensión correspondiente, á D.^a Antonia Cano Torrella, viuda del Subinspector Médico de primera clase D. Estanislao Moreno de la Santa.
- 11 » » Real orden (*D. O.* núm. 82) nombrando Ayudante de campo del Inspector Médico de segunda de Sanidad Militar, D. José Zapico Alvarez, Jefe de Sección de este Ministerio, al Médico mayor D. José Huesa Bueno, destinado en la Fábrica Nacional de Artillería de Toledo.
- » » Real orden circular (*D. O.* núm. 81) disponiendo, con arreglo á lo que preceptúan los artículos 100 y 101 del Reglamento orgánico vigente para las Academias militares, y en vista de lo propuesto por sus Directores respectivos, que las prácticas generales del corriente año se verifiquen en la forma que se señala en las instrucciones anexas y con sujeción á las bases siguientes:
- 1.^a Las referidas prácticas generales serán dirigidas por los respectivos Directores de las Academias, y las parciales dependientes de ellas por los Jefes y Oficiales Profesores que aquéllos dispongan.

2.^a Los transportes por ferrocarril que se mencionan se efectuarán por cuenta del Estado, y los Jefes y Oficiales disfrutarán las gratificaciones señaladas á sus respectivos empleos cuando reglamentariamente les corresponda.

3.^a Al terminar el curso, los Directores darán detallado informe acerca de los resultados obtenidos en sus prácticas generales, remitiendo Memoria sucinta de lo realizado y nota de las variaciones que deban introducirse, para ser tenidas en cuenta en años sucesivos.

Los viajes científico-prácticos quedan en suspenso en el presente curso, estudiándose para lo sucesivo el medio de substituirlos por algún otro complemento de la enseñanza que proporcione mayores beneficios en la técnica y más rendimiento en la práctica.

Academia Médico-Militar.

a) En la primera quincena de Junio próximo, realizarán en los alrededores de Madrid las prácticas del servicio sanitario de campaña, con arreglo al plan formulado por su Junta facultativa.

b) La Academia formará una ambulancia mixta, desempeñando los alumnos todos los cargos de la misma; actuarán de Jefes de Sección, conductores, sirvientes y practicantes; ejecutarán prácticas de instrucción militar, manejo del material sanitario, recogida de heridos en el campo de batalla, estableciendo previamente los escalones sanitarios; verificarán análisis de aguas, inspección de alimentos y reconocimiento del terreno para instalación de hospitales de campaña y servicio de éstos.

12 Abril. . . .—Real orden (D. O. núm. 82) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Jefes y Oficiales Médicos de Sanidad Militar, comprendidos en la siguiente relación, que empieza con D. Felicísimo Cadenas Gutiérrez y termina con D. Miguel Boronat Aracil, por ser los más antiguos de su respectiva escala y reunir las condiciones reglamentarias para el ascenso.

De Subinspectores Médicos de segunda á Subinspectores Médicos de primera: D. Felicísimo Cadenas Gutiérrez, Director del primer grupo de Hospitales de Melilla, y D. José Fernández Salvador, Hospital de Valencia.

De Médicos mayores á Subinspectores Médicos de segunda: D. Manuel Cortés y Barran, Colegio de Carabíneros; D. Luis Fernández Jaro, Hospital de Sevilla, y D. Luis Torres é Ibarra, Hospital de Valencia.

De Médicos primeros á mayores: D. Alberto Valdés Estrada, primera Comandancia de tropas de Intendencia; D. Bonifacio Collado Jaráiz, segundo Establecimiento de Remonta, y D. Aurelio Díaz y Fernández Fontecha, tercer Regimiento de Zapadores.

De Médicos segundos á primeros: D. Vicente Lloret Peralt, tercera compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Francisco Camacho Cánovas, segundo batallón del Regimiento Infantería de Sevilla, 33; D. Félix Martínez García, Hospital militar de Madrid-Carabanchel; D. Adolfo Moreno Balbasán, segundo batallón del Regimiento Infantería de Mahón, 63; D. Domingo García Doctor, Consultorio del Zoco el Arbaa; D. Benjamín Bonet Jordán, segunda compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Ricardó Villanueva Rodríguez, Regimiento Infantería Lealtad, 30, y D. Miguel Boronat Aracil, Regimiento Infantería Vizcaya, 51.

12 Abril. . . . — Real orden (*D. O.* núm. 83) nombrando á D. Enrique Pelayo Pastrana Farmacéutico auxiliar del Ejército, por hallarse en posesión del título correspondiente, y con arreglo á lo dispuesto en la Real orden circular de 16 de Febrero último (*D. O.* núm. 39).

» » Real orden (*D. O.* núm. 83) nombrando á D. Enrique Llusia Castaño, Licenciado en Medicina y Cirugía, Médico auxiliar del Ejército, con arreglo á lo dispuesto en la Real orden circular de 16 de Febrero último (*D. O.* núm. 39).

» » Real orden (*D. O.* núm. 83) disponiendo que al Farmacéutico mayor D. Emilio Salazar Hidalgo, desde 1.º del mes actual se abone la gratificación de 1.500 pesetas anuales, con arreglo á las Reales órdenes de 1.º de Julio de 1898

(C. L. núm. 230) y 2 de igual mes de 1902, satisfaciéndose con cargo al fondo resultante por venta de medicamentos.

12 Abril. . . — Real orden (D. O. núm. 84) declarando indemnizable la comisión desempeñada por el Médico segundo de Sanidad Militar D. José Orus Hernández.

16 » Real orden (D. O. núm. 85) declarando aptos para el ascenso, cuando por antigüedad les corresponda, á los Jefes y Oficiales Médicos de Sanidad Militar comprendidos en la siguiente relación, que empieza con el Subinspector Médico de primera D. Fermín Videgain Anoz y termina con el Médico segundo D. José Buera Sánchez, por reunir las condiciones que determina el art. 6.º del Reglamento de clasificaciones de 24 de Mayo de 1891 (C. L. núm. 195).

Subinspectores Médicos de primera clase: D. Fermín Videgain Anoz, D. Tomás Aizpuro Mondéjar, D. Luis Marti Lis y D. José Pastor Ojero.

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Nicolás Fernández Victorio y Cociña, D. Victor García Iparraquirre, D. Bernardo Riera Alemani, D. Pedro Zapatero Vicente, D. Jerónimo Peralta Jiménez, D. Félix Echevarría y Uguina, D. Antonio Fernández Victorio y Cociña, D. José Barreiro de la Iglesia, D. Eduardo Coll Sellarés, D. Celestino Alemani Aznárez, D. Emilio Pérez Noguera, D. Venancio Plaza Blanco, D. José García Montorio, D. Fernando Morell Terry, D. Manuel Puig Cristián, D. Isidro García Julián, D. Francisco Fernández Victorio y Cociña, D. Francisco Alberico Almagro, D. Mariano Esteban Clavillar, D. Victorino Delgado Piris, D. Maximino Fernández Pérez, D. José González Granda y Silva, D. José Agustín y Martínez Gamboa, D. Manuel Huelva Romero, D. Enrique Plaza Iglesias, D. Juan García Fernández, D. Jesús Prieto Maté, D. José Romero Aguilar, y D. Julio Martín Fernández.

Médicos segundos: D. Ricardo Bertoloty Ramírez, D. Julián Urgel Bueno, D. José Morales Díaz, D. Luis Saura del Pan, D. Francisco Arozarena Reyes, D. Flaviano Egüren Fernández, D. José Serratosa Ballesteros,

D. César Alonso Delas, D. Ignacio Fernández de Castro y Molet, D. Jorge Bosch Díaz, D. Francisco Oliván Anadón, D. Ramiro González Sierra, D. Miguel Muro Esteban, D. César Yaque Laurel, D. Teodosio Leal Crespo, D. Octavio Sostre Cortés, D. Teófilo Rebollar Rodríguez, D. José Bañón Jiménez, D. Angel Martín Monzón, D. Miguel Benzo Cano, D. Rafael Olivares Bel, D. Florentín Mallol y de la Riva, D. Juan Herrera Irastorza, D. Enrique Blasco Salas, D. Ricardo Garellly y de la Cámara, D. Manuel Noriega Muñoz, D. José Cartelle Braje, D. Tomás Oliver Díaz, D. Ramiro Ciancas Rodríguez, D. Román Sierra Fornies, D. José Rosales Gutiérrez, D. Ramón Jiménez Muñoz, D. José Espina Rull, D. Antonio Crespo Alvarez, D. Eduardo Garcia Sánchez, D. José Duerto Serón, D. Angel Fernández Cámara, D. Ricardo de la Fuente Pardo, D. José Díaz Rodríguez, D. José Jover y Jover, D. Cecilio Hernández González, D. Miguel Sayalero y Martínez-Delgado D. Narciso Barbero Tirado, D. Fernando López Laza, D. José Frapolli Ricca, D. César Pedraza Cordón, D. Carlos de la Calleja y Harcar y D. José Buera Sánchez.

16 Abril. . . .—Real orden (*D. O.* núm. 85) concediendo al Médico primero de Sanidad Militar D. Antonio Montalvo Melero, con destino en las tropas de Aeronáutica Militar, licencia para contraer matrimonio con D.^a Luisa Gastelo Elguero.

17 » Real orden (*D. O.* núm. 87) disponiendo, en vista de un escrito dirigido á este Ministerio por el Director del Laboratorio Central de Medicamentos, en el que propone que los productos que elabora el Instituto de Higiene Militar se faciliten directamente por este Establecimiento á los Hospitales y Farmacias militares, que el suministro de referencia se verifique con arreglo á las prescripciones siguientes:

1.^a Los pedidos de los sueros y vacunas que prepara el Instituto de Higiene Militar se dirigirán directamente al Director de dicho Establecimiento, y éste á su vez los remitirá también de un modo directo á los Hospitales y Farmacias que lo hayan solicitado.

2.^a El importe de los productos despachados al público militar será abonado por las Farmacias al Laboratorio Central, el que á su vez reintegrará trimestralmente al Instituto de Higiene el importe de lo vendido. Al efecto, los Jefes de las Farmacias remitirán, en fin de cada trimestre, al Director del Laboratorio, nota de los sueros y vacunas vendidos, para que pueda efectuarse con el Instituto la correspondiente liquidación.

3.^a En las cuentas mensuales de las Farmacias militares se figurarán los productos despachados del Instituto de Higiene, en la forma que actualmente se verifique, ó sea con sujeción á lo prevenido en el art. 5.^o de la Real orden de 20 de Marzo de 1902 (*C. L.* núm. 71).

4.^a El importe del suero antidiftérico que se consuma en los Hospitales militares deberá cargarse á la estancia medicinal. Los frascos de este producto que no sean empleados dentro de los seis meses de su preparación, serán devueltos por las Farmacias al Instituto de Higiene, y el acuse de recibo de este Establecimiento servirá de justificante de descargo en las cuentas que aquéllas rindan.

5.^a Queda sin efecto la citada Real orden de 20 de Marzo de 1902 (*C. L.* núm. 71), en todo lo que no concuerde con las prescripciones anteriores.

17 Abril. . . .—Real orden (*D. O.* núm. 86) disponiendo, con el fin de alcanzar el mejor resultado en las prácticas que anualmente verifican los alumnos de la Academia Médico-Militar y la Brigada de tropas del Cuerpo, y teniendo en cuenta que la fecha de las primeras viene impuesta por la terminación del curso académico, así como que en esta época ya tendrán completa su instrucción los reclutas de nuevo ingreso, de acuerdo con el informe del Estado Mayor Central del Ejército, lo siguiente:

1.^o Las Escuelas prácticas de las tropas de Sanidad Militar de la primera Región se verificarán el próximo mes de Junio, conjuntamente con las de la Academia Médico-Militar, ajustándose para su realización al programa que oportunamente remitirá el Estado Mayor Central.

2.^o Con objeto de dar más realidad á las prácticas,

asistirán á ellas, el tiempo que se juzgue necesario, dos compañías de Infantería de esta guarnición, á fin de simular las líneas de fuego y las bajas de heridos que se hayan de retirar, asistir, clasificar, hospitalizar y evacuar procedentes de los supuestos combates.

3.º Concurrirán á dichas prácticas un Jefe ú Oficial de cada una de las Armas ó Cuerpos de Estado Mayor, Infantería, Caballería, Artillería é Ingenieros.

4.º Se autoriza al Jefe de la Brigada de tropas de Sanidad Militar para llamar á filas, en el número y por el tiempo que sea necesario, á las clases é individuos de tropa de los acogidos al capítulo XX de la vigente ley de Reclutamiento, que convenga, según el programa.

5.º Los gastos que se originen por estos ejercicios serán cargo á los créditos concedidos para las Escuelas prácticas de las distintas Armas y Cuerpos del Ejército.

- 18 Abril....—Real orden (*D. O.* núm. 88) designando para ocupar una vacante de Médico primero ayudante de profesor, en comisión, en la Academia Médico-Militar, anunciada por Real orden de 5 de Marzo próximo pasado (*D. O.* número 53), al de dicho empleo y Cuerpo, D. José Fernández Casas, que actualmente se halla en situación de excedente en esta Región, y en comisión en el Parque de Desinfección de esta Corte; debiendo continuar en la misma situación y desempeñando ambos destinos en comisión.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 88) designando para que desempeñe interinamente el cargo de Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Cuenca al Médico segundo del Cuerpo de Sanidad Militar D. José Buera Sánchez.
- 19 » Real orden (*D. O.* núm. 88) aprobando las oposiciones verificadas en cumplimiento de lo prevenido en la Real orden circular de 25 de Enero último (*D. O.* núm. 22), y con arreglo al art. 71 del Reglamento de 19 de Agosto de 1912 (*C. L.* núm. 164), y concediendo ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar, con el empleo de Farmacéutico segundo, á los cinco opositores incluidos en la siguiente relación; debiendo figurar cada uno en la escala de su clase por el orden que se enumeran, que es el que les co-

responde, según la concepción alcanzada respectivamente, y disfrutando de la efectividad de esta fecha: don Pedro Calvo Muñoz-Torrero, D. Daniel García Vázquez, D. Jaime Olea Herráiz, D. Joaquín Pérez Sanz y D. Vicente Navarreta Salaya.

19 Abril. . . .—Real orden (*D. O.* núm. 88) concediendo al Médico primero de Sanidad Militar D. Policarpo Toca Plaza, con destino en el Hospital militar de Las Palmas (Gran Canaria), y actualmente en comisión del servicio en Alemania, licencia para contraer matrimonio con D.^a Laurea Mompin Bocos.

22 » » Real orden (*D. O.* núm. 91) disponiendo que, mientras duren las circunstancias extraordinarias por que atraviesa el comercio, y á partir de la fecha de la publicación de esta Real orden, rija la siguiente tarifa para venta de los sueros y vacunas que elabora el Instituto de Higiene Militar:

PRODUCTOS	Ptas. Cts.
Pulpa vacuna antivariólica (viales para veinte vacunaciones)	7,00
Pulpa vacuna antivariólica (tubo para dos vacunaciones)	0,80
Vacuna antitífoidica (estuche individual para una inmunición)	5,00
Idem antipestosa (idem id.)	3,00
Suero antidiftérico (frasco 10 de c. c.)	2,50
Idem id. anafilérgico (frasco de 10 c. c.)	3,00
Suero antitetánico preventivo y curativo (frasco de 10 c. c.)	4,00
Idem equinonormal (frasco de 10 c. c.)	1,50
Malleina diluída (frasco de 2,5 c. c.)	0,80
Idem bruta (vial de un c. c.)	1,25

26 » » Real orden (*D. O.* núm. 94) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos de Sanidad Militar comprendidos en la siguiente relación, que empieza con D. Federico Parreño Ballesteros y termina con D. Ricardo Solá Carrió, pasen á servir los destinos ó á las situaciones que en la misma se expresan, y que los Médicos provisionales que en ella figuran perciban sus haberes con cargo al capítulo 12,

artículo 1.º, del presupuesto de este Ministerio; debiendo el personal destinado á África efectuar su incorporación con toda urgencia:

Subinspectores Médicos de primera clase: D. Federico Parreño Ballesteros, del Hospital de Granada, al de Valencia, como Director; D. José Sánchez y Sánchez, de excedente en la primera Región, al Hospital de Burgos, como Director; D. José Fernández Baquero, de excedente en la primera Región, al Hospital de Granada, como Director; D. Felicísimo Cadenas Gutiérrez, ascendido, de los Grupos de Hospitales de Melilla, al Hospital de Málaga, como Director; D. José Fernández Salvador, ascendido, del Hospital de Valencia, á situación de excedente en la tercera Región.

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Víctor García Iparraguirre, de los grupos de Hospitales de Ceuta, al primer grupo de los de Melilla, como Director; don Enrique Pedraza y de Vivanco, de excedente en la primera Región y en Comisión agregado á la Legación de España en Tánger, al primer grupo de Hospitales de Ceuta, como Director; D. José García Montorio, de la asistencia del personal de Plana mayor de la Capitania general de la octava Región y Subinspección, al Hospital de Valencia; D. César González Haedo, de excedente en la segunda Región, á la asistencia del personal de Plana mayor de la Capitania general de la octava Región y Subinspección; D. Manuel Cortés Barrau, ascendido, del Colegio de Carabineros, á situación de excedente en la primera Región, continuando en la asistencia de dicho Colegio hasta la incorporación de alguno de los Médicos destinados al mismo; D. Luis Fernández Jaro, ascendido, del Hospital de Sevilla, á situación de excedente en la segunda Región; D. Luis Torres é Ibarra, ascendido, del Hospital de Valencia, á situación de excedente en la tercera Región.

Médicos mayores: D. Francisco López Elizagaray, de excedente en la primera Región, al Colegio de Carabineros; D. Bartolomé Ramonell Miralles, de reemplazo por enfermo en Baleares, vuelto á activo por Real orden

de 18 de Diciembre de 1917 (*D. O.* núm. 286), al Hospital de Valencia; D. Justo Carmena Ruiz, de la asistencia del personal de la Escuela Superior de Guerra, á la Fábrica Nacional de Toledo; D. Lorenzo Puncel Pérez, de excedente en la primera Región, á la asistencia del personal de la Escuela Superior de Guerra; D. Amadeo Arias Rodríguez, de la Maestranza, Fábrica de Artillería y Pirotecnia militar de Sevilla, al Hospital de dicha plaza; D. Aurelio Díaz y Fernández Fontecha, ascendido, del tercer Regimiento de Zapadores Minadores, á la Maestranza, Fábrica de Artillería y Pirotecnia militar de Sevilla; D. Alberto Valdés Estrada, ascendido, de la primera Comandancia de tropas de Intendencia, á situación de excedente en la primera Región, y D. Bonifacio Collado Jeráiz, ascendido, del segundo establecimiento de remonta de Caballería, á situación de excedente en la segunda Región.

Médicos primeros: D. José Pastor Pérez, del Hospital del Peñón, al primer batallón del Regimiento Infantería de Alcántara, 58; D. Luis Hernández Marcos, del Batallón Cazadores de Las Navas, 10, al primer batallón del Regimiento Infantería de Andalucía, 52; D. Benjamín Bonet Jordán, ascendido, de la segunda Compañía de la Brigada de Tropas del Cuerpo, al primer batallón del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42, en turno forzoso; D. Adolfo Moreno Barbasán, ascendido, del Regimiento Infantería de Mahón, 63, al Batallón Cazadores de Las Navas, 10, en turno forzoso; D. Servando Barbero Saldaña, del Regimiento Infantería de Andalucía, 52, y en comisión del servicio en Alemania, á la primera Comandancia de tropas de Intendencia, continuando en la referida comisión; D. Miguel Roncal y Rico, del Regimiento Infantería de Sevilla, 33, al segundo establecimiento de remonta de Caballería; D. Alberto Conradi Rodríguez, del Consultorio del Zoco el Had, al tercer Regimiento de Zapadores Minadores; D. Sebastián Monserrat Figueras, del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42, al Hospital del Peñón, como Director; D. Francisco Camacho Cánovas, ascendido, del Regimiento Infatería de Sevilla, 33,

al Consultorio del Zoco el Had, en turno forzoso; D. Domingo García Doctor, ascendido, del Consultorio de Zoco el Arbaa, al mismo en su nuevo empleo; D. Félix Martínez García, ascendido, del Hospital de Madrid-Carabanchel, al primer batallón del Regimiento Infantería de Sevilla; D. Ricardo Villanueva Rodrigo, ascendido, del Regimiento Infantería de Lealtad, 30, al primer batallón del de Cuenca, 27; D. Felipe Rodríguez y Martínez Toledano, del Regimiento Infantería de Zaragoza, 12; al segundo batallón de Artillería de posición; D. Enrique Ayuso Balbastre, de las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Cartagena, al tercer batallón de Artillería de posición; D. Estanislao Cabanes Badosa, del Regimiento Infantería de Cuenca, 27, al cuarto batallón de Artillería de posición; D. Alfonso Gaspar y Soler, del Regimiento Infantería de América, 14, al quinto batallón de Artillería de posición; D. Rafael Gómez Lachica, de las Comandancias de Artillería é Ingenieros de El Ferrol, y en curso de Bacteriología en esta Corte, al sexto batallón de Artillería de posición, continuando en el referido curso; D. Juan Pomar Taboada, del Regimiento Infantería de Isabel la Católica, 54, al primer batallón del de Zaragoza, 12; D. Edmundo Fuentes Serrano, del Regimiento Infantería de Bailén, 24, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Cartagena; D. Blas Hidalgo Sánchez, del Regimiento Infantería de Asia, 55, al primer batallón del de América, 14; D. José Pons Serena, del Regimiento Infantería de San Quintín, 47, al primer batallón del de Asia, 55; D. Miguel Boronat Aracil, ascendido, del Regimiento Infantería de Vizcaya, 51, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de El Ferrol, y D. Vicente Lloret Peral, ascendido, de la tercera Compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, al primer batallón del Regimiento Infantería de Isabel la Católica.

Médicos segundos: D. Ángel Rincón Ferradas, de la Brigada de tropas del Cuerpo en Madrid, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Mahón, 63, en turno forzoso; D. Teodosio Leal Crespo, de la octava compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, á la misma Brigada

en Madrid; D. Teófilo Rebollar Rodríguez, del Regimiento Infantería de Garellano, 43, al Hospital de Madrid-Carabanchel; D. Ramiro González Sierra, de la Brigada de tropas del Cuerpo en Madrid, á la octava compañía de la misma Brigada, por necesidades del servicio; D. José Bañón Jiménez, de la cuarta compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, á la misma Brigada en Madrid; D. Ramón Jiménez Muñoz, del Regimiento Infantería de Córdoba, 10, á la tercera compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Fernando Fernández Berbiela, del Regimiento Infantería de Pavia, 48, á la segunda compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, en comisión y sin perder su actual destino y por necesidades del servicio; D. Manuel Noriega Muñoz, del Regimiento Infantería de Alcántara, 58, al cuarto Regimiento de Zapadores Minadores.

Médicos provisionales: D. Rafael Cerdó Martínez, del segundo batallón de Artillería de posición, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Córdoba, 10; don Joaquin Coll Forest, del quinto batallón de Artillería de posición, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Asia, 55; D. José Soler Roig, del cuarto batallón de Artillería de posición, al Regimiento Cazadores de Treviño, 26.º de Caballería; D. Jaime Marine Aymerich, del Regimiento Cazadores de Treviño, 26.º de Caballería, al al segundo batallón del de Infantería de Alcántara, 58; D. Marcelo del Río Fernández, de las Comandancias de Artillería é Ingenieros de El Ferrol, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Isabel la Católica, 54; don Félix Lázaro Tirado, del tercer batallón de Artillería de posición, al Aeródromo de Los Alcázares (Murcia); D. Ricardo Solá Carrió, del Aeródromo de Los Alcázares (Murcia), al Regimiento Dragones de Numancia, 11.º de Caballería.

26 Abril... —Real orden (D. O. núm. 95) disponiendo la vuelta á activo del Subinspector Farmacéutico de segunda clase, D. Luis Izquierdo y Rodríguez Espiera, y del Farmacéutico mayor D. Blas Alfonso Ramírez, ambos de reemplazo en la primera Región.

26 Abril...—Real orden (*D. O.* núm. 94) disponiendo que los Oficiales Farmacéuticos de Sanidad Militar comprendidos en la siguiente relación, pasen á servir los destinos que en la misma se le señalan:

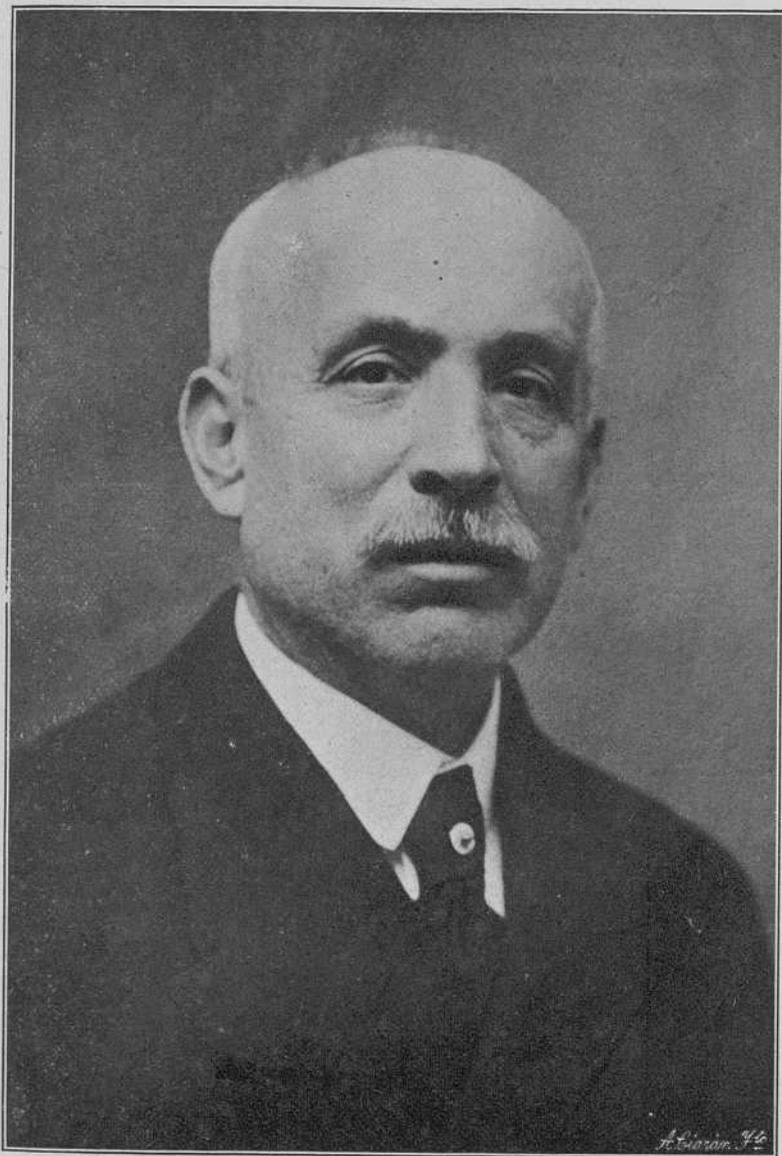
Farmacéuticos primeros: D. Nicolás Romero Jiménez, de reemplazo forzoso en la segunda Región, al Hospital de Santoña; D. Marciano Valdelomar Gijón, del Hospital de Santoña, al de Guadalajara.

Farmacéutico segundo: D. Leonardo Pérez Gutiérrez, de la Farmacia militar de Burgos, á la de Roger de Lauria, de Barcelona.

Farmacéuticos segundos de nuevo ingreso: D. Pedro Calvo Muñoz-Torrero, á la Farmacia militar de Sevilla; D. Daniel García Vázquez, á la Farmacia militar de Burgos; D. Jaime Olea Herráiz, al Hospital de Badajoz; D. Joaquín Pérez Sanz, al Hospital de Málaga; D. Vicente Navarrete Salaya, al Hospital de Mahón.

» » Real orden (*D. O.* núm. 74) disponiendo que los nuevos Oficiales Farmacéuticos, antes de incorporarse á su destino, reciban la instrucción militar y la facultativa complementaria á que se refiere el art. 74 del Reglamento de ingreso en la Sección de Farmacia del Cuerpo de Sanidad Militar y Real orden de 19 de Febrero de 1909 (*C. L.* núm. 54); mas teniendo en cuenta que subsisten las circunstancias que otras veces indujeron á reducir el periodo reglamentario de esa instrucción, se dispone que las prácticas de referencia tengan ahora dos meses de duración, que para los efectos serán los de Mayo y Junio próximos, verificándose el primer mes en la Academia Médico-Militar y en las Farmacias militares de esta Corte, y el segundo en el Laboratorio Central y en las mencionadas Farmacias, á las horas que los Directores de aquellos Centros y Jefes de las citadas dependencias determinen. La presentación en los establecimientos instructores deberá efectuarse precisamente el día 1.º de Mayo próximo.





DR. D. ANTONIO ESPINA Y CAPO
EX-MÉDICO MILITAR

