

# LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Y LA

## REVISTA DE CLINICA, TERAPEUTICA Y FARMACIA

### SUMARIO

UN CASO DE OSTEITIS TUBERCULOSA TRATADO POR EL MÉTODO ESCLEROGENO por V. Plaza y Blanco.—PATOGENIA DE LOS MEDIOS MILITARES EN LA ACTUAL CAMPAÑA DE CUBA (continuación), por P. S.—CIRUGÍA DE GUERRA: *Estadística de las operaciones practicadas en el Hospital de Alfonso XIII*, por los doctores D. Julio del Castillo y D. Higinio Pelaez, *Médicos* 108.—PANADIZO TRIDIGITAL Y REPERCUTIVO DEL INDICE, por José Potous, *Médico* 119.—BARCOS HOSPITALES.—MOVIMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO-FARMACÉUTICO EN LA ISLA DE CUBA.

### UN CASO DE OSTEITIS TUBERCULOSA

TRATADO POR

### EL METODO ESCLEROGENO

En el mes de Agosto de 1897 fuí llamado para visitar á una niña de doce años de edad que padecía un proceso inflamatorio en el muslo derecho. En miserable vivienda encontré á aquel ser desgraciado llegado recientemente al poblado de Fomento donde á la sazón prestaba yo mis servicios médico militares. Su madre me refirió mil desdichas y la última de ellas, la aberración del padre de aquella criatura que se había marchado á engrosar las filas insurrectas dejando á su familia en el más punible abandono.

La escasez de alimentos, la habitación de las más malas condiciones, y la indolencia y abandono naturales en la clase humilde de Cuba habían coadyuvado al desastre fisiológico de aquella pobre niña. Su estado general en la mayor depauperación, sus antecedentes patológicos los más sospechosos, en la actualidad una osteitis de la diáfisis del fémur con intensa inflamación en los tejidos circundantes y marcada tendencia á la supuración. Los dolores locales eran intensos hasta el punto de no poder muchas noches conciliar el sueño; la progresión era imposible.

Dado el estado general de la enferma, cuide primeramente el instituir un tratamiento que al mismo tiempo que combatiese el agente fundamental del proceso, reforzase las resistencias de aquel organismo débil y empobrecido. A este efecto, comencé administrando cinco centigramos diarios de iodoformo á la vez que prescribí y facilité, con la ayuda de algunas almas caritativas, una alimentación reparadora y la instalación en habitación amplia, bien ventilada y emplazada en el punto más sano del poblado. Para mitigar los dolores de la región en que estaba localizada la lesión tuberculosa, practicaba una inyección de un centígramo de morfina una ó dos veces al día. A los pocos días de tratamiento noté que la lesión local avanzaba con rapidez en su evolución reclamando una intervención activa. Me decidí, después de no poca meditación, á poner en práctica el tratamiento de Lannelongüe ó sea el método esclerógeno aplaudido por algunos y mirado con desconfianza por el mayor número. Yo he considerado este método muy racional pero he de confesar que apesar de todo no sentía grandes entusiasmos por su resultado. Lo creí, si, inofensivo y en este concepto no vacilé en su aplicación.

Empecé el tratamiento sin ilusiones excesivas pero con fé y guiado por la más buena voluntad.

En la región externa del muslo y en el punto que parecía ser el foco de la osteopatía, practiqué el primer día una inyección profunda de tres gotas de una solución de cloruro de zinc al 1/10. La reacción fué escasa y nada observé aquel día más que un dolor bastante vivo, después de la inyección. Al día siguiente inyecté seis gotas de la misma solución en una sola sesión pero mediante dos picaduras. Este día la reacción fué viva y los dolores poco duraderos pero muy intensos. Insistí al tercer día inyectando hasta ocho gotas y repetí la operación dos días después en cuya fecha empecé á notar que los fenómenos dolorosos provocados por la lesión, habían disminuído notablemente y que la piel antes caliente y tensa, iba recobrando su normalidad decreciendo la tumefacción con rapidéz y soportando la enferma una mediana presión con los dedos. Al mismo tiempo había mejorado ostensiblemente el estado general; el sueño era tranquilo y reparador, la nutrición se revelaba por un aumento de peso y el semblante, de la enferma, antes triste y apagado, aparecía sonrosado y alegre. Esto ocurría á los diez días de haber comenzado el tratamiento y continuado desde aquel momento únicamente el general por los tónicos y el iodoformo, logré al cabo de un mes ver á mi enferma en aparente estado de floreciente salud, aunque desde luego no había de considerarla como completamente curada.

Han pasado cinco meses y la niña no ha tenido recaída alguna y su familia considerase feliz con tal curación. Yo no llevo á ese optimismo pero si creo firmemente que una osteitis aguda de naturaleza tuberculosa que amenazaba una inmediata y rápida destrucción de tejidos se ha convertido en un proceso crónico de marcha muy lenta y de escasa intensidad morbígena con lo cual se ha obtenido la ventaja de dar tiempo á que un tratamiento tónico-antiséptico obre en el estado general y paralice quizás por mucho tiempo la localización tuberculosa que entrañaba un peligro inminente.

¿De que modo el método esclerógeno ha ejercido la acción que le hemos atribuido en el proceso de nuestro estudio?.. Unicamente de una manera hipotética y aceptando la opinión de algunos cirujanos eminentes puedo satisfacer esta pregunta necesaria para la sanción del tratamiento referido ó sea el método esclerógeno.

El agente terapéutico (cloruro de zinc) al penetrar en los tejidos que circundan el foco morbozo verifica una transformación fibroide. Esta acción es evidente y demostrable inyectando soluciones más ó menos concentradas de cloruro de zinc en los tejidos normales de cualquier animal. Se provoca una irritación en las paredes vasculares que estrecha el calibre de los vasos obliterando los capilares. Las células resultantes de la proliferación, infiltran los tejidos patológicos según afirma Lan-nelongne, y la lucha natural que se establece entre estos elementos y los bacilus determina la destrucción ó la impotencia de estos.

No creo, en vista de lo anteriormente consignado, que el método esclerógeno pueda estenderse más allá de una esfera puramente paliativa y cuyo objetivo ha de ser ni más ni menos que convertir las osteopatías agudas ó subagudas en crónicas con lo cual se obtiene una mejoría manifiesta aunque en el fondo aparente, y se da tiempo bastante para aplicar un tratamiento general más racional aunque mucho más lento. Ateniéndome al caso único, de mi experiencia personal, afirmo sin reparo que el método esclerógeno no puede conducirnos á una completa curación en las tuberculósís óseas.

Las esperanzas que me hicieron concebir mis primeras impresiones al ver que mi enferma recobraba rápidamente el apetito, el buen color y la alegría, que descendía la tumefacción de la región afecta y desaparecían los dolores espontáneos y los provocados por medianas presiones, desmoronáronse al ver mucha más tarde que sienpre quedaba una temperatura anormal de la piel de la región afecta y bastante sensibilidad á las presiones fuertes.

## PATOGENIA DE LOS MEDIOS MILITARES EN LA ACTUAL CAMPAÑA DE CUBA.

(Continuación.) (1)

### MIONEURASTENIAS AGUDAS.

(*Surmenage Agudo.*)

El agotamiento ó la fatiga bajo la forma aguda reviste dos formas principales, una apirética y la otra febril; la primera se revela por depresión considerable de la actividad muscular, palidez acentuada de la piel y mucosas, respiración superficial y disneica con el menor esfuerzo, pulso frecuente, dicoto y depresible con dilatación accidental de los ventrículos: lengua roja en la punta y bordes y blanca en el dorso, anoreia, sed, y algunas veces nauseas, constipación, dolor algunas veces en ambas fosas iliacas y meteorismo con temperatura entre 37 y 37'6; cefalalgia intensa, vértigos frecuentes en la marcha y dolores contusivos é irradiados á las extremidades, orina escasa, encendida y ácida, y con exceso de uratos y de fosfatos. Este síndrome clínico se exacerba y agrava con la persistencia del trabajo y desaparece en el curso de pocos días con el reposo, un régimen dietético principalmente hidro-carbonado y la administración de los tónicos.

Moneurastenia aguda febril. A los síntomas descritos en la forma apirética, se añaden en esta forma clínica trastornos de la calorificación de la eliminación insuficiente de materias tóxicas con auto intoxicación y de las circulaciones capilares, así se caracteriza por un síndrome intermedio por sus caracteres clínicos entre los catarros gástricos agudos y la fiebre tifoidea evoluciona en tres ó cuatro días y uno ó dos septenarios y presenta en su curso palidez cerea de la piel y decoloración de las mucosas, ebetud en el rostro, lengua roja y seca en la punta, saburral en el dorso y trémula, repugnancia por los alimentos, sed, dolores á la presión en los vacíos, meteorismo y astricción en los primeros días, gorgoteo en lo fosa iliaca y deposiciones diarreicas, oscuras, verdosas y casi negras. Respiración superficial, frecuente y con anhelación y disnea al menor esfuerzo, pulso frecuente, dicoto y depresible, temperatura oscilando entre 38 á 39 ó 39 á 40, con escalofríos prolongados que proceden á la exacerbación térmica y tipo remitente marcado evolucionando entre 4. 6 á 7 días y decreciendo gradualmente. Orina escasa, encendida, ácida y abundante en uratos en los primeros días y más adelante clara, abundante, poco densa, débilmente

(1) Véase el número anterior, de la Habana.

ácida y con exceso de urea; y por parte del sistema nervioso, dolor de cabeza, quebrantamiento general, dolores musculares vagos, insomnio y agitación; síntomas que evolucionan, como hemos dicho, dentro de un septenario que remiten y disminuyen gradualmente y que caracteriza la fiebre de fatiga ó surmenaje bajo la forma benigna, que se cura con el reposo, con la dieta láctea, que favorece la eliminación por los emuntorios de las materias tóxicas engendradas por la fatiga, por la quinina, que disminuye la fiebre, y por los tónicos que reparan y sostienen las fuerzas perdidas.

Mas en otros casos al síndrome clínico descrito, se añaden alteraciones nerviosas de la calorificación de la crisis sanguínea y de las secreciones, constituyendo un verdadero estado tifoideo. En el rostro se refleja la ebetud y el estupor, la cefalea se transforma en un delirio como vigil y temblor en las extremidades superiores. Se presenta la lengua roja y seca en la punta y bordes, amarillenta y resquebrajada en el dorso y trémula y vacilante con fuliginosidades en los bordes y en las encías; la sed es inextinguible, con frecuencia se observa vómitos biliosos ó mucosos, dolor á la presión en las fosas ilíacas, gorgoteo y meteorismo con deposiciones líquidas más ó menos oscuras y abundantes; la respiración es superficial y frecuente, apreciándose muchas veces extertores sevilantes y supcrepitantes diseminadas en las bases y partes superiores de ambos pulmones; el pulso, pequeño, contraído monócoto, aumenta de frecuencia, llegando á oscilar entre 120 y 140 pulsaciones; la temperatura permanece entre 39 y 40 grs., y aun 41 no pocas veces; en los primeros días surgen epistaxis y más adelante hemorragias en las encías intestinales y en la piel (petequias); el sudor es constante, la postración llega á los últimos límites y el estupor se acentúa hasta el punto de no salir de él el enfermo más que por breves momentos, síndrome que evoluciona por lo general en el curso de dos septenarios que termina algunas veces por la curación y no pocas por la muerte, que no se encuentran con frecuencia las lesiones características de las placas de Peyer, y cuya génesis y patogenia se encuentra, no en una infección específica por el bacilo Hebert, sino en una auto-intoxicación ó tíficación que representa en la serie de accidentes agudos por fatiga ó surmenaje, el último límite y el grado más intenso que se revela por el estado tifoideo; estados frecuentemente observados en nuestros días como consecuencia de maniobras militares más ó menos penosas que se han presentado igualmente con inusitada frecuencia en casi todas las campañas de los climas cálidos y muy principalmente en esta campaña en que el ejercicio es constante, el descanso escaso y la fatiga permanente.

## 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.<sup>os</sup>

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

Jefes de Clínica del mismo.

### CONTINUACIÓN (1).

Nº	Clase.	Nombre y apellido.	Diagnóstico.	OPERACION.	Operador.	Resultado.
98	Músico.	Calixto Díaz.	Trayectos fistulosos de la región perineal de la fosa isquio - rectal superior.	Desbridamiento y cauterización con el termo, llenado con agua iodofórmica.	Dr. Pedraza.	Curación y vuelta á filas.
99	Soldado.	Leandro Fosa.	Herida por arma de fuego con orificio de entrada en la cara externa y superior de la pierna izquierda y salida pr. la cara interna, fractura de la tibia, gangrena de la pierna é infiltración del muslo.	Amputación del muslo izquierdo por el tercio medio, método circular.	Idem.	Curación y prpto-para in. válidos.
100	Idem.	Cándido Margarit.	Herida de arma de fuego situada en el tercio medio del brazo izquierdo, con orificio de entrada en la cara posterior y el de salida en la interna. Fr. conminuta del húmero y edema considerable de la mano y antebrazo.	Amputación del brazo izquierdo, doble colgajo antero-posterior.	Idem.	Falleció.

(1) Véase el número de Febrero.

Nº	Clase.	Nombre y apellido.	Diagnóstico.	OPERACION.	Operador.	Resultado.
101	Guerrillero.	Fancisco López	Trayecto fistuloso en la región pubiana que supura abundantemente. consecutiva á herida por arma de fuego.	Trepanación del pubis al lado izquierdo de la línea media y extracción de tres secuestros situados en el espacio prevexical.	Dr. Baeza	Curación y prpto. para retivo.
102	Soldado	José Ruiz.	Herida de bala del hombro izqrd; fractura incompleta de la cabeza del húmero.	Extracción del proyectil y de varias esquirlas óseas.	Idem.	Idem.
103	Idem.	Aniceto Aramendia.	Herida de bala penetrante. de pecho con orificio de entrada en la región supraclavicular derecha y salida al nivel del tercio posterior de la sexta costilla derecha; empiema derecho.	Pleurotomía con resección sub perióstica de 5 centímetros de la 6ª costilla derecha.	Sr. Soler.	Idem.
104	Idem.	Juan Rojas.	Herida por arma de fuego en la parte antero-interna del tercio med. del muslo derecho sin salida. Aneurisma arteriovenoso femoral; gangrena.	Amputación por el tercio superior.	Sr. Peláez.	Falleció.
105	Idem.	José Artiga.	Herida de bala en el pulgar derecho, con fract. de ambas falanges.	Desarticulación metacarpo-falángica del pulgar derecho á raqueta.	Sr. Soler.	Curación y prpto. para ret.
106	Idem.	Manuel Felita.	Herida de bala de la mano derecha con orificio de entr. en la palma y salida por el dorso; fr. del 4º metacarpiano y dilaceración d. los tendones correspondientes.	Resección del 4º metacarpiano con extirpación del dedo correspondiente.	Sr. Soler.	Idem.

(Continúa)

## PANADIZO TRIDIGITAL Y REPERCUTIVO DEL INDICE

(Strepto - estafilococcia.)

El día 24 de Octubre del pasado año ingresó en la Clínica Militar de Jaruco el soldado de la guerrilla montada del Batallón de Guadalajara n.º 20 José Cutillas Grao, natural de la Granja (Alicante) de 23 años y constitución robusta, ocupando la cama n.º 46.

Quejábase de grandes dolores en la extremidad del dedo pulgar de la mano derecha, y tanto por la presencia de un pequeño foco supurativo en la cara palmar de dicho dedo, como por los síntomas flogísticos periambientes, pudimos diagnosticar fácilmente un panadizo, procediendo á la incisión profunda seguida de grandes cuidados antisépticos.

La marcha de la afección no pudo ser más rápida y satisfactoria, pudiendo apreciarse cada día la disminución de los dolores y de la extensión del traumatismo, el agotamiento paulatino de la supuración, y la formación de mamelones cicatriciales, hasta lograrse la completa curación; quedando una pequeña cicatriz.

Ya íbamos á dar de alta al referido enfermo cuando hubo este de llamarnos la atención, acerca de la presencia en el dedo índice de fenómenos dolorosos é inflamatorios, análogos á los iniciales del recién curado afecto quirúrgico. Procedimos como en el caso anterior, y pudimos observar que la curación de este dedo se verificó en mejores condiciones todavía, que la de su vecino.

No habíamos aún levantado la cura definitivamente, cuando se ofrecieron idénticos síntomas que los ya expuestos, en el dedo medio de la misma mano, causando este repetido accidente penosa impresión en el enfermo, y no poca sorpresa por nuestra parte: los fenómenos sabidos cedieron asimismo con marcada rapidez:

Conviene advertir que se trataba de un sujeto rubostísimo, de buen color, de carácter animoso y sufrido, y sin ningún trastorno general durante su permanencia en la Clínica.

Haciendo uso de una compasiva broma preguntamos al enfermo si le dolía algún otro dedo y cual no sería nuestro asombro al comprobar en el dedo índice, ya invadido y curado, hácia su parte media, nuevas manifestaciones del panadizo que á primera vista pudiera calificarse de *ambulante*? Inútil y cansado nos parece decir que seguimos el mismo procedimiento y obtuvimos iguales resultados; dejando al enfermo algunos días más en observación, hasta que confirmada la *completa y definitiva curación* (de intento sub-rrayamos estas frases) le dimos el alta el

día 11 de Noviembre, recomendándole observara mucha limpieza, y se abstuviera de trabajos rudos durante algún tiempo.

Aquí parece haber de terminar la relación de los padecimientos para entrar en las consideraciones que puede sugerir esta historia clínica *mi generis*, pero todavía nos estaba reservada otra sorpresa y nueva confusión: treinta y dos días después de recibida el alta, el día 13 de Diciembre, ingresa otra vez el soldado Cutillas Grao con una *adenitis simple supurada* inguinal izquierda, acompañada de grandes dolores, y que exigió la incisión, saliendo curado (?) el día 30 del propio mes.

*Reflexiones.*—La puerta de entrada de los microbios de la supuración en tan para ellos predilecto lugar de la localización morbosa, corresponde á nuestro juicio á las múltiples é insignificantes lesiones que ostentan en las manos los *fORAGEADORES*, muy manifiestas en el individuo objeto de estos apuntes. Dichas soluciones de continuidad son debidas, como es sabido, á las espículas punzantes y á las irritantes películas de la hierba que se emplea en esta Isla, para la alimentación del ganado, la cual presenta además muy cortante el largo borde de sus hojas, ocasionando amenudo pequeñas heridas al producirse la prensión ó arrancamiento para formar los haces. Así las cosas, hacense aseguibles las extremidades digitales á los elementos productores del flemon profundo, debiéndose á la vecindad de los dedos entre si, ya afectados por los pequeños traumatismos mencionados, la propagación del mal; como no quiere explicarse por las complicadas anastomosis de la red linfática que habian de recoger en sus terminaciones al leucocito extravasado de las numerosas comunicaciones capilares de entrambas venas colaterales.

Esto, en cuanto al modo íntimo de producirse los accidentes digitales; pero hay algo más en la notable predisposición del sugeto á esas infecciones repetidas, probándolo la nueva invasión flogo-purulenta de uno de los gánglios inguinales, al cabo de un mes de curación, y en sitio por demás distante y exento de relaciones anatómo-fisiológicas suficientes á explicar una derivación que, por otra parte, presupondría la existencia latente, en un organismo ya reaccionado ó reparado de sus lesiones, de las causas próximas de la supuración activa, quedando casi sancionada la teoría del *flogógeno* que nos satisface bien poco,

La coexistencia de estos focos en un individuos robusto quedaría en parte explicada por lo agudo de las manifestaciones que, como dejamos expresado, no tardaron en curar; ya que los fenómenos opuestos caracterizan estas inflamaciones en los sugetos débiles.

En previsión de que puedan repetirse casos semejantes al que acabamos de reseñar, aconsejamos, como medio profiláctico,

la inmersión total de la mano, alguno de cuyos dedos se hallare afecto del panadizo, en la solución de sublimado al 1 por mil, ó las lociones repetidas, en toda la extensión de dicha mano, con la propia solución antiséptica, para de esta manera poder llevar el germicida á los recónditos sitios en que pueden albergar los micrococos en trenza, cadena y racimo.

JOSÉ POTOUS.

Médico 1.º

## BARCOS-HOSPITALES.

*Circular.*—Excmo. Sr.: En vista del siguiente proyecto de obras que para habilitar de barco-hospital el vapor "San Ignacio de Loyola" ha presentado la Compañía Trasatlántica, considerando como provisional la habilitación del vapor "Montserrat," el cual no efectuará más que un solo viaje, el Rey (q. D. g.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien conceder su aprobación al proyecto de obras mencionado, en atención á que satisface las necesidades de la higiene.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 2 de Marzo de 1898.—Correa.—Sr. . . ."

### PROYECTO DE OBRAS PARA HABILITACIÓN DEL VAPOR "SAN IGNACIO DE LOYOLA" EN BUQUE-HOSPITAL

#### *Espacio para salas*

Se destinarán á este servicio los entrepuentes números 1, 2 y 3 del buque y la toldilla de popa, situados los dos primeros á proa de la sección de máquinas, el tercero á popa de la misma y la toldilla en el extremo de popa de la cubierta superior.

Para mejor inteligencia de lo que sigue, se llamará en lo sucesivo salas á estos espacios y se les numerará con las cifras 1, 2, 3 y 4, en el mismo orden que se les ha mencionado.

Los cuatro espacios se hallan independientes el uno del otro. Tienen acceso directo cada uno desde la cubierta superior por sus correspondientes escaleras, que se dispondrán con la mayor comodidad posible para la fácil comunicación entre esos espacios y la cubierta al aire libre.

#### *Disposición del local.*

El piso ó suelo de estos entrepuentes se dejará corrido y limpio de todo obstáculo, excepto de aquéllos que como puntales, tubos de bajada, cajillos, etc., sean indispensables ó necesarios para el servicio del buque.

El piso de la cubierta que forma éste, quedará al aire, sin

cubrir con esteras ni tapetes de ninguna clase, y en disposición de ser fregado y saneado con la frecuencia que se estime necesaria.

Las amuradas, manparos y techos en toda su extensión, se pintarán de blanco al óleo en forma que puedan ser saneados con frecuencia.

#### *Ventilación.*

La habrá natural y artificial.

La natural se conseguirá por medio de las escotillas, de las mangueras y de las ventanas de costado que actualmente tiene el buque.

La artificial se procurará por medio de bombas extractoras de aire, movidas por la electricidad ó á vapor, instaladas sobre cubierta, una á proa y otra á popa, y que mediante tubos de madera de la sección y longitud suficiente, extendidos á todo lo largo de los departamentos y por ambas bandas, aspirarán por registros regulables y dispuestos en los puntos convenientes, el aire viciado de todos los puntos de cada una de las salas.

#### *Alumbrado.*

Será también de dos clases: natural y mecánico.

El primero se obtendrá de día por medio de las ya mencionadas escotillas y ventanas de costado, que dejarán pasar la luz del día. El segundo funcionará siempre de noche y aun durante el día, en los casos en que la luz natural no fuera suficiente, y consistirá en lámparas eléctricas de incandescencia, distribuídas en todos los puntos convenientes de las salas y alimentadas por los generadores eléctricos que para este fin tiene el buque.

Para los casos de interrupción eventual de este alumbrado, se tienen también faroles distribuídos convenientemente, de uso corriente en los buques.

#### *Instalación del moviliario.*

Las camas se dispondrán á dos en altura, estando el fondo del lecho de la inferior á 0'46 metros del suelo y el de la superior á 0'91 metros sobre la inferior y á 1'07 bajo el techo, según lo permita el puntal del buque en cada departamento.

Se colocarán en grupos de á cuatro ó de á ocho, según se representa en el croquis adjunto, y de tal manera que cada cama tenga libre uno de sus costados y uno de sus extremos.

La longitud de todas se dispondrá en sentido de proa á popa del buque, con objeto de que los balances de costado, que suelen ser los mayores, no hagan oscilar al enfermo de pies á cabeza.

Estarán las camas en general separadas de los costados del buque, y á distancia suficiente de él para permitir cómodamente el paso de una persona.

Las dimensiones interiores de cada cama, ó sea del colchón, serán 1'83 metros de largo, por 0'61 de ancho.

El armazón de las mismas se construirá con piés derechos, largueros y riostras de hierro.

Las camas de un grupo estarán separadas por completo entre sí por medio de mamparas ó tabiques de madera de pino, que partiendo del asiento del lecho de la litera inferior, corra sin interrupción hasta rebasar unos 60 centímetros sobre el lecho de la litera superior. Cada cama quedará así separada de las dos inmediatas por la cabeza y por un costado, quedando el otro costado y el extremo de los piés libres al exterior.

Todas las aristas vivan del armazón se matarán achafamándolas para hacerlas menos molestas.

Cada cama estará defendida por el costado y por los piés, que quedan libres, por medio de una gualdera de madera de pino, que tendrá por objeto impedir que el enfermo ó las ropas de la cama puedan escapar de éstas con los balances.

Toda la estructura de madera de las camas se pintará de blanco al barniz, con objeto de que todas las superficies puedan ser perfectamente saneadas.

El lecho ó fondo de las camas será de lona, sujeto y atirantado á los largueros por medio de trincas de cuerda.

Cada cama tendrá un colchón de cutí de las dimensiones antes expresadas, relleno de alga convenientemente preparada y embastado.

Las almohadas serán dos; una de la misma tela que el colchón, que descansará directamente sobre éste, y otra que se colocará sobre la anterior, y que será de igual tela, pero rellena de capoc de Filipinas.

Tendrá también dos sábanas de tela de algodón y funda de la misma tela para la almohada. Una manta de lana y una colcha ó cubrecama de percal.

Para los casos en que sea necesario, habrá también una sábana de hule impermeable.

Toda el armazón de las camas estará atornillada y en forma de que pueda desarmarse con facilidad al rendir viaje, para su desinfección; recorrida, etc.

En cada grupo de camas y debajo de las literas inferiores, habrá unas pequeñas taquillas de madera de pino con portezuela, para encerrar un orinal de porcelana de forma corriente y otro de forma especial para uso de los enfermos postrados. En lugares convenientes de cada sala, habrá cuatro receptáculos de

porcelana, encerrados en cajones de madera con sus correspondientes tapas envisagradas, para verter en ellas el contenido de los orinales cada vez que sirvan éstos, y al efecto se les pondrá una disolución desinfectante. Estos depósitos serán fácilmente transportables á mano para poder arrojar su contenido al mar.

En la gualdera de cada cama habrá suspendido un escupidor de hoja de zinc, pintado al óleo, del modelo usual en las enfermerías de los buques.

En el mamparo longitudinal de cada cama se colocarán al alcance del enfermo, una vasera del modelo usual en las enfermerías, capaz para dos vasos.

A los piés de cada cama y por su parte exterior, habrá fijado un cuadrito para poner en él la hoja clínica del ocupante.

Para el servicio de las camas altas habrá una escala con ganchos para fijarla á la gualdera y peldaños de tabla, semejante á las que se usan en los barcos para los camarotes de primera, y de la forma más cómoda y posible.

En el centro de cada sala quedará libre un espacio para colocar dos mesas plegaderas. Para cada una habrá dos bancos, y tantos éstos como aquéllas, estarán barnizados á brocha.

En cada sala habrá una alacena convenientemente dispuesta para contener los medicamentos y demás material sanitario para el servicio diario de los enfermos y para el saneamiento y desinfección de los locales.

Otra alacena habrá dispuesta como ropero para contener la ropa limpia de repuesto, y en lugar conveniente se situará una caja portátil, de cierre hermético, para depositar las ropas sucias y transportarlas á la estufa de desinfección.

Otra alacena se colocará también para custodiar los vinos, bizcochos y demás artículos especiales que sean necesarios en el día para la asistencia de los enfermos, y los platos y demás enseres para el servicio de la mesa.

En cada sala habrá el número de lavabos que se estime conveniente para uso de los enfermos que puedan utilizarlos. Estos muebles serán de pino pintado al barniz y palangana de porcelana, y tendrán sus correspondientes espejos y vaseras.

En distintos puntos de las amuradas, en los mamparos y en las camas, se fijarán ganchos de percha para colgar las ropas de los enfermos á quienes se permita levantarse durante el día.

### *Salas especiales.*

Tiene el buque, además de las cuatro salas generales ya mencionadas, otras cuatro aisladas con 68 literas entre todas, con objeto de colocar en ellas por grupos separados á los enfermos más graves que necesitan tratamiento especial ó separación

de los restantes. De estas salas hay dos inmediatas á la sala general número 1, y las otras dos junto á la número 2.

En la sala número 4 hay cuatro camarotes independientes, que se destinarán especialmente para uso de enfermos de fracturas ú operados, estando sus respectivas literas solas en altura, sin ninguna otra encima ó debajo. Habrá dos por camarote, ó sean ocho en total.

La disposición general de dichas salas es igual á la de las enfermerías de los buques, y por consiguiente llenan por completo el objeto especial á que se destinan.

En todas las salas habrá retretes aislados para uso de los enfermos que no puedan salir á usar los del exterior.

#### *Baños.*

Habrá cuatro á disposición de los enfermos, con tinas para baño entero y otras para baño de asiento ó de piés.

#### *Agua.*

Se dispondrá de dos filtros de bujías de porcelana de amianto, á presión de á 15 elementos cada uno, para dar un rendimiento de tres litros por minuto.

#### *Retretes.*

En la cubierta del buque habrá retretes con agua corriente, buena ventilación y convenientemente dispuestos para que los usen los enfermos que puedan salir al exterior.

#### *Estufa de desinfección.*

En la cubierta del buque se hallará instalada una estufa de desinfección de vapor á presión, modelo "Jeneste & Hersch," con sus accesorios, para la desinfección de las ropas.

#### *Camillas para operaciones.*

El buque llevará instalada en la sala número 4, y próxima á los camarotes que se destinen á operados, una camilla articulada del modelo especial de la Compañía, para practicar las distintas operaciones quirúrgicas que puedan ocurrir.

#### *Sala de reconocimientos.*

En una casa situada en la cubierta superior del buque, habrá una sala para reconocimientos de enfermos, con los útiles necesarios para su objeto.

#### *Sillas.*

Para uso de los enfermos que puedan salir á cubierta, llevará el buque 100 sillas de extensión, construídas de lona y madera de pino barnizada, para que puedan descansar aquéllos al aire libre.

La llevará instalada en el entrepuente, hacia el centro del buque, para que esté casi equidistante de todas las salas, y constará de dos piezas con ventanillas al exterior, dotada de la anaquelaría y mobiliario precisos para su objeto. Para la preparación de los medicamentos que deban hacerse en caliente, se usará una de las cocinas del buque.

Madrid 2 de Marzo de 1898.—Correa.

---

## MOVIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO-FARMACEUTICO EN LA ISLA DE CUBA.

---

*Destinos.*—Subinspector de 1.<sup>a</sup> don José Labarta, Director Hospital Alfonso XIII; Subinspector Médico de 2.<sup>a</sup> don Genaro Rodríguez, Director al Hospital de Manzanillo; el idem idem don Rafael Mira, al Cuartel General del Excmo. Sr. General Pando.

Id. don Joaquín Moreno, Director Hospital Beneficencia.

Id. 2.<sup>a</sup> don Enrique Sánchez Manzano, Director Hospital Pinar del Río.

Médicos Mayores don José Precioso, al Hospital de Holguín; don Joaquín Gabardá, al de Regla; don Francisco Monserrat, al de Holguín; don Ramón Rivas, al de Manzanillo y don Francisco Coll, al de Regla.

Médicos primeros don Higinio Pelaez, á los Hospitales de la Habana; don Francisco Soler, al 10.<sup>o</sup> de Artillería de plaza; don Enrique Pedraza, al Batallón Borbón en comisión; Médicos segundos don Matías Navarro, Director Clínica del Cobre; don Enrique Sarmiento, al Hospital de Sagua de Tánamo; don Miguel Trallero, al Batallón de San Quintín 47; don Agustín Ferrer, al Batallón de Asia; don Pablo Salado, al Batallón de Burgos; don José Quintana, al Batallón de Bailén número 24; don Francisco Iturralde, al Hospital de Manzanillo y don José García Torices, al Batallón de Andalucía. Médico provisional don Genaro Sánchez, Director de la Clínica de Firmeza; don Angel Espino, al Batallón de Bailén número 1.

Farmacéuticos Mayores don Manuel Castro, Jefe de la Farmacia de Morón; don Adrián López Bruguera, id. id. de Manzanillo.

Farmacéuticos segundos don Gerardo Surfís, á la Farmacia de la Clínica de Guanajay; don Emilio Salazar, á la id. id. Santa Cruz del Sur; don Antonio Luengo, á la id. Hospital Sagua la Grande; don José Visedo, á la id. id. Isabela de Sagua y don Faustino Ortiz, á la id. idem de Morón.

Farmacéutico provisional don Lisardo Pazo, á la Farmacia del Hospital de Bayamo.

*Licencias.*—A los Médicos Mayores don Manuel Rivadulla, don Antonio Pujals, don Ramón Rivas; Médicos primeros don José de la Rubia, don Enrique Gabaldá, don Fernando Pérez de la Cruz y don Francisco Fernández, 4 meses para la Península.

A los Médicos Mayores don Andrés Zardoya, don Antonio Rovira, al Médico 1º don Antonio Herrando y al Médico 2º don Bernabé Cornejo, 2 meses licencia para esta plaza. Al Médico 2º don Miguel Pizarro y al idem provisional don José Landa, un mes para esta plaza.

Al Médico 2º don Pedro Prieto, 15 días para id. Al Farmacéutico Mayor don Leovigildo García, 2 meses para idem.

Concediendo anticipo de retiro al Médico Mayor don Cláudio Riera. Idem la vuelta al servicio al Médico 1º don Cándido González. Idem separación del servicio al Médico provisional don Andrés González.

*Recompensas.*—Al Médico Mayor don Rigoberto Fernández, propuesto para recompensa en permuta de una cruz roja de 2ª clase del Mérito Militar.

Al Médico Mayor don Jaime Mitjavila, cruz roja de 1ª clase del Mérito Militar pensionada, en permuta de otra sin pensión.

Al Médico Provisional don Ricardo Vidal Erro, cruz blanca de 1ª clase del Mérito Militar, por servicios prestados hasta fin de Diciembre de 1897.

Al Médico Mayor don Isidro García Julián, propuesto á Guerra para recompensa por el hecho de armas librado en “Altos de San Francisco” (Manzanillo.)

Al Médico 2º don Arturo Pérez Olea, cruz de 1ª clase del Mérito Militar roja pensionada, por operaciones verificadas del 8 al 11 de Diciembre 1897, en las márgenes del Cauto.

Id. Médico 2º don Adolfo Azoy Alcaide, cruz de 1ª clase del Mérito Militar con distintivo rojo, por id. id. del 8 al 26 id. id. en la línea del Cauto.

Id. id. id. don Francisco Iturralde, cruz de 1ª clase del Mérito Militar con distintivo rojo, por combates librados en “Barrancas”, “Baba-tuaba” y “Altos de San Francisco” (Manzanillo).

Id. id. id. don José Guich Puigdollers, cruz de 1ª clase del Mérito Militar con distintivo rojo, por operaciones en “Monte Rus” (Cuba).

Id. id. 1º don Celestino Alemany, cruz de 1ª clase del Mérito Militar con distintivo rojo, por operaciones hasta fin de Septiembre último.

Id. id. don Modesto Quiles, cruz de 1ª clase del Mérito Militar con distintivo rojo, por acción librada en “Loma de las Armas” y de la “Juraguana” y del poblado “San Andrés” (Holgún).

Id. Provisional don Enrique Cerviño Crespo, cruz Isabel la Católica, por acción librada en las “Piedras” (Matanzas).

Id. id. don Emiliano García Casasola, cruz de 1ª clase del Mérito Militar roja pensionada, por el encuentro librado en “Cañada de la Pá-jara” (Villas).

Médico 2º don Enrique Obregón y Cappa, cruz de 1ª clase del Mérito Militar con distintivo rojo, por servicios prestados hasta fin de Septiembre de 1897.