

LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Y LA

REVISTA DE CLÍNICA, TERAPÉUTICA Y FARMACIA

SUMARIO

EPIDEMIA DE BERI-BERI. *Terapéutica*, por el Dr. V. Plaza y Blanco.—¿GANGRENAS PALÚDICAS?, por José Potous, *Médico 1º*.—CIRUGÍA DE GUERRA. *Estadística de las operaciones practicadas en el Hospital de Alfonso XIII*, por los doctores E. Julio del Castillo y D. Higinio Pelaez, *Médicos 1ºs*.—MOVIMIENTO SANITARIO DEL EJÉRCITO DE CUBA.—MOVIMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO-FARMACÉUTICO EN LA ISLA DE CUBA.

EPIDEMIA DE BERI-BERI

TERAPÉUTICA

Había leído algo de lo escrito por Scheube sobre esta afección, rara en nuestros países y muy poco conocida por los médicos españoles en general. En el año 1889 adquirí las primeras noticias de esta enfermedad, en la clínica de mi eminente maestro el Dr. Sánchez Freire. Suscitose el asunto ante el sabio profesor compostelano por un apreciable colega que hacía muchos años ejercía su profesión en América. Confieso que desde aquella época, salvo la lectura de parte de un trabajo del Dr. Baelz, no había vuelto a ocuparme del beriberi hasta que obligado por mis deberes tuve necesidad de practicar la medicina en la Isla de Cuba, donde sabía que se presentaba alguna vez esta enfermedad con carácter epidémico.

En el verano de 1897, hallándome encargado de la clínica militar de Fomento (Villas), tuve ocasión de ver varios enfermos que solicitaron mis cuidados para la curación de la enfermedad que nos ocupa. Ageno, en un principio, á que en la Isla existiera á la sazón epidemia alguna de beriberi y fáciles de atribuir los síntomas más culminantes y ostensibles á una infección palúdica, declaro ingenuamente que no les concedí la importancia que más tarde había de darles, siquiera como medio de contribuir en la medida de nuestras fuerzas al estudio práctico de esta afección.

Los casos se sucedían, y todos presentaban su carácter específico: iguales en esencia, delataban la *degeneración inflamatoria de los nervios periféricos y músculos por ellos inervados*, que es lo que constituye el proceso anatómo-patológico hábilmente descrito por Baelz.

Nos convencimos de la existencia de la epidemia, que causó grandes estragos en el poblado de Fomento, ensañándose en la clase *pobre*, que por aquel entonces carecía de pan, de abrigo y de vivienda y que amontonada en inmundos bohíos sufría las amarguras de horrible desgracia ocasionada por incomparable y funestísima guerra.

En estas condiciones, poco nos fué posible hacer en sentido profiláctico y nada ó casi nada conseguimos en pró del mejoramiento de la higiene en general. La lucha fué tremenda y claro está que agotamos nuestro arsenal terapéutico para evitar la mortalidad alarmante que amenazaba despoblar en absoluto los barrios más castigados.

La falta de recursos, lo irregular de nuestras observaciones en algunos casos por el inmenso trabajo que nos agobiaba en aquella temporada y otras mil circunstancias inevitables, impiden que presentemos hoy una estadística regular y ordenada, conformándonos con hacer constar que la mortalidad se ha podido calcular en un cincuenta por ciento, según lo que arrojan mis notas y los datos del registro civil. Todo esto aproximado, pues en aquella época tan anormal no fué posible llevar una documentación completa, é incompletas creo que son también las inscripciones hechas por el Juzgado municipal.

Veamos cuál ha sido nuestro tratamiento, que es el objeto principal de este trabajo, encaminado á aportar un grano de arena á la gran obra de la medicina práctica.

He observado que dentro del estado de empobrecimiento orgánico en que se hallaban todos los atacados, existe cierta preferencia por las personas robustas. La electividad por la raza negra es incontestable, como también lo es que la enfermedad invade más frecuentemente á los individuos mal alimentados y á los que viven en reducidas habitaciones, hacinados y en abierta oposición con la higiene más tolerante. Hago esta observación con objeto de rechazar la idea de que el beriberi es una forma de anemia. No tengo datos suficientes para atribuir la enfermedad á una alimentación deficiente, así como nada puedo decir acerca de la hipótesis que atribuye el beriberi á una intoxicación producida por alimentos especiales. Quizá no se tarde mucho en demostrar la naturaleza infecciosa del mal, no dejando de llamarnos la atención las condiciones en que hace por lo común su aparición, el curso que sigue y su *contagiosidad aparente*.

Sea ó no infecciosa, lo cierto es que la afección conocida con el nombre de beriberi es una *polineuritis*. Los síntomas de parálisis y parálisis atrofica y hasta la palabra japonesa *kakke* con que se le denomina en este país, parece indicar su filiación, debiendo colocarse en patología en el grupo de las enfermedades de los nervios periféricos.

Quien haya leído los trabajos de Anderson, Koniger y del mismo Baelz, no ha de vacilar seguramente al instituir la profilaxia del beriberi cual si se tratase de una enfermedad infecciosa; y aun pudiéramos agregar el testimonio de algunas eminencias médicas que nos afirman más en esta hipótesis de la infecciosidad. Poco hemos podido observar sobre este punto que sea terminante y no deje lugar á dudas; pero he de hacer notar que una vez conocida la epidemia y su predilección por aquellos desdichados que vivían hacinados en habitaciones estrechas, húmedas y mal ventiladas, tratamos de mejorar las condiciones higiénicas de los locales, y sea porque nuestras medidas no llegaron al *desideratum*, ó porque desde luego son ineficaces, el hecho es que los casos continuaron multiplicándose, sobre todo entre las personas que más contacto tenían con los atacados. No ocurrió lo mismo desde el momento que apelamos á la desinfección enérgica de las habitaciones contaminadas, de las ropas de los pacientes y de cuantos objetos estuvieron en relación con ellos. Por nuestra parte confesamos que estamos convencidos de la trasmisibilidad del beriberi, y que si las medidas de carácter profiláctico que hemos empleado no dieron los resultados que de ellas parecía lógico esperar, fueron no obstante altamente beneficiosas y disminuyeron un tanto la epidemia, demostrando que con una desinfección enérgica se podrá evitar la propagación del mal. Esto es ostensible; anotados tengo los casos que por propagación se presentaron en las casas bien desinfectadas desde que se observaba en ellas la primera invasión, y tengo apuntados también los casos propagados en las casas en donde reinaba el abandono y la falta absoluta de profilaxia. En los primeros hállase una relación mínima de atacados por el número total de habitantes; no llega á un diez por ciento. En los segundos la proporción es enorme, pues alcanza un ochenta por ciento.

La desinfección en todo edificio en que aparece un caso de beriberi, debe ser pronta y eficaz, practicado con todo esmero principalmente en las ropas y objetos que hayan estado en contacto con los enfermos. Creo firmemente que la profilaxia del beriberi está llamada á evitar terribles epidemias, que si en Europa apenas se conocen, pueden, en algunas colonias dominadas por potencias ó naciones europeas, causar horribles estragos en las aglomeraciones humanas, y muy especialmente en las tropas.

Para evitarlo en éstas, atengámonos á lo preceptuado por la higiene general y la especial de las epidemias, y en este caso concreto no olvidemos que por mucho tiempo se ha creído y aun hoy siguen creyendo algunos, *que la etiología del beriberi, el factor nocivo de la afección, lo hemos de buscar en la escasa cantidad de albúmina del régimen alimenticio.* Nosotros no admitimos esta hipótesis, pues el autor de ella, Dr. Takaki, está en abierta contradicción con la enseñanza de la práctica de su mismo país; pero hay que conceder mucha importancia á la alimentación, y merece fijarse en la utilidad de los alimentos albuminóideos.

Una vez desarrollada la enfermedad, es difícil su tratamiento y actualmente puede decirse que la terapéutica del beriberi es puramente sintomática. Algunos tanteos se han hecho para instituir un tratamiento racional, pero sus mismos autores confiesan su falta de éxito. Por nuestra parte, hemos empleado cuanto nos ha parecido bien indicado, debiendo consignar en este lugar que todos los casos que hemos tratado presentaban á la par que síntomas de parétesis y parálisis características, una hidropesía constante más ó menos precoz y sin el menor indicio de albuminuria, afectando la forma llamada *beriberi hidrópico* de algunos autores. Hago esta advertencia para justificar el tratamiento empleado en mis enfermos.

Dietética.—Los clínicos que atribuyen el Beriberi á la falta de albúmina en el régimen alimenticio emplean todas aquellas substancias capaces de aportar albúmina al organismo. Descontada esta hipótesis creo que lo único que hay que procurar en la Dietética de los enfermos de Beriberi, es dar alimentos nutritivos y de fácil asimilación. La leche es un gran alimento y debe prescribirse en grandes cantidades pues ejerce una influencia poderosa y benéfica sobre la evolución del padecimiento muy especialmente cuando existe hidropesía. Como bebida aconsejo infusiones más ó menos concentrados de té; toda la cantidad que quiera el enfermo y necesite para apagar la sed. Jamás debemos permitir el alcohol en cantidad alguna. Comencé aceptándolo en un principio y al momento noté desarreglo en el centro circulatorio. Tres de los enfermos que he asistido tenían viejos hábitos de alcoholismo y en los tres tuve que luchar con síntomas enojosos sobre todo con la taquicardia invencible en todos ellos.

Tratamiento Farmacológico.—Nos referimos en primer término á los casos recientes, únicos en que cabe esperar algo pues una vez desarrollada la enfermedad solo nos es permitido combatir síntomas más ó menos graves pero todos enojosos. Declaro que ni un solo caso en circunstancias de estar bien manifiesta la lesión anatómica destructora lo he visto llegar á la curación debiendo todos los éxitos á los que se han combatido en sus

comienzos habiendo podido atacar al mal en su raíz. De no tratarse de casos recientes debe formularse siempre un mal pronóstico. Por ahora, mientras no contemos con otros recursos no es lógico esperar que con la administración de una droga más ó menos activa, las fibras nerviosas se restablezcan teniendo en cuenta que su degeneración llega á veces á la destrucción ó transformación completa siendo absorvidas y quedando hueca la vaina del nervio.

Añádase á esto la degeneración, también de las fibras musculares, turbias, hinchadas y quebradizas, quizá la dilatación del ventrículo derecho y la hipertrofia del izquierdo y se comprenderán las negruras del pronóstico sin necesidad de apelar á lo que quizá dentro de poco sea un hecho comprobado, á las lesiones constantes del sistema nervioso central que en nuestro concepto no queda intacto aun cuando es creencia más corriente que las lesiones nerviosas centrales apreciadas en el Beriberi son inconstantes y de escasa importancia segun algunos autores entre los que hemos de contar al ilustre profesor de la Universidad de Tokio Dr. Baelz al cual se deben los mismos estudios anatómopatológicos y clínicos sobre el Kakke ó polineuritis endémica.

Guiados por enseñanzas de autores de indiscutible autoridad, empleamos en un principio el salicilato sódico en cuatro ó cinco dosis diarias de á gramo cada una de ellas en los adultos y proporcionalmente menores en los niños, segun la edad. El efecto fué siempre nulo, y lo mismo podemos decir de la fenacetina que la hemos ensayado en no pocos casos así como la antipirina. Ninguno de estos medicamentos han producido modificación alguna ostensible en la marcha del proceso. No nos ha ido tan mal con la administración del arsénico cuando lo hemos empleado al principio de la enfermedad. Por desgracia no hicimos uso de él hasta que la epidemia declinaba obteniendo brillantes resultados. He empleado la disolución aconsejada por Isnard: *Dos decigramos de ácido arsenioso disueltos en mil de agua dan un centígramo por cada cincuenta gramos de la solución.* En esta dosis los he usado repartiendo en cuatro tomas diarias, con intervalos iguales los cincuenta gramos referidos. También he usado *los granulos de ácido arsenioso de un milígramo* que la industria moderna prepara y expende con éxito por su buena dosificación. Puede emplarse con este mismo objeto otra preparación arsenical cualquiera como la *disolución de arsenito potásico* hoy tan conocida, las *pildoras asiáticas* de la Farmacopea francesa etc. Desde que hicimos uso de este medicamento conseguimos excelentes resultados y aunque hipotéticamente, los explicamos por la acción del arsénico sobre los nervios en los que produce siempre una perturbación histológica á la cual sigue, cuando no es

muy intensa, una restauración que *exceda en un poco á lo perdido por la perturbación que originó el agente farmacológico.* De este modo se utiliza el exceso de reparación como agente terapéutico de gran valor.

En ciertos casos, sobre todo en los que la hidropesía es precoz usamos los purgantes y con preferencia el sulfato de magnesia, é infusiones de té muy concentradas que es lo que mayor utilidad nos ha prestado como diurético y tónico cardíaco.

También he empleado la estricnina, la ergotina y la digital. Unicamente con la digital he obtenido algun resultado feliz, en los casos de hidropesía determinando abundante diuresis. La cocaína y la estricnina no nos han reportado utilidad alguna.

No sé el resultado que dará el *nitrate argéntico* muy recomendado modernamente.

Con respecto á la *quinina* tan elogiada por Hogner, ha sido en nuestras manos completamente ineficaz y casi me atrevería á calificarla de perjudicial en muchas circunstancias. Casi lo mismo pudiéramos decir de los *calomelanos á dosis heróicas* aunque nuestra esperiencia en el uso de este medicamento, para combatir al Beriberi es muy escasa.

Masage, Electricidad, Baños, Climatoterapia.—En la convalecencia dejemos á un lado los agentes químicos por inútiles ó poco eficaces y al mismo tiempo que prescribimos una alimentación tónica y reparadora apelamos, especialmente, al masage solo ó alternado con corrientes eléctricas no muy intensas y aplicadas con precaución. Con el masage ha conseguido el Dr. Baelz abreviar notablemente la afección y por mi parte, lo he usado constantemente en los convalecientes obteniendo las mismas ventajas indicadas por el profesor de la Universidad de Tokio. Con respecto al método de masage no hemos establecido regla alguna general, adaptándonos á las condiciones de cada paciente pero tomando, sí, como base y principio del método la suavidad en el procedimiento y la no intervención directa sobre los nervios lesionados. En los musculos en vías de regeneración practíquense *fricciones, amasijos y golpeteos* pero cúidese mucho de no tocar directamente los nervios inflamados y téngase presente que la terapéutica no ha de ser nunca muy activa en cualquier periodo en que combatamos á estas polineuritis.

La electricidad y los baños pueden ser útiles también en la convalecencia pero no fiemos excesivamente en ellos y atribuyamos muchos más éxitos al cambio de clima como lo confirman las prácticas del Japón, el uso corriente en Java y Sumatra de enviar á los convalecientes del Beriberi á parages elevados y montañosos situados de 500 á 900 métrros sobre el nivel del mar.

¿GANGRENAS PALÚDICAS?

El considerable número de gangrenas que se reunían hace una veintena de años en los tratados de patología, ha ido reduciéndose, como sabemos, al comprobarse la unidad etiológica, habiendo sustituido la gangrena infecciosa á la espontánea, y la gangrena molecular á la úlcera simple.

Este modernismo no deja de ser convencional á su vez, pues no cabe la menor duda, á la vista de determinados enfermos, que es muy compatible la idea de infecciosidad con la noción de espontaneidad, ó en otros términos, que si es cierto que conocemos la causa próxima del proceso, ignoramos todavía las condiciones individuales que favorecen el *momento patogenético*, sin que en muchos casos pueda atribuirse otra causa que la simple penetración del microbio en el organismo, desterrándose á falta de datos la idea de predisposición al mal.

No es menos verdadero que la denominación de gangrena molecular á la úlcera simple es defectuosa y aleja el conocimiento y la distinción entre esa lesión y algunas gangrenas ulcerosas propiamente dichas (en las que la mortificación tiene lugar de una manera macroscópica) mal llamadas antiguamente úlceras gangrenosas, toda vez que la úlcera es resultado de la gangrena.

En cambio, nadie habla de algunas manifestaciones gangrenosas que suelen aparecer en el curso de la malaria bajo sus distintas formas, y en individuos *que han sido palúdicos*.

No hay que confundir estas apariciones con la formación de escaras por decúbito que se observan en algunas enfermedades graves de larga duración y lo más frecuentemente infecciosas, ni tampoco debe herir nuestra imaginación en estos momentos la presencia de placas gangrenosas que se ofrecen en el muerto, pues aquéllas débense principalmente á causas mecánicas, y éstas obedecen á la infección muermosa, como secuela obligada, casi como síntoma patognomónico de inusitada frecuencia en el período más culminante de la enfermedad.

La gangrena escuela del paludismo se presenta con rareza y puede hacer su aparición progresiva de fuera á dentro (traumática), ó de dentro á fuera (espontánea de los antiguos), como veremos por la relación de los siguientes casos:

Gangrenas traumáticas en individuos que fueron palúdicos.

1ª observación. — Sargento José Goñar García, natural de Benigacín (Valencia), de 24 años, estudiante, constitución mediana, temperamento linfático y perteneciente á la 3ª compañía del batallón de Guadalajara. Ocupó la cama nº 2 de la Clínica

de Jaruco, ingresando el día 27 de Febrero de este año y saliendo con propuesta de inutilidad para el hospital de Regla (Havana) el día 26 de Mayo.

Dicho sargento ingresó con una herida de proyectil en el antebrazo izquierdo que produjo la fractura conminuta del radio y cúbito, con gran deformación del miembro y propulsión de esquirlas y tejidos blandos. Acordada la amputación, verificamos ésta con grandes precauciones antisépticas, siguiendo el método circular en el el tercio inferior del brazo. Levantado el apósito al segundo día de verificada la operación, ofrecióse en la cara antero-interna del brazo, tercio medio, una amplia vesícula circundada de una goma cianótica característica de gangrena.

En el traumatismo operatorio no ocurrió la menor novedad. La zona esfacelada quedó limitada á la circunferencia de un duro y curó totalmente.

Como ya dijimos, la aditeseptia durante la operación fué rigurosa, y esto nos hizo afianzar la idea de que el proceso gangrenoso era debido á otra causa, congratulándonos con la idea de que los antecedentes eminentemente palúdicos del sujeto darían mejor explicación de lo observado.

A formular en definitiva esta opinión no contribuyó poco la abundancia de úlceras de la córnea de origen palúdico que hemos tenido ocasión de observar en los soldados y particulares durante la campaña actual.

2ª observación.—Jaime Blasco Beltrán, natural de Guardamar (Alicante), de 22 años, labrador, de constitución débil y perteneciente á la 4ª compañía del batallón de Guadalajara número 20. Ingresó en la Clínica de Jaruco el 24 de Marzo de este año, saliendo curado el 25 de Mayo.

Dicho individuo se hirió casualmente con un vidrio en la cara anterior de la región antebraquial, en sitio próximo á la muñeca izquierda. Tuvo una abundante hemorragia, y á pesar de emplear la solución de sublimado cotidianamente, esfaceláronse los bordes de la herida y el tejido conjuntivo subcutáneo en una gran extensión, tardando dos meses en curar totalmente de la lesión, gracias á un plan reparador que establecimos al ver en este individuo el sello del palúdico inveterado, tanto por su aspecto como por el infarto considerable del bazo, verdadera petro-esplenia muy apreciable al tacto.

Gangrenas de origen interno en individuos palúdicos con manifestación activa (fiebre intermitente).

1ª observación.—Ramón Vilalsó Casales, natural de Bojal (Barcelona), de 23 años, labrador, de constitución robusta y perteneciente á la 6ª compañía del batallón de Guadalajara nº 20.

Ocupó la cama n^o 37 de la Clínica de Jaruco, saliendo curado después de dos meses de asistencia.

Este soldado presentaba, á la primera observación clínica por nuestra parte, una acceso de fiebre palúdica que determinó una temperatura de 40^o, quejándose de fuertes dolores en el dorso del pié izquierdo: examinado detenidamente, pudimos apreciar detenidamente una flictena que se elevaba en un fondo azulado, característico de gangrena. El interrogatorio fué negativo. En los días siguientes delimitóse la mortificación, cuya eliminación completamos por medio de la pinza y el bisturí, empleando el iodoformo mezclado con polvo de quina y carbón, á fin de acelerar la curación de la úlcera resultante. Al interior prescribimos el sulfato de quina y el vino de Jerez, curando el soldado de una manera completa, si bien repitieronse los accesos en el curso de aquélla, algunos de los cuales fueron intensísimos.

2^a observación.—José Ribes Llases, natural de Pedreguer (Alicante), de 24 años, labrador, de constitución débil y perteneciente á la 3^a compañía del batallón de Guadalajara n^o 20.

Este soldado recibió el alta al cumplir las 60 estancias. Ingresó en la Clínica de Jaruco aquejando una fuerte calentura y agudísimos dolores en la cara interna de ambas rodillas, que al principio confundimos con los que resultan de la acción de las temperaturas elevadas, pero la insistencia con que el enfermo se fijaba en ellos, hízonos descubrir dos pequeñas chapas simétricas de aspecto equimótico, correspondientes á la cara interna de los cóndilos internos femorales, en los puntos de mayor prominencia ósea. Lo simétrico de las lesiones y hasta su misma apariencia anatómo-patológica nos indujo á creer que el referido soldado fuese de caballería, debiéndose las lesiones á la fuerte y sostenida presión que hacen estos ginetes en la silla del caballo, durante las marchas largas y accidentada. . . . pero el soldado era de infantería y no había montado en ninguna marcha. Seguimos algunos días en expectación, y prontamente quedaron ulceradas las placas gangrenosas, como hechas con sacabocados, perfectamente redondeadas, idénticas y del tamaño de un real de vellón, cicatrizando completamente, si bien con marcada lentitud, y acompañando á las lesiones durante largo tiempo los fuertes dolores ya expresados. Las fiebres intermitentes siguieron haciendo presa en el enfermo con una rebeldía inusitada, obligándonos á variar frecuentemente los preparados y modo de administración de la quina y quinina.

Por la relación de los casos apuntados habrá podido deducir el lector el objeto de este trabajo, que no es otro que el de hacer resaltar la vinculación bien notoria que existe entre determina-

dos procesos gangrenosos y los estados maláricos; y á poco que nuestros compañeros fijasen la atención en la correlación que dejamos establecida á la vista de sus respectivos enfermos, seguramente se facilitaría mucho el camino de la profilaxia, diagnóstico y tratamiento de las que quizá podamos denominar con certeza *gangrenas de origen palúdico*.

Siendo la infección palúdica, de las de más variada morfología, y abundando sus manifestaciones en lesiones de menor nutrición á partir de la hipoglobulia inicial, tanto por las observaciones citadas, como por lo que ha podido apreciarse á diario en los reconcentrados, que ostentan á menudo extensas ulceraciones en sus extremidades edematosas, se comprende fácilmente las dificultades de riego sanguíneo en calidad y cantidad á que da lugar aquella, y por tanto queda establecido el mecanismo general de las mortificaciones de los tejidos blandos (piel, mucosas).

Si se trata de evitar en un palúdico estas apariciones, es necesario redoblar la alimentación y medicación tónicas, haciendo uso de los baños fríos, que modifican favorablemente las condiciones desequilibradas de la circulación periférica, é iguales medios favorecerían la curación de las gangrenas una vez desarrolladas.

JOSÉ POTOUS,

Médico primero.

Práctica farmaco-terapéutica moderna.

FÓRMULA CONTRA LA LITHEMIA (RACHFORD)

Sabido es que el Dr. Murchison dá el nombre de lithemia al síndrome de lo que el considera dependiente de un exceso de ácido úrico en la sangre. El Dr. Rachford aconseja como tratamiento farmacológico contra la lithemia el salol antes de los dos años y pasados los cuatro años de edad esta fórmula:

Salicilato de sosa.....	2 partes.
Fosfato de sosa.....	4 —
Sulfato de sosa.....	12 —

Una cucharadita en una copa de agua de Seltz todas las mañanas, durante bastante tiempo.

CIRUJIA DE GUERRA

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS PRACTICADAS

EN EL HOSPITAL MILITAR DE ALFONSO XIII (HABANA)

DESDE EL PRINCIPIO DE LA CAMPAÑA ACTUAL HASTA FIN DE MARZO DE 1897

Recopilada y ordenada por los Médicos 1.º

D. Julio del Castillo Domper y D. Higinio Pelaez Quintana.

Jefes de Clínica del mismo.

CONTINUACIÓN (1).

N.º	Clase.	Nombre y apellido.	Diagnóstico.	OPERACION.	Operador.	Resultado.
115	Soldado	Andrés Serra.	Herida de bala con entda. por el dorso del pié izqdo. y fract. del tercero, cuarto y quinto metatarsianos	Resección del cuarto y quinto metatarsiano izquierdo.	Dr. Atienza	Curación propues- to para retiro.
116	Idem.	Ramón Bondas.	Her. de bala en el índice der.	Ampntación del índice derecho.	Sr. Soler.	Idem.
117	Idem.	Juan Navarro.	Herida de arma de fuego con el orificio de entrada situado por la cara anterior del tercio inferior del antebrazo izqdo. junto al radio, el de salida en la cara posterior, habiendo causado á su paso la fractura conminuta del cúbito.	Resección superiostíca de ocho centímetros de cúbito en su tercio inferior desprendiendo la opósis estiloides sin interesar la articulación.	Dr. Pedraza.	Idem.
118	Idem.	Angel Pastor.	Herida de arma de fuego con penetración de proyectil por la cara palmar del tercer metacarpiano izquierdo y salida p. la cara dorsal; fractura conminuta del hueso y dsgarro de las parts blandas.	Resección de la mitad inferior del tercer metacarpiano y desarticulación del dedo medio; sutura; drenaje.	Idem.	Idem.

(1) Véase el número de Mayo.

Nº	Clase.	Nombre y apellido.	Diagnóstico.	OPERACION.	Operador.	Resultado.
119	Soldado	Aniceto Rodz.	Herida de bala en el antebrazo izquierdo, tercio inferior y fractura del cúbito.	Resección subperióstica de la extremidad superior del cúbito en una extensión de ocho centímetros.	Sr. Soler.	Curación y prpto para ret.
120	Idem.	Eusebio Esteban.	Herida de bala de la mano derecha, fractura del tercer metacarpiano y primera falange del dedo medio.	Extirpación del tercer metacarpiano y dedo.	Idem.	Idem.
121	Idem.	Narciso Jiménez.	Caries del pulgar derecho y metacarpiano.	Amputación del primer metacarpiano y dedo.	Idem.	Curación y vuelto á filas.
122	Idem.	Basilio Sánchez.	Herida de bala del pié izqdo. con fract. del calcáneo.	Extracción del proyectil y varias esquirlas óseas	Idem.	Idem.
123	Idem.	Maximino Bello	Herida por arma de fuego con entr. por la cara posterior de la 5ª costilla, lado izq. y salida por el lado opuesto al nivel de la septima con fractura de la misma. Derrame pleurítico.	Pleurotomía, lado derecho y resección costal.	Sr. Atienza.	Curación y prpto p. retiro.
124	Cabo.	Bartolomé Rovira.	Herida por arma de fuego en la parte media de la regn. cervical y salida por el pabellón del oído izq.; fr. del temporal del mismo lado.	Resección de la porción mastoidea izqda.	Idem.	Curación y vuelto á filas.
125	Soldado	Vicente Landa.	Herida de bala de la mano derecha, fractura del tercio metacarpiano y primera falange del dedo derecho.	Amputación del tercer metacarpiano derecho y dedo.	Sr. Soler.	Curación y prpto p. retiro.

.0746. 05 0 (Continuad),

(1)

MOVIMIENTO SANITARIO DEL EJERCITO DE CUBA.

MES DE DICIEMBRE 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. ^a	32938	18374	18824	496	31992	481	266	200	54	493	367	106	75	7	391
2. ^a	31992	18992	19593	565	30826	493	290	236	69	478	391	127	102	10	406
3. ^a	30826	17761	17223	569	30795	478	299	228	66	483	406	212	127	13	478
TOTAL	.....	55127	55640	1630	.....	.....	855	664	189	.....	.....	445	304	30	.....

MES DE ENERO DE 1898.

1. ^a	30795	15005	15688	561	29551	483	268	197	58	496	478	197	186	10	479
2. ^a	29551	14088	15529	485	27627	496	139	188	39	408	479	131	135	8	467
3. ^a	27627	11753	13468	529	25383	408	98	146	33	377	467	119	147	6	433
TOTAL	.....	40846	44685	1573	.....	.....	505	531	130	.....	.....	447	468	24	.....

MES DE DICIEMBRE DE 1897.

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. ^a	256'51	2'48	9'67	0'27	72'27	2'36	16'01
2. ^a	254'92	2'82	11'8	0'34	88'1	2'59	19'30
3. ^a	242'93	2'84	11'75	0'33	84'92	3'09	21'03
Térn. medio.	251'45	2'71	10'83	0'31	81'77	2'68	18'78

MES DE ENERO DE 1898.

1. ^a	229'00	2'80	12'24	0'36	77'23	4'21	14'81
2. ^a	218'19	2'41	11'06	0'24	69'27	3'71	13'11
3. ^a	246'12	3'40	13'68	0'20	65'21	3'66	10'24
Térn. medio.	231'10	2'87	12'32	0'26	70'57	3'86	12'72

Para el análisis de todos los datos estadísticos que se consignan, no debe olvidarse lo penoso de la campaña, la influencia letal de la endemia, y que una gran parte del contingente no se ha adaptado aún a este desfavorable medio climatológico y telurico. Dentro de cada hospital varía mucho la procedencia 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 a cada uno, por orientación, situación topográfica, densidad de población nosocomial, etc., etc.

MOVIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO-FARMACEUTICO

EN LA ISLA DE CUBA.

Ascensos. —

A Subinspector Médico de 1.^a: D. Genaro Rodríguez de Córdova y D. Agustín Muñozguren y Casanova.

A id. id. de 2.^a: D. Francisco Coll y Zamuy, D. Manuel Ruiz Alcázar, D. Rafael Mira y Merino y D. Pedro Heras Otaño,

A Médicos Mayores: D. Benito Arbat y Colomer, D. Alejo Moreno y Camacho, D. Juan Valdivia y Sisay, D. Salvador Sánchez Iznardo, D. José Sánchez Sánchez, D. Agustín Bedoya García, D. Julio del Castillo Domper, D. Higinio Peláez Quintana, D. Antonio Herrando Hernández y D. Cándido González Arellano.

A Médicos primeros: D. Manuel Pérez Martorell, D. Luis Torres Ibarra, D. Enrique Sarmiento González, D. Antonio Constantí Bager, D. Salvador Sansano Vives, D. Francisco Ortega Gómez, D. Ricardo Sánchez Hargrave, D. Julio Aldas y Torres, D. Antonio Redondo Flores, D. Emilio Fuertes Arias, D. Eduardo Mínguez Val, D. Adolfo Azoy Alcaide, D. Francisco Moranges del Valle, D. Francisco Muñoz Bueno, D. Carlos Amat Pintado, D. Arturo Pérez Olea, D. Arturo Fernández Fontecha, D. Leopoldo Badia González, D. Emilio Fuentes Sáenz Díez, D. José Quintana Duque, D. José Lasmarias Ruvira, D. Melchor Camon Navarro, D. Ignacio Cornet Palá, D. Antonio Solá Huerta, D. Angel Soler y Canellas, D. Fidel Ruiz González, D. Pablo García Godoy, D. Miguel Pizarro López, D. Carlos Domingo Jover, D. Román Rodríguez Pérez y D. Amador Hernández Alonso.

Destinos. —

Subinspector Médico de 1.^a D. José Labarta, Director del Hospital de Alfonso XIII.

Subinspectores Médicos de 2.^a: D. Enrique Sánchez, Jefe de Sanidad de la 1.^a división del 1.^{er} cuerpo de ejército de Pinar del Río; D. Genaro Domingo, id. id. 3.^a id. id. Matanzas; D. Antonio Pérez, id. id. división de Holguín; D. Francisco Coll, al hospital de Alfonso XIII; D. Paulino Hernando, al id. de San Ambrosio, D. Eustasio Masid, al id. de Regla en comisión y D. Pedro Heras Otaño, director de la Clínica de Guanajay.

Médicos Mayores: D. Federico Parreño, Jefe de sanidad de la 4.^a división del 1.^{er} cuerpo de Ejército de Cárdenas; D. Antonio Rovira, al Hospital de Madera; D. Andrés Zardoya, al id. de Regla; D. Antonio Herrando, al id. de S. Ambrosio; D. Pedro Prieto, al id. de Matanzas; D. Segundo Bellver, al id. de Regla; D. Vicente Badia y D. José González al id. de San Ambrosio; D. José Ruiz Castroviejo, al id. de Gibara; D. Damián Fariñas, al id. de Holguín; D. José Cortina y López, director de la enfermería de Auras; D. Francisco Monserrat, id. de la de Artemisa; D. Enrique Alonso, al hospital de Santiago de las Vegas; D. José Reig, D. Federico Baeza y D. Antonio Curto, al id. de Alfonso XIII; D. Feliciano Fidalgo, al id. de Manzanillo; D. Leon

cio Rodríguez Córdova, al id. de Holguín; D. José García Correa, al id. de Sagua la Grande; D. Rafael López Jiménez, al id. de Cienfuegos; D. José Pastor Ojero y D. Pedro León Jiménez, al id. de Santiago de las Vegas.

Médicos 1 ros. D. Victorino Delgado Pérís, al hospital de Santiago de Cuba; D. José Díaz Rodríguez, al id. de Manzanillo; D. Antonio Casares Gil, al id. de Regla; D. Isidro García Julián, al id. de Cienfuegos; D. José Calleja, al id. de Manzanillo; D. Julián García Criado, al de Trinidad; D. Valentín Suárez Puerto, al de Gibara; D. Bartolomé Navarro, al batallón de Luchana; D. José Viejobueno, al hospital Habana; D. Francisco Durban, al id. de Guanajay.

Médicos 2 os.: D. Antonio Redondo Flores, al hospital de San Antonio de los Baños; D. Amador Hernández, al batallón de Chiclana; D. Luis Fernández Jaro, á la clínica de San José de las Lajas; D. Armando Costa Tomás, al batallón de Asturias; D. Guillermo Rodríguez, al 2º batallón de Alfonso XIII; D. Matías Ferrer, al hospital Habana; D. Modesto Quiles, al id. de Holguín; D. Alberto Rodríguez, al batallón de Soria; D. José Martí, al id. de Almansa; D. Francisco Gálvez, al id. Movilizados de Pando; y D. Sebastián Gallego, al Regimiento Caballería del Camagiuey.

Médicos provisionales: D. Francisco Herrero González, al hospital de Holguín; D. Juan Galdir, al 3er. batallón de Alfonso XIII; D. Enrique Cerviño, al hospital de Matanzas, D. Andrés Parra, al batallón de Andalucía; y D. José G. Torices, al batallón Cazadores de Colón.

Farmacéuticos Mayores: D. Ricardo García Segond, al hospital de Alfonso XIII; D. Adrián López Bruguera, al id. de San Antonio de los Baños y D. Leovigildo García Pimentel, al id. de Manzanillo.

Farmacéuticos 1 ros.: D. Benjamín Pérez, al hospital de Regla, y D. Blas Alfonso Ramírez, al de Manzanillo.

Farmacéuticos 2 os.: D. Pedro Escudero, al hospital de Holguín; D. Cándido Alonso Bermúdez, al id. de Matanzas.

Farmacéuticos provisionales: D. Daniel Modesto, al hospital de Cienfuegos y D. Juan González, al id. Habana.

Recompensas. —

Médicos 1 ros. — D. Francisco Durban, cruz roja de 1ª clase del MM. en permuta de dicho empleo obtenido por mérito de guerra, y declarándole pensionada otra condecoración de igual clase que le fué otorgada. D. Leopoldo Badía, cruz de 1ª clase de María Cristina en permuta de su actual empleo. D. Ricardo Sánchez Hargrave, id. id. D. José del Buey Pagan, cruz de 1ª clase del MM. roja pensionada por combates librados en Acantilado, Mogote de los Negros, Tinajones y Tres cruces (Cuba) en los días 13 al 17 de Marzo de 1898. D. Ignacio Gato Montero, id. id. de id. por id. en Montes de Cartagena, Santa, Oliva y San Roque (Villas) el 6 de Abril de 1898. El mismo, id. id. de idem por operaciones realizadas en la Sigüanea (Villas). D. José Castelví Vila, id. id. de id. por servicios prestados con motivo del desarrollo de la epidemia palúdica en la plaza de Puerto Príncipe. D. Alfredo García García, id. id. sin pensión por la defensa del tren de pasajeros al ser atacado por el enemigo en La Trinchera, entre Bornat y San Vicen-

te (Cuba) el 30 de Enero de 1898. D. José Barreiro y de la Iglesia, id. id. id. por operaciones en Matayeguas, Pilón y Camarones (Cuba).

Médicos 2.ºs.: D. Emilio Fuertes Arias, cruz de María Cristina por combates librados en Melón (Cienfuegos) el 6 de Mayo de 1898. D. Antonio Solá y Huertas, id. id. id. por encuentro en el potrero Delfín Roig (Pinar del Río). El mismo, id. id. id. por combates librados en Santa Paula, La gloria, Las ánimas y El chivo. D. José Secchi de Angeli, id. id. id. por operaciones, apertura, fortificación del río Cauto y conducción de un convoy fluvial á Cauto Embarcadero. El mismo, significado para la cruz de Isabel la Católica por encuentro tenido en Cabaña Libre (Manzanillo). El mismo, cruz de 1.ª clase del MM. roja pensionada por servicios prestados del 6 al 8 de Noviembre de 1897 en la provincia de la Habana. D. Gustavo Prieto Muñoz, id. id. de id. por la acción en Loma Plateros (Villas) el 25 de Febrero de 1898. D. Arturo Pérez Olea, id. id. de id. por la acción y toma del campamento enemigo El Chino (Puerto Príncipe) en 1.ª de Marzo de 1898. D. Angel Rodríguez López, id. id. de id. por operaciones practicadas del 5 al 16 de Febrero de 1898 y encuentros en Camarón y Tacamara (Holgún) el 7 y 8 de dicho mes. D. Miguel Pizarro López, id. id. de id. por encuentros en Hoyos de Mijagua y Pozo Abelardo (Villas). D. Alonso Feijoo Cazañas, id. id. de id. por operaciones y hechos de armas en Consolación del Sur (Pinar del Río). D. Francisco García Belenguer, id. id. de id. por operaciones y encuentros tenidos en San Jorge de Manacas, Solís y La Serafina (Cuba). D. Eduardo Mínguez Val, id. id. de id. por servicios prestados hasta fin de Abril de 1898. D. Miguel García Rodrigo Pérez, id. id. de id. por operaciones y encuentros en Laguna Grande, Cayo de la Guerrilla y Purgatorio (Puerto Príncipe). D. Francisco Lara Granados, significado para la Cruz de Isabel la Católica por encuentros tenidos con el enemigo en Sobonilla y Perindonga (Santa Clara) el 21 de Marzo de 1898. D. Carlos Domingo Jover, cruz de 1.ª clase del MM. con distintivo rojo por encuentros en Pozo Piedra y Baracoa (Santa Clara) el 16 y 17 de Marzo 1898. D. José Sánchez Sánchez, id. id. por operaciones realizadas en la Siaguanea (Villas). D. Fidel Ruiz González, id. id. por servicios prestados con motivo del desarrollo de la epidemia palúdica en la plaza de Puerto Príncipe. D. Luis Ferrer García, id. id. por operaciones practicadas y combates librados en La Güira y Limones sobre el río Contra-maestre (Cuba). D. Francisco Gálvez Durán, id. id. id. por combates librados en Vizcaíno y Ojo de Agua (Santa Clara), y D. Juan García Rojo, id. id. id. por acción librada en Gilitrabo (Puerto Príncipe).

Médicos provisionales: D. Joaquín García del Cosío Díaz, cruz de María Cristina por combate sostenido en Río del Sitio (Pinar del Río). D. Bernardo Agüero Ruiz, cruz de 1.ª clase del MM. roja por combates librados en Santa Paula, La Gloria, Las Animas y El Chivo. D. Emiliano García Casasola, id. id. id. por encuentros en Hoyos de Mijagua y Pozo Abelardo (Villas). D. Jesús Guerrero Jiménez, id. id. id. por servicios prestados con motivo del desarrollo de la epidemia palúdica en la plaza de Puerto Príncipe. D. José Martín Almenar, cruz de María Cristina por operaciones practicadas y encuentros tenidos en los días 22 al 24 de Marzo de 1898 en La Mulata (Pinar del Río).