

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO X MADRID 15 DE FEBRERO DE 1896 NÚM. 208

FIEBRE AMARILLA (I)

Formas.—Del conjunto sintomático que hemos descrito, correspondiente á la evolución ordinaria y más general de la fiebre amarilla, destácanse en ocasiones alguno ó algunos de esos síntomas, dando carácter culminante al proceso y haciendo variar radicalmente el pronóstico y el tratamiento, sobre todo en el segundo período, en que la intervención terapéutica no puede ser más que sintomática.

Respecto del conjunto de manifestaciones patológicas, las formas que desde luego cabe admitir lógicamente según el pronóstico, son, aparte de la forma común descrita, la ligera ó abortiva de Jaccoud y la fulminante.

Según el predominio de fenómenos sintomáticos, Jaccoud divide la fiebre amarilla en *forma común, ligera ó grave*; con cuatro variedades, *regular, colémica, urémica, hemorrágica*, y las otras dos formas antes dichas, *abortiva* y *fulminante*.

La *forma abortiva* (Jaccoud, Polkafeber), está limitada, según estos autores, al período de reacción general, presentándose en ella la elevación térmica, escalofrío, dolor lumbar, epigastralgia, inyección de la cara y conjuntivas, agitación, náuseas, catarro gastrointestinal, etc., todo con igual intensidad que en la forma común; pero la remisión vá acompañada de diaforesis abundante ó de diarrea biliosa con la cual termina la enfermedad. Parece ser que esta forma no dá más que una inmunidad pasajera al que la padece.

La *forma fulminante* no tiene remisión matutina; la ictericia se presenta muy precozmente, como también los vómitos negros y las placas equimóticas, sucumbiendo el enfermo del tercero al cuarto día con híper ó hipotermia.

(1) Véanse los números del 106 al 200 y el 202 del tomo IX y el núm. 206 del tomo X.

El Dr. Pons y Codinach admitía las siguientes variedades: *vómito efémero* (tipo ligero), *vómito gástrico* (tipo común), *vómito adinámico* (tipo grave), y *vómito atáxico* (tipo mortal); división que si bien parece corresponder á las principales modalidades del proceso, no determinan las denominaciones nada que sea culminante.

Granizo admite tres formas fundadas en la expresión clínica del conjunto, que son: *adinámica*, *atáxica* y *fulminante*. La primera, ordinariamente más lenta, dá lugar á la anuria pocas veces y coincide con abundante y prolongada albuminuria; la segunda, más grave y rápida, se acompaña de fenómenos nerviosos consecutivos á la uremia y muy precozmente de albuminuria.

El Dr. Clairac divide las formas de la fiebre amarilla en una *común*, ligera ó grave, y en otra *fulminante* ó siderante; y subdivide la primera en regular, colémica, urémica ó hemorrágica.

El Dr. Finlay distribuye todos los casos en las tres categorías siguientes:

- 1.º Fiebre amarilla *no albuminúrica* ó fiebre de aclimatación,
- 2.º » » *albuminúrica simple*,
- 3.º * * *melano albuminúrica*,

de las cuales hace una descripción detallada que juzgándola interesante no vacilo en transcribir íntegra conforme se ha publicado hace poco en la *Crónica médico-quirúrgica de la Habana*.

«*Fiebre de aclimatación* (1).—Algunos autores incluyen en esta categoría hasta los ataques efimeros y fiebres de dos ó tres días de duración, sin más fundamento clínico que la circunstancia de que ocurren en sujetos susceptibles de padecer la fiebre amarilla y en épocas en que se observan casos de esta enfermedad. Tal concepto se justifica con la observación de que después de esas fiebres benignas y aún sin manifestación patológica alguna, no es raro que los forasteros adquieran la inmunidad. Bajo el punto de vista clínico, sin embargo, creo más conveniente limitar el nombre de *fiebre de aclimatación* á los casos que presentan caracteres que permiten establecer un diagnóstico positivo, por lo menos *a posteriori*, y reconocer sus analogías con la fiebre amarilla regular. He incluido en

(1) Está demás explicar que la palabra aclimatación se usa aquí exclusivamente con referencia á la infección amarilla, independiente de otras influencias climatológicas. Nuestra «fiebre de aclimatación» no parece diferenciarse de la *fièvre bilieuse inflammatoire* no albuminúrica de las Antillas francesas y de la Guayana descritas por Béranger, Férand y por Burot.

la presente categoría todos los casos de esta especie que no presentan, en todo el curso de la enfermedad, señales evidentes de albúmina en la orina, al someterla á la ebullición antes y después de acidularla con el reactivo aceto-pítrico de Esbach ó con ácido nítrico, sin tener en cuenta las trazas dudosas de esa substancia que puedan manifestarse con otros reactivos más sensibles de la albúmina (pero también más expuestos á errores).

La fiebre, como ya se ha dicho, llega generalmente á su máximo dentro de las primeras cuarenta y ocho horas y continúa después con cifras más bajas y con oscilaciones diurnas más ó menos pronunciadas hasta el 5.º, 6.º, 7.º ú 8.º día sin bajar de la temperatura normal; pero hacia el 3.º ó 4.º día, si se anotan con cuidado las cifras, se observa, por lo regular, una remisión, por cuanto la temperatura descende más ó sube menos que en el día anterior y en el siguiente. Durante esa remisión la cefalalgia y los otros dolores de la invasión desaparecen ó disminuyen notablemente, el paciente se siente mejor y presenta mejor aspecto, y el pulso se hace más lento. Esta remisión puede durar pocas horas ó prolongarse un día entero ó más aún. Entonces comienza el segundo paroxismo, que puede quedar reducido á una ligera elevación térmica seguida de una defervescencia gradual ó brusca. En los casos más acentuados, el segundo paroxismo se acompaña de temperaturas casi tan altas ó más altas que las del primero; suelen entonces reproducirse ó aumentar la cefalalgia y los dolores generales, con agitación y desasosiego del enfermo. El insomnio es un síntoma frecuente, el estómago puede mostrarse irritable, con náuseas y vómitos simples, también pueden ocurrir síntomas nerviosos de carácter histeriforme, y no es raro que se observe un tinte sub-ictérico en las conjuntivas oculares. Entre el 3.º y el 6.º día suelen dar un poco de sangre las encías, presentarse alguna epistaxis ó notarse alguna sangre en la expectoración ó en las mucosidades expelidas de las fauces, y en las mujeres la menstruación suele anticiparse ó ser más abundante que de costumbre. La defervescencia (por debajo de la temperatura normal) se verifica generalmente antes del 8.º día (1). (En los últimos

(1) Aun después que la temperatura haya descendido por debajo de los 37° suelen todavía observarse algunos décimos de elevación por las tardes, antes que se normalice definitivamente la colorificación. Un hecho digno de notarse y que arguye en contra de los que creen que la infección amarilla primaria se origina habitualmente en el intestino, es la rareza de los trastornos intestinales, salvo el estreñimiento, en las formas *no-albuminúrica* y *albuminúrica simple*.

días de la enfermedad y en la convalecencia llama la atención la lentitud del pulso, siendo frecuentes las cifras de 54 y 48 pulsaciones por minuto, sin que ésto implique peligro para el paciente). El enfermo entra entonces en convalecencia, complicada á veces con síntomas dispépticos ó palúdeos, pero ésto no es frecuente en la Habana. Todos los casos del tipo *no-albuminúrico* terminan de una manera satisfactoria.

Fiebre albuminúrica simple.—Siempre que de una enfermedad se sospeche que pueda ser la fiebre amarilla, deberá averiguarse cada día si la orina contiene albúmina. Para obtener un diagnóstico más rápido conviene ensayarla primero con el reactivo de Esbach y luego someterla á la ebullición. De esta manera se descubre á veces una traza de albúmina antes que resulte ninguna opalescencia con la simple ebullición de la orina acidulada con ácido nítrico. (Cuando la orina es muy ácida conviene hervirla antes de acidularla, y en el caso de producirse alguna opalescencia averiguar si ésta no desaparece con la adición del reactivo de Esbach ó de ácido nítrico.) Para la clasificación clínica estimo conveniente considerar como pertenecientes á la categoría de «albuminúricos» tan solo los casos en que la presencia de la albúmina se evidencia claramente con la ebullición de la orina acidulada con cualquiera de esos dos reactivos. Este signo puede manifestarse en las primeras veinticuatro horas ó sólo al cabo de tres ó cuatro días. El momento de su aparición es importante por cuanto su manifestación prematura (antes de cumplirse las cuarenta y ocho horas) es generalmente presagio de una infección grave. La cantidad de albúmina es también significativa para el pronóstico, pero no tanto como pudiera creerse, pues algunos casos, con fiebre muy moderada y cuyo curso es esencialmente benigno, se acompañan de una albuminuria bien acentuada desde el 3.º hasta el 8.º ó 9.º día. Pero aun así la presencia de albúmina en la orina hace muy inverosímil la repetición de cualquiera forma de fiebre amarilla, aun exponiéndose el sujeto á ocasiones de infección.

Por regla general los casos «albuminúricos» se acompañan de síntomas más pronunciados que los *no-albuminúricos*. La fiebre suele ser más alta, los dolores más característicos y más propensos á continuar después de la remisión; el segundo paroxismo es más intenso y con mayor frecuencia se observan en él los fenómenos de irritabilidad gástrica, náuseas, arqueadas, vómitos de mucosidad viscosa y de bilis, ó simplemente tendencia á devolver las medicinas

y los brevajes ingeridos y puede manifestarse hipo más ó menos molesto. La orina puede presentarse muy escasa y aun suprimirse esa secreción por espacio de doce ó más horas, en cuyo caso hay peligro de que se acentúe la intoxicación urémica, y, si no logra restablecerse la secreción dentro de breve plazo, la muerte es casi inevitable.

La tendencia hemorrágica es más marcada que en la forma *no-abuminúrica*; las encías, la mucosa bucal, la de la nariz y de los órganos genitales de la mujer, las escoriaciones de la piel, suelen dar sangre, á veces en gran abundancia, poniendo en peligro la vida del paciente; pero como ya se ha advertido, cualquier caso en que la hemorragia, en forma de sangre roja ó de «borras», provenga del estómago ó del intestino, deberá considerarse aparte de los *albuminúricos simples*. La coloración amarilla de las conjuntivas y de la piel es más perceptible que la forma *no-albuminúrica*, llegando á veces á constituir verdadero íctero; y en los casos mortales la amarillez aumenta después de la muerte. Salvo en las epidemias de mucha intensidad, la gran mayoría de los casos *albuminúricos simples* se curan. La defervescencia se verifica por lo regular entre el 7.º y 11.º día y la albuminuria desaparece de la orina pocos días después, á veces de una manera brusca. En los casos graves, la convalecencia puede ser larga y expuesta á complicaciones, á erupciones cutáneas, formación de tumores sanguíneos ó de abscesos, parotitis, trastornos dispépticos, paludismo, etc. Cuando la intoxicación urémica ha presentado la forma delirante, las facultades intelectuales pueden no restablecerse completamente sino varias semanas después de la curación. En los casos mortales, la muerte resulta generalmente por asfixia, por asistolia ó síncope, ó por complicaciones cerebrales.

Fiebre melano-albuminúrica.—Desde el momento en que se haya comprobado la presencia de albúmina en la orina, habrá que estar constantemente en observación por si se manifiesta el segundo signo diferencial. Este signo consiste en la aparición en los vómitos ó en las cámaras de sangre roja ó de la substancia oscura conocida con el nombre de «borras.» La más ligera manifestación de cualquiera de esas substancias, desde luego agrava notablemente el pronóstico, según puede juzgarse por el hecho de que muy pocos casos de fiebre amarilla terminan por la muerte sin haber presentado ese síntoma en vida, si durante el período avanzado de la enfermedad ha habido vómitos ó evacuaciones intestinales, ó bien sin

que la autopsia demuestre que la «borra» ó la sangre habia sido retenida en el estómago ó en el intestino por efecto de una paresia gastro-intestinal. Ni los grados de la fiebre inicial, ni la intensidad de los otros síntomas pueden considerarse como base segura para juzgar si habrá de presentarse ese signo tan portentoso en el curso de una *fiebre albuminúrica*. La fiebre puede ser alta sin que necesariamente se presente el vómito negro ó de sangre; así como puede ser moderada ó relativamente baja, en casos que luego presentan el tipo melánico. Los dolores pueden ser tan ligeros que el paciente declara no haberlos experimentado en casos que muy temprano presentan vómitos de borras. Una irritabilidad gástrica excesiva, continuándose desde el primer paroxismo hasta el segundo, ausencia de remisión, altas temperaturas después del 2.º ó 3.º día, epigastralgia intensa, náuseas ó arqueadas fuertes (aunque no llegue á producirse el vómito), un estado pastoso ó distensión flatulenta del vientre, respiración irregular y anhelosa, decaimiento de ánimo, expresión de ansiedad, piel seca ó cubierta de un sudor vinoso, son indicios de que el caso pertenecerá probablemente al tipo melánico. Pueden faltar, sin embargo, esos indicios y declararse el vómito de borras ó de sangre inesperadamente, quizás después de algún esfuerzo imprudente ó de alguna excitación mental.

Algunos autores opinan que el vómito de borras puede presentarse en enfermos que no tengan albúmina en la orina, pero ésto ha de ser muy excepcional. Yo he visto casos en que la cantidad de albúmina era muy corta al tiempo de observarse los primeros indicios de borra en los vómitos, pero aquélla no tardó en aumentar ó bien dejó de apreciarse por quedar suprimida la orina. Por lo tanto, generalmente no habrá temor de que pueda desarrollarse la forma melánica mientras continúa la secreción de la orina y ésta no contiene albúmina. La primera aparición de vómitos de sangre ó de borras ocurre las más veces entre el 3.º y el 6.º día, ó á más tardar el 8.º ó 9.º, pero en los casos más graves pueden observarse desde el 2.º día y algunos dicen que desde el 1.º En tales casos el paciente no parece haberse acogido á la cama sino después que la enfermedad, bajo una forma insidiosa, habia ya recorrido sus primeras etapas. Los primeros indicios de borras consisten generalmente en filamentos, películas, grumos ó partículas pulverulentas de color rojizo, pardo ó negro, en suspensión en la parte líquida de los vómitos, ó adheridos en las paredes ó en el fondo de la vasija donde se ha vomitado.

La presencia de sangre roja pura ó desleída en los vómitos tiene la misma significación clínica que la de la substancia melánica, que, según opinión general, viene á ser sangre alterada por las secreciones gastro-intestinales. El líquido de los vómitos de borras ó de sangre presenta por lo regular una reacción ácida intensa. La proporción de «borras» en los vómitos aumenta comunmente según se agrava el enfermo, presentando entonces alguna semejanza con las «borras de café» y cuando se deja reposar sobrenada un líquido opalino ó rosado. Otras veces el vómito de borras presenta el aspecto de brea, en cuya forma se observa con más frecuencia la substancia melánica evacuadas en las cámaras. Los vómitos se acompañan á menudo de violentas arcadas, hipo, sensación de ardor en el esófago y en las fauces, epigastralgia, y son lanzados con fuerza. Al final de los casos mortales, el pulso se hace más rápido aunque baje la temperatura. Las hemorragias pasivas por la nariz, encías, lengua, órganos genitales de la mujer, cisuras de sanguijuelas, escoriaciones cutáneas, y excepcionalmente, dicen algunos observadores, por los ojos y por las orejas, pueden ser muy abundantes, pero otras veces apenas se presenta ninguna de ellas, quedando limitada la hemorragia exclusivamente á los órganos digestivos. La muerte viene muchas veces precedida de supresión de orina y de uremia, mas no siempre. Insomnios rebeldes, excitación nerviosa, respiración irregular íctero, subdelirio, manía urémica, contracciones, convulsiones, pulso irregular, coma, lividez de las extremidades y de los labios suelen terminar la escena. En otros casos la inteligencia se mantiene despejada hasta los últimos momentos, ó bien el paciente puede agravarse de repente y morir en pocas horas cuando á su propio juicio y en el de los asistentes el peligro parecía ya conjurado.

No dejan de ser frecuentes los casos de curación cuando los vómitos de borras han sido poco acentuados, ni tampoco son raros aunque esos vómitos hayan sido abundantes, especialmente en sujetos que no han llegado á la edad de la pubertad y en personas que tienen ya adquirida alguna inmunidad. En la raza blanca, sin embargo, la muerte es la terminación más frecuente de los casos melano albuminúricos. En los casos favorables la secreción de orina se mantiene, las epistaxis y otras hemorragias pasivas pueden ser abundantes, pero las funciones respiratorias y cardiacas no se hallan gravemente comprometidas (aunque el pulso presente gran lentitud) y la «borra» ó sangre pronto deja de presentarse en los vómitos y

en las cámaras. Durante la convalecencia, las *secuelas* mencionadas á propósito de la *albuminúrica simple* se observan con más frecuencia, el íctero es más pronunciado, pudiéndose prolongar largo tiempo.

En otros casos se declara un estado tífico y la curación puede demorarse considerablemente ó bien el enfermo no llega nunca á rehacerse quedando la terminación mortal tan sólo aplazada en algunos días ó semanas. La gran mayoría de los casos mortales terminan entre el 4.º y el 9.º día; después de esa fecha son, pues, mayores las probabilidades de curación.

La frecuencia relativa de las tres formas clínicas de la fiebre amarilla varía en las distintas epidemias; pero en términos generales estimo que la distribución de los casos que se observan en la clientela privada, puede calcularse aproximadamente en las proporciones siguientes: la mitad pertenecen probablemente á la forma *no-albuminúrica*, de los restantes la mitad ó la mayoría á la *albuminúrica simple* y los demás á la *melano albuminúrica*. El número de estos últimos parece depender, hasta cierto punto, del tratamiento instituído al comenzar el ataque. Entre los militares y en ciertas clases de la población civil, el número de casos *albuminúricos* y *melano-albuminúricos* ha de ser mayor, debido á que sus individuos van á curarse de enfermedades ordinarias en hospitales donde se admiten al mismo tiempo enfermos de fiebre amarilla, exponiéndose así á recibir una infección tanto más temible cuanto más graves hayan sido los casos de donde la misma haya provenido».

MIGUEL SLOCKER
Médico primero.

(Continuará).

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Sutura circular del intestino.—En estos últimos años, muchos cirujanos se han esmerado en dar su nombre á algún nuevo método de reunión de los dos extremos del intestino á seguida de las resecciones de este último. Para justificar esas invenciones más ó menos ingeniosas, han hecho todos hincapié en los pretendidos inconvenientes de la sutura simple de Lembert y de la de Lembert-Czerny: estos procedimientos de sutura—dicen—no ofrecen garantías suficientes de solidez y su ejecución exige demasiado tiempo. La ma-

mayor parte de los nuevos métodos de reunión han sido preconizados á seguida de experimentos hechos en los animales. El mismo Bier, en 1889, había aconsejado un modo de sutura que le había dado excelentes resultados experimentales. Más tarde lo puso dos veces en práctica en el hombre, pero esos dos operados sucumbieron. Desde entonces, á seguida de gran número de experimentos en los animales y de cierto número de operaciones en el hombre, el autor ha llegado á deducir que no existe ningún procedimiento de sutura del intestino á la vez más sencillo y más seguro que el de Lembert, el cual, como se sabe, consiste en reunir las serosas por medio de una sola hilera de puntos separados. Este criterio, por otra parte, es el mismo adoptado por otros cirujanos distinguidos, tales como Hahn, von Bergmann, Riedel, Trendelenburg. Bien es verdad que otros — en mayor número — han adoptado, á su vez, el doble plano de sutura (Czerny-Lembert).

En el hombre, las condiciones de éxito de la sutura simple de Lembert son mucho mejores que en los animales ordinariamente utilizados para los experimentos. Bier ha hecho 15 veces en 14 enfermos la resección del intestino seguida de la sutura circular por el procedimiento de referencia. Dos operados sucumbieron: uno de ellos estaba en plena peritonitis en el momento de la operación practicada á causa de una hernia estrangulada con gangrena del intestino; en el segundo caso, tratábase de un carcinoma del ciego; se produjo una hemorragia en el curso de la operación y fué causa de la muerte, que sobrevino al día siguiente. Ninguno de estos dos fracasos, por tanto, debe ser atribuído al procedimiento de sutura empleado.

Sobre las 15 operaciones, cinco veces se trataba de hernias estranguladas con gangrena del intestino. Los cirujanos no se hallan en modo alguno de acuerdo acerca de la cuestión del tratamiento operatorio en los casos de este género: los unos aconsejan la resección primitiva seguida de la sutura; los otros la resección secundaria. El autor, á ejemplo de Riedel, prefiere establecer desde luego un ano contranatural y practicar la resección al día siguiente ó más tarde si no sobreviene peritonitis. Por lo demás, esta segunda operación puede ser practicada sin anestesia.

No seguiremos al autor en su descripción minuciosa de la resección y de la sutura del intestino. Bier no concede ninguna importancia al empleo de agujas muy finas; dá la preferencia á las agujas de Hagedorn de grosor medio, á causa de su más fácil manejo. La sutura se hace con puntos separados, primeramente á nivel de la adherencia mesentérica, luego en el lado opuesto, y finalmente en la parte intermedia. La aguja, introducida á 5 ó 6 milímetros del borde de sección, sale á nivel de este último y sigue el mismo recorrido en dirección opuesta sobre la otra extremidad de intestino. Para las últimas suturas, sin embargo, el punto de salida de la aguja — ó de entrada para el otro extremo de intestino — se halla necesariamente á una corta distancia del borde de sección. La túnica

musculosa debe ir comprendida en la sutura. Merced á este procedimiento expeditivo, la sutura circular del intestino puede ser terminada en quince á veinticinco minutos; de aquí que sea por lo menos inútil recurrir á otros métodos más complicados. El autor somete estos últimos á una crítica severa; á su juicio, los inconvenientes de las placas óseas decalcificadas de Senn y del botón de Murphy no son compensadas en modo alguno por verdaderas é importantes ventajas. En suma: en la gran mayoría de los casos, la sutura simple de Lembert ofrece todas las garantías deseables. Bier ha recurrido á ella igualmente para la enteroanastomosis. Sin embargo, en ciertos casos particulares difíciles, la sutura en dos capas de Czerny no será en verdad una precaución inútil.

(Arch. f. klin. Chir.)

*
**

El boral; el cutol.—Han sido preparadas en Alemania dos nuevas sales dobles de aluminio, destinadas al uso terapéutico: el *boral* ó boro-tartrato de aluminio, y el *cutol* ó boro-tanato de aluminio.

El boral es una substancia cristalina, blanca, soluble, de un sabor acidulado.

El cutol se presenta bajo la forma de un polvo negruzco, de un sabor astringente; es insoluble. Sin embargo, combinándolo con cierta cantidad de ácido tártrico obtiéndose una substancia pulverulenta menos obscura que el cutol ordinario y que se diluye con facilidad en el agua.

El doctor P. Koppel (de Berlín), habiendo experimentado el boral y el cutol en calidad de medicamentos externos en su clientela privada y en su policlínica pediátrica, ha podido convencerse de que tienen un valor terapéutico positivo. Son unas substancias que, al mismo tiempo que dotadas de propiedades astringentes y bactericidas enérgicas, no ejercen ninguna acción irritante sobre los tejidos.

Nuestro colega ha empleado el boral en las otitis purulentas, en lavados y en insuflaciones.

Pero el medicamento de que más se ha servido es el cutol. Desde luego ha echado mano de él para el tratamiento de los eczemas húmedos, de las llagas cutáneas de secreción abundante, de las grietas y ulceraciones de origen diverso.

A este efecto, después de haber extraído las costras reblandecidas con aceite, aplicaba sobre las partes atacadas la pomada ó la pasta así formuladas:

| | | |
|-----------------------|----|---------|
| Cutol..... | 4 | gramos. |
| Aceite de olivas..... | 10 | — |
| Lanolina..... | 26 | — |

H. S. A.—Uso externo.

| | | |
|-----------------------|----|---------|
| Cutol..... | 10 | gramos. |
| Aceite de olivas..... | 20 | — |

H. S. A.—Uso externo.

Este tratamiento tiene por efecto el hacer cesar rápidamente la secreción y el hacer desaparecer la tumefacción de los ganglios de las partes inmediatas.

Cuando la secreción haya disminuído notablemente se reemplazará la pomada ó la pasta por medio de aplicaciones de un polvo así compuesto:

| | |
|----------------------|-----------------|
| Cutol..... | } áá 10 gramos. |
| Oxido de zinc..... | |
| Polvos de talco..... | |

Mézclese.—Uso externo.

El cutol hecho soluble por medio de la agregación de ácido tártrico ha sido empleado ventajosamente por Koppel, bajo la forma de una solución glicérica á 10 por 100, en el tratamiento de la amigdalitis folicular y de las endometritis con leucorrea abundante.

La amigdalitis se atenúa rápidamente bajo la influencia de los toques de glicerina cutolada, cuyo sabor es mucho menos desagradable que el del glicerolado de tanino.

En los casos de endometritis catarral se empleaba la solución glicérica de cutol para empapar unos lechinos de uata que se introducían á través de un espéculo hasta ponerlos en contacto con el hocico de tenca. Esta solución presenta sobre el glicerolado de tanino la ventaja de ejercer una acción astringente y bactericida más enérgica y de no manchar la ropa.

Las hemorragias han sido influídas favorablemente (desaparición rápida de los dolores y del flujo sanguíneo) por la introducción en el ano de mechas de algodón impregnadas de una de las pomadas siguientes:

| | |
|-----------------------|-----------|
| Cutol..... | 5 gramos. |
| Aceite de olivas..... | 2 — |
| Lanolina..... | 40 — |

Mézclese y agréguese:

| | |
|--------------------------|----------|
| Extracto de Saturno..... | 1 gramo. |
|--------------------------|----------|

H. S. A.—Uso externo.

| | |
|-----------------------|-----------|
| Cutol..... | 3 gramos. |
| Aceite de olivas..... | 2 — |
| Lanolina..... | 25 — |

Mézclese y agréguese:

| | |
|------------------------------|-----------|
| Acido fénico puro licuado... | VI gotas. |
|------------------------------|-----------|

H. S. A.—Uso externo.

El uso de polvos y de pomadas conteniendo cutol, y aplicadas mañana y tarde sobre las partes atacadas, ha dado buenos resultados en el tratamiento de las hiperhidrosis locales. El empleo de calcetines impregnados de una solución á 10 por 100 de cutol (hecho soluble por medio del ácido tártrico), luego enjugados, se ha mostrado muy eficaz contra la bromhidrosis plantar.

Finalmente, Koppel ha tratado con buen éxito los sabañones y

las grietas de las manos por medio de aplicaciones de una pomada compuesta á tenor de la siguiente fórmula:

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Cutol. | 3 gramos. |
| Aceite de almendras dulces..) | áá 15 — |
| Lanolina.) | 10 — |
| Agua de azahar. | |

Mézclase. —Uso externo.

(*La Sem. Méd.*)

* *

Antisepsia gastro-intestinal.—Mr. Bardet ha dado cuenta á la *Sociedad de terapéutica* de París de sus observaciones personales sobre este punto, en la siguiente forma:

Desde los trabajos de Bouchard y de Dujardin-Beaumetz, la antisepsia interna ocupa un sitio de los más importantes, particularmente en la terapéutica de las afecciones gastro-intestinales. Su eficacia parece ya reconocida por todo el mundo, y las ideas teóricas á las cuales responde son de tal modo seductoras, que en verdad pudiera pasar por osado aquél que pusiera hoy día en duda la importancia médica que reviste.

Entre los antisépticos de uso más corriente, los compuestos más activos han debido ser descartados considerándolos como peligrosos. Así, por ejemplo, las sales de mercurio—á excepción del calomelanos—han sido abandonados y sustituidos por substancias menos poderosas, pero también menos tóxicas, tales como los compuestos aromáticos ó los compuestos cuya base es el naftol.

Para admitir la eficacia de la antisepsia intestinal se toma por base la desodorización de las deyecciones, la disminución de su máximo de toxicidad y la de la proporción de la toxicidad urinaria. Acaso estos argumentos, bien examinados, no tienen el valor que se les atribuye. La desodorización de las materias fecales no es en modo alguno el indicio de una acción antifermentescible; es de notar, por lo demás, que la fetidez de los excrementos no indica forzosamente la existencia de una fermentación pútrida; ésta se encuentra raras veces, y casi exclusivamente en los casos de retención biliar. Esta desodorización, á decir verdad, es muy relativa y debida simplemente á que las substancias aromáticas, merced á sus propios elementos odorantes, ocultan ó neutralizan el olor de las deyecciones. La prueba está en que esas substancias aromáticas se vuelven impotentes para atenuar el olor especial de las materias fecales que han sufrido la fermentación pútrida, y, de otra parte, en que esta desodorización no puede ser obtenida por medio de antisépticos poderosos no aromáticos, tales como las sales de mercurio.

El doctor Baczkiewicz dice haber observado una disminución muy notable de los microorganismos del intestino á seguida de la antisepsia interna. Confieso que mis investigaciones no concuerdan con las suyas. La siembra, sobre placas, de materias fecales previamente muy diluidas, recogidas en cuatro sujetos antes y después de la

administración prolongada de una dosis diaria de 4 gramos de benzonaftol, me ha dado siempre un número equivalente de colonias microbianas.

La misma toxicidad urinaria no puede permitir la comprobación exacta del papel que desempeña la antisepsia interna, pues esa toxicidad no dimana únicamente de las fermentaciones intestinales, sino también de los desechos resultantes de todas las excreciones celulares.

Mis observaciones y mis experimentos me llevan, pues, á pensar que la antisepsia local ó general de la porción gastro-intestinal del tubo digestivo por medio de los medicamentos de la serie aromática (benzonaftol, naftol, salol), es en realidad imposible.

Añadiré que estas sustancias distan de desdoblarse siempre, que pueden á veces acumularse ó ser eliminadas sin haber sufrido ningún asomo de descomposición. De ahí se comprende que su difusión diste de ser perfecta; más aún: hay casos en que la absorción es completamente nula.

Obsérvanse, con todo, especialmente en ciertas enfermedades infecciosas, resultados favorables á seguida de la antisepsia interna. En la actualidad se hace bastante difícil dar una explicación de estos hechos; por mi parte no sé cómo interpretarlos, pero á pesar de esta acción considero que la antisepsia gastro-intestinal no constituye un método de preferencia en el tratamiento de las dispepsias, y que el valor atribuído á los antisépticos de uso hoy corriente es sobre todo teórico.

*
*
*

Relaciones entre el cuerpo tiroides y los órganos genitales en la mujer.—En la sesión de 4 de Diciembre de 1895 del *Club médico de Viena*, M. Fischer llamó la atención acerca de las relaciones que existen entre los órganos genitales de la mujer y el cuerpo tiroides. La gran frecuencia del bocio en la mujer es conocida desde hace mucho tiempo; lo mismo ocurre con algunas otras afecciones, tales como el mixedema, la esclerodermia, la enfermedad de Basedow, la obesidad generalizada, afecciones que por lo común van acompañadas de una alteración del cuerpo tiroides. En la época de la pubertad se nota á menudo un aumento de volumen de esta glándula. En dos casos de dismenorrea, Fischer ha observado en el momento de los períodos menstruales una hipertrofia de la glándula tiroides. En ciertas mujeres atacadas de enfermedad de Basedow encuéntranse á menudo variaciones más ó menos acentuadas en la circunferencia del cuello. Durante el embarazo, el cuerpo tiroides aumenta asimismo muy frecuentemente de volumen, y si existiese con anterioridad un bocio, éste puede tomar en tal circunstancia grandes proporciones.

Varios autores han notado que el mixedema era más frecuente en las múltiparas: ¿no podría atribuirse este hecho á la atrofia que sufre la glándula tiroides después de la hipertrofia de que vá acompañado el embarazo? Son muchos los casos de enfermedad de Base-

dow que no se manifiestan sino con ocasión de un embarazo. En el momento del parto, el cuerpo tiroides aumenta á menudo de volumen para recobrar luego sus dimensiones normales. La tiroiditis es también una complicación bastante frecuente de la septicemia puerperal. En cambio, después de la menopausia obsérvase con frecuencia una atrofia del cuerpo tiroides, y precisamente en ese período de la vida genital de la mujer es cuando se desarrolla bastante á menudo el mixedema.

Entre las afecciones de los órganos genitales, sólo los fibromiomas ejercen una cierta influencia sobre el cuerpo tiroides.

En ciertos casos parece que existe una relación de causa á efecto entre la amenorrea y el mixedema. Se ha invocado con frecuencia la amenorrea como causa de la enfermedad de Basedow. La hipertrofia tiroidea en el curso del embarazo, en los casos de miomas uterinos, etc., puede explicarse por una alteración de la sangre, ya que las sustancias tóxicas no son ya neutralizadas por el cuerpo tiroides.

El bocio determina á menudo una interrupción del embarazo, y á seguida de la tiroidectomía suele sobrevenir bastante comunmente una atrofia de los órganos genitales, atrofia análoga á la que se observa en los mixedematosos y en los *cretinos*; lo mismo ocurre frecuentemente con la obesidad.

Existen, por consiguiente, muchas afecciones de los órganos genitales que van acompañadas de modificaciones en la estructura del cuerpo tiroides. De otra parte, la insuficiencia ó los trastornos funcionales de esta glándula acarrear á menudo una atrofia de los órganos genitales.

M. Kohn refirió la observación de una mujer fallecida en los comienzos de su embarazo de resultas de un bocio.

M. Sternberg hizo notar que las relaciones del cuerpo tiroides con el funcionamiento de los órganos genitales no son siempre de un mismo orden; así, por ejemplo, hay ciertos casos de enfermedad de Basedow que se mejoran y otros que se agravan bajo la influencia del embarazo. No siempre las agravaciones deben ser atribuídas al cuerpo tiroides; hay que tener más bien en cuenta el estado del corazón. Las relaciones entre la menstruación y la hinchazón del cuerpo tiroides tampoco tienen el carácter de incontestables.

M. J. Weiss refirió un caso de enfermedad de Basedow, que fué notablemente mejorado en el curso de un embarazo.

M. Kahane llamó la atención acerca de las relaciones que existen entre el cuerpo tiroides y la clorosis y acerca de la frecuencia de los bocios parenquimatosos durante esta afección.

*
* *

Sutura de las venas.—Según el Dr. Romme, la sutura de las venas no sólo es una operación racional, sino relativamente sencilla, y que, practicada asépticamente, se consigue la reconstitución inmediata y casi integral del vaso.

Mr. Ricard acaba de comunicar al Congreso francés de cirugía dos hechos personales que vienen á corroborar estas conclusiones.

En el primer caso, operado en el Hôtel Dieu en 1892, se trataba de un cáncer del cuerpo tiroides, cuya extirpación exigió la resección total de la vena yugular interna, hasta su desembocadura en el tronco braquio-cefálico. La ligadura lateral no era posible y Mr. Ricard practicó la sutura de puntos separados, según el método de Lembert, haciendo una sutura de sosten con los tejidos vecinos. La reunión fué perfecta; no hubo hemorragia ni alteración circulatoria consecutiva.

En el segundo caso se trataba de una dilatación ampular de la safena, dilatación que se había producido bajo la influencia nefasta de un vendaje llevado desde la primera infancia. Esta dilatación no estaba limitada á la safena, sino que se extendía á la misma vena femoral y hacía imposible la resección total. La incisión del saco que permitió comprobar esta disposición fué obliterada por cuatro puntos de sutura como si se tratase de una herida ordinaria y la piel reunida por encima. La curación se obtuvo sin accidentes.

Por lo tanto se puede deducir que en los casos de heridas accidentales ú operatorias de venas voluminosas, cuando la ligadura, ya total, ya lateral, es imposible ó peligrosa, el cirujano encuentra en la sutura, metódica y antisépticamente practicada, un recurso de valor indiscutible.

(Arch. Méd. Belg.)

BIBLIOGRAFÍA

Estudios para una nosología filipina por Enrique Mateo Barcones.

La literatura médica contemporánea, que tan pródiga es en sus múltiples aspectos, resulta hoy bastante deficiente en cuanto se relaciona con la patología exótica, cuya especialidad tiene gran importancia práctica para las naciones coloniales, y mucho más para nosotros en los momentos actuales. La obra del Dr. Barcones, aunque limitándose á nuestras posesiones del extremo oriente, representa una feliz iniciativa para llenar el indicado vacío, y el camino emprendido por tan ilustrado Profesor merece ciertamente ser imitado, utilizando para estos fines, tanto los poderosos medios de investigación que la ciencia posee en la actualidad, como los procedimientos que en este género de observaciones han tomado carta de naturaleza para la determinación individual de las enfermedades especiales de los países cálidos.

Las Islas Filipinas, por multitud de causas naturales, que no he-

mos de analizar en este momento, pueden considerarse como tipo medio perfectamente definido de los climas intertropicales, y, por esta razón, la obra de que nos ocupamos adquiere un valor práctico de útil generalización, principalmente bajo su aspecto clínico, que es el que la informa en primer término.

Divide el autor la obra en tres partes: ocúpase en la primera de las enfermedades esporádicas, clasificadas por aparatos; trata en la segunda de las afecciones endémicas, subdivididas á su vez en infecciones telúricas, palúdicas y microbianas, artritis, discrasias, intoxicaciones y ponzoñas; y por último, en la tercera parte, comprende las enfermedades epidémicas que hasta hoy se han observado en el archipiélago filipino, tales como el cólera, viruela, varicela, difteria, parótidas, gripe, dengue y escorbuto.

Describe el autor los distintos estados patológicos comprendidos en las tres partes citadas, expresando su opinión razonada sobre la patogenia y terapéutica de cada uno de ellos, y si no resuelve por completo puntos interesantes sobre la etiología de determinados procesos morbosos (por no haberse emprendido aún los estudios necesarios), en los de carácter infeccioso utiliza, prudente y oportunamente, las doctrinas admitidas sobre la infección, para establecer las teorías más racionales sobre los mismos.

Van precedidos estos apuntes de algunas generalidades sobre Filipinas, y terminan con una reseña de los establecimientos hidrominerales, nosocomiales y centros de Beneficencia y Sanidad.

Fruto de observación personal, el libro del Dr. Barcones es un buen auxiliar de los Profesores que empiezan á ejercer en los países cálidos y más especialmente en el archipiélago filipino.

M. G. F.

SECCIÓN PROFESIONAL.

OPOSICIONES ESPECIALES PARA LA ISLA DE CUBA.

RECTIFICACIÓN.

Habiéndose cometido un error al publicarse en el *D. O.* número 12, la siguiente Real Orden, se reproduce á continuación debidamente rectificada.

«4.^a Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: Debiendo verificarse en esta Corte oposiciones especiales á ingreso en el Cuerpo de Sanidad

militar con destino al Ejército de la Isla de Cuba, con objeto de evitar las interpretaciones que acerca de esta convocatoria pudieran surgir, y á fin de consignar ciertos extremos con ella relacionados, el Rey (q. D. g.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer:

1.º Los ejercicios para dicho concurso darán principio el día 15 de Marzo próximo, á las nueve de la mañana, en el Hospital militar de esta plaza.

2.º Para facilitar el referido concurso se amplía la dispensa de edad hasta los 40 años no cumplidos en la fecha de esta convocatoria.

3.º Los opositores aprobados é ingresados en el Cuerpo, obtendrán el empleo de Médico segundo con destino al Ejército de la Isla de Cuba, el cual conservarán como efectivo, siempre que sirvan en dicho distrito un período de seis años de permanencia obligatoria; cuyo nombramiento y destino quedará nulo, siendo baja definitiva en el Cuerpo, si con anterioridad á este plazo regresan á la Península, aun cuando para ello tuvieran absoluta precisión.

4.º Los opositores que ingresen por dicho concepto disfrutarán el sueldo de Médico primero de Ultramar, ocupando en la escala general de su clase el sitio que les corresponda, con la antigüedad de la fecha de su destino.

5.ª Los ejercicios se regirán por el programa vigente para los concursos ordinarios.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 16 de Enero de 1896.—Azcárraga.—Sr.»

*
* *

COLEGIO DE HUÉRFANOS.

Hace algún tiempo que recibimos la circular que copiamos á continuación, y que no hemos publicado antes por falta de espacio.

Hoy lo hacemos para que nuestros lectores tengan conocimiento exacto de ella, esperando que contribuirán por su parte á fomentar tan noble idea, que tantos beneficios puede proporcionar á los huérfanos de los Jefes y Oficiales del Cuerpo, como ya los obtienen en otros Institutos del Ejército.

La REVISTA DE SANIDAD MILITAR ofrece su apoyo incondicional y desinteresado á los iniciadores del pensamiento, cuya idea acoge con entusiasmo, haciendo votos porque en un breve plazo la veamos realizada.

«Circular.—En distintas ocasiones se ha iniciado la idea de crear un Colegio de Huérfanos para recoger los hijos del personal de Jefes y Oficiales de los Cuerpos de Artillería, Ingenieros, Estado Mayor, Jurídico y de Sanidad Militar, que hasta el día no cuentan con tan filantrópica como necesaria institución.

La mayoría de los que pertenecen á los citados Cuerpos se han mostrado constantemente conformes acerca de la urgente necesidad de realizar tal idea, pero desgraciadamente ha faltado siempre quien tomando la iniciativa en las gestiones de planteamiento encauce los deseos y esfuerzos de todos hacia la resolución definitiva de tan beneficioso como caritativo ideal.

Hoy que la nación sostiene una campaña en los mortíferos bosques de Cuba, en cuya isla hay destinados núcleos considerables de los cinco Cuerpos antes indicados, resalta más aún la desventaja en que se encuentra su personal de Jefes y Oficiales con relación al de las Armas de Infantería y Caballería, que en el caso de perder su vida por la patria, tienen sus hijos el consuelo de encontrar en el Colegio de Huérfanos de María Cristina ó en el de Santiago un seguro refugio contra el abandono y la miseria.

¿Por qué han de carecer de este consuelo las demás Armas ó Cuerpos del Ejército?

Creemos ha llegado el momento de que se reanuden las gestiones con la mayor actividad, é invitamos por lo tanto á todos en general, y á cada uno en particular, á las asociaciones como la de Señoras para el culto de Santa Bárbara y otras corporaciones, para

que tomen con el entusiasmo é interés que merece tan útil como transcendental proyecto, interponiendo toda su influencia, tanto oficial como privada, en cuanto á este asunto se refiera.

Ninguna ocasión mejor que ésta para demostrar una vez más que el compañerismo y la unión son una verdad.

Si existe el menor interés para realizarlo en todos aquéllos á quienes puede beneficiar, el proyecto se convertirá en realidad; de otro modo seguiremos como hasta ahora, es decir, sin preocuparnos del porvenir de nuestros huérfanos todo lo que debiéramos.— Valladolid 9 de Octubre de 1895.—El Capitán de Artillería, Enrique Bedito.—El Capitán de Artillería, Felipe Crespo.—El Médico primero, Ulpiano Cores.—El Capitán de Artillería, Antonio Jover.—El Capitán de E. M., Gabriel de Torres.—El Capitán de Estado Mayor, Juan de Mora.—El primer Teniente de E. M., Manuel Villegas.—El primer Teniente de Artillería, Carlos de la Lama Noriega.—El Teniente Coronel de Artillería, Ricardo Parallé.—El Teniente Coronel Comandante de Artillería, Ricardo Aranaz.—El Comandante de Artillería, Francisco J. de Moya.—El primer Teniente de Artillería, Emilio Sergio.—El Médico Mayor, Luis López.—El Capitán de Ingenieros, Ricardo Ruíz Zorrilla.—El primer Teniente de Artillería, José Pardo.—El Auditor de División, Pedro Buesa.—El Coronel de Artillería, Juan de Miera».



NECROLOGÍA

Pocas horas después que nuestros lectores tuvieron conocimiento, en las páginas de la REVISTA, de la irreparable pérdida de nuestro compañero el Sr. Soriano, el telégrafo, con concisión aterradoras, nos daba cuenta de otra nueva víctima de la funesta gue-



DON JUAN GÓMEZ Y GONZÁLEZ VALDÉS

MÉDICO PRIMERO DE SANIDAD MILITAR,

MUERTO GLORIOSAMENTE EN LA ACCIÓN DE LOMA DEL CIEGO (CUBA).

rra de Cuba, en la que parece que la desgracia se empeña en arrebatarse al Cuerpo de Sanidad Militar español sus Oficiales más distinguidos y pundonorosos, por lo mismo que sus servicios son tan necesarios en aquella Antilla, en las críticas y difíciles circunstancias porque atravesamos.

Don Juan Gómez y González Valdés nació en Soria el 18 de Febrero de 1854, siguió sus estudios profesionales en la Universidad Central y obtuvo el título de Licenciado en Medicina y Cirugía el 20 de Junio de 1874. Fué nombrado Médico provisional el 7 de Julio de dicho año, é ingresó en el Cuerpo como Médico segundo, previa oposición, el 26 de Mayo de 1875.

Desde su ingreso en el Cuerpo hasta fines de 1876, formó parte constantemente de los Ejércitos del Norte, Centro y Cataluña, asistiendo á numerosas acciones de guerra; y en Noviembre del referido año pasó al distrito de la Isla de Cuba, sirviendo, sucesivamente, en las guerrillas de la 4.^a División, Hospital de Santi-Spíritus, guerrillas de la Trocha, 2.^o batallón de Alba de Tormes, guerrillas de Santa Clara, 2.^o batallón de Tarragona y Cazadores de San Quintín. Los destinos que desempeñó demuestran claramente la participación activa y constante que tuvo en la anterior campaña de Cuba.

En Septiembre de 1886 regresó á la Península, y tras una breve permanencia en ella, volvió de nuevo á la Isla de Cuba en Mayo de 1887, siendo destinado al Hospital militar de Santiago de Cuba, en cuyo departamento continuó casi sin interrupción.

Había obtenido las siguientes recompensas por mérito de guerra: grado de Médico primero (17 Agosto 1875), Médico primero supernumerario (14 Septiembre 1875), grado de Médico mayor en permuta del de primero (13 Enero 1877) y Médico mayor supernumerario (18 Febrero 1878.) Había alcanzado el empleo de Médico primero de escala con la efectividad de 23 de Julio de 1887, y en la propuesta reglamentaria de este mes debía ser promovido á Médico mayor efectivo.

Estaba en posesión de la cruz roja de 1.^a clase, de 2.^a clase blanca y de 2.^a clase roja, pensionada, del Mérito Militar; de las medallas de Alfonso XII y de Cuba; de varias menciones honoríficas, por méritos de guerra, y declarado dos veces Benemérito de la Patria.

Tipo verdaderamente militar, Juan Gómez y González Valdés tenía una personalidad propia, tan saliente entre sus compañeros,

que cuantos sirvieron en Cuba, y especialmente en el Departamento Oriental, se hacían lenguas de sus relevantes condiciones, felizmente secundadas por una salud prodigiosa y una conformación verdaderamente hercúlea.

Esclavo de su deber, era para él la milicia una verdadera religión y su valor rayaba en el heroísmo. En el asalto de Cantavieja se presentó voluntario para acompañar á la columna, y en la acción del Barranco de Monlleu (Cataluña), estando curando á un corneta herido, se arrojó sobre ellos buen golpe de gente enemiga, y bajo un fuego horroroso cargó sobre sus hombros al herido y pudo salvarlo de una muerte cierta.

En la Isla de Cuba, tanto en la anterior campaña como en la actual, mereció el aprecio y las mayores distinciones de Jefes tan bizarros como los Generales Esponda y Lachambre, de cuya confianza gozaba hasta el punto de encargarle la dirección de operaciones difíciles y arriesgadas, mereciendo ser considerado y distinguido, de cuantos le conocieron, por su valor y abnegación.

El Ejército y el Cuerpo de Sanidad Militar han perdido uno de sus Oficiales más brillantes, que, jóven todavía, víctima de su deber y de su heroísmo, ha conquistado la palma de los mártires y ha escrito con su sangre una nueva página de gloria para el Cuerpo á que perteneció.

M. G. F.



VARIEDADES

En Francia, Inglaterra y Alemania, hay para la enseñanza de los camilleros un programa oficial, desarrollado en manuales especiales. El manual francés, 2.^a edición, completamente refundido, es de 1.^o de Octubre de 1894; el inglés, de 1893, constituye un tomo de 273 páginas con figuras; el alemán, de 1888, ha sido mejorado con varios apéndices. Estos manuales contienen todo lo relativo á Sanidad militar en unas naciones, y en otras hay tomos sueltos para las diversas jerarquías de conocimientos y de personal.

Bajo la dirección de los Médicos mayores y de los Ayudantes se instruye á los camilleros: Francia destina 15 á 20 sesiones de una hora para

cada una de las partes de la enseñanza; Inglaterra dos meses, en sesiones de tres horas, una de ellas para preguntar lo ya explicado y otra para ejercicios; Alemania 20 lecciones para la instrucción teórica y veinte días de práctica. El camillero francés aprende todo lo relativo al levantamiento de heridos (primeros socorros, inmovilización provisional, cura con el paquete individual, hemostasis, transporte en brazos ó en camillas, etc., al transporte de los mismos (manejo de camillas y coches, colocación en estos aparatos y en los trenes, buques, medios de suspensión, etcétera), á las maniobras de ambulancia (marchas, revistas, desfiles, campamentos, etc.), á montar y desmontar tiendas y barracas, y por último, al arreglo del material sanitario y á su colocación en los coches y furgones. Alemania enseña: división y reparto del servicio de camilleros, reglas generales para la instrucción, conocimientos teóricos y prácticos, transporte de heridos. Inglaterra los instruye en lo concerniente á primeros socorros y cuidados á los enfermos, y en maniobras y ejercicios. Además, estas dos últimas naciones; no Francia, dan lecciones elementales de anatomía, muy claras y muy precisas.

La instrucción práctica es la más importante; la reciben en los regimientos y en las maniobras.

*
* * *

En la propuesta reglamentaria de ascensos del presente mes, serán promovidos al empleo superior inmediato los Subinspectores médicos de segunda clase D. Inocencio Pardo y Lastra, D. Juan Merino y Aguinaga y D. Julián Villaverde y Moraza; los Médicos mayores D. Agustín Planter y Goser, D. José de la Calle y Sánchez, D. Ramón Climent y Zimmermán, D. Dimas Corral y Aller, D. José Santana de Nestosa, D. Jenaro Bermúdez y Rodríguez, D. Paulino Hernando y Vallejo, D. Santiago Hernández y Buchó y D. Enrique Sánchez y Manzano; los Médicos primeros D. Ponciano Sariñena y Ramón, D. Antonio Salvat y Martí, don Antonio Curto y Vallés, D. Felipe Ruíz y Castillo, D. Eloy Cayuela y Martínez, D. Enrique Artiga y Bort, D. Julián Morlanes y Sevilla, don Pascual Freitas y Eguilúz, D. Pedro de la Cruz y Serrano, D. Fernando González y Molina, D. Antonio Pujals y Rossell, D. Mateo Andreu y Domenech, D. José Navarro y Cerezo, D. Enrique Feito y Martín, D. Federico Urquidi y Albillo, D. Emilio Hermida y Alvarez, D. José Clairac y Blasco, D. José González y López, D. Marcial Barreiro y Martelo, don José Ruíz de Castroviejo, D. Galo Fernández España, D. Narciso Fernández y Vázquez, D. José Romero y Herrera, D. Andrés Jurado y Parra, D. Eleuterio Terán y Merino, D. Jenaro González Rico, D. Isidro Lorenzo y González Alberú, D. Fernando Cano de Santayana, D. Saturnino Lucas y Carro, D. Ulpiano Cores y Menéndez Valdés, D. Antonio Fernández Toro, D. Antonio Utrilla y Pérez, D. Francisco Freile y Pérez, D. Luis Hernández y Rubin, D. Agustín Tenreyro y Collado, D. Francisco Llorca y López, D. Antonio Amo y Navarro, D. Rigoberto Fernández Toribio, D. Domingo Gómez y González, D. Joaquín Hurtado y García, D. José Estrada y Velasco, D. Diego Santiandreu y Guillen, D. Federico Baeza y Gozávez, D. Pedro Pinar y Moya, D. Gustavo Mayo y Vela, D. Juan

Benedid y Barao, D. Cecilio Martínez y González, D. Máximo Martínez y Miralles, D. Juan Balbás y Carranza, D. José Gurri y Vianello, D. José Baneta y Herrero, D. Aurelio Garay y Lorenzo, D. Ricardo Iglesias y Díaz, D. José Casar y Cid, D. Juan Temprano y Gazapo, D. Luis Verdejo y Pareja, D. Ramiro Velarde y Zabala, D. Jaime Peyri y Torné, D. Damián Fariñas y Tabares, D. Narciso Túñez y Prado, D. Emilio Muñoz y Sevillano, D. José García y Correa, D. José Gómez y Coello, D. Ramón Suriá y Falgás, D. León Laín y Guio, D. Fermín Videgain y Anóz, don Sebastián Castellana y Moreno, D. Tomás Aizpuru y Mondéjar, D. Félix Estrada y Catoyra y D. Manuel Gómez Caminero; los Médicos segundos D. Pío Brezosa y Tablares y D. José Castellví y Vila; los Farmacéuticos mayores D. Domingo Botet y Carreras, D. Ricardo Pavón y Galina y don Emilio Iglesias y Serrano; los Farmacéuticos primeros D. Maximiano Barrio y Pareja, D. Clemente Florejach y Roca y D. Juan Revilla y Sisi; y los Farmacéuticos segundos D. Pedro López y Yague, D. José Grua y Pons, D. Antonio Casanovas y Llovet, D. Francisco Sánchez y Lahorra, D. Amadeo Echevarría y González y D. Enrique Calatrava y Torres.

También obtendrán ingreso en el Cuerpo, como Farmacéuticos segundos, los opositores aprobados D. Antonio Velázquez y Amézaga, D. Cándido Alonso y Bermúdez y D. Hermenegildo Aguaviva y Tejedor.

*
* *

Resultado de los ejercicios celebrados en Barcelona para ingresar en el Cuerpo en plazas de Médicos segundos, según el orden de prelación de los opositores después de cada ejercicio.

| NOMBRES. | Después del primer ejercicio. | Después del segundo ejercicio. | Después del tercer ejercicio. | Después del cuarto ejercicio. |
|---|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| D. Antonio Constantí y Ba ges..... | 4 | 2 | 1 | 1 |
| » Eusebio Martín Romo... | 1 | 1 | 2 | 2 |
| » Adolfo Azoy y Alcaide.. | 10 | 7 | 4 | 3 |
| » Antonio Roig y Peixó... | 7 | 5 | 5 | 4 |
| » Arturo Fernández y Fon- techa.. | 2 | 3 | 3 | 5 |
| » Evaristo Pascó y Pi..... | 3 | 6 | 6 | 6 |
| » Ignacio Cornet y Palá... | 8 | 4 | 9 | 7 |
| » José Huesa y Bueno... | 9 | 10 | 10 | 8 |
| » Angel Soler y Cañella... | 6 | 9 | 8 | 9 |
| » Pablo García y Godoy... | 5 | 8 | 7 | 10 |
| » Recaredo Velázquez de Castro y Orts..... | 13 | 15 | 11 | 11 |
| » Bartolomé Ramonell y Miralles..... | 16 | 16 | 13 | 12 |
| » Francisco García y Bar- cala | 14 | 11 | 15 | 13 |
| » Buenaventura Virgili y Capdevila..... | 12 | 12 | 14 | 14 |