

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XI. Madrid, 1 de Noviembre de 1921.

Núm. 21.

## SUMARIO

*Consideraciones acerca de la situación actual del Cuerpo de Sanidad Militar y sistema de evitar su próxima y fatal extinción* (continuación), por **Silvano Escribano Garcia**.—*Nota clínica*, por el **Dr. M. Renedo**.—*Los traumatismos psicológicos en el campo de batalla*, por **Julio Camino**.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Tres casos de oftalmía simpática.—*Prensa militar profesional*: Las principales enfermedades del Ejército ruso (grupo central del frente) durante el período 1914-1916.—*Bibliografía*: Resumen de Técnica operatoria, por los Prosectores de la Facultad de Medicina de París.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

## Consideraciones acerca de la situación actual del Cuerpo de Sanidad Militar y sistema de evitar su próxima y fatal extinción.

### (CONTINUACIÓN)

El primer estado o cuadro nos dice el número de plazas que de cada categoría existen en cada Arma o Cuerpo, y el total de las que constituyen sus respectivas plantillas.

El segundo cuadro indica el tanto por ciento que de cada categoría corresponde en cada Arma actualmente, al total de plazas que forman cada plantilla.

El tercero nos demuestra el número de Jefes y Oficiales-Médicos que debieran constituir cada una de sus categorías, de aplicar a la plantilla de este Cuerpo, en su distribución, el mismo tanto por ciento que las distintas Armas disfrutaban.

Los datos numéricos que nos han servido para hacer este estudio han sido tomados de los presupuestos de 1920 a 21, que son los últimamente aprobados, con las modificaciones y aumentos que por Reales órdenes posteriores en cada Arma o Cuerpo se han in-

Noviembre 1921.—41

## CUADRO 1.º

**Estado numérico de las plazas que de cada categoría existen en las distintas Armas y Cuerpos del Ejército y total de las respectivas plantillas.**

	Estado Mayor	Infant. <sup>a</sup>	Caball. <sup>a</sup>	Artill. <sup>a</sup>	Ingen. <sup>a</sup>	Intend. <sup>a</sup>	Interv.	Medicina	Farme. <sup>a</sup>	Jurídico	Veterin. <sup>a</sup>
Coroneles .....	30	195	65	74	36	26	16	26	5	18	3
Tenientes coroneles....	96	495	110	170	105	92	51	70	21	25	10
Comandantes... ..	144	1.028	280	290	145	129	88	168	29	26	25
Capitanes... ..	96	2.135	470	660	321	273	71	374	60	42	109
Tenientes.....	»	1.022	673	698	307	130	11	258	57	30	185
<b>TOTAL .....</b>	<b>366</b>	<b>4.873</b>	<b>1.598</b>	<b>1.802</b>	<b>914</b>	<b>650</b>	<b>237</b>	<b>896</b>	<b>172</b>	<b>141</b>	<b>332</b>

## CUADRO 2."

**Tanto por ciento de plazas correspondientes a cada categoría en las plantillas vigentes de las distintas Armas y Cuerpos del Ejército.**

	Estado Mayor	Infant. <sup>a</sup>	Caball. <sup>a</sup>	Artill. <sup>a</sup>	Ingen. <sup>a</sup>	Intend. <sup>a</sup>	Interv.	Medicina	Farmac. <sup>a</sup>	Jurídico	Veterin. <sup>a</sup>
Coroneles .....	8,18	3,96	4,06	4,10	4,07	4,00	6,75	2,90	2,91	12,76	»
Tenientes coroneles ...	26,22	10,15	6,88	9,43	11,48	11,15	21,52	1,81	12,20	17,73	»
Comandantes... ..	39,34	21,09	17,52	16,09	15,86	19,81	37,13	18,75	16,86	18,43	»
Capitanes .....	26,22	43,81	29,41	36,62	35,01	42,03	29,95	41,74	31,88	29,78	»
Tenientes .....	»	20,97	42,11	33,74	33,47	20,00	4,61	28,79	33,13	21,27	»
<b>TOTAL.....</b>	<b>99,97</b>	<b>99,98</b>	<b>99,98</b>	<b>99,98</b>	<b>99,89</b>	<b>99,99</b>	<b>99,99</b>	<b>99,99</b>	<b>99,98</b>	<b>99,97</b>	<b>»</b>

— 683 —

## CUADRO 3.º

Estado demostrativo del número de Jefes y Oficiales Médicos que debieran constituir cada una de las categorías de sus plantillas, si se aplicara a éstas la proporción que hoy disfrutaban las Armas y Cuerpos que se enumeran.

	Jurídico.	Estado Mayor	Interv.	Artill.*	Ingens.	Caball.*	Intend.*	Farinc.*	Medicina	Infant.*	Veterin.*
Coroneles .....	114,41	73,00	60,48	36,73	35,29	36,44	35,87	26,04	26	35,47	8,09
Tenientes coroneles....	158,86	235,01	192,81	81,49	102,93	61,67	126,81	109,39	70	90,94	26,98
Comandantes.....	165,21	352,52	332,60	144,16	142,12	156,99	177,82	151,06	168	188,56	67,46
Capitanes.....	266,86	235,01	268,42	329,11	314,67	263,52	376,32	312,55	374	392,53	294,16
Tenientes .....	190,30	»	41,58	302,31	300,95	377,35	179,20	296,93	258	187,89	499,27
<b>TOTAL.....</b>	<b>695,64</b>	<b>895,54</b>	<b>895,98</b>	<b>895,80</b>	<b>895,96</b>	<b>895,97</b>	<b>896,02</b>	<b>895,97</b>	<b>896</b>	<b>895,79</b>	<b>896,06</b>

189

troducido. No se han incluido los Alféreces de ningún Cuerpo, porque algunos carecen de ellos, y otros los tienen en muy reducido número; de este modo, las bases de cálculo tienen una mayor analogía.

No hay más que hacer un estudio comparativo de los precedentes, cuadros numéricos para convencerse de las desfavorables circunstancias en que el Cuerpo de Sanidad Militar se encuentra con relación a los demás del Ejército, y de lo lógico que por ello resulta la falta de aspirantes a ingreso en una Corporación de tan precario porvenir.

Del examen detenido y meditado de todas las razones que anteceden, se desprende también, lógicamente pensando, que de continuar su actnación las circunstancias presentes, la extinción del Cuerpo de Sanidad Militar ha de ser inevitable, y ocurrirá además en el tiempo que ella dure y que podríamos denominar período de extinción del Cuerpo de Sanidad Militar, una selección al revés; es decir, que en lo sucesivo no serán los jóvenes Médicos más aventajados los que en él aspiren a ingresar, y, en cambio, algunos de los muchos buenos que en este Cuerpo se encuentran buscarán otro medio más favorable de vida en que desarrollar sus iniciativas y aspiraciones, separándose de Sanidad Militar. Se tomará quizá este Cuerpo como medio de resolver rápida y temporalmente el problema económico, situación transitoria desde donde trabajar para buscarse otros cargos más lucidos y lucrativos, no como lugar definitivo en que vivir, dedicando a Sanidad Militar sus talentos, aptitudes e ilusiones, por haber en él encontrado moral y materialmente la realización prudencial de sus esperanzas, cosa que hoy, aun para el Médico de aspiraciones más modestas, está muy lejos de que pueda realizarse.

¿No merece la solución de este trascendental problema el trabajo de pensar en él, aplicando luego el remedio que se crea más útil, factible y de más seguro éxito?

*Hagamos un examen de los distintos procedimientos más o menos prácticos que pudieran proponerse para evitar la extinción del Cuerpo de Sanidad Militar.*

¿Podría lograrse el propósito sin aumentar el presupuesto? A nosotros nos parece francamente que no. El pretenderlo sin algún aumento en los gastos, lo encontramos irrealizable, y, sin embargo, urgiendo el remedio, y considerándose difícil lograr la mejora

deseada, fuera de los límites del actual presupuesto, se ha tenido la idea, a nuestro juicio poco acertada, e inspirada exclusivamente en la economía, de suprimir Médicos en las categorías inferiores, y aplicar el importe correspondiente a sus plazas en aumentar el número de las superiores: es decir, disminuir el número total de Médicos militares, intensificando la labor que cada uno de ellos realiza, debiendo prestar los que quedaren el servicio suyo y el de los suprimidos, con lo cual, sin aumentar gastos, podría mejorarse el porvenir del Cuerpo de Sanidad.

Este procedimiento, repetimos, no es, a nuestro juicio, aceptable, pues hoy que se crean Regimientos, se fundan hospitales, cada día mejor dotados, y se aumentan servicios basados en los progresos diarios de la ciencia médica, cuya implantación exige verdaderos especialistas, al par que se amplía nuestra zona marroquí, no parece verosímil que el Cuerpo de Sanidad Militar pudiera atender a todos estos cuidados con menor número de Médicos del que hoy constituye su Cuerpo. Dos Médicos en cada Regimiento los consideramos indispensables. Pretender realizar este servicios con uno solamente, lo encontramos imposible, es decir; que creemos necesario para los actuales servicios las plantillas actuales, y si aquéllos aumentaran, claro es que habría que aumentar éstas; lo contrario nos llevaría a un fracaso seguro, por grande que fuera el esfuerzo del Cuerpo de Sanidad Militar.

*Suprimir plazas de Tenientes Médicos para con las economías resultantes aumentar algunas en las categorías superiores, creando al mismo tiempo practicantes que suplieran o substituyeran al número de Médicos suprimido, podría resolver el problema?*

Como al anterior, encontramos a este sistema irregular. Nos parece sencillamente extraordinario, mucho más ilógico que el comentado, a pesar de lo cual el propósito de hacer de este modo la reforma y mejora justamente pretendida, ha estado casi en camino de realizarse. Nos parece inverosímil este procedimiento, porque si con los sueldos economizados en las plazas de Tenientes Médicos suprimidas se había de atender a los dos extremos, aumentar plazas de categorías superiores y crear practicantes, ni el número de las primeras podría ser salvador de la crisis que el Cuerpo sufre, ni el de practicantes creados resolvería problema alguno, so pena de que se suprimiera medio Cuerpo de Sanidad.

Pero no sólo sería éste el resultado pernicioso de la reforma,

sino que, además, y esto es lo más trascendental, el servicio sanitario del Ejército habría retrocedido, puesto que el progreso verdadero se produce colocando al frente de todos los asuntos cátedras, laboratorios, etc., personas más cultas que los predecesores, exigiéndose para ello cada día mayor caudal de conocimientos, es decir, por el camino opuesto al que con este sistema de que tratamos había de seguirse, y contrarios, por lo tanto, serían los efectos que se lograrán, el retroceso en el servicio médico resultaría evidente. Crear practicantes que ayuden a los Médicos nos parece bien; pero si esta creación ha de llevar consigo la supresión de aquéllos, de ningún modo debe hacerse. No puede olvidarse el que cada profesión tiene en esta vida su misión especial que cumplir; auxiliar al Médico, cumplimentar sus órdenes, es lo peculiar de noble y honradísima profesión del practicante; jamás suplirle. Hacer esta proposición es tanto como procurar el progreso al revés.

Queda, pues, sentado, que ninguno de los dos comentados sistemas resulta serio, franco, noble y elevado, y, por lo tanto, capaz de impedir la extinción del Cuerpo de Sanidad Militar. Intentarlo por cualquiera de ellos, sería una equivocación, incurrir en una falta de previsión que sólo la buena fe podría perdonar.

SILVANO ESCRIBANO GARCÍA,  
Comandante Médico.

(Concluirá.)

---

## NOTA CLÍNICA

---

Es de observación corriente en clínica la afeción que motiva esta nota. Sin embargo, por la claridad de los casos clínicos, por su número, por haberlos podido seguir como sus antecedentes fácilmente, gracias a tratarse de enfermos de clase culta, queremos hacer algunos comentarios que hacen curioso el proceso, y de los que creemos posible sacar algunas enseñanzas.

Son tres historias clínicas que por orden de edad exponemos a continuación:

Hospital de Lariboisière.—Servicio oftálmico del Dr. Morax. D. J. C. de cincuenta años, periodista, de Madrid, ingresa en la sala Daviel, el 30 de Junio de este año, para ser operado de una catarata congénita de su ojo derecho.

A su entrada observamos O. D. córnea transparente, pupila normal reaccionando con ligera lentitud a la luz; catarata congénita de aspecto morganiiano; buena percepción luminosa.

Visión = dedos a quince centímetros.

O. I. catarata congénita complicada con seclusión pupilar, sinequias anteriores extensas.

Visión = 0. sin percepción luminosa.

Examen de orina, normal.

Vías lagrimales permeables. Ausencia de toda secreción. Examen bacteriológico de lágrimas, negativo.

El día mismo, previa inyección de morfina a las ocho, es operado a las nueve y media: Dr. Morax.

Instilación novocaína 2 por 100 ambos ojos, lavado jabonoso, ídem de los fondos de saco con solución estéril de oxicianuro de mercurio al 1 por 8.000, con una jeringa ordinaria armada de la cánula construída siguiendo las indicaciones del Dr. Morax. Inyección de 2 c. c. de la misma solución de novo, retrobulbar. Anestesia del orbicular según la técnica de Villard.

Talla de colgajo corneal y conjuntival mediano. Iridectomía. El quistitomo no logra romper la cápsula resistente. Capsulotomía parcial con la pinza de Tersou: extracción de un núcleo de mediano tamaño fácilmente; y que conserva cierta transparencia; extracción de algunas masas. Sutura conjuntival. Buena reducción de iris. Sin incidentes. En el campo pupilar masas, no insistiendo en tratar de extraerlas, porque no olvidamos que es el solo ojo de que dispone el enfermo.

Binóculo.

Día 1.º de Julio: sin reacción ni dolor.

Día 2: sigue bien; cámara anterior restablecida, algunas masas, sin reacción, atropina y monóculo.

Día 4: buen aspecto; masas abundantes, ablación del punto conjuntival.

Sigue su buen curso normal los días sucesivos, sin que se advierta disminuir las masas abundantes en tanto que la cápsula posterior se hace aparente.

El día 19 de Julio segunda intervención:

Incisión a la lanza y en las XII inmediatamente por fuera del limbo esclero-corneal, en plena esclerótica. Discisión de masas y cápsula con la pinza de Terson; extracción de aquéllas todo lo posible hasta ver aparecer una gota de vítreo. Queda buen orificio pupilar y escasas masas. Binóculo.

Día 20: cámara anterior restablecida, sin reacción ni dolor: atropina.

Día 21: buen estado. Monóculo.

El enfermo sale pocos días después dado de alta.

De intento dejamos de hablar de algo tan trascendental como el resultado en cuanto a la punción, porque hallará mejor plaza en el comentario que abarcará los tres enfermos.

Segundo enfermo:

J. C., de Madrid, de diez y seis años, hijo del anterior. Ingresa el mismo día en la misma sala.

Diagnóstico: Catarata congénita doble. Opacidades diseminadas de ambos cristalinos. Pupilas iguales. Reacción normal.

O. D. Visión = dedos a 50 centímetros.

O. I. Idem = dedos a un metro.

Orina normal; vías lagrimales permeables; examen microscópico negativo.

O. D. Operación: día 30. Dr. Morax. la misma preparación y anestesia.

Incisión a la lanza del lado temporal. Extracción de masas cristalínianas. Una gota de pilocarpina. Binóculo.

Día 1.º de Julio: buen estado; sin reacción ni dolor; masas.

Día 2: buen estado; masas abundantes; atropina.

Día 5: Operación igual en el ojo izquierdo con el mismo curso post-operatorio.

Día 12 de Julio: tercera intervención; ambos ojos.

Apertura a la lanza de la herida corneal: extracción de masas a la cureta; discisión de la cápsula posterior con la pinza de Terson. La presencia de una gota de humor vítreo señala el fin del intento de extracción de masas.

Pupilas negras; en el centro de la derecha quedan algunas masas. Pilocarpina. Apósito.

Día 13: buen estado, sin reacción ni dolor.

Día 15: cámara anterior restablecida. Atropina.

Día 17: Oftalmómetro Javal. Ambos ojos: —  $15^{\circ} + 105^{\circ} = 3,75$ .  
Con cristales esféricos de  $+ 6 D =$  un cilindro de  $+ 3,75$  a  $105^{\circ}$   
 $V =$  a  $\frac{1}{5}$  difícil.

Enfermo tercero:

A. E., de catorce años, de Madrid; hija del primero. Ingresa el mismo día en dicho servicio.

Diagnóstico: Opacidades congénitas de ambos cristalinos, más densas alrededor del núcleo.

Visión ambos ojos  $=$  dedos a un metro.

Orinas normales: vías lagrimales permeables; examen microscópico negativo.

El día 30 de Junio operación Dr. Morax.

O. I. Queratotomía a la lanza lado temporal. Quistitomía. Extracción fácil de unos dos tercios próximamente de cristalino: extracción de masas. Binóculo.

Día 1.º de Julio: buen aspecto; sin reacción ni dolor; masas; atropina.

Día 2: cámara anterior restablecida; abundantes masas. Monóculo.

Sigue en buen estado los días sucesivos y el día 5 intervención igual en su ojo derecho con el mismo curso post-operatorio.

La presencia de masas abundantes en ambos ojos y la urgencia de marcha obligan a intervenir nuevamente el día 12, abriendo la herida corneal para extracción de masas. En el ojo izquierdo se hace bastante completa con la cureta, quedando una pupila negra; su cápsula es transparente. En el derecho en que está opacificada discisión con la pinza de Terson y extracción de masas con la cureta hasta obligar a detenerse la salida de una gota de vítreo. Queda una pupila irregularmente ovalada y algunas masas. El curso post-operatorio normal.

Día 19 de Julio: Oftalmómetro Javal O. I. —  $10^{\circ} + 100^{\circ} = 3 D$ . O. D.  $+ 100^{\circ} - 10^{\circ} = 3,25 D$ .

Con cristales esféricos de  $+ 6 D =$  un cilindro de  $+ 3$  y  $+ 3,25 D$ , respectivamente, a  $100^{\circ}$   $V = \frac{1}{5}$  difícil.

Los tres enfermos pertenecen a una familia que cuenta 35 individuos, con opacidad congénita de sus cristalinos. Los dos últimos citados pertenecen a una cuarta generación; aún existe una quinta con el mismo sello hereditario: un primo hermano de éstos, con doble catarata congénita, ha tenido, después de extraídos sus

crystalinos, cinco hijos, todos ellos con cataratas congénitas dobles, que en la actualidad padecen.

Y aquí terrinaríamos la nota clínica, ya que nada que no haya sido dicho pudiéramos añadir en cuanto a etiología y patogenia de tal afección, si no creyésemos curioso el comentario médico-social que merecen las historias descritas.

Se trata de enfermos de la clase media que han decidido un esfuerzo de incomodidad para hacerse operar en el extranjero. El jefe de la familia fundamenta su decisión en una intervención desgraciada en España en uno de sus parientes afectos de la tara familiar. Aconsejados por un colega, si no español, para nosotros como si lo fuera (es hispano-americano), vinieron llenos de esperanza.

Es un signo que debemos escuchar; demuestra que al corazón del país llega la noticia de que el nivel de seguridad quirúrgica es mayor fuera de nuestra casa, y es preciso que nosotros salgamos al paso trabajando para que esto no suceda; y el trabajo no ha de consistir en negar el evidente progreso de los extraños, sino en demostrar, mediante un esfuerzo cerebral continuado, que nada encontrarán en una clínica extranjera que les dé mayor seguridad para remedio de su mal que en una nacional. Cerrar los ojos ante los hechos evidentes, no es remediarlos ni mejorarlos, y una y otra cosa debemos hacer en interés de la patria y en el de los enfermos que, convencidos de las garantías que les ofrezcamos, vendrán a nosotros.

Hacemos el anterior comentario, que quizás parezca duro, pero no por ello es menos cierto; pruebas evidentes pondremos a la disposición de los lectores en un trabajo sobre autoplastias orbitopalpebrales que preparamos.

Dicho esto, y como ni en uno ni otro sentido nos duelen prendas, hacemos las siguientes preguntas: ¿Han debido venir hasta aquí para hacerse operar dichos enfermos? ¿El resultado obtenido puede dejarles satisfechos?

Con agrado esta vez contestamos a la primera pregunta negativamente; circunscribiéndonos a los aludidos casos, estamos convencidos que muchos de nuestros compañeros españoles habrían intervenido con tanta habilidad; el que un familiar haya sufrido un fracaso, no dice nada en contra de la probable buena intervención, pues el enfermo que así me hablaba no sabía cuán frecuen-

temente estas cataratas son complicadas con sinequias anteriores o posteriores, secuela de iritis o iridociclitis intrauterinas, con lesiones de fondo que hacen fracasar la operación mejor ejecutada. Esta explicación, y un leal consejo de quien les ha dirigido aquí, hubiera beneficiado a los enfermos. El primero mismo decimos que en su ojo izquierdo presenta una catarata complicada, ¡tan complicada que no existe percepción luminosa!; es lógico suponer que su consanguíneo estuviere afecto de una serie de complicaciones, si no tan extensas, si lo suficientes para explicar el fracaso operatorio. No negamos que haya sido otra la causa de la pérdida de su ojo; pero convengamos en que es la más lógica la por nosotros expuesta.

Y nos aferramos más a esta idea cuando vemos llegar a estos enfermos llenos de un optimismo tan exagerado, que nosotros no compartimos en tal grado respecto al resultado de su operación, prueba de ausencia de los consejos que nosotros hubiéramos dado anticipadamente para que la verdad quedase en su punto; optimismo que se verá defraudado con el tiempo solamente, ya que tan arraigado está en ellos que las mismas explicaciones que nosotros les dimos (con la simpatía con que se hacen estas cosas por un compatriota en un país extraño) no fueron capaces a entibiarle.

El resultado de la intervención, como a veces sucede, no me parece bueno; las operaciones habilísimamente practicadas, bueno el curso post-operatorio; pero, ¿y la función?; digamos que en el primer enfermo su agudeza visual es igual a la que tenía sin operar, ¡después del riesgo indudable corrido!, queremos esperar que alguna reabsorción de masas la hará mejorar algo, muy poco de todos modos, pues no podemos olvidar su ojo izquierdo ni la edad del enfermo, poco a propósito, ni para la buena reabsorción, ni menos para hacer mejorar su ambliopia exanopsia.

Los otros dos enfermos han ganado muy poca cosa como agudeza visual, si bien creemos que no es momento aun de poder fijar exacto juicio.

Del hospital salieron los tres con sus sendas recetas de cristales; no creemos tampoco que así debió hacerse, pues negamos el buen resultado que pueda esperarse de unos cristales ordenados una semana después de intervenciones de tal naturaleza. Dentro de unos meses quizás sea llegada la hora de ocuparse de ese asunto.

Con verdadera nostalgia hemos recordado la buena escuela óptica de España, y con todo interés hemos aconsejado al enfermo haga caso omiso de sus fórmulas de refracción, y pasado un mes se haga examinar por algún colega de la Corte. El enfermo me parece no ha quedado convencido de la bondad de mi consejo; sin duda piensa que mi amor propio de médico español me ofuscase un tanto. No sabe el enfermo con qué vivo interés presenciábamos su examen de refracción, y el de sus hijos, pensando que ningún oftalmólogo español lo haría en esos momentos, y que al hacerlo en momento oportuno, sería siguiendo el orden y buen método de nuestra escuela. ¡Es una compensación al sentimiento que nos haya producido el ver otras ramas de la oftalmología mejor orientadas que en nuestra patria, quizás por falta de entusiasmo, quizás por pereza, ya que la materia prima no nos falta.

Terminamos esta nota recordando la frase de un maestro español de la oftalmología: «hay que operar con la cabeza más que con las manos»; de haber así obrado, al menos se habría ahorrado a estos enfermos un viaje que creemos inútil, y un desencanto al apreciar la diferencia entre la realidad y lo por ellos soñado; sueño que sus consejos científicos debieron reducir a las debidas y justas proporciones.

DR. M. RENEDE,  
Capitán Médico.

---

## Los traumatismos psicológicos en el campo de batalla

---

Nuestra actual campaña marroquí, pródiga en episodios enervantes y terroríficos, sobre todo en sus tristes comienzos, me impulsa a tomar la pluma para hacer algunos comentarios, aunque éstos sólo sean de carácter general, sobre ese conjunto de agresiones invisibles que en el campo de batalla experimenta, más frecuentemente de lo que parece, el psiquismo, espíritu, conciencia o Yo del soldado.

Ciertamente que durante una acción de guerra suelen ser los traumatismos físicos (heridas, contusiones, fracturas, quemaduras,

etcétera) los primeros en llamar la atención del soldado y del médico militar encargado de su asistencia; así es, y así necesariamente tiene que suceder, no sólo por la frecuencia con que se producen, sino también por la aparatosidad con que se hacen ostensibles (hemorragia, pérdida de substancia anatómica, conmociones orgánicas, alteraciones funcionales, etc.).

Mas esto no es razón para que se eche en el olvido durante el combate, y no se le conceda la importancia debida a ese otro grupo de traumatismos que, sin haber producido la menor *erosión* en la integridad anatómica, sin embargo, han penetrado silenciosa y solapadamente hasta el corazón de la conciencia del soldado.

Y conste que no me refiero aquí a aquellos *traumatismos psicóquicos* en los que el dinamismo psiconervioso se alteró, porque antes se produjeron alteraciones anatómicas más o menos apreciables en la íntima estructura del tejido *cerebro-medular*, sin haber sido interesados en lo más mínimo los tejidos tegumentarios; me refiero a los efectos traumáticos y conmocionales que el sistema nervioso puede experimentar con motivo de las fuertes explosiones gasíferas (bombas de mano, granadas, estampido de obús, etc.).

Es a los *traumatismos esencialmente psicológicos* a los que me refiero; esto es, aquellos que van directamente a herir la conciencia, despreciando la masa orgánica que integra el cuerpo.

Y así como los traumatismos físicos de guerra tienen sus agentes propios (proyectiles, bayonetas, gúntas, metralleta, etc.), también los traumatismos esencialmente psicológicos se producen en virtud de agentes traumáticos especiales y sui géneris.

Son éstos principalmente la emoción, la sugestión, la imitación y el contagio psico-morbosos; todos ellos pululan, envuelven y acechan (quizá tanto como las balas en lo físico) al espíritu del combatiente.

Por no tenerlos en cuenta, no sólo se han perdido muchas batallas, sino que ellos por sí solos pueden bastarse para producir un número considerable de bajas, que más tarde han de ir a poblar las *clínicas psiquiátricas* de los hospitales de campaña.

En la gran guerra europea quedaron confirmados estos hechos hasta la evidencia.

Claro está que la acción patógena de estos agentes psicotraumáticos será tanto mayor y más funesta cuando el combatiente sobre quien recaiga sea un sujeto que por taras hereditarias o ad-

quiridas se halle en posesión de un coeficiente mayor o menor de degeneración mental.

Nadie ignora ya cuán fabuloso es dentro de la sociedad presente el número de los degenerados mentales; a ello contribuyen, y no poco, aparte de la herencia mórbida, la incultura, los vicios y las pasiones (alcoholismo, juego, prostitución, etc.).

Pero sigamos con nuestro tema y expliquemos, aunque no sea más que de un modo general, algo del intrincado mecanismo patológico, en virtud del cual se producen los llamados *traumatismos psicológicos* en el campo de batalla.

Para ello, necesario es que estudiemos, siquiera esquemáticamente, los diversos procesos que integran la vida psíquica del organismo humano. La conciencia del individuo, como todo el mundo sabe, es la resultante de dos procesos psicológicos: uno *cognoscitivo* y otro *ejecutivo*; a su vez, cada uno de estos dos procesos está integrado por dos clases de *psiquismo*: uno llamado *psiquismo superior*, y otro *psiquismo inferior*.

El psiquismo superior del proceso cognoscitivo lo constituye la *inteligencia*, y el inferior lo integran: la *memoria sensitiva*, la *imaginación*, la *percepción sensible* y la *sensación*.

El psiquismo superior del proceso ejecutivo lo constituye la *voluntad*, y el inferior, la *afección* o *sentimentalidad*.

Ahora bien; para que este conjunto de factores psicológicos den lugar a la unidad de conciencia, es preciso que funcionen con arreglo a las leyes psicológicas naturales que regulan y dirigen el funcionamiento de nuestra vida consciente.

Estas leyes son seis: tres llamadas de irradiación psíquica y tres de proyección.

Las primeras regulan la reciproca unión entre las diversas actitudes psíquicas, y son: 1.ª, ley de afinidad cosmológica; 2.ª, ley de correlación funcional, y 3.ª, ley de solidaridad funcional; las segundas gobiernan la íntima trabazón entre el acto y la idea, y son: 1.ª, ley de congruencia; 2.ª, ley inversa, y 3.ª ley sentimental.

En virtud de estas seis leyes se rige y gobierna el intrincado mecanismo psicológico de nuestra *unidad psíquica*, y todos los fenómenos *psico-funcionales*, de proximidad entre ambos psiquismos; los de excitación e inhibición recíprocas; los de asociación y fusión, y los de transformación de la *idea* en *acto*, y del acto revi-

viendo la *idea* respectiva: así como la regularización de las ideas y los actos por el sentimiento, se hallan fatalmente subordinados a este conjunto de leyes.

Todo lo que tienda o coadyuve a la violación de esta leyes, será causa de un *desequilibrio mental* más o menos ostensible; *desequilibrio* que se manifestará, ora en el *conocimiento*, ora en las *determinaciones* u ora en ambas cosas a la vez según que la *causa psicopática* haya herido, ya aisladamente o ya en conjunto, las *esferas cognoscitiva y ejecutiva*.

Y en todos los casos la resultante será alterar las relaciones normales entre nuestro *Yo* y el mundo externo, originándose de este modo estados de alienación mental, totales o parciales, y más o menos intensos y duraderos.

En ningún sitio como en el campo de batalla pueden encontrarse mejor y con mayor prodigalidad los agentes psicocotraumáticos y desgarradores de la unidad de *conciencia*.

Esas emociones bruscas escalofriantes y rudamente agresoras de nuestra personalidad ante la amenaza o como resultado de una agresión durante un momento peligroso del combate, y esas otras experimentadas también en acción de guerra, como la expectación de escenas terroríficas (incendios, devastaciones, degüellos, muertes instantáneas próximas (a veces las del pariente o amigos queridos) acúmulo de heridos y cadáveres, etc.), ¿qué son ni qué significan sino proyectiles psicológicos que van directa e invisiblemente a herir y desgarrar los lazos más sagrados e íntimos de nuestro propio *Yo*?

Pero, aparte de las emociones, no debe ser tampoco echado en olvido el agente psicotraumático llamado *sugestión*; también éste fluctúa abundantemente en la atmósfera de los campos de batalla; y cuando una sugestión perversa o engañosa penetra en la conciencia del soldado, tiende a dislacerar y disociar sus dos psiquismos, convirtiéndole en un perfecto autómatas y esclavo de las sugerencias a él arribadas.

Las funestas sugerencias sugeridas como resultado de los fogonazos y el ruido atronador de los disparos; de las dificultades estratégicas, de la superioridad numérica del enemigo, de las escenas peligrosas y sangrientas, de las dudas y vacilaciones del que manda, etc., son siempre a cual más perjudiciales y atentatorias a la *conciencia* del soldado y a la de la colectividad a que perte-

nece, tanto más si se tiene en cuenta que las sugerencias terroríficas y de desaliento, lo mismo que las emociones; tienden a acrecentarse fabulosamente, en virtud de esos otros agentes patogénicos ya más secundarios, llamados *mimetismo* y *contagio psíquico*, y que tan frecuentes son también en los campos de combate.

El hecho cierto de todo esto es que toda esta clase de agentes psicotraumáticos (emoción, sugestión, imitación y contagio psíquico-morbosos) tienden a romper y hacer saltar el equilibrio y tono funcional que da vida a nuestra personalidad consciente.

Y si además tenemos en cuenta que las actividades del psiquismo superior sólo se desarrollan a expensas del previo funcionalismo sensible del inferior (que es el más cercano al mundo externo), comprenderemos que cuando las impresiones y sensaciones arribadas a éste sean de carácter violento, imprevisto, terrorífico, nocivo, engañoso, etc., se originen graves alteraciones en la memoria, en la imaginación y en los sentimientos; trastornos que no tardarán en conducir al sujeto a las más serias perturbaciones de la inteligencia y a las más desatinadas determinaciones por parte de la voluntad.

A causa de estas *heridas psicológicas*, acaecidas, sobre todo, en las grandes y empeñadas acciones de guerra, es por lo que muchos combatientes pierden la memoria, la palabra y los sentidos del oído y de la vista, caen en estados automáticos y cataleptoideos, se apodera de ellos el pánico y miedo insuperables, experimentan temblores invencibles y parálisis musculares psíquicas, y son víctimas frecuentes de la llamada *psiconeurosis emocional de la guerra*, etc.

Estados de inhibición psíquica, en una palabra, a los que corrientemente sucede una reacción atáxica o inconsciente que casi siempre impulsa al sujeto, o a todo un *Cuerpo de Ejército*, a la fuga o a la sumisión frente al enemigo.

Sólo así se comprende el por qué en la gran guerra europea fueron hechos prisioneros *Cuerpos enteros de ejército* por un enemigo de ostensible inferioridad numérica y hasta estratégica.

Véase, pues, cómo un agente traumático *psicomorbo*, que comienza por anidar en unos cuantos combatientes, puede causar no sólo más bajas que los propios armamentos, sino también convertirse en un momento dado (por sugestión, imitación y conta-

gio) en la chispa propagadora que conduzca a todo un ejército hacia el voraz incendio de la derrota.

Y en esos trágicos momentos de *psicomorbiología castrense* es cuando se necesita y urge un verdadero *alienista* de la colectividad; pocas veces surge, pero cuando así ocurre y triunfa, hay que admirar en él, más que su temerario arrojo, sus excelentes cualidades de inteligencia, sensatez, serenidad, cálculo y de recio y honorable espíritu profesional y personal, cualidades, en una palabra, de enorme *psicólogo* de las multitudes, que supo en el momento más peligroso del combate levantar el decaído espíritu de sus soldados, conduciéndolos a la *victoria*, mediante el ejemplo de su valeroso arrojo y la contrasugestión verbal lanzada a la conciencia de sus huestes con sus patrióticas y vigorosas arengas.

JULIO CAMINO,

Capitán Médico; Miembro titular de la Société de Psychologie, d'Hypnologie et de Psychothérapie de Paris; Jefe de la Clínica de Psico-neurología del Cuarto Dispensario de la Cruz Roja de esta Corte, etc.

Madrid, Octubre de 1921.

---

## VARIEDADES

---

Por invitación del Catedrático de Zaragoza, Dr. Lozano, el eminente Cirujano alemán Dr. Sauerbrüch pronunció en esta Corte una interesante conferencia con el título de «La mano artificial», en la cual, y a la vista de un mutilado de la guerra que portaba la pieza protésica, hizo patente su prodigiosa habilidad y competencia quirúrgica y ortopédica, puesta al servicio de varios millares de mutilados.

\*  
\* \*

El Tribunal Supremo de Guerra y Marina ha informado favorablemente el expediente de juicio contradictorio para la concesión de la Cruz laureada de San Fernando al Capitán Médico Sr. Rulgómez, de cuyo heroico comportamiento dimos cuenta oportunamente en esta Revista.

\*  
\* \*

El Jefe de Sanidad de Melilla, Coronel Médico D. Francisco Triviño, publicó el 5 del pasado la siguiente orden de dicha Jefatura, en justo elogio de nuestro compañero el Capitán Médico D. Salustiano Más, de quien nos ocupamos en el número anterior.

*Orden de la Jefatura del día 5 de Octubre de 1921.*

Artículo único. Habiendo llegado a noticias de esta Jefatura el brillante comportamiento del Capitán Médico D. Salustiano Más Cleries, en el combate del día 2 del corriente librado en Tizza, que en unión del Capitán de Intendencia Sr. Aranguren, fueron los primeros individuos del convoy que después del Excmo. Sr. Comandante general entraron en la referida posición, bajo el intenso fuego enemigo que hirió a ambos, me complazco en hacer público este acto para conocimiento y satisfacción del Cuerpo de Sanidad.

\*  
\*\*

En la reconquista de la Alcazaba de Zeluán han sido identificados los cadáveres del Teniente Médico Sr. Gamonal y Farmacéutico segundo Sr. Miranda, que alcanzaron gloriosa y traidora muerte al capitular aquella plaza.

Posteriormente han aparecido en Monte Arruit los del Capitán Médico Sr. Rebollar y Teniente Médico Sr. Videgain que, entregaron su vida en idénticas condiciones de barbarie por parte del enemigo.

\*  
\*\*

Se halla muy mejorado de la afección que le retuvo en cama durante bastantes días, el Teniente coronel Médico D. José Valde-rama. Mucho lo celebramos.

\*  
\*\*

El día 21 del corriente tuvo lugar en Melilla la triste ceremonia de dar sepultura en el Cementerio de aquella Plaza a los restos hallados en Zeluán del Teniente Médico Sr. González Gamonal.

El féretro iba envuelto en la bandera nacional, y presidió el duelo el Coronel Jefe de Sanidad Militar de dicho territorio, don Francisco Triviño.

\*  
\*\*

Ha llegado de Valladolid, en cuyos talleres ha sido preparado en perfectas condiciones de instalación, el tren-hospital que quedará como reserva de este material en Madrid, habiendo sido destinados al mismo, en comisión, el Comandante Médico D. Eulogio del Valle y el Capitán Médico Sr. Gallardo.

\*  
\* \*

Llegó a esta Corte, el 21 del pasado, un tren-hospital, procedente de Málaga, habiendo sido trasladadas las bajas rápidamente a los Hospitales de Carabanchel y de Santa Adela.

\*  
\* \*

Ha permanecido varios días en esta Corte, para asuntos relacionados con su cometido, el Comandante Médico D. Mariano Gómez Ulla, Cirujano Consultor y Director del Servicio de evacuación.

También ha llegado el Jefe de la Comisión de Higiene de Melilla, Sr. Fernández Martos.

\*  
\* \*

Llamados por el Sr. Ministro, y para tratar de la organización de nuestro Cuerpo, han estado varios días entre nosotros los excellentísimos Sres. Inspectores de Sanidad Militar de las distintas Regiones de la Península.

\*  
\* \*

En Valencia han sido objeto de un cariñoso y merecido homenaje por sus coterráneos, los Capitanes Médicos Sres. Más y Vázquez Bernabeu, de cuyo comportamiento en campaña tienen ya noticia nuestros lectores.

\*  
\* \*

En una carta publicada por la Prensa diaria acerca de la situación de nuestros prisioneros en el poblado de Axdir, uno de éstos refiere un extenso e interesante relato, que termina con las siguientes frases:

«El Médico Serrano ejerce de médico, de practicante y de enfermero, todo a la vez, y en el cuidado y en el consuelo a los enfermos, es un hermano.»

¡Digna coronación a los abnegados esfuerzos realizados por nuestros compañeros de África!

\*  
\* \*

Ha sido nombrado, en comisión, Inspector de los servicios sanitarios de Africa y de sus derivaciones de la Península, el excelentísimo Sr. Inspector Médico de primera clase D. Federico Urquidi.

Dadas las condiciones personales del general Urquidi y su gran conocimiento y entusiasmo por los servicios del Cuerpo, es de esperar que su gestión sea muy beneficiosa para la colectividad y, por consiguiente, para el Ejército.

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

### Tres casos de oftalmía simpática.

PROF. WESSELY. — a) Soldado de veintidós años. En Abril de 1917, herida grave del ojo derecho por explosión de granada: el ojo izquierdo estaba sano todavía. El ojo enfermo fué enucleado en otra clínica universitaria. Catorce días después, presentación de una oftalmía simpática en el ojo izquierdo, que fué tratada, en una ambulancia, por fricciones mercuriales. Al llegar a la clínica, iritis plástica extremadamente grave y aumento máximo de presión intraocular. Iridectomía, inyecciones repetidas de electrargol. Hoy, V = dedos, muy cerca del ojo.

b) Niño de siete años. Herida del ojo izquierdo por una pedrada, en Abril de 1917; tratamiento en su domicilio. En Junio se presentó la inflamación simpática en el ojo derecho, y se procedió a la enucleación del ojo herido. Ingresa en la clínica con una iritis plástica. Oclusión pupilar y glaucoma secundario, iridectomía, fricciones. Actualmente V = 1/20.

c) Mujer de cuarenta y ocho

años, herida en el ojo derecho, en Septiembre de 1916, por una cornada de vaca; exenteración del bulbo practicada dos días después por un oculista de su pueblo. En Febrero de 1917 entró en la clínica con una iridociclitis simpática izquierda. Enucleación del muñón de exenteración. La preparación pone en evidencia restos de retina y de úvea, encontrándose en ésta numerosos focos de infección característicos de la inflamación simpática, con linfocitos, células gigantes y epiteloides. Tratamiento local, fricciones V = 0,9 actualmente.

Estos casos demuestran que aun después de dos semanas de la enucleación de un ojo herido, puede presentarse y desarrollarse en el congénere sano una oftalmía simpática gravísima, y que, cuando ha sido insuficiente la exenteración del bulbo, aun con una herida muy ampifa, existe el peligro de la oftalmía simpática. En fin, las inyecciones de colargol no producen los tan deseados e infalibles efectos que se les atribuyen. El haber sido tan raros durante esta guerra los

accidentes simpáticos, se debe, sin duda, a la práctica generalizada de la enucleación preventiva. Esto explica también la razón por qué

una mitad de los casos de oftalmía registrados no han aparecido hasta después de una enucleación.— (*Archivos de Oftalmología.*)

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Las principales enfermedades del Ejército ruso (grupo central del frente) durante el período 1914-1916. En un extenso trabajo de Constantino Kreeyskowski, coronel médico jefe del Servicio de Higiene, a las inmediatas órdenes del general en

jefe del antiguo Ejército ruso, se resumen los datos estadísticos oficiales de la morbilidad máxima y mínima por cada enfermedad y por mil hombres del efectivo total, que oscilaba entre 1.200.000 y 2.000.000 de soldados de la manera siguiente:

	Mínimo.	Máximo.
Cólera.....	0 (1916)	1,5 (1915)
Disenteria.....	0,51,0 (1916)	6,5 (1916)
Enteritis.....	1,0 (1916)	9,0 (1915)
Fiebre tifoidea.....	0,2 (1916)	2,3 (1915)
Tifus exantemático.....	0,05 (1914)	0,4 (1916)
Fiebre recurrente.....	0 (1914)	2,6 (1916)
Escorbuto.....	0 (1914)	8,0 (1916)

Se deduce de este cuadro que los porcentajes más elevados son los ocasionados en 1916, tercer año de la guerra.

El autor atribuye esta consecuencia a que las causas dominantes del desarrollo de las epidemias residen

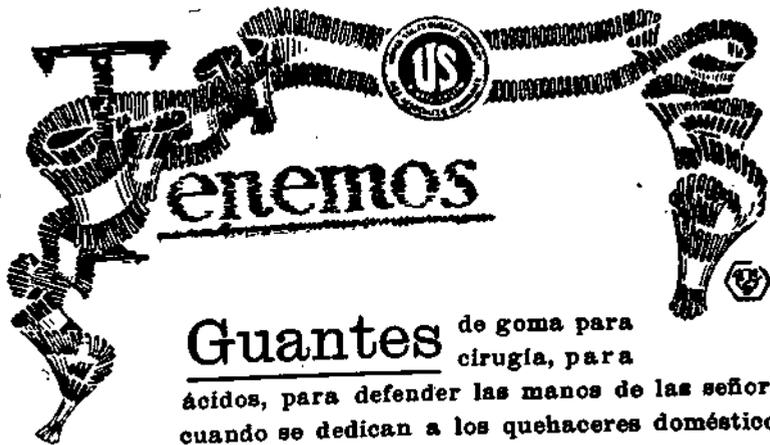
en la fatiga física, que debilitan la resistencia orgánica de las tropas, haciéndolas de este modo más sensibles a las enfermedades.— (*Office International d'Hygiene publique, Août 1921.— J. P.*)

## BIBLIOGRAFÍA

Resumen de técnica operatoria, por los Prosectores de la Facultad de Medicina de París.

*Cirugía del aparato urinario y del aparato genital del hombre,* por Pierre Duval.

El IV tomo de tan valiosa colección contiene el siguiente e interesante sumario:



**enemos**

**Guantes** de goma para cirugía, para ácidos, para defender las manos de las señoras cuando se dedican a los quehaceres domésticos.



**Botellas** para agua caliente.



**Irrigadores** cánulas, sondas y demás artículos de goma y ebonita :::::::::::



**Ebonita** en barras y planchas



**Alfombras** tapices, limpia-barros y mosaicos de goma en varios colores y dibujos.

**United States Rubber C<sup>o</sup> Ltd.**

*antes*  
**India Rubber Products C<sup>o</sup> Ltd**

Madrid: Castelló, 9  
Bilbao: Gran Vía, 31

Barcelona: Rambla de Cataluña 123  
Sevilla: Julio César 3 y 5



# INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA

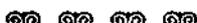
IBYS

MADRID.—BRAVO MURILLO, 45

Director: Dr. J. Durán de Cottés

## ADRENOSERUM

De gran eficacia en ASTENIAS - HEMORRAGIAS - ANEMIAS - INFECCIONES Y ESTADOS GRIPALES



### Sueros IBYS

ADRENOSERUM. — Antidiftérico. — Normal equino. — Antiestreptocócico polivalente. — Antiestreptocócico puerperal. — Antimaltense caprino. — Antimaltense equino. — Antineumocócico. — Antimeningocócico. — Antitiroideo. — ANTITIRO-OVARINA (asociación de sueroantitiroideo y ovarina). — NEFROSERUM (de vena renal de cabra).

## = AGRIPTOL =

::: Vacuna preventiva y curativa de la GRIPE :::



### Vacunas IBYS

Tífica preventiva. — Tífica curativa. — Tifo-paratífica (T. A. B.) preventiva. — Paratífica polivalente. — Estafilocócica. — Estreptocócica. — Anti-acné. — Maltense. ANTIGONOS (Gonocócica). — AGRIPTOL (Antigripal) curativa y preventiva.

## ARSIFERROVARINA

En las CLOROSIS - ANEMIAS - HIPOOVARISMO, etc.



### Opoterapia IBYS

Tiroidina. — Ovarina. — Turmina. — Epirrenina. — Nefrina. — Hepatina. — Hipofisina. EUGASTROL. — Pancreoenterina. — Tiro-ovarina. BELLADOVARINA. — ARSIFERROVARINA. PARACALCINA. — GLUCOSERUM. — PROSTATINA.

PÍDANSE MUESTRAS Y LITERATURA

Apartado de Correos 897. Dirección telegráfica y telefónica: IBYS Madrid.

TELÉFONO 17-41 J.



- Médico D. César Yaque Laurel pase a prestar sus servicios a la quinta bandera del Tercio de Extranjeros.
- 18 Octubre...—Real orden (*D. O.* núm. 233) disponiendo que el Comandante Médico D. Cosme Valdovinos García preste sus servicios en comisión, sin causar baja en su destino de plantilla, en los Hospitales de evacuación de la plaza de Málaga, y que los Capitanes Médicos D. Antonio Nafria Maqueda y D. Gonzalo López Rodrigo pasen, asimismo, en comisión para el mismo servicio, a la indicada plaza.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 233) disponiendo que el Comandante Médico D. Luis Fernández Valderrama pase a situación de reserva por haber cumplido la edad reglamentaria.
- 20 » Real orden (*D. O.* núm. 235) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos que a continuación se indican pasen a servir, en comisión, sin ser baja en sus destinos de plantilla, los que se citan:

*Coroneles:* D. Manuel Puig Cristián, Director del Hospital militar de Barcelona, al primer grupo de Hospitales de Melilla, con igual cargo; D. Isidro García Julián, Director del Hospital militar de Vitoria, al segundo grupo de Hospitales de Melilla, con igual cargo; D. Francisco Fernández Victorio y Cocifa, de este Ministerio, al Hospital militar de Tetuán, como Director; D. Francisco Alberico Almagro, primer Jefe de la sexta Comandancia de tropas de Sanidad Militar, al tercer grupo de Hospitales de Melilla, como Director; D. Mariano Esteban Clavillar, Director del Hospital militar de Pamplona, al Hospital militar de Larache, con igual cargo.

*Tenientes coroneles:* D. Virgilio Hernando Quecedo, disponible en la primera Región, y en comisión. Jefe de los servicios de evacuación de enfermos y heridos, al Hospital militar de Xauen; D. Miguel Manero Yanguas, del Hospital militar de San Sebastián, al Hospital militar de Arcila; D. Francisco García Barsala, del Hospital militar de Zaragoza, al Hospital militar de Larache; D. Amador Hernández Alonso, disponible en

la segunda Región, y en comisión en la base naval de Cádiz, al Hospital militar de Alcázarquivir.

*A los grupos de Hospitales de Melilla.*

*Comandantes:* Alberto Fumagallo Medina, del Centro Electrotécnico y de Comunicaciones; D. César Sobastián González, del Hospital militar de Granada; D. Gaspar Araujo Luces, de disponible en la octava Región, y en comisión en el Hospital militar de Lérida; D. Ildefonso Escalera Gómez, del Hospital militar de Barcelona; D. Jesús Bravo Ferrer Fernández, del Hospital militar de Sevilla; D. Olegario de la Cruz Repila, del Taller de precisión, Laboratorio y Centro Electrotécnico de Artillería; D. Luis Huertas Burgos, del Hospital militar de Córdoba; D. Alberto del Río Rico, de asistencia a la Escolta Real; D. Aurelio Díaz Fernández Fontecha, del Hospital militar de Sevilla; D. Pedro Farreras Sampere, del Hospital militar de Gerona, y D. Adolfo Chamorro Lobo, del Hospital civico-militar de Santander.

*Al grupo de Hospitales de Ceuta.*

D. Silvano Escribano García, de este Ministerio; don Jerónimo Sal Lence, del Hospital militar de Coruña; D. Eduardo Sánchez Martín, de la asistencia a Generales, Jefes y Oficiales de reserva y reemplazo en Madrid, y D. Adolfo Rincón de Arellano y Lobo, del Hospital militar de Valencia.

*Al Hospital militar de Tetuán.*

D. Antonio Carreto Navarro, de disponible en la segunda Región y en comisión en el Colegio de Guardias Jóvenes de Valdemoro; D. José Crende Martínez, de disponible en la sexta Región, y en comisión en el Hospital militar de Sevilla; D. Federico Illana Sánchez, de la Fábrica de Artillería de Trubía; D. Martín Juarros Ortega, de la asistencia al personal de la Intendencia general, Intervención Militar y Vicariato general castrense, y D. Antonio Sánchez Reyes, del Hospital militar de Alcalá.

*Al Hospital militar de Larache.*

D. Benigno Soto Armesto, del Colegio de Huérfanos de Carabineros; D. Enrique González Rico de la Grana, de disponible en la octava Región y en comisión en la Clínica militar del Manicomio de Ciempozuelos; D. José Moreno Bastante, de la Jefatura de Sanidad militar de Santa Cruz de Tenerife; D. Eloy Fernández Vallesa, de la Academia de Intendencia, y D. Emilio Blanco Lon, disponible en la primera Región y en comisión en el Hospital militar de Badajoz.

*Al Hospital militar de Alcázarquivir.*

D. Juan Romeu Cuallado, Ayudante de campo del Inspector de Sanidad Militar de la tercera Región, y D. José Picó Pamés, de la asistencia al personal del Ministerio de la Guerra.

*Al Hospital militar de Arcila.*

D. Ignacio Pardo Lardiés, de la Escuela de Equitación Militar, y D. Eduardo Suárez Torres, de la Sección de Ajustes y Liquidaciones de los Cuerpos disueltos del Ejército.

*Al Hospital militar de Xauen.*

D. Antonio Doz Soler, de disponible en la primera Región y en comisión en este Ministerio.

*A la enfermería de R'Gaia.*

D. Domingo Matz Eleizegui, del Hospital militar de Coruña.

21 Octubre. . . . — Real orden (D. O. núm. 238) confirmando la determinación del Capitán general de la cuarta Región, de haber declarado de reemplazo provisional al Capitán Médico D. Rafael Mira Perú.

22            \*        Real orden (D. O. núm. 237) disponiendo que se organicen depósitos de medicamentos en Melilla, Ceuta y Larache mientras duran las actuales circunstancias, y que los Jefes y Oficiales Farmacéuticos que se indican

pasen en comisión, sin ser baja en sus destinos de plantilla, a los que se citan a continuación:

*Al depósito de medicamentos de Melilla.*

Subinspector Farmacéutico de segunda clase don Francisco García y García, del Hospital de Burgos, y Farmacéutico primero D. Benjamín Ubeda Sánchez, de eventualidades del servicio, en la séptima Región.

*Al depósito de medicamentos de Ceuta.*

Farmacéutico mayor D. Manuel Dronda Surio, del Hospital de Málaga, y Farmacéutico primero D. Andrés Cenjor Llopis, de la Farmacia militar de Jaca.

*Al depósito de medicamentos de Larache.*

Farmacéutico mayor D. Enrique Díaz Martínez, del Hospital de Badajoz, y Farmacéutico primero D. Miguel Galilea Toribio, de la Farmacia militar de Valladolid.

*Al segundo grupo de Hospitales de Melilla.*

Farmacéutico mayor D. Francisco de Cala Martí, del Laboratorio de Medicamentos de Málaga.

*Al tercer grupo de Hospitales de Melilla.*

Farmacéutico mayor D. Martín Rodríguez Sánchez, del Hospital de Pamplona; Farmacéutico primero don Francisco de Cubas Martínez, disponible en la primera Región, y Farmacéutico segundo D. Jaime Olea Herráiz, de la Farmacia militar de esta Corte, núm. 4.

*A eventualidades del servicio en Melilla.*

Farmacéutico primero D. Juan Casas Fernández, de eventualidades del servicio en la segunda Región.

*Al segundo grupo de Hospitales de Ceuta.*

Farmacéutico mayor D. Luis Bescansa Casares, disponible en la octava Región.

*A eventualidades del servicio en Ceuta.*

Farmacéutico primero D. Cándido Rogina Madriñán, de la Farmacia militar de Burgos.

*Al Hospital de Larache.*

Farmacéutico mayor D. Gregorio Perán Caro, de la Farmacia militar de Burgos.

*Al Hospital de Arcila.*

Farmacéutico primero D. José Chacón Laiz, de la Farmacia militar de Oviedo.

*Al Hospital de Alcázar.*

Farmacéutico primero D. Carlos Sáez y Fernández-Casariego, de la Farmacia militar de León.

*A eventualidades del servicio en Larache.*

Farmacéutico primero D. Celso García Varela, del Hospital de Santoña.

- 22 Octubre...—Real orden (*D. O.* núm. 237) disponiendo que el Comandante Médico D. Eulogio del Valle Serrano y el Capitán Médico D. Enrique Gallardo Pérez pasen a servir, en comisión, sin ser baja en sus destinos de plantilla, al tren-hospital núm. 3.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 237) disponiendo que los Tenientes coroneles Médicos D. Luis Ledesma Comba y D. Sebastián Fossá Lambert pasen a disponibles a la primera y cuarta Regiones.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 237) disponiendo que el Farmacéutico mayor D. Luis Bescansa Casares pase a disponible en la octava Región.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 237) disponiendo que los Farmacéuticos primeros que se indican a continuación pasen a disponibles en las Regiones que se mencionan.
- 25 » Real orden (*D. O.* núm. 238) disponiendo que el Coronel Médico D. Mariano Esteban Clavillar, nombrado Director del Hospital militar de Larache, ejerza las funciones de Jefe de Sanidad Militar de dicho territorio.

25 Octubre...—Real orden (D. O. núm. 238) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos que se indican pasen a servir, en comisión, sin ser baja en sus destinos de plantilla, los que se mencionan a continuación:

*Tenientes coroneles Médicos:* D. Luis Ledesma Comba, de disponible en la primera Región, a Jefe de los servicios de evacuación de los enfermos y heridos, y D. Sebastián Fossá Lambert, de disponible en la cuarta Región, al Hospital militar de Vitoria.

*Comandantes Médicos:* D. Mariano Alba del Olmo, de la Escuela Central de Gimnasia, a la Clínica militar del Manicomio de Ciempozuelos.

*Capitanes Médicos:* D. Eustaquio González Muñoz, de disponible en la primera Región, al Colegio de Santa Bárbara y San Fernando; D. Miguel Roncal Rico, del Depósito de Recría y Doma de la cuarta zona pecuaria, al Hospital de evacuación habilitado en el Palacio Episcopal de Ciudad Real; D. Miguel Guirao Gea, de disponible en la segunda Región, al Hospital militar de Granada; D. Joaquín Trias Pujol, de disponible en la cuarta Región, al 21.º Tercio de la Guardia civil; D. Fermín Palusa García, de disponible en la primera Región, al Batallón expedicionario del Regimiento Infantería del Infante, 5; D. Alejandro Rodríguez Solís, del Depósito de caballos sementales de la segunda zona pecuaria, al Hospital de evacuación de Almería; D. Elio Díez Mato, de disponible en la octava Región, al Hospital militar de La Coruña; D. Francisco Pérez Grant, del Depósito de caballos sementales de la cuarta zona pecuaria, al Hospital de evacuación de Murcia; D. Eusebio Jimeno Sáinz, del Depósito de caballos sementales de la octava zona pecuaria, al Hospital de evacuación de Orihuela; D. José Rodríguez Castillo, del Depósito de caballos sementales de la cuarta zona pecuaria, al Hospital militar de Gerona; D. Arcadio García de Castro y Raya, del Depósito de Recría y Doma de la séptima zona pecuaria, al Hospital de evacuación de Linares; D. Antonio Mallón Vicario, del Hospital militar de Burgos, a la Comisión de

los servicios de higiene de la zona oriental del Protectorado.

*Rectificación:* D. Juan Chaguaceda Villabrille, de la Academia de Intendencia y en comisión en el Batallón expedicionario del Regimiento Infantería del Infante, 5, cesa en la expresada comisión, incorporándose a su destino de plantilla.

*Médico provisional:* D. Jaime Lacort Majadas, del Regimiento Dragones de Montesa, 10.º de Caballería, al Regimiento Cazadores de Tetuán, 17.º de Caballería, por necesidades del servicio.

27 Octubre...—Real orden (*D. O.* núm. 240) disponiendo que los Farmacéuticos primeros que se indican pasen a servir, en comisión y sin ser baja en la situación que se encuentran, los destinos que se mencionan:

D. Manuel Fontán Amat, de disponible en la segunda Región, al Hospital de Málaga; D. Gabriel Matute Valls, de disponible en la segunda Región, al Laboratorio de Medicamentos de Málaga; D. Pío Font Quer, de disponible en la cuarta Región, al Hospital de Pamplona; D. Miguel Zabala Lara, de disponible en la segunda Región, a eventualidades del servicio en la misma; D. José Cabello Matz, de disponible en la primera Región, al Hospital de Badajoz; D. Ramón Guardiola Carasa, de disponible en la cuarta Región, al Hospital de Santoña; D. Pablo Ornos Soler, de disponible en la cuarta Región, a la Farmacia militar de Burgos; D. Arturo Eyries Rupérez, de disponible en la primera Región, a la Farmacia militar de Jaca.

Real orden (*D. O.* núm. 240) disponiendo se formen dos nuevos equipos de cirugía con destino en los Hospitales de Madrid-Carabanchel y Tetuán, quedando nombrado Jefe del primero el Capitán Médico D. Joaquín Trias Pujol, y del segundo, el del mismo empleo D. Eduardo Lomo Godoy.