

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XI

MADRID 15 DE MAYO DE 1897

Núm. 238

## MONOGRAFÍA SANITARIA DEL POBLADO DE BUEYCITO.

El estudio de las condiciones climatológicas de un pueblo ha sido siempre de una importancia grande y capital para el higienista; analizar concienzuda y detalladamente todo aquello que pueda contribuir á enfermar, y aumentar por tanto la cifra de mortalidad de una región determinada, así como también de los medios y recursos que pueden ponerse en práctica para impedir su influencia nociva, constituye una necesidad sentida por todos, un deber para el sociólogo, y una obligación ineludible para el hombre de ciencia, y más particularmente para el Médico.

Así, pues, el objeto de este pequeño trabajo es examinar los medios cósmicos que pueden influir en el soldado, que es el que más directamente sufre sus efectos, á padecer determinadas dolencias, que en la localidad que describo tienen, por desgracia, un carácter endémico.

Creo poder llevar á cabo mi pensamiento; á ello me anima mi amor al ejército, al cual tengo la honra de pertenecer, y el deber sagrado de la conciencia profesional, nunca olvidado por el heroico Cuerpo de Sanidad militar, cuya augusta misión es el sacerdocio de la caridad y de la abnegación serena, sublime, virtuosa, sin la afectación ridícula de paganas religiones, y ejercitada en el orden militar y social en beneficio de las tropas y de la humanidad doliente.

Al mismo tiempo, mi deseo casi exclusivo es ser útil á la ciencia en que sirvo y á prevenir, mediante advertencias y enseñanzas oportunas, cuáles son los medios y recursos que pueden seguirse ventajosamente para neutralizar los dañosos efectos de la actividad morbosa.

La reina de la salud, como según elegante frase se llama á la higiene, ha dominado y tiende á dominar más cada día á la terapéutica, ó sea el arte y ciencia de combatir las enfermedades; los recursos de esta última son menos positivos y más dudosos que los

de aquélla; en una palabra, con la higiene, tanto privada como pública, se evitan las enfermedades, y la obligación primaria y esencial del Médico es conocer mejor, si cabe, el terreno higiénico, para no dar lugar á que el elemento patógeno haga intervenir al profesor con los recursos curativos, muchas veces ineficaces.

Sólo temo que la idea de esta Memoria, sugerida en mí en vista de la importancia notoria que tiene la higiene de estos tiempos, sea pobre y raquítica en la exposición racional y deslabazada en la doctrina científica; reunir, fusionar, mejor dicho, estas dos brillantes cualidades son en extremo difíciles, y propias más bien de altas inteligencias y de profundos pensadores. A tan grande honor no aspira mi pluma; el propio cuanto modesto impulso personal del que ésto dice, se dirige especialmente á proporcionar á las más elevadas y supremas jerarquías de la milicia el conocimiento de estas monografías locales, hoy en moda dentro del movimiento intelectual del siglo, y los poderosos medios que deben poner en práctica para disminuir la mortalidad de las tropas que nuestra gloriosa nación confía á su indiscutible mando y disciplina.

Los pueblos civilizados, en su marcha continuada y lenta á través de los años, no han olvidado los preceptos higiénicos; antes al contrario, podemos decir con el gran fisiólogo naturalista Claudio Bernhart que el grado de civilización de una raza ó nación se mide por la importancia que éstos tienen dentro de la esfera gubernativa ó administrativa de los Estados. Es la balanza segura del progreso. Lombroso, el inmortal reformador de la escuela penalista italiana, corrobora ésto mismo en las admirables frases que transcribo: «la lepra del progreso la constituye el pauperismo, el gaminismo, hijo prostituído de la miseria fisiológica, de tal modo, que un individuo degenerado física y moralmente revela un medio de educación intelectual detestable; un ser empobrecido bajo el punto de vista físico delata una herencia enferma, casi moribunda, ó un medio ambiente siempre funesto para la procreación de los seres humanos.» Hay— como dice Spencer— un poder que puede detener tan lamentables consecuencias; este poder tiene una fuerza superior que radica en la higiene, tanto pasional como colectiva (1).

---

(1) Filosofía natural y positiva de los pueblos modernos. Londres, 1870.

«Proporcionadme un pueblo cualquiera, en una región determinada del globo, y os diré, por la naturaleza física y moral de sus habitantes, si el medio que disfrutan es adecuado para la vida; el esquimal, hijo de las heladas estepas, como el antropófago de las abrasadoras y candentes regiones, es un misterio su existencia dentro de la biología general de los seres humanos; son, pues, razas llamadas á desaparecer».

Darwin, *Teoría sobre las especies*.

Nombrado, en virtud de una comisión, encargado del servicio sanitario de este destacamento, previa orden del Excmo. Sr. General de brigada D. Federico Alonso Gasco, recibí del entonces Director del hospital militar de Bayamo y distinguido Jefe del Cuerpo don Elías García Gil la inmerecida distinción de ser elegido para tal cargo, llegando á esta plaza en la tarde del día 29 de Enero de 1896.

Al pasar reconocimiento general á las fuerzas destacadas me convencí de que mi labor había de ser ruda, acaso imposible, pues la malaria, con su letal influencia, había producido en parte de ellas lesiones irreparables, profundas, ó muy difícil de obtener su curación, por lo menos, observando también con alguna frecuencia eczemas ó afecciones de la piel de índole parasitaria, tan frecuentes en los ejércitos en campaña y en los que operan en climas cálidos y tropicales que, no pudiendo realizar como en la paz, por las necesidades precisas del servicio, un sistema de limpieza personal asiduo y delicado, sufren, á pesar de todos los esfuerzos posibles, sus efectos desagradables.

Hecha esta breve digresión sobre el objeto de mi venida, empezaré á describir á grandes rasgos y muy someramente la constitución física y atmosférica de

Bueycito, pequeño poblado de 200 almas de población civil por 200 aproximadamente de elemento armado, que presta servicio permanente para la seguridad y defensa de la plaza, está situado en la parte oriental de la Isla, correspondiendo en la división territorial á la provincia de Santiago de Cuba. Caprichosamente colocado por la naturaleza en una reducida meseta perfectamente plana, rodeado de colinas ó montecillos que hace que su posición sea más baja relativamente que las que le rodean el terreno sobre el cual está asentado es arenoso y cubierto éste de una capa de tierra vegetal ó arable de 30 á 40 centímetros de profundidad; terreno húmifero, debido á la yustaposición ó adición de substancias orgánicas, tanto

animales como vegetales, desprendidas y formadas, mejor dicho, á causa de la asombrosa é incomparable actividad vegetal que, con raras excepciones, se observa en la jóven América, y más particularmente en esta hermosa parte de ella, llamada con justificado motivo la perla de las Antillas.

Hechas excavaciones en diversos sitios del poblado se encuentran diferencias muy notables en cuanto al espesor de la tierra arable, pues si se practican en la parte Sur de la circunscripción obsérvase que la subcapa arenosa es más abundante y menos profunda la corteza superior mantillosa, alcanzando ésta, á lo sumo, en ciertos parajes de esta dirección de 10 á 15 centímetros; circunstancia que, como se comprenderá, influye particularmente en la vegetación, haciendo menos activas en producción las tierras dedicadas al cultivo.

Realizando esta experimentación en la parte Norte de la localidad, se vé que aumenta considerablemente, midiéndose el espesor de la capa vegetal en una extensión aproximada de 40 á 50 centímetros, traduciéndose este hecho en un aumento de la fertilidad y riqueza agrícola de la comarca.

Siguiendo el camino de Veguitas, y en la dirección donde se ha instalado la torre óptica ó estación heliográfica, en la preciosa colina llamada de María Buena se vé que está construída sobre una roca ó masa compacta de naturaleza esencialmente caliza, donde la vegetación, reducida al último límite de pobreza y desnudez, sólo produce algunas plantas textiles que, como la pita, por ejemplo, alcanza una existencia raquítica y miserable, que de ningún modo puede compararse á la que nace en los climas meridionales de Europa, y sobre todo en nuestra Andalucía.

Me fijó en esta meseta por tener capital interés para nosotros, por servir de asiento á un fuerte y pequeño destacamento de unos 35 hombres aproximadamente, dedicados á la custodia de la referida torre. Su elección no pudo ser más acertada, y de ello debe felicitarse el brillante Cuerpo de Ingenieros español. En efecto: siendo dicho terreno impermeable por completo á la acción de las aguas, realiza por este solo hecho el desideratum de la higiene moderna, á la vez que por su altura, hace que los vientos dominantes arrastren los productos de descomposición orgánica, que la vida en su continúa actividad y en incesantes y múltiples funciones produce incansablemente.

Bajo el punto de vista orográfico pertenece, sin género de duda

alguna, el terreno del poblado que describo, á la Sierra apellidada Maestra, de cuyas últimas estribaciones forma parte integrante, haciendo que su paisaje sea maravillosamente serio y esplendoroso en su grandeza y perspectiva, admirándose la naturaleza salvaje y virgen de estas montañas que cubiertas siempre de seculares árboles y de umbrosas y tupidas selvas, se destacan á lo lejos en preciosos matices verdosos formando, aunque parezca paradoja, y comparando con el concepto ideal que forma el artista de las cosas y objetos, una inmensa é irregular esmeralda.

P. BREZOSA.  
Médico primero.

(Continuará.)

---

## EL PASMO

---

Probablemente por las condiciones de su clima, véñse en la Isla de Cuba, con relativa frecuencia, casos de tétanos traumático, siendo dato curioso el aparecer muchas veces consecutivamente á lesiones casi insignificantes.

Los habitantes de poblados hablan del *pasmo* con verdadero temor y afirman categóricamente que la sombra de algunos vegetales, especialmente los plátanos, resulta *pasmosa*; para los guajiros ésto es completamente axiomático, pues manifiestan que basta pasar un caballo recientemente castrado por un platanal para que á las pocas horas sea víctima de la afección indicada.

El tétanos infantil es indudablemente el más usual; aquí lo llaman *el mal*, y todos los campesinos le consideran mortal de necesidad, razón por la que en la inmensa mayoría de casos no llaman al Médico.

El encontrar la causa de esta afección, aunque se trate de personas mayores, en algunas ocasiones no deja de costar trabajo, porque como he podido observar en un enfermo de este poblado, prescinde el paciente de la lesión que sufrió, debido á su pequeñez; yo, después de un examen detenido, pude hallar en el caso de referencia la herida que parecía despreciable, situada en el pié izquierdo, producida por una estaquilla tres días antes y en la cual nadie había reparado siquiera.

Recientemente he asistido un niño de cuatro años de edad, valiéndome de todos los antiespasmódicos que pude lograr (en este sitio incomunicado donde sólo se cuenta con una modesta droguería) (1); el enfermo, á quien encontré una pequeñísima úlcera supurante de nigna en el dedo grueso del pié izquierdo, curó bien en diez días, pero sin embargo, fueron necesarios veinte más para vencer la inhibición que en la voluntad se produjo por el mismo, pues en tanto que durante el sueño la mandíbula inferior giraba sin dificultad, no podía ésto conseguirse en modo alguno cuando el paciente se hallaba despierto.

Estas líneas creo son suficientes para dar idea de la importancia del tétanos en Cuba, tanto en lo relativo á su frecuencia como en lo referente á su gravedad, dificultades para el tratamiento (en muchas ocasiones) y verdaderos hábitos morbígenos, que á veces ulteriormente determina, sobre todo en enfermos de corta edad.

Debo consignar también que no he visto un solo tetánico peninsular; todos fueron hijos del país, y ésto, en mi opinión, no deja de ser dato interesante.

Finalmente, la experiencia me ha convencido de lo provechosa que es la costumbre seguida por algunos montunos de efectuar una loción con agua fría recientemente extraída la nigua y antes de colocar los calomelanos ó el petróleo, etc., que después de la operación se aplican (2), porque procediendo así, no he tenido que lamentar nunca la presentación del tétanos.

J. GONZÁLEZ GRANDA.  
Médico primero.

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

---

### **Paralelo entre la traqueotomía y el entubamiento en el crup.**

— *M. Sevestre*: El entubamiento, poco menos que desconocido en Francia hasta el descubrimiento de la seroterapia, empezó, á partir de este momento, á entrar en la práctica, hasta el punto de que llegó á suplantar casi completamente á la traqueotomía.

Las estadísticas anteriores al empleo del suero en el tratamien-

---

(1) Palma Soriano.

(2) Ellos suelen emplear la ceniza de tabaco para rellenar el hueco que la nigua deja en los tejidos después de sacada.

to de la difteria dan una proporción igual de curaciones para el entubamiento y la traqueotomía, y si bien desde la aplicación del nuevo tratamiento sabemos que la entubación arroja 75 por 100 de curaciones, en cambio ignoramos los resultados que se registrarían con la traqueotomía en condiciones análogas.

No es, pues, en las estadísticas donde hay que buscar elementos de apreciación que permitan resolver este punto; por fortuna nos suministra datos muy precisos el examen comparativo de la operación en sí misma y de los accidentes que pueden ser consecuencia de ella.

La traqueotomía constituye en realidad una operación á menudo difícil ó, por lo menos, muy escabrosa y fecunda en incidentes inopinados. El operador más hábil, el más ejercitado de todos, no está nunca absolutamente seguro de llevar la intervención á feliz término.

Por lo que respecta al entubamiento, las cosas varían ya de aspecto; indudablemente se trata también de una operación delicada y que requiere mucha precisión, pero si se procede con suavidad, apenas si son de temer accidentes graves.

Dos condiciones son indispensables para practicar bien el entubamiento: el índice de la mano izquierda debe poseer una exquisita delicadeza de tacto, á fin de poder encontrar rápidamente la epiglotis y los cartilagos aritenoides que han de servir de punto de mira; en segundo lugar, la mano derecha debe conducir el tubo á la laringe con agilidad, y al mismo tiempo con una firmeza que asegure la precisión de los movimientos.

Algunos accidentes pueden comprometer el resultado cuando se trata de operadores noveles. El que con más frecuencia suele observarse es la penetración del tubo en el esófago; ésto se advierte fácilmente al notar que el aire no atraviesa ya el tubo y que el paciente no se alivia.

Las desviaciones á través de la laringe, las hemorragias, son excesivamente raras; los vómitos carecen absolutamente de importancia; cuanto á los síncope, pueden producirse lo mismo durante el entubamiento que durante la traqueotomía, pero pueden imputarse al estado del enfermito más bien que al hecho de entubarle.

La obstrucción pasajera del tubo por una falsa membrana y la disnea que de ello resulta constituyen un accidente grave, que es posible conjurar retirando en seguida el tubo; en tal caso la expulsión de la falsa membrana se obtiene casi siempre, y el alivio, que es su consecuencia, puede retardar un nuevo entubamiento. Si esta segunda tentativa no vá seguida de éxito, es oportuno entonces recurrir á la traqueotomía.

El entubamiento, más fácil de practicar que la traqueotomía, expone, pues, á menos accidentes. De otra parte, presenta una ventaja que tiene su importancia; en efecto, cuando sobrevienen lesiones pulmonares ú otras, permite bañar al paciente, mientras que la aplicación de los baños fríos es por decirlo así imposible en un niño

cuya tráquea está abierta, y cuyo cuello y parte superior del pecho no pueden sufrir la inmersión.

El único punto negro es que, después del entubamiento, el niño debe ser *objeto de una vigilancia especialísima*, no solamente porque la deglución puede ser difícil y porque se hacen necesarios ciertos artificios para facilitarla, sino porque el tubo puede ser rechazado ó bien obstruído, ora de una manera lenta y progresiva, ora bruscamente. Si la persona que debe hacer el entubamiento no puede permanecer dos ó tres días cerca del enfermo, deberá desistir en seguida de emplear este procedimiento y optar por la traqueotomía.

La traqueotomía se halla aún indicada cuando, por consecuencia del espasmo ó por otra razón cualquiera, el tubo no puede ser introducido en la laringe; esta operación aparece igualmente indicada cuando el paciente no resulta aliviado por el entubamiento (presencia de falsas membranas en la parte inferior de la tráquea ó en los bronquios) ó bien cuando la tráquea contiene mucosidades abundantes ó falsas membranas voluminosas. Lo mismo ocurrirá si el niño rechaza á menudo el tubo ó si, después de una permanencia prolongada en la laringe, el tubo no puede ser retirado so pena de asfixia, ora por el hecho de un espasmo persistente, ora á causa de una estrechez sublaríngea.

Como conclusión, considero que el entubamiento representa incontestablemente y sin ningún género de duda, el método de preferencia para la intervención operatoria en el crup; pero no debe ser practicado sino cuando el enfermo puede quedar bajo la vigilancia inmediata de un Médico acostumbrado á la operación.

(*Soc. de Therap. de Paris.*)

\* \*

**El germol.**—Desinfectante muy usado en Inglaterra y Alemania, y muy análogo al creosol, es un líquido límpido, de color rojo moreno, de aspecto oleoso, de olor empireumático, algo parecido al de la creolina, de sabor picante y de reacción neutra. Soluble en el agua, la solución, de aspecto lechoso, es de color rosa. Se disuelve en el alcohol en todas proporciones; si á la solución alcohólica se añade éter, resulta ésta gelatinosa, y si se añade éter en exceso, queda líquida. Hierve á 190° y el calor lo volatiliza sin dejar residuo. Su densidad es de 1045.—Es activo en solución al milésimo.

(*Rev. de Méd. y Cir. pract.*)

\* \*

**Desinfección de las materias fecales.**—A cada paso puede el Médico encontrarse en la necesidad de prescribir la desinfección, ya de los excusados de la casa que visite, ya de las deyecciones mismas de los enfermos, siempre que se trata de atacados de fiebre tifoidea. Consideramos, á este propósito, de un gran interés para nuestros lectores dar un extracto de la comunicación presentada

recientemente por Mr. Vincent á la Academia de Ciencias de París.

El mejor agente de desinfección, dice Mr. Vincent, lo mismo de las materias fecales que de los excusados, es el sulfato de cobre; y mediante él puede obtenerse una desinfección excelente de los excusados en el espacio de veinticuatro horas, empleándolo en la proporción de 7 á 8'5 gramos por decímetro cúbico de materias, ó lo que es igual, de 7 á 8 kilogramos y medio por cada metro cúbico de aquéllas.

La desinfección de las deyecciones se obtiene en igual espacio de tiempo con sólo 6 gramos de sulfato de cobre por decímetro cúbico de materias fecales; pero si éstas fuesen de coléricos, solamente se necesitaría la proporción de 4 gramos, pues el bacillus vírgula desaparece á las doce horas de actuar el sulfato de cobre.

Existe un cierto número de causas susceptibles de alterar los efectos de la desinfección y de las cuales importa mucho hacerse cargo en la práctica: la mayor ó menor fluidez de las inmundicias, su estado de antiguas ó recientes, el grado más ó menos importante de alcalinidad, el origen normal ó patológico de las deyecciones, la temperatura ambiente, etc.

De estos factores diversos hay algunos que merecen muy particularmente ser señalados:

1.º Las deyecciones patológicas, que son generalmente muy flúidas y contienen microorganismos patógenos de menos resistencia que los saprofitos, se desinfectan más fácilmente que las materias fecales normales, en las que tanto su consistencia como su composición microbiana ofrecen una resistencia mayor á la acción de los antisépticos.

2.º La temperatura ambiente influye de un modo efectivo en la esterilización de las materias fecales, y en igualdad de circunstancias es siempre más rápida y exige menor proporción de antisépticos en verano que en invierno.

3.º El grado de alcalinidad de las materias fecales influye igualmente mucho sobre la acción de los desinfectantes, especialmente si se trata del sulfato de cobre ó del cloruro de cal. Cuando la parte líquida de las inmundicias es antigua y se encuentra en putrefacción, contiene grandes cantidades de amoniaco que descompone el sulfato de cobre y atenúa sus efectos en gran manera.

Todas estas razones han sugerido á Mr. Vincent la idea de estudiar los resultados producidos por la acción simultánea del sulfato de cobre y de una pequeña cantidad de un ácido inorgánico destinado á neutralizar la alcalinidad de aquellas materias: está demostrado, en efecto, por la experimentación, que obrando así se refuerza de un modo singular la actividad del sulfato de cobre, permitiéndole producir enteramente su acción antiséptica. En este caso, y siempre que las materias fecales sean acidificadas con ácido sulfúrico en la proporción de 10 por 100, se observa:

1.º Por lo que se refiere á las deyecciones normales (estén ó no

en putrefacción) mezcladas con los orines y á una temperatura media de 16°, la desinfección se obtiene á las veinticuatro horas, cuando se emplea sulfato de cobre en la proporción de 6 gramos por decímetro cúbico ó 6 kilogramos por metro cúbico.

2.º Para la desinfección de las deyecciones tifoídicas y la destrucción del bacilo de Eberth, la proporción de sulfato de cobre que en las condiciones indicadas de temperatura se necesita, es sólo de 5 gramos por decímetro cúbico ó 5 kilogramos por metro cúbico de excrementos.

3.º Cuando las materias fecales contienen el bacilo del cólera, ésto es, que se trata de deyecciones de coléricos, basta con 3 gramos 5 decígramos de dicho desinfectante para neutralizar 1 decímetro cúbico de deyecciones.

En los dos últimos casos, la desinfección se obtiene á las doce horas de contacto del antiséptico con las inmundicias.

(*La Dosim.*)

\* \* \*

**Acido gimnémico.**—Se extrae de las hojas del *gimnea silvestre*, oriundo de Ceylan, Indias y costas orientales de África.

La planta la emplean en las Indias contra la mordedura de las serpientes, y el ácido gimnémico que existe en las hojas les imprime la propiedad particular de que al masticarlas modifican el gusto, hasta el punto de no poder distinguir lo que es dulce ó amargo.

Este ácido es insoluble en el agua, soluble en el alcohol, éter, benzol y cloroformo.

Se ha preconizado su uso para el tratamiento de las impresiones gustativas desagradables que molestan á los diabéticos.

(*Rev. Balear.*)

\* \* \*

**Inyecciones subcutáneas de agua salada en el tratamiento de la disenteria.**—M. Gibert, interno del Dr. Carrieu, profesor de clínica médica en la Facultad de medicina de Montpellier, ha tenido la ocasión de practicar inyecciones hipodérmicas de una solución de cloruro de sodio al 7 por 100 en tres sujetos atacados de disenteria grave, á quienes habfa sido administrada antes, sin éxito, la hipeca á tenor del método brasileño. En esos casos, inyectábanse á la vez 500 c. c. de suero artificial y se repetían las inyecciones á intervalos que variaban de un día á algunos días. Esta terapéutica dió por resultado realzar y sostener la presión sanguínea, cuyo descenso es á menudo la causa próxima de la muerte en los disentéricos, al propio tiempo que, estimulando la función renal y la perspiración cutánea, favorecía la eliminación de los productos tóxicos acumulados en el organismo. Por desgracia, no ejerció ninguna influencia directa sobre los trastornos intestinales, especialmente sobre el carácter y la frecuencia de las deposiciones, como tampoco sobre los dolores de que iban acompañados. Como quiera que sea, la verdad

es que la curación en dos de los enfermos observados por Gibert ha sido manifiestamente debida á las inyecciones de agua salada. Cuanto al tercero, el suero artificial no ha hecho más que prolongar su existencia, sin poder evitar que sucumbiera. En este último caso, la autopsia ha demostrado, tratábase de ulceraciones intestinales muy extensas que habían dado lugar á pérdidas considerables de sangre por erosión de vasos importantes, de suerte que la ineficacia absoluta de la terapéutica es en tal caso fácil de comprender.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**El enterol.**—Es una mezcla particular de los cresoles intestinales. Es un producto antitóxico de la putrefacción intestinal, que absorben los linfáticos, y después de circular con los líquidos del organismo se elimina por la orina bajo la forma de éter sulfo-conjugado. Puede, pues, utilizarse por ingestión como antiséptico de las vías urinarias.

Químicamente puro, es un líquido límpido como el agua (si bien á veces tiene coloración ligeramente obscura), de sabor y olor *sui generis* que recuerdan los del cresol, de peso específico 1'036 gramos, fácilmente soluble en 100 partes de agua y que goza de propiedades antisépticas seis veces mayores que las del ácido fénico.

Una solución de enterol de 50 centigramos en 250 gramos de agua puede administrarse durante meses enteros sin peligro, llegandose á la dosis diaria de 2'5 á 5 gramos sin provocar fenómenos de intoxicación ni otros de carácter desagradable.

Puede prescribirse en cápsulas ó en píldoras de esta manera:

Enterol..... } á 25 centigramos.  
Aceite de oliva..... }

Fors ha asegurado que la dosis cotidiana de 10 á 12 cápsulas en los adultos, pone la orina en condiciones tales que en ella no pueden vivir las bacterias que generalmente contiene. El 20 por 100 del enterol ingerido se elimina por la orina.

Ninguno de los antisépticos internos usados hasta hoy desinfecta la orina de la manera que lo hace el enterol. Está indicado por este motivo en la cistitis, la pielitis, en caso de operaciones en las vías urinarias y en la blenorragia aguda, la que puede curar con él sin tratamiento local.

Cuando el enfermo esté sometido al uso del enterol, se procurará que evacúe fácilmente el vientre, que tome alimentos de fácil digestión y que ingiera líquidos en abundancia.

(*La Ind. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**Los núcleos músculo-estriados y músculo-lisos del neumogástrico.**—*M. Marinesco:* Cuando se acaba de cortar el nervio neumogástrico en un perro, obsérvanse, con ayuda del método de Nissl, dos lesiones características en el bulbo: de una parte, lesiones de

reacción á distancia en el *nucleus ambiguus*, y de otra parte, alteraciones del mismo género en el núcleo dorsal del neumogástrico; con la circunstancia de que las lesiones son acaso algo más acentuadas en este último.

¿Cuál es la significación de esas lesiones?

Hase admitido hasta ahora, y todos los tratados clásicos lo han repetido, que el núcleo dorsal es sensitivo, ó, por mejor decir, está constituido por neuronos sensitivos indirectos. Los resultados de la experimentación, sin embargo, parecen contradecir esta noción de la histología. En efecto, si el núcleo dorsal del neumogástrico representa, por lo menos en su totalidad, un grupo de neuronos sensitivos indirectos, sería difícil concebir que un seccionamiento del neumogástrico pudiera producir una reacción á distancia tan precoz en ese núcleo. Si así fuera realmente, trataríase de una atrofia neural secundaria, lesión que aparece más tardíamente. Por lo demás, mis experimentos me han mostrado que aun al cabo de siete días se puede observar una reacción á distancia en el núcleo dorsal del neumogástrico.

Los hechos que acabo de exponer me parecen más bien demostrar que el núcleo dorsal del neumogástrico es un núcleo motor por iguales razones que el *nucleus ambiguus*; pero el tipo de estos dos núcleos es diferente. De ahí que yo admita que el núcleo dorsal del neumogástrico, por lo menos en gran parte, constituye un *núcleo motor de los músculos lisos* inervados por el nervio vago, y por esta razón propongo que se le dé el nombre de *núcleo músculo-liso* en oposición con el *nucleus ambiguus*, que yo denomino *núcleo músculo-estriado* del neumogástrico.

(Soc. de Biol. de París.)

\*  
\* \*

**Resección del hígado en un caso de quiste hidatídico multilocular de este órgano.**—El número de resecciones del hígado practicadas por causa de quistes hidatídicos de esta víscera es aún muy reducido. Las más de las veces se ha intervenido por casos de quiste hidatídico unilocular. Una de las primeras operaciones de ese género pertenece á Bruns, á quien también somos deudores de un nuevo progreso en la cirugía hepática, tal como vamos á exponerlo en breves líneas.

En el caso á que aludimos tratábase de un quiste de equinococos, multilocular del hígado. La enferma, de 21 años de edad, decía que sufría desde seis meses antes de un dolor sordo en la región hepática. No tenía ni ictericia ni cólicos hepáticos. Se podía notar fácilmente la presencia de un tumor renitente en la región de la vesícula biliar, que seguía muy exactamente la dislocación respiratoria del hígado. Se formuló el diagnóstico de tumor hepático, sin poder determinar su naturaleza. El autor decidió hacer la laparotomía y practicó, previa eterización, una incisión paralela al reborde costal derecho. Abierta la cavidad abdominal, reconocíose que se trataba

de un neoplasma del grosor del puño, situado en el tejido hepático. La vesícula biliar se hallaba adherida á la superficie inferior del tumor. Después de haber separado la vesícula, Bruns procedió á la excisión del neoplasma. A este efecto, hizo una extensa resección del tejido hepático. La hemorragia fué poco abundante y no necesitó mas que la ligadura de dos arterias. Los labios de la herida hepática fueron reunidos por medio de suturas profundas con fuerte catgut y de una sutura superficial con catgut fino. La pared abdominal fué cerrada por medio de una sutura escalonada.

Las consecuencias operatorias fueron sencillas y la enferma salió del servicio tres semanas después de la intervención.

Al examen macroscópico y microscópico del neoplasma se reconoció sin trabajo que se trataba de un tumor hidatídico multilocular.

El caso de Bruns es, por consiguiente, el primero en que se haya practicado la resección del hígado por causa de quiste multilocular, cerrando la cavidad abdominal después de extirpado el tumor. Algunos años atrás, Terrillon había resecado la glándula hepática en un caso análogo, pero había fijado la parte lesionada del hígado en la herida abdominal, y no había procedido á la resección del tejido hepático sino hasta después de haber procurado y conseguido la gangrena del mismo por medio de una ligadura elástica.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)

\* \* \*

**Lipoma de la rodilla.**—La rareza de los lipomas de la rodilla nos induce á relatar, siquiera en breves líneas, la observación publicada por Herhold. Refiérese á un soldado que experimentó un fuerte dolor en la rodilla izquierda después de haber cojeado durante una marcha prolongada. Al examen del paciente, notóse que las vísceras torácicas y abdominales se hallaban en perfecto estado. La circunferencia de la rodilla izquierda presentaba un aumento de un centímetro sobre la de la rodilla derecha. En cada lado de la rótula existía una tumefacción poco acentuada, pero que se hacía más patente á la flexión de la articulación. Su consistencia era elástica, sin presentar nada de fluctuación. Una tumefacción circunscrita y no movilizable, del grosor de una avellana, radicaba en la cápsula articular, cerca del borde externo de la rótula. La extensión completa de la rodilla era imposible, y la flexión apenas si excedía del ángulo recto. Como los movimientos de la articulación eran dolorosos, de ahí que el enfermo cojeara.

Se formuló el diagnóstico de sinovitis crónica de la rodilla. No habiendo producido el masaje ninguna mejoría, el autor resolvió practicar unos lavados de la articulación con una solución de ácido fénico á 3 por 100. Hizo á este efecto una incisión de dos centímetros sobre el borde externo de la rótula. Después de haber seccionado la cápsula articular, advirtió la presencia de un tumor lipomatoso que, á juzgar por lo que revelaba la exploración digital, ocupaba

una parte de la cavidad articular. Herhold se decidió entonces á practicar la artrotomía. Abierta la articulación, notó la presencia de un lipoma del tamaño de un huevo de gallina, que se adhería por un pedículo de dos centímetros de ancho á los ligamentos cruzados. No había ningún vestigio de tuberculosis. El tumor fué extirpado sin dificultad. Se practicó la sutura del ligamento rotuliano, de la cápsula articular y de la piel. El drenaje fué realizado por medio de una mecha de gasa iodofórmica.

La herida se reunió por primera intención y el enfermo ejecutó los primeros movimientos tres semanas después de la intervención. Diez semanas más tarde, el operado tomó parte en los ejercicios militares sin experimentar dolor alguno. La flexión de la rodilla era normal; la extensión casi completa.

El autor resume brevemente las operaciones de este género que ha podido recoger en la literatura médica, y llega á esta conclusión: que el lipoma por él extirpado excedía en mucho el volumen de los que habían sido observados hasta entonces. Cuanto al origen de estos tumores, acepta la opinión de König, quien los pone en parangón con los lipomas subserosos del peritoneo, admitiendo que el tejido adiposo periarticular es el que penetra en la cavidad de la articulación por una hendidura de la cápsula de la rodilla.

(Arch. f. klin. Chir.)

\*  
\*  
\*

**De la resección del ganglio de Gasser en las neuralgias faciales rebeldes.**—En una memoria que sobre el precedente asunto publican los Dres. Marchant y Herbet, hacen el siguiente resumen:

«Ciertas neuralgias faciales rebeldes tienen por origen una lesión gasseriana. El único tratamiento de esta verdadera *gasseritis* es la destrucción del ganglio de Gasser.

La vía temporo-esfenoidal es la más cómoda para llegar al ganglio: la emergencia de sus ramas, y sobre todo de la maxilar inferior en el agujero oval, constituye el punto de referencia más seguro para descubrir y atacar el ganglio.

La extirpación completa es posible. Lo más frecuente es que el ganglio de Gasser sea incompletamente extirpado y destruído; algunas veces es suficiente la resección simple de sus ramas.

La hemorragia, la herida de los nervios, la compresión cerebral, son los accidentes operatorios inmediatos. Los consecutivos, aparte de la infección, se reducen á la hemorragia secundaria, intoxicación iodofórmica, perturbaciones oculares, y excepcionalmente otitis.

Como resultado operatorio inmediato se observa la cesación del dolor, pero también abolición de la sensibilidad general en el territorio de las tres ramas, sobre todo de la segunda y tercera; sin embargo, esta anestesia no persiste mucho tiempo.

El gusto, el olfato, la visión y la audición, se presentan diversamente modificados.

Bajo el punto de vista terapéutico, la recidiva es menos de temer con la destrucción del ganglio que con la simple sección de las ramas.

No es posible afirmar al presente que la *extirpación completa* sea superior á la destrucción simple del ganglio.

La mortalidad en conjunto ha sido de 17 en 95 operados.

66 operaciones por la vía temporal han dado 11 muertos, ó sea 12'12 por 100.

29 operaciones por la vía pterigóidea han dado seis muertos, ó sea 20'60 por 100.

15 casos de extirpación completa han producido cinco muertos, ó sea 13'13 por 100.

60 casos de extirpación incompleta han originado ocho muertos, ó sea 13'33 por 100.

15 casos de resección simple de las ramas han dado un muerto, ó sea 6'66 por 100».

(*Revue de Chirurgie.*)

\* \* \*

**La peronina.**—Con este nombre designase en Alemania un nuevo producto químico, que no es otra cosa que el clorhidrato del éter benzílico de la morfina. Según el Dr. Schröder, este medicamento ocupa, por sus efectos fisiológicos, un sitio intermedio entre la morfina y la codeína y ejerce una acción favorable sobre la tos espasmódica de los tuberculosos. Puede ser administrado á la dosis de dos á cuatro centigramos en el momento de acostarse, en solución ó en píldoras. Generalmente es mejor soportado que la morfina y ofrece sobre la codeína la ventaja de procurar el sueño, al mismo tiempo que calma la tos. Sin embargo, en algunos enfermos ha visto Schröder que, bajo la influencia de la peronina, se producía una hipersudación y que la expectoración se hacía más difícil.

(*La Sem. Méd.*)

\* \* \*

**De la osteoplastia aplicada á la oclusión de las cavidades óseas accidentales.**—En un trabajo referente á tan importante asunto, termina el Dr. Ollier (de Lyon) con las siguientes conclusiones:

I.—Las cavidades óseas anormales, accidentales, patológicas ó post-operatorias, se rellenan difícilmente cuando son anchas y profundas, á causa de la rigidez y de la poca retracción de las paredes. Las granulaciones de origen medular que nacen de las paredes no llegan á ocupar toda la cavidad, á menos de que se trate de sujetos jóvenes y bien nutridos. En las lesiones tuberculosas la repleción se obtiene siempre con mucha dificultad.

II.—En los huesos largos, como por ejemplo, la tibia, la secuestrotomía profunda y extensa, la reparación de la pérdida de substancia, se verifica con una lentitud desesperante ó no cicatrizan.

III.—El medio de hacer cicatrizar estas cavidades de paredes rígidas é indepresibles, es suprimir ó movilizar una de las paredes óseas, para permitir en el primer caso que el periostio se aproxime á la pared opuesta, y en el segundo para poner en contacto las paredes óseas entre sí.

IV.—Cuando una de las paredes óseas ha sido quitada, el periostio correspondiente y las partes blandas que lo rodean se hunden hacia el centro de la cavidad y se ponen en contacto con la pared opuesta. La resistencia del hueso se disminuye por el pronto mediante esta operación, pero la formación de nuevas capas de tejido óseo en la cara profunda del periostio contribuyen prontamente á darle la solidez necesaria. En los casos en que el hueso se hipertrofia bajo la influencia de la osteo-mielitis, la separación simple de una de las paredes es suficiente.

V.—Fuera de los casos de huesos hiperestosiados que han adquirido por la hiperestosis misma una gran resistencia, es preferible no sacrificar la pared ósea, sino hacerla móvil á modo de ventana, que según los casos se aproximará á la pared opuesta ó inmediatamente fijada mediante sutura metálica. Una vez movilizada de ese modo la pared, está en disposición de retraerse para unirse á las granulaciones del fondo y obliterar finalmente la cavidad.

VI.—La movilización de las paredes puede hacerse en uno ó varios puntos ó recurrir á la confección de ingertos óseos. Cuando el hueso es superficial, los trozos seccionados deben ser osteo-cutáneos.

VII.—Los ingertos óseos homo-plásticos ó etero-plásticos podrán ser empleados excepcionalmente cuando no se encuentren en el mismo hueso ó en los adyacentes los medios de reparar la pérdida de substancia.

VIII.—En ciertos casos de cavidades intraóseas de paredes muy delgadas y atónicas, valdría más proceder á la resección de todo el hueso enfermo, principalmente si se trata de un hueso de secundaria importancia para la solidez del miembro.

(*Revue de Chirurgie*).

\*  
\* \*

**Del empleo de los soziodolatos en oftalmoterapia.**—Las sales solubles formadas por el ácido soziodólico (ácido biiodoparafénolsulfónico) con el potasio, el sodio, el zinc y el mercurio, son aún poco utilizadas en oculística. Pues bien; un oftalmólogo ruso, el señor B. Biélilovsky, que viene haciendo un empleo muy extenso de ellas desde hace algún tiempo, ha observado que esas sales pueden prestar excelentes servicios en el tratamiento de muchas afecciones oculares.

En la *conjuntivitis aguda simple*, nuestro colega practica, previa cocainización, unas instilaciones de soluciones de soziodolato de zinc á 6 por 100 ó de soziodolato de sosa á 10 por 100; hace aplicar, además, unas compresas empapadas de un líquido que conten-

ga 1 por 100 de soziodolato de zinc y 1 á 2 por 100 de ácido bórico, y con estos medios obtiene la curación en seis á ocho días. Este mismo tratamiento dá igualmente buenos resultados en las *conjuntivitis crónicas*.

En los sujetos atacados de *oftalmia purulenta de origen blenorragico*, Biélilovsky recurre con buen éxito á los lavados de los fondos de saco conjuntivales con una solución de soziodolato de mercurio á 4 por 100 y á las aplicaciones de compresas heladas impregnadas de esta misma solución.

Si se trata de *conjuntivitis flictenular* con inyección vascular intensa, Biélilovsky instila primeramente cocaína y atropina, luego una solución, ora de soziodolato de zinc á 2, 4 ó 6 por 100, ora de soziodolato de mercurio á 1 ó 2 por 100. Si existen flictenas, particularmente voluminosas, las cauteriza, previa cocainización, con una solución de soziodolato de mercurio á 5 ó 10 por 100, aplicada por medio de un pequeño lechino de uata arrollado en torno de una sonda ó de un palillo afilado de madera. Procediendo de esta suerte, obtiene la desaparición rápida de los fenómenos inflamatorios y del dolor, así como una disminución notable de la duración de la enfermedad.

En el caso de *tracomia*, después de insensibilizada la conjuntiva con auxilio de la cocaína y de haber invertido el párpado, aplasta las granulaciones con la uña del índice ó del pulgar de la mano derecha, luego restrega la mucosa con soziodolato de zinc en polvo y prescribe instilaciones de agua boricada adicionada de 4 por 100 de cocaína. Al día siguiente extrae, por una irrigación con agua tibia, la falsa membrana que se ha formado sobre la conjuntiva, y hace practicar instilaciones de una solución, ora de soziodolato de zinc á 6 ó 10 por 100, ora de soziodolato de mercurio á 2 por 100, alternando con instilaciones de cocaína á 2 por 100. Al cabo de tres ó cuatro días vuelve de nuevo á aplastar las granulaciones, con aplicación subsiguiente de polvos de soziodolato de zinc. Bajo la influencia de este tratamiento, la curación del tracoma sobreviene generalmente en tres semanas.

Nuestro colega trata también la *dacriocistitis* por medio del lavado de los fondos de saco lacrimales, después de incisión y dilatación, con una solución de soziodolato de zinc á 1 ó 2 por 100, y finalmente recurre con buen éxito en los casos de *queratitis parenquimatosa*, de *hipopion*, y de *conjuntivitis difterítica*, á inyecciones *subconjuntivales* de soziodolato de mercurio á 0.5 por 1.000. Estas inyecciones, que se hacen preceder y seguir de instilaciones de cocaína á 5 por 100, y que se efectúan á la dosis de dos divisiones de la jeringa de Pravaz, parecen ejercer una acción curativa más eficaz que las inyecciones subconjuntivales de sublimado, al mismo tiempo que son menos dolorosas que estas últimas.

(La Sem. Méd.)

---

## SECCION PROFESIONAL.

---

### Felipe Trigo en Fuerte-Victoria.



El dramático episodio, en el que tomó parte tan activa nuestro compañero, el Médico primero D. Felipe Trigo y Sánchez, cuyo retrato encabeza estas líneas, merece ser conocido de nuestros lectores en todos sus detalles para que puedan apreciarlo debidamente. Las relaciones publicadas por la prensa periódica, con las recti-

ficciones de detalles que nos ha facilitado un testigo presencial, nos han servido para reconstituir los hechos con toda exactitud.

A las nueve de la noche del día 27 de Septiembre último, los disciplinarios de la 3.<sup>a</sup> compañía cayeron por sorpresa sobre sus Oficiales, que aún permanecían de sobremesa en el comedor de Fuerte-Victoria (Mindanao.) De los tres que allí estaban, mataron al Teniente, hirieron al Capitán, que perdió el sentido, y al Médico D. Felipe Trigo, que encontrándose más al fondo de la estancia recibió en la mano el machetazo que le dirigían á la cabeza. Eran 20 los agresores, provistos de armas blancas, y cerraban la gran

puerta de comunicación con el patio de armas. Trigo, que, como los demás Oficiales, tenía á prevención un puñal (pues el temor vago de la sublevación no era bastante para tomar precauciones individuales más ostensibles), atacó con él y logró derribar á quien le descargaba el segundo tajo sobre el brazo derecho; y la oportuna llegada de dos indígenas fieles, con la vuelta al sentido del Capitán Arrojo, hizo que luchando los cuatro cuerpo á cuerpo, y sin cesar de recibir nuevas heridas, lograran rechazar á los 20 insurrectos, causándoles tres ó cuatro muertos, y salir al patio.

Reforzados los cuatro por otro Oficial que acudió al ruido, mas las clases europeas de la compañía, formaron un total de 12 defensores de la lealtad y de la disciplina, y fueron en seguida á buscar el resto de la fuerza sublevada, que encontraron entre las sombras, en un rincón, armada con fusiles y en actitud hostil. Las órdenes é imprecaciones enérgicas de todos consiguieron, tras el asombro causado por la primera derrota del grupo asesino, dominar por un momento á aquellos 300 criminales. Entonces el Capitán, lleno de ira y en el colmo del valor, mandoles formar é hizo que los diezmaran. Ya habían salido de las filas, señalados por la siniestra numeración, tres ó cuatro tagalos que iban á ser fusilados en el acto, cuando de improviso una descarga cerrada abatió como un huracán de plomo á los 10 españoles; la mayoría para no levantarse más; el Capitán con una pierna destrozada por las balas.

Con arma blanca, aquellos bandidos completaron la ya facilísima tarea de rematar vidas de moribundos. Trigo, que había logrado incorporarse, fué rodeado de infinidad de disciplinarios; luchó en vano, por todas partes un círculo de machetes caía sobre él haciendo saltar su sangre. Un tajo formidable por la espalda le arrojó de nuevo al suelo, intentó levantarse y recibió otro enorme en el muslo..... Entonces se estuvo quieto. Los bandidos creyeronle muerto y le abandonaron; Trigo se arrastró un par de metros y se ocultó bajo un pabellón inmediato, junto al cual había quedado tendido.

Allí estuvo seis ó siete minutos contemplando escenas donde

todo el espanto se cernía. Los tagalos, saltando en las sombras del gran patio como demonios vestidos de blanco, lo saqueaban todo, reían y se burlaban de los cadáveres de los españoles, hundían sus bayonetas en las carnes palpitantes aún de los inertes cuerpos, pasaban sobre ellos los caballos..... Al Capitán le robaban de la mano los anillos y le hacían *blanco* de todas las iras y salvajismos.

De pronto, Trigo, que ni un momento había perdido el sentido, observó que los insurrectos se disponían á partir, gritando: ¡A Iligan! ¡A Iligan!

Trigo se desangraba. Sus manos estaban destrozadas. Tenía siete heridas. Pero aquel grito le recordó que Iligan era la capital de Mindanao, que en ella, con escasísima fuerza peninsular, estaban las 50 ó 60 familias de la colonia. Creía que iba á morir, mas queriendo dar al menos su último aliento de vida y derramar la última gota de aquella sangre que se escapaba de sus venas, en un supremo intento en favor de sus compatriotas, decidió salir del fuerte á todo trance y avisar en el inmediato (si á él podía llegar) lo ocurrido en Fuerte-Victoria, y lo que proyectaban los rebeldes respecto á Iligan.

En aquella tremenda noche de prueba, ésta fué la más grande para Trigo. Estaba en el centro del Fuerte y en todo él pululaban los grupos de sediciosos preparando la marcha. Por entre ellos, arrastrando, esquivándose como pudo, ganó la muralla. Iba á subir para arrojar desde sus cuatro metros de altura, pero desde la obscuridad un centinela, un traidor todavía, le dió el alto. Trigo lo desorientó respondiéndole monosílabos tagalos que hicieron creer al centinela se trataba de uno de los suyos; el herido por abajo y el guardián por arriba, siguieron caminando á lo largo del lienzo de muralla, sin correr el primero para no venderse. Al fin logra Trigo ganar una escalerilla, sube, descubre en algún movimiento de ansiedad su precipitación, corre el centinela hacia él..... y el glorioso fugitivo le tira á la cara el ya inútil puñal, lanzándose por lo alto del parapeto. El tagalo hizo fuego, pero Trigo, un minuto después, estaba en el bosque.

Llegó á Fuerte-Briones cerca del amanecer; ésto es, seis ó siete horas empleadas en dos kilómetros. Su odisea entre el ramaje, cayendo en los barrancos, rastreando sobre los troncos, esquivando las fogatas de los moros, creyendo en fin mil veces que ya no se levantaría más, siendo llevado luego al fuerte amigo porque sus voces débiles llegaron á él cuando sus fuerzas le faltaron, es imposible describir.

Desde Fuerte-Briones circuló por heliógrafo á toda la línea la noticia. Una columna que partió para el de la catástrofe, creyendo que sólo iría á recoger cadáveres, encontró todavía entre éstos, con un resto de vida, al heroico Capitán Arrojo, con 23 heridas, de las que ha podido curar, aunque con terribles mutilaciones.

Nuestra más entusiasta felicitación al heroico Oficial que al prestar tan señalado servicio á la Patria, á costa de su sangre, ha escrito una de las páginas mas hermosas en la historia del Cuerpo de Sanidad militar español.

\*  
\* \*

### ENFERMERÍAS MILITARES.

«4.<sup>a</sup> Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: En vista de una comunicación que el Capitán General de Cataluña dirigió á este Ministerio en 26 de Noviembre último, consultando acerca de la aplicación que haya de darse al importe de los medicamentos y vendajes que se faciliten por los Hospitales militares con destino á las enfermerías, á que se refiere el art. 421, tít. 2.<sup>o</sup> del Reglamento para el detall y régimen interior de los Cuerpos; y considerando que si bien en el art. 425 del mismo título no se expresa si el suministro de los indicados efectos ha de ser con cargo al presupuesto ó al fondo de material de los Cuerpos, en el párrafo 2.<sup>o</sup> del citado artículo se determina, de una manera taxativa, que los que se adquieran directamente por los Cuerpos en las guarniciones donde no haya Hospital militar, sean cargo al presupuesto de Guerra, y puede, por tanto, deducirse que el importe de unos y

otros debe tener igual aplicación, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra en 20 de Marzo próximo pasado, ha tenido á bien resolver que el suministro de medicamentos y vendajes que por los Hospitales militares ha de hacerse á las enfermerías de los Cuerpos, con arreglo al art. 425, tít. 2.º del Reglamento para el detall y régimen interior de los mismos, sea cargo al cap. 7.º, art. 4.º «Material de Hospitales» del presupuesto de este Ministerio; si bien para cumplir las prescripciones del vigente Reglamento de Hospitales, deberá satisfacer cada Cuerpo el importe de las medicinas y efectos que reciba, según tarifa, incluyendo después en la reclamación de sus devengos las cantidades que hayan satisfecho por el expresado concepto.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 5 de Mayo de 1897.—Azcárraga.—Sr.....»

\*  
\* \* \*

### UNIFORMES Y VESTUARIO.

«9.ª Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: En vista de lo propuesto á este Ministerio, en escrito de 5 del mes próximo pasado, por el Capitán General de Búrgos, Navarra y Vascongadas, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido declarar reglamentario para los Jefes, Oficiales y sus asimilados de los Cuerpos é Institutos del Ejército y Alumnos de las Academias militares, el guante color gris de algodón ó gamuza para diario, en sustitución del blanco, que deberá reservarse únicamente para los días de gala y festivos.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 7 de Mayo de 1897.—Azcárraga—Sr.'.....»

## NECROLOGÍA

**Don Diego Fernández Rubias.**—Nació en Manila el día 12 de Noviembre de 1862, y se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Santiago el 26 de Junio de 1883.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de Médico segundo, por Real Orden de 12 de Mayo de 1887, siendo destinado al Hospital militar de Madrid, y sucesivamente al Hospital de Valencia, batallón Cazadores de Tenerife, regimientos de la Princesa, Zamora, Luzón y Guadalajara.

Por Real Orden de 15 de Junio de 1895 fué destinado al distrito de Cuba con el batallón expedicionario de Guadalajara, pero no pudo embarcar para la referida Antilla por motivos de salud hasta el 26 de Noviembre de dicho año.

Asistió á las operaciones de la actual campaña con el batallón expedicionario del Infante, hasta que, atacado por la fiebre amarilla, falleció á consecuencia de dicha enfermedad el día 17 de Octubre de 1896 en el Hospital militar de Mariel.

Habia obtenido por antigüedad el empleo de Médico primero en 12 de Marzo de 1895.

Estaba en posesión de la cruz roja de primera clase del Mérito Militar.

\*  
\* \*

**Don Ramón Olleta y Jiménez.**—Nació en Estercuel (Teruel) el día 31 de Agosto de 1871.

Ingresó en el ejército en clase de soldado el 6 de Marzo de 1891, sirviendo en el batallón Cazadores de Barcelona y regimiento Infantería del Rey.

Se licenció en Medicina en la Universidad de Zaragoza el 24 de Junio de 1893.

Ingresó en el cuerpo, previa oposición, con el empleo de Médico segundo, por Real Orden de 23 de Octubre de 1893, siendo destinado al Hospital militar de Chafarinas, y sucesivamente al de Zaragoza, regimiento regional de Baleares, n.º 2, y regimiento de América.

Por Real Orden de 19 de Junio de 1895 fué destinado al distrito de la Isla de Cuba, en donde desembarcó el 15 de Julio siguiente, incorporándose al Hospital militar de Santiago de Cuba. El 20 de Septiembre del mismo año 1895 embarcó en uso de licencia por enfermo, y al terminarla quedó definitivamente en la Península, siendo destinado al regimiento Caballería de Albuera.

Con fecha 3 de Septiembre de 1896 se le nombró para el distrito de Puerto Rico, por haberle correspondido en sorteo, pero no pudo emprender la marcha para su nuevo destino por haber fallecido en Zaragoza el día 17 de Octubre de 1896, á consecuencia de una afección crónica del aparato respiratorio.

Había alcanzado el empleo de Médico primero por antigüedad, en 26 de Noviembre de 1895.

## V A R I E D A D E S

El día 10 del corriente terminaron las oposiciones á plazas de Médicos segundos, cuyo resultado, según el orden de prelación de los opositores, después de cada ejercicio, ha sido el siguiente:

NOMBRES.	Después del primer ejercicio.	Después del segundo ejercicio.	Después del tercer ejercicio.	Después del cuarto ejercicio.
D. Modesto Quiles y Gonzalvo	1	1	1	1
» Manuel Arnao y Suffo. . . .	9	3	3	2
» Pedro Muñoz y Ellen. . . .	12	2	2	3
» Juan Serrano y Terradas..	3	4	4	4
» Primo Torner y Martínez..	7	8	6	5
» Mario Gómez y Gómez. . . .	5	5	5	6
» Antonio Sagredo y Tortosa	4	7	8	7
» Alberto del Moral y de la Torre. . . . .	2	6	7	8
» Miguel Moreno y López. . .	18	11	10	9
» Rafael Alcaide y Burillo..	10	9	9	10
» Francisco Iturralde y Ló- pez. . . . .	27	13	11	11
» Dionisio Tato y Fernández	8	10	12	12
» José Andujar y Solana. . . .	25	14	13	13