

# LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Y LA

## REVISTA DE CLÍNICA, TERAPÉUTICA Y FARMACIA

---

### SUMARIO

CEGUERA COMPLETA POR LESIONES CONSECUTIVAS Á FIEBRE AMARILLA. *Pupila artificial en ambos ojos; reintegro de la doble visión*, por D. Juan Ristol Canelas, *médico mayor*.—CÁLCULO VESICAL. CISTOSTOMIA SUPRA-PUBIANA. CURACIÓN, (*con grabado*) por D. Francisco Soler y Garde, *médico primero*.—DE ALGUNOS ERRORES EN EL EXAMEN CLÍNICO DE LA ORINA, por D. Gastón Alonso Cuadrado, *farmacéutico mayor*. — ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJÉRCITO DE CUBA.—UN MÉDICO MILITAR Y EL CAPITAN DEL SIGLO. *Episodio histórico*. — HECHOS DIVERSOS. — LA PRÁCTICA FARMACO-TERAPÉUTICA MODERNA. — MOVIMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO-FARMACÉUTICO EN LA ISLA DE CUBA.

---

### CEGUERA COMPLETA POR LESIONES CONSECUTIVAS A FIEBRE AMARILLA.

PUPILA ARTIFICIAL EN AMBOS OJOS.—REINTEGRO  
DE LA DOBLE VISIÓN.

Invitado por mi distinguido amigo el Sr. Larra á publicar alguna de las notas recogidas en la Clínica de enfermedades de los ojos á mi cargo en este Hospital Militar de Alfonso XIII; elijo las que figuran el registro de operaciones con los números 10 y 11 y que se refieren al soldado del Regimiento de Cuba, 65 de Infantería, Antonio Galvez Lozano. Este enfermo que ocupaba la cama número siete de la clínica de oftálmicos, refería que había desembarcado en esta Isla á últimos de Marzo del 95, saliendo inmediatamente á operaciones de campaña, en cuya situación continuó hasta últimos de Noviembre de 1896, habiendo concurrido á las principales acciones de guerra que se desarrollaron en la Provincia de Pinar del Río, durante el pasado otoño. No se había resentido su salud hasta que, destacado en el fuerte la "Palma" (Pinar del Río), fué invadido por la fiebre amarilla (1º Diciembre 1896), salvando milagrosamente la vida, pero resultando ciego, cuando la declinación de los síntomas del vó-

mito, le permitieron darse cuenta de su triste estado (10 Diciembre 97). Convaleciente ya, empezaron las amarguras para nuestro enfermo; ciego totalmente había perdido la esperanza de volver á ver á los seres queridos que dejara en España, á donno quería regresar por no causar mayor aflicción á su anciana madre.—“Ahora—decía con profunda tristeza—tengo cuando menos el apoyo de mis compañeros, pues todos se ofrecen para servirme de lazarillo.

Mientras este infortunado soldado, se entregaba á tan tristes consideraciones, examinábale yo atentamente, acompañado de mi distinguido amigo Sr. Lucía. A la simple luz solar, ofrecía este enfermo en ambos ojos manchas blanco-nacaradas, que alcanzaban las cuatro quintas partes de la cornea izquierda, y tres cuartas partes de la derecha. Estas manchas (leucomas cicatriciales) estaban situadas en el campo pupilar, que cerraban por completo, comprendiendo casi en toda su extensión los límites de ambas corneas; hasta el punto de ofrecer permeabilidad solamente en una zona de á cinco milímetros, que correspondía al arco periquerático externo, y superior del ojo izquierdo; y al del congénere, en su límite inferior tanjente al diámetro vertical; ofreciendo, la extensión trasparente, una figura triangular cuya base medía cuatro milímetros, aproximadamente. Estas lesiones debieron desarrollarse durante la primera quincena de Diciembre de 1896, en cuya época, conforme hemos indicado anteriormente, fué atacado nuestro enfermo de fiebre amarilla, habiendo los esfuerzos del vómito agravado la doble queratitis, que tiempo ha padecía; determinando hernias de ambos iris, y las demás lesiones en ambos ojos, que anteriormente hemos señalado. Este sencillo exámen á la luz natural, nos hizo esperar la posibilidad de practicar una pupila artificial, que rindiera nueva visión al enfermo. Este acojió con señalada alegría la idea de operarse, y, en vista de ello, procedimos inmediatamente al exámen con la luz oblicua y pudimos agregar á las lesiones antes señaladas: reducción de ambas cámaras anteriores, más acentuada en el ojo izquierdo—sinequía anterior externa, y aberración de esferoididad de la citada cornea izquierda, en cuyo centro estafilomatoso se comprobaba la fusión del iris herniado, y deformado. El oftalmoscopø no pudo aportarnos otro dato, que la sensibilidad retiniana, como ya habíamos podido apreciar anteriormente. Formado concepto y recogidos algunos datos que el paciente nos facilitó y la historia clínica de su anterior enfermedad, nos había ratificado ampliamente; nos dirigimos al Sr. Director de este Hospital, á quien expusimos nuestra impresión, y nuestros temores, y esperanzas, y habiendo dispuesto aquel respetable primer Jefe que se celebrara una con-

sulta, tuvimos el gusto de exponer el presente caso á los distinguidos compañeros señores Coll, Baeza, Cilla y Aparici, los cuales conceptuaron la pupila artificial como indicación de urgente necesidad.

Elegido para la operación el ojo izquierdo, por ser el que más directamente estaba comprometido y el que mayores dificultades ofrecía para alcanzar un decidido éxito y, preparado convenientemente el enfermo para la operación, practicamos la pupila artificial (*irecdotomía*) eligiendo el arco externo y superior periquerático, por corresponder al único sitio en que restaba transparente la cornea izquierda. No había cámara anterior. Cocainizado el enfermo con la solución al diez por ciento, y sin colocación de blefarostato, fijamos el ojo con la pinza de cachas de carey, practicando una queratomía de á seis milímetros, habiendo con el cuchillo de Graeffe, podido salvar los peligros, que ofrecía la falta de cámara anterior. A continuación penetramos con la pinza curva de iredectomía, cojiendo una punta de iris, que fué excindida con las tijeras-pinza de Wecker. En aquel preciso momento acusó el operado sensibilidad á la luz, recordando á los pocos minutos la visión hasta el extremo de distinguir y contar los dedos de las manos de cuantos presenciaron esta operación (1º de Abril de 1897.)

A los tres días (4 de Abril 1897) había recobrado este enfermo siete décimas de la visión izquierda; y el proceso cicatricial estaba decididamente iniciado. A los cinco días quedaba la visión afianzada, y el enfermo satisfecho del resultado, nos suplicaba que procediéramos á la operación del otro ojo. No insistía contraindicación alguna para negarnos á satisfacer los deseos de nuestro recién operado.

En esta situación, decidimos proceder á la operación del ojo derecho (6 de Abril de 1897.) Cocainizado el enfermo y aplicado el blefarostato, practicamos una queratomía inferior con el cuchillo de Graeffe; y alcanzando á través de la incisión el círculo concéntrico del iris, conseguimos con las pinzas curvas de irecdotomía, prolapsar el tabique iridiano á beneficio de suaves tracciones; siendo de esta suerte sumamente fácil excindirle en su radio inferior y vertical, de arriba abajo. Dejamos descansar durante cinco minutos al enfermo, tiempo suficiente para que se repusiera el humor acuoso, y quedara definitivamente terminada la operación. Efectivamente: al retirar la compresa humedecida, pudimos ya comprobar la existencia de una pupila artificial, que resultaba lineal, larga, estrecha, y sobre todo limpia, y sensible á la luz solar. Inmediatamente recobró este soldado la visión derecha habiendo podido distinguir y contar las cerillas y alfileres que le fueron presentadas á dos metros de

distancia por los médicos militares Señores Cenarro, Baeza y Aparici, y por el Sr. Coronel Cirujeda que casualmente se hallaba girando una visita á los enfermos de su columna que se encontraban en este Hospital Militar (1). A los tres días de esta operación, había recobrado nuestro soldado nueve décimos de la visión derecha, quedando de igual suerte asegurada la del ojo izquierdo, conseguida con la operación que había sufrido del día 1º de Abril de 1897. Este soldado, antes de salir del Hospital, fué presentado al personal facultativo de este Establecimiento, habiéndolo visitado, y comprobado la visión alcanzada, además de los Señores Coll, Atienza, Salinas, Alcazar, Lorente, Baeza Cilla y Lucía, algunos médicos civiles de la Habana y entre ellos el aventajado oculista Dr. Carlos Finlay.

Al dar cuenta de este operado, hemos citado á propósito los nombres de los distinguidos compañeros que anteceden, con la sola idea de robustecer, y popularizar una convicción que abrigamos años ha, y que se contrae á demostrar la suma facilidad, con que puede practicarse casi siempre con éxito inmediato, la operación de pupila artificial. Efectivamente el diagnóstico, fácil de establecer por una parte; la sencillez del procedimiento por otra; y últimamente, la tranquilidad que tanto al paciente como al cirujano aporta la cocaína (2), con sus maravillosos efectos anestésicos é isquémicos, suman un conjunto de elementos ventajosos que permiten practicar esta operación, reservada antes á los especialistas, y actualmente al alcance

---

(1) Esta operación fué practicada en el Hospital Militar de Alfonso XIII, y no en la Asamblea de la asociación de la Cruz Roja como equivocadamente dijo el *Diario del Ejército* en el número correspondiente al día 9 de Junio de 1897.

(2) Creemos conveniente ampliar con las presentes notas las conclusiones, que acerca de la cocaína y sus sales, señalamos en la monografía publicada en Barcelona en 1885. Decíamos en aquella época: "La cocaína y especialmente el cloruro, por lo que atañe al órgano de la visión produce: 1º una paralización de las raíces terminales sensitivas del trigémino, 2º irrita ligeramente las terminaciones del gran simpático, 3º tiene muy poca influencia sobre el motor ocular común y finalmente: nunca determina complicación de carácter séptico, ni de naturaleza inflamatoria."

Han transcurrido doce años, y durante los dos últimos que llevamos en esta Isla, hemos tenido ocasión de continuar nuestras observaciones, no habiendo, hasta el presente momento, tenido motivo para modificar el concepto que la cocaína nos merecía en el citado año 1885; aun cuando con toda prevención hemos observado á nuestros operados en esta Isla; teniendo que las circunstancias especiales del clima, ó las condiciones particulares individuales, nos hicieran rectificar nuestras antiguas convicciones. Ni en los 29 operados de cataratas, que sometimos en Puerto Príncipe, durante el año de 1885, á la acción de la cocaína, ni en 42 operaciones que llevamos practicadas en la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Alfonso XIII, durante los meses de Marzo, Abril, Mayo y Junio del presente año, hemos tenido ocasión de observar la mas pequeña complicación que referirse pueda al empleo de la cocaína. Por todo lo expuesto, ratificamos nuestra antigua opinión respecto al empleo de la cocaína, pudiendo añadir, que en la Isla de Cuba, igualmente que en España, no hemos observado jamás un solo caso de flemón ocular, ni de irido-ciclitis simpática, que buenamente puedan ser atribuidos al empleo de la cocaína.

de la mayor parte de los médicos que sienten alguna afición por los procesos oftálmicos.

J. RISTOL.

Habana 1º Julio 1897.

Médico Mayor.

---

## CÁLCULO VESICAL

CISTOSTOMIA SUPRA-PUBIANA. — CURACIÓN.

(FINALIZA).

En los días anteriores á la operación, que tuvo lugar el 16 de Abril pasado, se preparó al enfermo mediante la administración de algún laxante, sellos de salol á la dosis de 2 gramos diarios, dieta láctea, baños generales tibios y repetidos lavados vesicales con agua bórica al 4 p%. Momentos antes de operarle se afeitó y se lavó minuciosamente con alcohol, solución de sublimado al 1 p<sup>o</sup>/<sub>100</sub> y jabón antiséptico, el campo operatorio y demás regiones próximas.

Cloroformizado el sujeto, se le introdujo en el recto un globo de Petersen que se dilató con 400 gramos de agua; con una sonda metálica de llave se vació la vejiga, se lavó nuevamente y se inyectaron 280 gramos de solución bórica, cerrando luego la llave y aplicando exactamente la uretra á la sonda mediante un pequeño y largo tubo de cauchú que se anudó alrededor del pene; y se colocó al paciente en posición de Trendelenburg ó sea acostado sobre el dorso, con la cabeza más baja que la pelvis, los muslos en alto y las piernas colgando fuera de la mesa. Estas maniobras dieron por resultado que la vejiga, distendida por la inyección forzada, empujada por el recto dilatado y sin la presión de las vísceras abdominales por la posición declive del tronco, formara un relieve bien apreciable en la región hipogástrica.

Colocado á su derecha, practiqué una incisión cutánea, longitudinal, en la línea media de la pared abdominal anterior, de unos doce centímetros, que llegaba hasta un centímetro por debajo del borde superior de la sínfisis del pubis; dividida la piel y la capa adiposa subcutánea, se torcieron con las pinzas de Péan tres arteriolas que sangraban y se puso al descubierto la *línea alba*, separando cuidadosamente los músculos. Cogido con las pinzas de disección un pliegue de aquella, en el ángulo inferior de la herida, se punzó con el bisturí; por este orificio pasó una sonda acanalada sobre la cual incidí cosa de un centímetro, introduciendo luego el índice izquierdo que rechazó el peritoneo, mientras se completó la incisión de abajo arriba con el bisturí de

botón, detalles convenientes para evitar la posible lesión de la gran serosa abdominal, que en este caso no se llegó á ver.

Hecho esto, se encontró enseguida la capa amarilla de grasa prevesical, cubierta por una delgada hoja celulosa de la *fascia transversalis* que se cogió con la pinza y se incindió con cautela al nivel del pubis; llevo se luego, con el dedo, hacia arriba todo lo posible, la grasa y la fascia y se colocó un ancho separador metálico, en el ángulo superior de la herida, para proteger con más seguridad el fondo de saco peritoneal.

Entonces se percibió claramente la vejiga distendida, de color gris rosado y cubierta de una red venosa. Procurando no atravesar la capa mucosa, pasé con una aguja fina dos asas de hilo por el espesor de las otras paredes vesicales, al nivel de ambos extremos de la herida; un ayudante sujetó los hilos manteniendo así la vejiga perfectamente aplicada contra la herida de la pared abdominal durante el resto de la operación. Entonces perforé la vejiga con el bisturí, brotando un chorro de agua bórica contenida, que se procuró esmeradamente que no penetrara en la cavidad del vientre. Agrandada la incisión unos tres centímetros, introduje el dedo dentro de la vejiga, tocando primero la punta de la sonda metálica y detrás una piedra grande, áspera y dura.

Se retiró la sonda metálica y procedí á la extracción del cálculo, para lo cual hubo que agrandar la incisión vesical, pues las dimensiones de aquel no permitían su paso por el primer orificio practicado, llegando á ser el ojal abierto en la vejiga de unos seis centímetros de longitud. Con ello se pudo fácilmente cojer el cálculo con unas tenazas curvas de ramas anchas, delgadas, y en forma de cuchara, y extraerlo. (1) Hasta este instante permaneció el enfermo en la posición dicha de Trendelenburg, volviéndolo ya al decúbito supino horizontal.

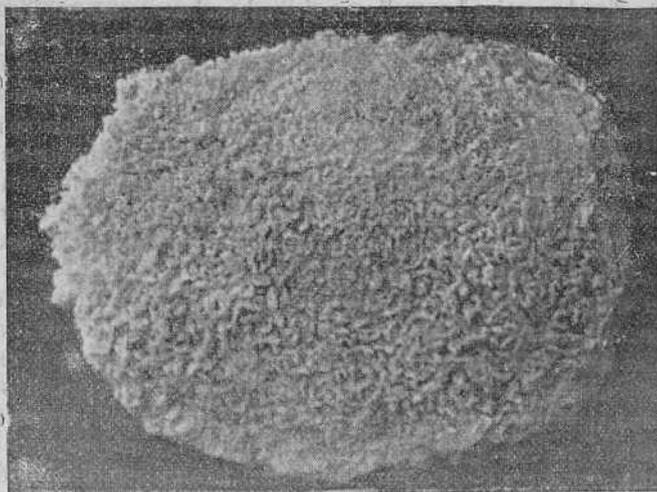
Se fijó la vejiga á la pared abdominal mediante dos puntos de catgut fino á cada lado, se cerró el resto de la herida por sutura entrecortada con seda fenicada, se retiró el globo rectal, se limpió la cavidad vesical y el campo operatorio, se colocaron los tubos de Perier, sujetos á la piel por un punto de sutura, se espolvoreó la herida con yodoformo, se aplicó un extenso apósito ocluser (fenestrado para dar paso á los tubos) y se dejó una sonda uretral permanente.

El cálculo era sumamente duro, de color gris claro, de superficie irregular, erizado de asperezas, menores en una porción de su cara menor (por la cual debió estar largo tiempo engasta-

---

(1) Explorada la cavidad vesical con el dedo y con la vista, nada anormal se percibió en ella ni en las paredes del órgano.

do en la vejiga), de forma oval y algo aplastado, del tamaño de un huevo de gallina, midiendo su periferia  $13\frac{1}{2}$  centímetros en el sentido del eje mayor y  $11\frac{1}{2}$  en el del menor, de 60 gramos de peso y correspondiendo á la variedad denominada *muriforme*, como puede verse por la adjunta copia fotográfica del mismo.



Por lo expuesto, parecía tratarse de un cálculo de *oxalato de cal*, como así lo confirmó el análisis químico de un pequeño trozo. Reducido á polvo, crepitaba á la llama del soplete; el calor rojo lo ennegreció y más adelante lo blanqueó, convirtiéndolo en carbonato de cal que se disolvía con efervescencia en los ácidos diluidos; el calor al rojo blanco redujo el polvo á cal cáustica, que no se disolvía con efervescencia en los ácidos diluidos; pero convertía en oscuro el papel amarillo de cúrcuma, humedecido. Además confirmaba que se trataba de oxalato de cal, el que antes de calentarse, pulverizado, no sufrió alteración alguna con el ácido acético, pero se disolvió sin efervescencia en los ácidos minerales y se precipitó tratando estas soluciones por el amoniaco.

¿Cuál fué su causa? ¿Cómo, cuándo y por qué se formó? Las ideas de Bouchard han esclarecido algo la patogenia de las enfermedades debidas á retardos de la nutrición, pero quedan aun multitud de puntos inexplicables. En nuestro caso, ¿por qué se formó un cálculo vesical y no cualquier otro proceso morboso de índole artrítica? ¿Por qué este cálculo se inició en la infancia? ¿Por qué era oxálico? Preguntas son estas que pre-

fiero dejar en suspense mejor que engolfarme en hipótesis más ó menos verosímiles, mejor ó peor fundadas.

El curso que siguió el operado no pudo ser más satisfactorio, desapareciendo desde el mismo día de la operación los accesos febriles y los dolores, permaneciendo completamente apirético siempre, normalizándose todas sus funciones rápidamente, renaciendo el apetito hasta llegar á ser hambre voraz, mejorando su nutrición y engordando considerablemente en las pocas semanas transcurridas.

En la tarde del día de la operación estaba bien reaccionado. Continuó la dieta láctea y los sellos de salol, prescribiéndose para bebida usual una solución de benzoato sódico al 2 p% con hielo. El desagüe de la vejiga se efectuaba perfectamente por el sifón que los tubos de Perier (inmergidos por su extremo libre en una vasija con agua bórica) constituían, por lo cual se suprimió la sonda uretral permanente.

A los cinco días se quitaron los tubos, ya que la adherencia completa de la vejiga á la pared abdominal los hacía innecesarios y la perfecta capa de mamelones carnosos que revestía el trayecto fistuloso prevenía el peligro de infiltraciones urinarias ó derrames en la cavidad pelviana. Se dejó de nuevo la sonda uretral permanente, al quitar los tubos, que pudo retirarse de un modo definitivo á los 15 días de la operación, ó sea el 1º de Mayo, habiéndose cerrado la fístula hipogástrica y cicatrizado toda la herida sin una gota de pus, efectuándose la micción por la uretra con la más completa normalidad y curándose del todo el ligero catarro vesical subsistente, merced á lavados desinfectantes é instilaciones de nitrato de plata en solución al 1 p%.

Pocos días después le dí el alta, completamente curado.

Habana, Mayo de 1897.

F. SOLER Y GARDE.

Médico 1º

NOTA. Durante la publicación de este articulo he practicado dos tallas hipogástricas, por cálculos vesicales. La una, el 6 de Junio, al soldado José Segura Carmona, del Batallón Infantería de Canarias, 7ª compañía, extrayendo de su vejiga una piedra muy dura, mural, oscura, de dos centímetros y medio de diámetro, quince gramos de peso y de composición oxálica. La otra, el 13 de Junio, al soldado del Batallón Provisional de la Habana Emiliano Rangel Matamoros, de quien se sacó un cálculo vesical, gris claro, de cinco centímetros de diámetro y cuarenta y dos gramos de peso, compuesto de un núcleo úrico y capas fosfáticas periféricas. En ambos se siguió el mismo procedimiento descrito, habiendo seguido un curso post-operatorio totalmente aséptico y hallándose ambos en la actualidad próximos á la completa curación.

## ALGUNOS ERRORES EN EL EXAMEN CLINICO DE LA ORINA

POR EL DR. D. GASTÓN ALONSO CUADRADO.

Farmacéutico Mayor.

( CONTINUACIÓN ).

Otro error puede resultar no teniendo en cuenta ciertos pormenores de manipulación. Si á una orina ácida y límpida se añaden dos ó tres gotas de ácido nítrico ó una cantidad exorbitante, como se han dado y se dan muchos casos, y después se aplica el calor hasta la ebullición, sucede con frecuencia que no aparece precipitado alguno á pesar de contener albúmina. Esto consiste en que la sero-albumina se convierte en sintonina ó albúmina ácida bajo la influencia del ácido mineral, cuya variedad no se coagula por la ebullición. Por esta razón lo mejor es calentar la orina hasta la ebullición, separar el tubo de la llama y entonces verter las dos gotas de ácido nítrico ó acético.

Se dan otros casos más excepcionales. Analizábamos con frecuencia la orina de un nefrítico, y observamos una vez que no eliminaba sero-albúmina, sino esos proteidos mal definidos que se asemejan más á la peptona. Repetimos en semanas sucesivas los reconocimientos con el mismo resultado, y como no había variado el estado del enfermo ni la composición en general de los principios constituídos de la orina, no sabíamos á qué atribuir la causa de la variación. Al microscopio aparecían como siempre cilindros granulosos, coagulos mucosos, bacterias, leucocitos degenerados, y hongos de la fermentación, á pesar de manifestar el líquido reacción francamente alcalina. Como el producto examinado era el recogido durante las 24 horas, pedimos al paciente orina recién emitida y entonces era de reacción ácida y contenía sero-albumina. Lo abandonamos durante 24 horas, en vasija imperfectamente tapada á la temperatura ambiente, y en este caso ya no obteníamos coagulo por la ebullición, aun acidificado ligeramente el líquido. Sin duda alguna la acción de las bacterias ayudada de la descomposición, primero ácida y después alcalina, contribuyeron aquí á la transformación de la sero-albúmina en peptona, cuya existencia se comprobó por los reactivos químicos.

A veces se presenta otro fenómeno que puede dar lugar á mala interpretación y que le citamos aquí porque se consiguen en pocos tratados de análisis biológico.

Sucede con frecuencia que la orina transparente, tratada por el calor y el ácido nítrico como de ordinario, no manifiesta precipitado ni coágulo, pero después de fría y dejada en reposo manifiesta un depósito que se puede confundir con la albúmina.

Este depósito puede ser de uratos, ácido úrico, nitrato de urea y hasta la misma albúmina. Los primeros son fácilmente reconocibles al microscopio, pero nos podemos dispensar de él en este caso, porque hervida nuevamente la orina, las sales se disuelven en tanto que queda insoluble el depósito de albúmina.

Que en los negocios de análisis, la práctica es el mejor libro, se revela en esta observación. Es bien sabido que el fosfato de cal bibásico, disuelto en la orina á beneficio del ácido carbónico, se precipita cuando se calienta, porque se desprende el ácido, pareciéndose mucho al coágulo de la albúmina. Es evidente que si se añaden unas gotas de ácido nítrico, el precipitado se reeduelve y no dará lugar á error, pero sucede algunas veces que el fosfato bibásico viene acompañado en las orinas del bicarbonato sódico, ingerido en el organismo previamente. En este caso, el clínico que no tiene obligación de saber mucha química, pero que sigue con escrupulosidad lo que consta en los libros, puede equivocarse creyendo que deduce bien. Se encuentra con una orina límpida, de reacción ácida, vierte dos ó tres gotas de ácido nítrico ó acético, ve que se produce un precipitado coáguloso, que no desaparece calentando el líquido y obtiene la evidencia de que es albúmina. Como este hecho puede presentarse, aunque raras veces, bueno es recordar que las dos ó tres gotas de ácido añadido, sirven para desalojar el ácido carbónico de algun bicarbonato que puede existir en la orina, y por consiguiente la orina resulta neutra y el fosfato de cal se precipita. Unas gotas más de ácido, hasta que el líquido enrojezca el papel azul de tornasol, son suficientes para que el fosfato se disuelva y no haya lugar á duda.

Respecto á la determinación cuantitativa de la albúmina, se hallan muy lejos de la exactitud todos los métodos breves que se han recomendado. Así el que se funda en el espesor y color de la zona que se forma en la superficie de contacto, como el método de Heller, como el del Dr. Oliver, precipitando la albúmina de la orina por medio del papel mercurico, y comparando la transparencia que resulta, con otra solución de albumina tipo, necesitan manos muy expertas y algun tiempo; pero aun estos métodos aproximados son preferibles al uso del albuminómetro de Esbach. A lo más que se puede llegar con este casi inútil aparato es á averiguar la cantidad relativa de albúmina que existe en varias orinas, operando en las mismas condiciones. El volumen que ocupa el precipitado albuminoso después de 12 ó 24 horas de reposo con una misma orina, varía segun que el ensayo se haga en un piso bajo, ó en un alto, expuesto á la trepidación que en las paredes produce el tránsito de los carruajes por las calles. El único que da resultado exacto, siempre que se observen todas las reglas que se recomiendan en los libros, es el método ponde-

ral, con la albúmina lavada y desecada á una temperatura de 100° c., hasta que no pierda de su peso. He comparado en varias ocasiones el método ponderal con el volumétrico de Esbach, empleando el mismo ejemplar de orina, y el error obtenido con el aluminómetro ha llegado algunas veces á la mitad de la cantidad real de albúmina contenida en aquella.

Los errores cuantitativos que se cometen en la determinación del ácido úrico, nos excusamos indicarlos aquí porque ya hemos publicado un trabajo que trata de este asunto. (1)

La determinación de la glucosa en la orina ha sido uno de los temas de la urología que más ha ocupado la atención de los investigadores, como lo prueba el número de métodos que se describen en los libros. En rigor de verdad, los nuevos procedimientos recomendados más bien han tenido por objeto comprobar la opinión del profesor Molisch, según lo cual la glucosa existe aunque en pequeña cantidad en la orina normal; pero la misma delicadeza de los métodos, fundados en su mayor parte en comparaciones colorimétricas, no recomienda su uso. Tampoco debemos esforzarnos mucho para buscar débiles cantidades de glucosa, porque como la base de los procedimientos consiste en la acción reductora del azúcar sobre las substancias que se emplean como reactivo en la orina, tanto normal como patológica, se hallan muchos otros principios reductores que confunden el resultado, y aun cuando se recomiendan algunos medios de desecar el líquido urinario con, ellos no desaparecen todas las causas del error.

En la investigación de la glucosa decimos lo mismo que tratando de la albúmina. No existe inconveniente alguno para descubrir su presencia y determinar la cantidad con cualquiera de los métodos recomendados, siempre que haya una buena proporción de glucosa, y con tal que en el proceso se llenen todas las condiciones recomendadas. Cuando existe débil cantidad y cuando la orina glucósica está acompañada de albúmina, ó de los otros proteicos, entonces es ocasión de proceder con esmero.

Para descubrir la presencia de la glucosa no hemos encontrado dificultad alguna empleando el reactivo de Böttger, modificado por Nylander, y le damos la preferencia á cualquier otro, porque aun en las orinas de mucha densidad y de color oscuro no ha sido causa de error la presencia abundante del ácido úrico siempre que se tome la precaución de emplear las cantidades de orina y reactivo en sentido inverso al que recomiendan los libros.

(Continuará).

(1) *Constitución química e Investigaciones del Acido Úrico en la orina.* Por D. Gaston Alonso Cuadrado.—Habana.—“La Propaganda Literaria”, 1893.

## MOVIMIENTO SANITARIO DEL EJERCITO DE CUBA.

MES DE MAYO DE 1897.

DECENAS.	MOVIMIENTO GRAL. DE ENFERMOS					FIEBRE AMARILLA					MOVIMIENTO GRAL. DE HERIDOS				
	Existencia anterior	Entrados	Salidos	Muertos	Quedan	Existencia anterior	Entrados	Salidos	Muertos	Quedan	Existencia anterior	Entrados	Salidos	Muertos	Quedan
1. <sup>a</sup>	14082	11451	10381	152	15000	265	225	123	65	302	524	143	135	3	529
2. <sup>a</sup>	15000	12281	11029	124	16128	302	227	132	53	344	529	111	103	7	530
3. <sup>a</sup>	16128	14960	12329	247	18512	344	362	151	110	445	530	196	175	9	542
TOTAL	.....	38692	33739	523	.....	.....	814	406	228	.....	.....	450	413	19	.....

DECENAS.	PROPORCIONES DE ENFERMEDADES EN GENERAL DEL MES DE LA FECHA.			FIEBRE AMARILLA.		HERIDOS	
	Proporción por 1.000 de enfermos con el contingente.	Mortalidad por 1.000 con el contingente.	Mortalidad por 1.000 de los asistidos.	Mortalidad por 1.000 de enfermos con el contingente.	Proporción por 1.000 de muertos con asistidos.	Proporción por 1.000 de heridos con el contingente.	Proporción por 1.000 de muertos con asistidos.
1. <sup>a</sup>	127'66	0'76	5'95	0'32	132'65	3'33	4'49
2. <sup>a</sup>	136'40	0'62	4'54	0'26	100'18	3'2	10'93
3. <sup>a</sup>	155'44	1'23	7'94	0'55	155'80	3'63	12'39
Tér. medio.	139'83	0'87	6'14	0'37	129'54	3'32	9'27

## HOSPITALES MILITARES DE LA HABANA

RESUMEN DEL MES DE JUNIO DE 1897

Movimiento general de enfermos.

Movimiento especial de Fiebre amarilla.

HOSPITALES	Existencia anterior	Entrados	Salidos	Muertos	Quedan	Existencia anterior	Entrados	Salidos	Muertos	Quedan
ALFONSO XIII...	2177	4755	4215	113	2544	107	349	208	78	170
BENEVICENCIA...	1629	2412	2303	69	1669	52	92	61	27	56
MADERA.....	825	1815	1679	70	891	54	214	104	64	90
REGLA.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
HACENDADOS.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
SAN AMBROSIO...	78	949	601	18	408	.....	22	.....	7	15
TOTALES ..	4709	9931	8798	270	5512	213	677	373	176	331

Para el análisis de todos los datos estadísticos que se consignan, no debe olvidarse lo penoso de la campaña, la influencia letal de la epidemia, y que una gran parte del contingente no se ha adaptado aún á este desfavorable medio climatológico y telúrico. Dentro de cada hospital varía mucho la proporción de los enfermos, las condiciones en que, por exigencias de esa misma campaña, entran algunos de aquellos y la variabilidad de circunstancias higiénicas que corresponden á cada uno, por orientación, situación topográfica, densidad de población nosocomial, etc., etc.

## UN MÉDICO MILITAR Y EL CAPITAN DEL SIGLO.

(RECUERDO HISTÓRICO)

En una de las grandes campañas del primér império, en la de Alemania, el inmortal Barón Larrey, gloria de la Medicina militar francesa en aquella epopeya guerrera, fué objeto de una distinción por parte del emperador, que merece recordarse.

Era la tarde de un día en que las tropas francesas y tudescas habían tenido sangrientísimo encuentro. Napoleón I, siempre incansable, solícito siempre con el soldado, no quiso retirarse á descansar después de la victoria sin visitar las ambulancias. En una de ellas encontró á Larrey, de cuyos labios oyó que en una de las variadas incidencias del combate del día, su ambulancia había sido tomada por el enemigo, quien la saqueó villanamente, llevándose todo, hasta la espada del gran cirujano militar.

Al oirlo, el emperador descifñose la suya, y dirigiéndose á Larrey, le dijo: “Entonces, tomad la mía y guardadla.....”

La reliquia del grande hombre ha sido legada por el barón Hipólito Larrey, hijo, inspector también de Sanidad Militar del ejército francés—que, como es sabido, acaba de morir—á la sala de honor que los médicos militares franceses tienen en Val-de-Grâce. Allí conservan, y ven con admiración, cuantos testimonios de afecto ó respeto se han dado á su Cuerpo, considerando, acertadamente, que cuanto más honran y glorifican éste, más se honran y enaltecen ellos.

---

### HECHOS DIVERSOS.

---

El Cuerpo de Ingenieros militares austriacos acaba de hacer repetidos y minuciosos experimentos acerca de la instalación contra el frío en los vivacs y campamentos. Tratábase de dilucidar un punto dudoso: el de si era preferible atenuar bajo la tienda-abrigo la pérdida de calor, ó si convenía mejor aumentar la temperatura interior del abrigo por diversos medios de calefacción ó de protección. En el segundo concepto han informado desfavorablemente y respecto al primero se han limitado á recomendar que se cubra la tienda de una capa de paja, ó de nieve, y si no, poniendo una muralla de ésta delante de un grupo de tiendas, sirviéndola de abrigo contra el viento.

Como se vé, tales datos y consejos no nos parece que encierren utilidad muy superior, ni merecen consignarse en son de alabanza, pues su poco valer es bien notorio.

En la tristísima jornada de Abba Carima, quizás la más funesta sufrida por el ejército Italiano, sucumbieron trece individuos del cuerpo de Sanidad Militar de Italia, inmolados probablemente durante la acción por las tropas del Negus Menellick. Dichos oficiales fueron: dos capitanes, seis tenientes y cinco subtenientes médicos.

Al cumplirse el aniversario de dicha hecatombe guerrera, reciban

nuestros compañeros de aquel Cuerpo de Sanidad la expresión de nuestra simpatía al recordar la muerte de tan desgraciados oficiales médicos, que perdieron la vida en el cumplimiento de un deber tan heróico, como habitualmente mal recompensado, sino individual, colectivamente.

El gran aumento de enfermos en toda la Isla, muy superior al de igual fecha en el año anterior, puesto que se aproxima ya á la cifra de 20.000, ha hecho ampliar varios hospitales y abrir algunos nuevos. En la Habana llenos los de Alfonso XIII, Beneficencia y Madera ha sido preciso admitir enfermos, además de los presos y dementes á los que estaba únicamente destinado, en el de San Ambrosio, siendo encargados de la Dirección en comisión el Jefe del Parque Subinspector de 2.<sup>a</sup> clase D. Agustín Muniozguren y de las Clínicas Jefes y Oficiales de dicho Centro y de la Brigada; y se ha abierto de nuevo el de Regla nombrándose Director al médico mayor D. Francisco Coll y de visita al médico mayor Sr. Lorente y á los 1.<sup>os</sup>. Sres. Lucía, Fernández Salvador, Soler y á un auxiliar civil.

## Práctica farmaco-terapéutica moderna.

FÓRMULA PARA LA PULMONÍA.—(CODINA).

Cocimiento de poligala .....	200 gramos.
Benzoato sódico .....	4 —
Citrato de cafeína .....	75 centigramos.
Jarabe de culantrillo .....	30 gramos.

Dos cucharadas cada dos horas.

## MOVIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO-FARMACEUTICO

EN LA ISLA DE CUBA,

*Destinos.*—Subinspector Médico de 1.<sup>a</sup> clase D. Inocencio Pardo y Lastra, de Director del Hospital de Trinidad—Casilda, Subinspector médico de 2.<sup>a</sup> clase D. Ramón Madrigal Legazpi, de Director del Hospital de Isabela de Sagua. Médicos Mayores D. Francisco Coll Zamy de Director del Hospital de Regla, D. Luciano Carranza y de Diego al de Santiago de Cuba, D. Eloy Díaz Cassou al de Cienfuegos de Director, D. Mariano López Rabadán á la Enfermería de la Isla de Pinos, D. Domingo González de Linares al Hospital de Cuba, D. Emilio Bardón y Sabugo al de Sancti-Spíritus, D. Andrés Zardoya y Garcés al de Ciego de Avila, D. Ramón Rivas Pujol al de Mariel, D. Federico Parreño Ballesteros al de Sancti-Spíritus, D. Eustaquio Rodriguez y Rodríguez al Hospital de Cuba, D. Francisco Alfau y Abreu al de Ciego de Avila, y D. Enrique Gabaldá y Valenti, ascendido por mérito de guerra, al de Manzanillo. Médicos 1.<sup>os</sup> D. Enrique Alonso Arechaga al Hospital de

Mariel (en Comisión), D. José Sánchez y Sánchez en comisión á la columna del Coronel Brualla, D. Antonio Herrando Hernández al Batallón de San Marcial, D. Oswaldo Codina Zapico al Hospital de Güines, D. Vicente Esteban de la Reguera á eventualidades en Sancti-Spiritus y en comisión á Cazadores de Barbastro. Médicos 2<sup>os</sup>. D. Antonio Sola y Huerta, al Batallón Expedicionario de Baleares, D. Pablo García Godoy, al Batallón de la Reina, D. Carlos Corso y Serrano, al de Tetuán, D. José Ramón Coll al Batallón Provisional de Baleares, D. Luis Ferrer García al rer. Batallón del Regimiento de Cuba, D. Alberto del Moral y de la Torre al Batallón Expedicionario de España. Médicos provisionales D. Antonio Torres Sola al Batallón de Luchana y D. Miguel Nevoit Mezquida al de Murcia. Subinspector farmacéutico de 2<sup>a</sup> clase D. Domingo Botet Carreras al Laboratorio Sucursal de Medicamentos. Farmacéuticos 1<sup>os</sup> D. Fermín Martín Díez al Hospital de Colón, D. Eugenio Tocino al de Cuba, D. Blas Alfonso Ramírez al de Manzanillo. Farmacéuticos 2<sup>os</sup> D. José Abadal y Sivila al de Ciego de Avila (en comisión), D. Gabriel Romero Landa al Laboratorio (en idem) y D. Antonio Luengo Vera al Hospital de Morón.

*Licencias por enfermos.*—Se han concedido de cuatro meses para la Península al Subinspector médico de 1<sup>a</sup> clase D. Melchor Camon y Navazquez; Médicos mayores D. Segundo Bellver Mateo, D. Angel Malo Fernández y D. José de la Peña Buelta; Médico 1<sup>o</sup> D. Emilio Pérez Nequera; Médico 2<sup>o</sup> D. Alfredo Pérez Viondi y Farmacéutico Mayor D. Felipe Alonso Paredes. De dos meses para la Isla al médico 1<sup>o</sup> D. Enrique Gabaldá Valenti y al 2<sup>o</sup> D. Sixto Martín Miguel.

*Retiros.*—Se ha concedido á los Subinspectores médicos de 2<sup>a</sup> clase D. Ramón Climent, D. Felipe Ovilo y D. Anselmo Sancho, á los médicos mayores D. Manuel Bosch y Calvaché y D. Simón Guevara Martínez.

*Licencia absoluta.*—Se ha concedido anticipo de la misma al médico 1<sup>o</sup> D. Antonio Mallo Herrera.

*Regreso á la Península.*—Se ha concedido por cumplido al Médico Mayor D. José Valledor Martín.

*Bajas.*—Por defunción las de los médicos 2<sup>os</sup> D. Miguel Hernández Domínguez y D. Francisco Carpintero Bourgoín y del Farmacéutico 1<sup>o</sup> D. Ramón Torres Argullol.

*Recompensas.*—Cruz de María Cristina de 1<sup>a</sup> clase en permuta del empleo de médico 1<sup>o</sup> al 2<sup>o</sup> D. Sebastián Fossá Lambert.

Cruz de 2<sup>a</sup> clase del M. M. roja *pensionada* en permuta de otra sin pensión al Médico Mayor D. Ramón Moros Palacin.

Id. de 1<sup>a</sup> clase roja *pensionada* en permuta de otra sin pensión al Médico 1<sup>o</sup> D. Enrique Plaza Iglesias.

Id. id. también *pensionada* y en permuta al médico provisional D. Emiliano García Casasola.

Id. *pensionada* y en permuta de id. al médico 1<sup>o</sup> D. Antonio Martínez Carvajal.

Cruces de María Cristina de 1<sup>a</sup> clase en permuta de dos rojas *pensionadas* de 1<sup>a</sup> clase al Médico Mayor D. Luis Sánchez Fernández.

Cruz de 1<sup>a</sup> clase del M. M. roja *pensionada* por el encuentro de "Paso Piedra" al médico 2<sup>o</sup> D. Carlos Domingo Jover.

Cruces de id. de 1ª clase, sin pensión al médico 1º D. José Castellví Vila y *pensionada* al 2º D. Fidel Ruiz González, ambas por las operaciones de “Caridad-Arteaga.”

Id. roja, de 1ª por el encuentro de “Colmenar de Travieso” al médico 2º D. Leopoldo Inchausti Cortés.

Id. id. por el de “Potrero Melones” al 1º D. Ignacio Gato Montero.

Id. id. *pensionadas* á los médicos 1º D. Cárlos Vieites Pérez y 2º D. Francisco Bada Mediavilla por el combate de “Reforma.”

Id. *pensionada* por la acción de “Recurso” al médico provisional D. José Martín Almenar.

Mención honorífica en permuta de una cruz Roja de 1ª clase al médico provisional D. Salvador Palacio Parceró.

Cruz de 1ª clase de M. M. roja por el combate de “Loma del Aura” al médico 1º D. Félix Echeverría y Eguina.

Id. id. por el de “Potrerillo” al 2º id. D. José Martí Ventosa.

Id. id. *pensionada* por la conducción de un convoy á “Manicargua” al médico 2º D. José María Gómez Jesús.

Cruces de 1ª clase de M. M. rojas *pensionadas* en permuta de otras sin pensión á los médicos 1ºº. D. David Pardo Reguera y D. Bernardo Riera Alemany.

Por servicios prestados en la “Línea militar de Mariel á Majana” ha sido propuesto á Guerra para recompensa el médico Mayor D. Joaquín Hurtado García, y se han concedido: Cruz de 1ª clase del M. M. blanca al Farmacéutico 2º D. Eduardo Torres Escriñá, cruces rojas sin pensión á los médicos 2ºº. D. José Ramón Secchi de Angeli y D. Pablo García Godoy, y médico provisional D. Manuel Gil Domínguez, y cruz de la misma orden, clase y distintivo, *pensionada*, al médico 2º D. Valentín Suárez Puerto.

*Otras disposiciones oficiales.*—En el *Boletín Oficial* de la Capitanía general de Cuba, han aparecido estas reales órdenes.

—Una Circular, de 11 de Mayo sobre las expediciones del *cese* á los Generales, Jefes y Oficiales que pasen á los Distritos de Ultramar en la que se dispone que si no pudieran proveerse de él para presentarle al Habilitado de expectante á embarco del punto de salida, como debe hacerse, pondrán en conocimiento del Comisario respectivo el puerto donde han de embarcar. Dicho *cese* se considerará como definitivo si los interesados no llegan á ser alta en la situación de expectantes á embarco, pero en este caso será provisional y el Comisario de la misma situación expedirá luego el definitivo. (*Los demás artículos de la R. O. se refieren á la tramitación por parte de la Administración Militar.*)

—Con igual fecha hay otra R. O. análoga para los que regresan á la Península y necesitan obtener el *cese* en los Distritos de Ultramar. Es de interés especial el último artículo de aquella en el que se previene que cuando cualquier Jefe ú Oficial sea “baja definitiva en Ultramar por retiro, defunción, pase á carrera civil ú otras causas, corresponderá únicamente á los interesados gestionar la obtención del *cese*”. En los demás casos, los Comisarios respectivos, por sí, los expedirán y las Intendencias de los Distritos las remitirán á la Intendencia General.