

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO X

MADRID 1.º DE AGOSTO DE 1896

NÚM. 219

FIEBRE AMARILLA (I)

VII.

Tratamiento.—Del estudio hecho de la fiebre amarilla dedúcese claramente que no conociéndose el agente productor de la enfermedad, el tratamiento que se emplee tendrá como base en primer término el principio terapéutico de toda infección cuya localización se conozca ó presuma y el conjunto de perturbaciones funcionales según la evolución natural del proceso; de aquí que en la actualidad el plan terapéutico que se sigue, y cuyos beneficiosos resultados confirman ese juicio lógico por deducción científica inmediata, es la desinfección gastro-intestinal en el primer período y la medicación sintomática en el segundo.

Estas dos fundamentales indicaciones que en condiciones ordinarias se completan, favoreciendo los resultados de la segunda los efectos inmediatos de localización de la primera, se anulan ó poco menos cuando la infección es tan intensa que la asepsia no se puede lograr con la rapidez necesaria, y por lo tanto, el segundo período se desarrolla en toda su magnitud y gravedad. Precisamente las mayores dificultades para el tratamiento dependen de esa característica condición del tifus icterodes, ó sea la rapidez de su evolución, merced á la cual es mayor la intensidad de los efectos producidos; de aquí el que la fiebre amarilla adquiera un pronóstico más ó menos grave, según la prontitud ó demora con que se someta á tratamiento el paciente.

Dentro de estos principios generales los planes terapéuticos varían, y como quiera que unos y otros, adoptados por varios clínicos, tienen esa finalidad común, si bien los medios de conseguirla sean

(1) Véanse los núms. 196 al 200 y el 202 del tomo IX y los núms. 206, 208, 210, 212, 214, 216 y 218 del tomo X.

algo diferentes, daremos á conocer los principales sin perjuicio de hacer alguna indicación de otros procedimientos que se han tenido, sin resultado, como específicos, y que en cierto modo se apartan de los puntos generales de mira indicados.

Tratamiento empleado por el Médico mayor Sr. Clairac.—En el primer día, purgante enérgico de sulfato de sosa ó de sulfato de magnesia; naftol B en cápsulas de azufafas de 0,30, hasta completar gramo y medio el primer día, dos y medio el segundo y el tercero tres, ó conseguir la completa asepsia intestinal, comprobada por la desodoración de las deposiciones fecales. Al mismo tiempo se le dará al enfermo seis ó doce gramos de benzoato de sosa, diluidos en 250 de agua y mezclados con agua de Seltz. En los casos de intolerancia del benzoato, no poco frecuentes por desgracia, limonada salicilica.

La asepsia intestinal se puede favorecer, en los casos en que el vientre se mueve difícilmente, con lavativas de sulfato de sosa. Tal es el plan hoy seguido en Cuba para el tratamiento del primer período. En el segundo período tenemos que seguir desgraciadamente un tratamiento sintomático, tan poco eficaz como todos los usados hasta aquí.

Se combatirá la tendencia hemorrágica con la ergotina de Ivon en gotas, en una cucharada de agua helada.

El hipo, con las perlas de éter; la epigastralgia y vómitos, con la aplicación de un vejigatorio; á la región y curación ulterior con una pomada de morfina; los vómitos, con las bebidas frías: trocitos de hielo, mistura antiemética de Riverio, sola ó adicionada de morfina; la falta de fuerzas, con champagne helado é inyecciones de cafeina, éter alcanforado ó alcohol; el delirio, con el bromuro de potasio.

Todas estas medicaciones se estrellan, la mayor parte de las veces, ante la intolerancia del estómago del enfermo, que obliga al Médico á suprimir toda administración por la vía gástrica.

En cuanto á la raquialgia inicial, se trata ventajosamente con fricciones estimulantes, entre las que le concedo preeminencia á las de cloroformo gelatinado y bálsamo de Opodeldoch. En los casos de hipertermia exagerada, se puede dar al enfermo un baño de vapor, pero no se le dará nunca el jaborandi, que modifica desfavorablemente la marcha del padecimiento.

En el primer período, el enfermo deberá estar sometido á una dieta rigurosa, tanto por facilitar la asepsia intestinal como por lo

difícil ó casi imposible de que su aparato gastro-intestinal asimile nada en las desfavorables condiciones en que se encuentra.

En el segundo período, cuando la falta posible de fuerzas en el enfermo lo indique, y cuando su estado gástrico lo consienta, podrá dársele leche helada en pequeñas porciones, y en la convalecencia alimentos líquidos ó semilíquidos, hasta que su estado gastro-intestinal permita darle algo más sólido á digerir.

En los casos de hipertermia, sobre todo en el segundo período, se siguen usando las lociones de vinagre aromático frías, y raras veces los baños fríos. Las fomentaciones de oxicato, á la frente.

Tratamiento empleado por el Dr. Finlay (de la Habana.)— Según mi modo de ver, la preocupación principal del Médico al encargarse de un caso de fiebre amarilla, en su comienzo, deberá consistir en evitar la posibilidad de que lleguen á desarrollarse ulteriormente hemorragias gastro-intestinales ó vómitos de «borras.» Para ese fin, sus recursos se cifran principalmente en la desinfección de los órganos digestivos, para lo cual se necesita tiempo y habrá que plantearla cuanto antes. Porque si bien es cierto que cuando la infección primaria ha sido intensa, el paciente puede sucumbir sin que ocurran los síntomas aludidos, la experiencia demuestra que las probabilidades de ese evento son insignificantes comparadas con los peligros de la infección gastro-intestinal secundaria. Además, cuando la enfermedad se declara no contamos ya con ningún recurso digno de confianza para combatir la infección primaria. Al tiempo de la invasión habrá transcurrido ya el período de incubación y es de creerse que los gérmenes específicos habrán alcanzado su madurez y estarán envenenando el cuerpo del enfermo con sus toxinas, contra las cuales no tenemos ningún medio directo de acción (á no ser que la serosidad de vejigatorio de sujetos inmunizados, propuesta por mí el año pasado (Agosto 1892) resulte eficaz para ese objeto) (1.) Hasta ahora lo único que ha podido hacerse en presencia de esa infección primaria ha sido combatir los síntomas y colocar al enfermo en las mejores condiciones

1) En Diciembre de 1893, fecha del manuscrito original que se publicó en Edimburgo, el corto número de observaciones que yo había reunido sobre este asunto y también sobre mis inoculaciones preventivas con serosidad de sujetos inmunizados, no me permitía insistir sobre el particular. Mi primer ensayo en el empleo de dicha serosidad para el tratamiento curativo de la fiebre amarilla se verificó en Julio de 1892, y mis inoculaciones preventivas con la misma serosidad comenzaron en Noviembre de 1893.

generales para «capear el temporal.» Con respecto á la hemorragia gastro-intestinal y á la producción de «borras» por otra parte, la posición del Médico es muy distinta. En efecto; á menos que el primer período haya sido muy breve, ó acompañado de una irritabilidad gástrica incoercible, ó bien tan insidioso que el enfermo no se haya dado cuenta de su enfermedad hasta el final de ese período, acudiendo á tiempo podrá lograrse generalmente una desinfección gastro-intestinal suficiente para que, llegado que sea el momento de las infecciones secundarias, las bacterias contenidas en el estómago y en el intestino hayan sido destruidas ó atenuadas hasta el grado de que no sea ya fácil que se realice la más temible de aquellas infecciones.

Hubo una época en que la práctica más satisfactoria consistía en evacuar el tubo digestivo al comenzar el tratamiento, mantener el vientre libre por medio de enemas durante toda la enfermedad y no permitir ninguna clase de alimentos hasta el cuarto ó quinto día, prescribiendo tan sólo naranjada ó limonada hervida ó decocciones diuréticas para aplacar la sed. Se atendía á los síntomas particulares *pro re nata*. A la luz de las ideas actuales parecería aún racional ese tratamiento si no tuviéramos á mano desinfectantes gastro-intestinales eficaces y que no promueven irritación local; pero hoy, con la introducción de los nuevos desinfectantes (en particular el naftol ó, mejor aún, el benzo naftol) y de diuréticos como la cafeína y la teobromina (diuretina) parece que hemos alcanzado ventajas verdaderas en el tratamiento de la fiebre amarilla.

El plan que he adoptado es el siguiente:

Cuanto antes, al comenzar la enfermedad, y aunque sólo se abriguen sospechas de que pueda tratarse de fiebre amarilla, prescribo un purgante eficaz (prefiriendo una dosis de 45 gramos de aceite de Ricino con zumo de limón), que se repetirá si fuese necesario, activándose su operación con enemas.

Cuando haya comenzado la operación del purgante se administrará medio gramo de benzo naftol cada dos horas y, si se confirma el diagnóstico, deberá continuarse esta medicación hasta el cuarto ó quinto día con la regularidad compatible con el descanso de la noche y con la tolerancia del estómago. Se acortarán las dosis ó se suspenderá el uso de este medicamento si antes de la fecha indicada la orina presenta un color oscuro, como ahumado, cuya señal, según mis observaciones, ocurre más á menudo en los casos favorables que en los mortales. Cuando la albuminuria es pronun-

ciada, sin embargo, procuro no suspender el uso del benzo naftol antes del quinto ó sexto día. Como bebida común prescribo una solución de bicarbonato de sosa al 2 por 1.000 en agua hervida, de la que podrá consumirse uno ó dos litros en las veinticuatro horas.

Se administran enemas de agua hervida cada seis horas por medio de la jeringa de fuente, cuyo saco se colgará á una altura moderada. Se combatirán las náuseas y los vómitos con pequeños trozos de hielo ó con algún revulsivo sobre el epigastrio. Hay que adoptar algún plan que permita estimar aproximadamente la cantidad de orina vertida durante los intervalos entre las visitas, guardándose aparte la de la última micción para comprobar en ella la albúmina. Cuando la cantidad baja de 150 ó 200 cc. en las seis horas, deberá administrarse la diuretina en dosis de 0,50 ó de 1,00 gramo, ó bien, si las contracciones cardiacas son débiles, se prescribirá en su lugar la cafeína. Para combatir el insomnio puede agregarse uno ó dos gramos de hidrato de cloral á la última lavativa de la tarde. Contra la excitación nerviosa suele ser útil el valerianato de amoniaco. Cuando la fiebre es alta son beneficiosas las lociones con vinagre aromático. Si se presentan síntomas de uremia, hay que repetir con más frecuencia los enemas y también los diuréticos (teobromina, diuretina ó cafeína.) Si se declara el delirio, con calor en la cabeza, se emplean las aplicaciones de hielo ó de compresas frías sobre la cabeza, á veces combinándolas con el baño general templado. Cuando las hemorragias por la nariz, boca, órganos genitales de la mujer, son excesivas, convendrá usar aplicaciones estípticas, y cuando los vómitos de sangre ó de *borras* son abundantes, suelen ser útiles las inyecciones hipodérmicas de extracto flúido de ergoña, con tal que la respiración esté franca. Las emisiones sanguíneas que antes se empleaban con tanta frecuencia y con poco discernimiento, están hoy casi enteramente abandonadas; en los sujetos pletóricos, sin embargo, cuando los síntomas congestivos son intensos, algunas sanguijuelas detrás de las orejas ó una sangría moderada en el primero ó segundo día de la invasión suelen procurar gran alivio.

No se permite (á los adultos) ninguna clase de alimento en los primeros cuatro ó cinco días. Esta es una regla muy generalmente observada en Cuba, y cuya aplicación no me consta que haya tenido nunca malas consecuencias, mientras que las tentativas de alimentación prematura se cree que pueden precipitar los síntomas melánicos. Los mismos enfermos, generalmente, no manifiestan ningún

deseo de tomar alimentos antes del quinto ó sexto día, y si lo piden suelen no recibirlos con placer.

Deberá proporcionarse al enfermo la mayor tranquilidad de cuerpo y de espíritu, en una habitación bien ventilada, observándose todas las precauciones higiénicas en provecho del enfermo y de los que le rodean.

El uso de desinfectantes intestinales ha dado resultados halagüeños, no tan sólo en mis manos, si que también en las de otros colegas, quienes los usan, más ó menos de la manera que he indicado, no porque opinen como yo, sino porque consideran el trayecto gastro-intestinal como el sitio probable de la infección primitiva. Muy difícil es, sin embargo, valuar con datos estadísticos la eficacia de cualquier plan curativo, porque en diferentes grupos de casos el peligro varía mucho. En algunos grupos, la mayoría de los casos son de los que se curarían con cualquier tratamiento, mientras que en otros pueden figurar en proporción excesiva los casos de la peor especie y que parecen desde la invasión fatalmente condenados, á pesar de todos los esfuerzos y bajo cualquier tratamiento que pueda plantearse».

(Continuará).

M. SLOCKER.

Médico primero.

Diagnóstico diferencial de la osteo-mielitis de crecimiento.

Los fenómenos que dominan en el período inicial de la osteo-periostitis, producida por el estafilococcus dorado (periostitis de crecimiento), reviste una forma sintomatológica general común á la fiebre tifoidea, á la meningitis y á las fiebres eruptivas. El aspecto tífico de los enfermos y la cefalalgia intensa han hecho dudar muchas veces hasta el práctico más experto. En un niño ó en un adolescente que se le vea todo este cuadro de síntomas *se debe siempre* examinar atentamente todo el esqueleto; un punto doloroso, una pequeña tumefacción en cualquiera de sus puntos, es suficiente casi en todos los casos para dar la clave de lo que vá á ser más tarde, aclarando las dudas que pudieran encontrarse en los primeros y complejos sistemas del período inicial del proceso infectivo.

El error del diagnóstico puede existir también con respecto á el

reumatismo articular agudo, sobre todo si el pequeño enfermo ó el adolescente ingresa en un servicio de medicina. Sin embargo; si se para algo la atención, el error se deshace pronto, por existir diferencias marcadas entre el dolor producido por la inflamación *osteoperióstica* y la flogosis articular. En estos casos, el reconocimiento debe de ser atento, minucioso, como dice el Profesor Lannelongue; el síntoma dolor responde bien á el hueso lesionado y no á la articulación vecina (rodilla, cadera); además, imprimiendo movimientos, se verá el sitio de referencia á el hueso ó á la articulación afecta de reumatismo que casi siempre está dolorosísimo.

La fiebre de crecimiento es tambien muy fácil confundirla con la osteo-mielitis de este mismo nombre. Como indica Bouilly, los dolores no son localizados, se generalizan siempre á todas las diáfisis, están limitados, no hay abultamiento, existe muy ligera fiebre y no presentan tendencia á la supuración. La osteo-mielitis aguda de bacillus de Koch, es, quizás, con la que pudieran existir más dudas, tanto por los síntomas locales como por los generales de infección que en la osteo-mielitis tuberculosa no son tan agudos, y reviste casi siempre una marcha insidiosa, crónica y lenta, por regla general. Se localiza en esto las lesiones óseas á nivel del vulvo de los huesos. Mr. Ponet y Cordamín han encontrado el bacillus y las fungosidades, acompañando á las hiperiotosis femorales consecutivas á las osteo-mielitis agudas de crecimiento. La infección bacilar en estos casos ¿ha sido primitiva ó secundaria? Es difícil contestar á esta pregunta. Sin embargo, la probabilidad existe en razón á la infección secundaria del bacillus de Koch por condiciones especiales, pero siempre resultarán dudosas.

La pseudo-parálisis sifilítica, enfermedad de Parrot, no puede confundirse nunca con la enfermedad de que nos estamos ocupando. Es una equivocación de este último autor, como dicen Delbet y Le Dentué. La fiebre intensa, los fenómenos generales y los abscesos subperiósticos son suficientes para diferenciarla. Otro tanto diremos de la osteo-mielitis sifilítica terciaria: no presenta síntomas agudos, es de marcha lenta, y las afecciones sifilíticas puras supuran raramente, á no ser que se compliquen de infección mixta. Las observaciones de Thibiérge, Duplay y Gaugolphe indican esta posibilidad, habiendo encontrado una evolución doble, presentándose el estafilococo dorado á el mismo tiempo que una osteo-mielitis gomosa de origen sifilítico. En todos estos casos hay que tener en cuenta los caracteres físicos de la secreción purulenta,

pues el pus en la infección específica se presenta viscoso y los se-
cuestros son siempre parciales.

Las afecciones traumáticas, las inflamaciones de los ganglios lin-
fáticos (linfagitis) y el flemón difuso, tienen síntomas tan caracterís-
ticos y patognomónicos, que es imposible confundirlos con ella.

J. PÉREZ ORTIZ.

Médico mayor.

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

El lavado de la sangre en las infecciones.—*M. Lejars*: Sabido es que el lavado de la sangre ha sido preconizado en estos últimos tiempos para combatir cierto número de infecciones quirúrgicas. A los hechos ya conocidos, en los cuales ha sido empleada con buen éxito esta medicación, deseo agregar hoy algunos otros.

Os presento primeramente un joven á quien he practicado la la-
parotomía y suturado una rotura del intestino en plena peritonitis. Obtuvo su curación después de haber recibido 26 litros en inyeccio-
nes intravenosas.

Hé aquí ahora el resumen de algunas observaciones, en las cuales esa misma medicación ha sido igualmente coronada de éxito.

a) Joven de 17 años. Osteomielitis aguda del fémur izquierdo; estado general muy alarmante, fiebre continua á 40°, pulso pequeño y muy frecuente; algunos días después de la operación otros abscesos á nivel del esternón y del codo, cuyo pus no contiene más que el estafilococo dorado. Inyecciones intravenosas, en cinco días, de 14 litros de suero. La temperatura desciende, los fenómenos infecciosos se atenúan. Actualmente el enfermo se halla en pleno camino de curación.

b) Hombre de 52 años, derribado por un tren. Magullamiento del pié derecho y del brazo izquierdo, heridas contusas múltiples. Estado febril, escalofríos, delirio; necesidad de una doble amputación. Inyecciones intravenosas de 14 litros y medio de suero en cinco días. Atenuación bastante rápida de los accidentes. En la actualidad el operado está completamente restablecido.

c) Mujer de 21 años, pálida, demacrada, muy deprimida. Ablación de un quiste del ovario, de dimensión enorme y grandemente adherido. Al día siguiente por la noche, manos frías, ausencia de pulso en las radiales, vómitos, temperatura, 38°6; inminencia de terminación fatal. Inyección de tres litros y medio de suero, en una vez; segunda inyección de dos litros tres horas después. El estado se transforma al día siguiente: temperatura, 37°; cesación de los vómi-

tos. Esa mujer se encuentra actualmente en vías de franca curación, á los veintiun días de operada.

Aun en los casos desesperados, las inyecciones intravenosas van siempre seguidas de atenuación. Dan por resultado una reanimación del paciente, que puede utilizarse algunas veces para una intervención quirúrgica.

Entiendo que estos resultados clínicos permiten formular las conclusiones siguientes:

1.º La inyección de suero artificial á dosis masiva es inofensiva.
2.º Aun en los casos desesperados, retarda la muerte y asegura treguas algunas veces preciosas.

3.º Bajo la reserva de que los riñones funcionen bien, produce en las infecciones éxitos inesperados y merece ser erigida en método general. Una infección grave, amenazadora en breve plazo, puede ser conjurada ó atenuada por una inyección masiva de varios litros; pero las más de las veces será necesario renovar el lavado durante algunos días, con tenacidad, é inyectar una cantidad total bastante considerable de suero. Para acercarse todo lo más posible al lavado, propiamente dicho, es útil asociar á las inyecciones intravenosas inyecciones subcutáneas á dosis menor, repetidas cada dos horas.

4.º La vía utilizada importa poco; pero la vía intravenosa, que permite una acción más rápida, parece preferible en los casos urgentes.

M. Charrin: Cabe observar á este propósito que las inyecciones intravenosas de soluciones salinas practicadas en heridos son actualmente utilizadas de diversos modos: introdúcense á veces en la circulación cantidades considerables de suero artificial, uno á cuatro litros; en ocasiones se inyecta una cantidad más reducida, un décimo, un cuarto, la mitad de un litro; en otras circunstancias se echa mano de algunos centímetros cúbicos.

Con Cassin, he demostrado que esos volúmenes mínimos permitían retardar la muerte de los animales infectados por un microbio ó intoxicados por secreciones bacterianas. Pues bien: según que se emplee tal ó cual de estos procedimientos se determinan efectos distintos; en suma, se ponen en práctica métodos absolutamente diferentes que conviene estudiar.

Los unos creen operar una especie de lavado de la economía, tal como se esforzaban en realizarlo, hace próximamente diez años, Dastre y Loye; los otros, rebajando la totalidad del líquido administrado, se imaginan hacer penetrar, bajo una forma química, alimentos primordiales, sin preocuparse para nada de las condiciones de la asimilación.

Por mi parte, desde el punto de vista experimental puro, yo he notado la diuresis, un flujo intestinal intenso, una eliminación activa luego con matices en relación con las técnicas puestas en práctica, un aumento de la urea, oscilaciones térmicas, movimientos de la presión, á menudo menos acentuados de lo que pudiera preverse;

háse sostenido que estos fenómenos eran en parte independientes de la índole de las sales disueltas; diversos autores han señalado estas particularidades, que no son más que una fracción de los fenómenos provocados.

Acaso, de tomar por base algunos resultados registrados con Cassin, puesto que la dialisis atenúa las toxinas, es necesario contar con las modificaciones de la ósmosis, consecuencias de los cambios de densidad, de mineralización; acaso hay que contar con la fijación, con la precipitación de ciertos productos tóxicos, más aún —según lo que yo he tenido ocasión de observar— con ciertas excitaciones del neurono; entre el modo de acción de esas soluciones y el de los sueros de los animales inmunizados, pasando por el humor normal, fisiológico, tomado en la sangre coagulada, existe toda una serie graduada de propiedades, independientemente, por supuesto, de los atributos específicos.

A pesar de las semejanzas que unen á esos compuestos, las diferencias son muchas, cabiendo observar que sólo por extraño abuso de lenguaje han venido á designarse esas soluciones bajo la denominación de sueros. Existe, pues, ahí una confusión lamentable que hay que hacer desaparecer.

Refiérese, por ejemplo, que se han introducido en las venas de dos á cuatro litros de agua salada, mineralizada; pues bien: un animal, un hombre, no hubiera podido tolerar una tal cantidad de verdadero suero, por la sencilla razón de que la muerte habría sobrevenido antes de terminar esa operación.

M. Chauveau: El uso cada día más generalizado de esos líquidos, desde hace seis á ocho años, justifica tales distinciones. El suero es un humor definido con harta claridad en fisiología, sobre todo háto tóxico, para que en el lenguaje verdaderamente científico se sigan designando con este nombre, á despecho de los calificativos, simples soluciones acuosas mineralizadas.

(*Socied. de Biolog. de Paris*).

*
* *

Tratamiento de los tumores malignos por medio del suero normal de asno ó previamente inoculado con jugo de epitelioma.

—*M. Arloing* (de Lyon), en nombre de Courmont y en el suyo propio, lee un trabajo que resumimos en esta forma:

Las inyecciones de suero de asno, previamente inoculado con jugo de epitelioma, practicadas en el hombre en la contigüidad de los tumores malignos, son incapaces por sí solas de producir la desaparición de esos tumores, ó bien de impedir su generalización y el desenlace tatal de la afección.

Pueden ser, con todo, útiles acarreado una disminución momentánea del volumen de los tumores, probablemente por una regresión de la zona inflamatoria periférica. Esta acción puede ser el origen de una curación, haciendo operable un tumor imposible de operar antes de las inyecciones. Las más de las veces hará desaparecer

momentáneamente los síntomas de compresión: dolores, edemas. La evolución general de la afección será á veces contenida durante algunas semanas.

El suero de asno, así preparado, nos ha parecido poseer substancias tóxicas que no existen, en igual cantidad, en el suero de asno normal. Estas substancias se acumulan en el organismo ó predisponen éste, de suerte que en un momento dado engendran (por lo menos en el canceroso) síntomas reaccionales (edemas, púrpuras, erupciones diversas, etc.) á nivel de las picaduras ó bien hasta á distancia. Estos síntomas aparecen generalmente después de la quinta inyección, y en un plazo tanto menos distante de la picadura cuanto más se avanza en el tratamiento, y desaparecen al cabo de algunas horas á algunos días. Con frecuencia van acompañados de síntomas generales: elevación de temperatura, anorèxia, insomnio, etcétera. Hacia la décimaquinta inyección los enfermos se niegan á continuar el tratamiento.

Obtiénese con el suero de asno normal la misma disminución de volumen de los tumores, sin observar nunca fenómenos reaccionales comparables con los precedentes á nivel de las inyecciones.

En consecuencia, se pueden ensayar inyecciones subcutáneas de suero en la contigüidad de los tumores, cuando éstos pudieran volverse operables despues de la liberación de las partes inmediatas ó cuando van acompañados de dolores ó de edemas debidos á la compresión. El suero normal de asno será empleado preferentemente al suero de asno previamente inoculado con jugo de epite lioma, y su empleo se suspenderá, para ser reanudado en caso necesario, tan luego como las reacciones locales presenten una intensidad fatigosa para el paciente.

(Acad. de Méd. de Paris).

*
* *

Tratamiento de la coqueluche por el bromoformo.—Esta substancia, que constituye la base de diversas especialidades farmacéuticas, parece bastante eficaz en la coqueluche. Mr. Marfan dice que de su administración en cuarenta casos, puede deducir que el bromoformo es superior á la antipirina y á la belladona para disminuir el número y la intensidad de las quintas.

Para administrar el bromoformo á los niños, Mr. Marfan ha adoptado la fórmula siguiente de Mr. Radais:

Bromoformo.....	48 gotas.
Aceite de almendras dulces....	20 »
Goma tragacanto.....	4 »
Goma arábiga	4 »
Agua de laurel cerezo.	4 »
Agua C. S. para completar.....	120 cent. cúb.

Se mezcla primero el bromoformo y el aceite, y después de agitarlo fuertemente se añade el resto. *Una cucharada de café contiene dos gotas de bromoformo.*

Hé aquí las reglas adoptadas por el autor para las dosis cotidianas: en los menores de cinco años prescribe al principio tantas veces cuatro gotas por día como años tiene el niño. De cinco á diez años, la dosis cotidiana es de 20 gotas. Estas dosis iniciales deben aumentarse progresivamente de dos á cuatro gotas por día, hasta doblarlas, y aun más vigilando el enfermo.

En los niños menores de seis meses, la dosis inicial cotidiana podrá ser de dos á tres gotas; de seis meses á un año, de tres á cuatro gotas.

Los dos ó tres primeros días parece que el medicamento empeora la enfermedad; las quintas, son, á la vez, más violentas y más numerosas. Pero desde el tercero al cuarto día disminuye el número de las quintas y su violencia se atenúa mucho. Los vómitos desaparecen, el apetito renace y el niño llega al fin del período espasmódico sin incidente.

Como Stepp, Mr. Marfan ha observado también que este período se hacía menor con el empleo del bromoformo. Sin embargo, su éxito no es constante, y en tres casos ha sido inferior á la antipirina.

Con dosis progresivas puede estarse seguro de todo accidente; y si sobreviene una soñolencia demasiado acentuada, se suspenderá el uso del remedio.

(*Journ. de Méd. et de Chir.*)

* * *

Fonendoscopia.—Carlos Comte acaba de presentar á la Sociedad de Biología de París un ingenioso aparato del Dr. Bianchi, de Parma, el *fonendoscopia*, que parece llamado á obtener luz brillante.

Es un *estetoscopio amplificador*, constituido por una capsulita metálica y plana de seis centímetros de diámetro, poco más ó menos, y dos de grosor; su cavidad está en comunicación con las orejas por tubos de caoutchouc, cuyo número puede multiplicarse, de modo que varias personas puedan hacer la misma investigación y comprobarse mutuamente.

La cápsula está cerrada por una lámina de ebonita, á cuyo centro se fija un vástago, que en su extremidad termine por un botoncito. La mayoría de las veces, este vástago, en vez de estar montado directamente sobre membrana, se halla atornillado á una segunda placa de ebonita, que cubre y protege la primera.

Para servirse de este aparato se comienza por colocar en los conductos auditivos los tubos de transmisión, y luego, cogiendo el fonendoscopia por la parte metálica, se aplica el botón del vástago á la piel del individuo que se va á reconocer, en una región donde se sabe que el órgano correspondiente está contiguo á la pared.

Colocado el aparato, deprimiendo un poco la pared con un dedo de la mano libre y apoyándose ligeramente, se frota la piel alrededor del vástago, como si se quisiera separar del aparato un poco de polvo que se encontrara formado cerca de él. *Mientras el dedo*

que frota se encuentra en los límites de la proyección del órgano sobre la pared, se oyen en el fonendoscopio fuertes vibraciones, cuya intensidad disminuye cuando se pasa de los límites del órgano explorado.

Fácilmente puede señalarse con una línea el punto en que las vibraciones cambian de intensidad; así, repitiendo esas fricciones alrededor del estetoscopio, se circunscribe una región que corresponde al órgano explorado, aun en las partes cubiertas por vísceras.

No se llega desde el principio á ese resultado. *Para manejar el fonendoscopio se necesita práctica como para auscultar.*

Toda relación de continuidad en un mismo órgano, todo cambio de consistencia de sus partes, hace variar la intensidad de las vibraciones. Así, la fonendoscopia permite, no sólo encontrar los contornos de cada pulmón, sino también la posición de las cisuras interlobulares y su dirección. Resultará, pues, en el pulmón derecho la proyección de tres lóbulos sobrepuestos. *El izquierdo también parece trilobulado:* y en efecto, Bianchi ha podido demostrar, por cortes histológicos, que este pulmón es, en su origen, trilobulado como el otro.

Ningún órgano en contacto con la pared puede sustraerse á ese examen. *Esto sólo sucede cuando no tiene ninguno de sus puntos en contacto con la pared;* porque, entonces, ningún punto de ese órgano podía estar en relación con el fonendoscopio á través de la piel. Así ocurrirá con el corazón en los enfisematosos, cuando los pulmones invaden toda la porción anterior del tórax y rechazan el corazón.

El fonendoscopio podría servir también para el examen de una fractura. Colocado sobre uno de los extremos del hueso, percibirá las vibraciones provocadas por la fricción de la piel en la región en que se encuentre este hueso: pero estas vibraciones no serán transmitidas cuando se llegue á la línea de la fractura: así se descubrirá su emplazamiento y dirección. Si por el contrario, hay anquilosis entre dos huesos, las vibraciones se transmitirán de un hueso á otro y revelarán la adherencia.

Por último, todo músculo puede ser seguido y dibujado en la piel, lo mismo que cualquier tumor ó colección líquida.

En suma, el fonendoscopio abre un vasto campo de investigaciones que pueden ser tan útiles para la fisiología como para la medicina y cirugía.

(Le Corresp. Méd.)

*
**

Tratamiento del mutismo histérico por la eterización.—Giofredi, en el supuesto de que el mutismo histérico se debe á una exaltada condición de los poderes inhibitorios del cerebro sobre los centros vocales—idea sugerida por el hecho de haber observado que hablaban ciertos enfermos durante el sueño—le condujo á la

opinión que algunos agentes, como por ejemplo, los anestésicos que paralizan este poder, podrían curar la enfermedad. El éter fué el anestésico elegido, resultando eminentemente satisfactorio en los dos casos ensayados por el autor. Fueron éstos dos mujeres jóvenes con marcados síntomas de histerismo (anuria, anestesia, vómitos, campo visual contraído, etc.), que sufrían de mutismo que resistió al tratamiento por el galvanismo, la sugestión, el masaje, etc. Antes de anestesiar al paciente no se le mencionó el objeto del tratamiento para evitar toda sospecha de sugestión. En los dos casos, tan pronto como empezó el estado de excitación hablaron los pacientes. Cesó entonces la eterización, resultando que uno de los casos, que fué completamente curado por el anestésico, recidivó nueve meses después, curándose otra vez con la administración del éter. En el segundo caso resultó la curación con una administración sin que ocurriera recidiva alguna.

(*Gaz. degli Osped.*)

*
**

Valor pronóstico de la retinitis albuminúrica.—Possauer ha tratado de comprobar hasta qué punto la aparición de la retinitis albuminúrica, en la enfermedad de Bright, puede tomarse como signo de muerte cierta en un corto período. En primer lugar estudia las historias de 67.000 pacientes de la clínica del profesor Haab, en Zurich, y observó que la retinitis albuminúrica sólo se hallaba en 131 casos, es decir, en 1'9 por 100. Respecto á la frecuencia de la retinitis en los ataques de enfermedades renales, varía de 6'7 por 100 (Schweigger) á 33 por 100 (Galezoswki.) La mayor parte de los autores están conformes en que la muerte, por regla general, ocurre dentro de los dos años en que aparece la retinitis. Possauer estudió la cuestión en 72 casos, 39 en la práctica privada y 33 en el hospital. De los últimos, 14 eran hombres y todos murieron dentro de los dos años después de la aparición de la retinitis; de 19 mujeres, 13 murieron dentro de los dos años, dos después de los dos años y cuatro viven todavía. El mayor período de vida observado después de la retinitis fué de seis años. De los 39 pacientes de la práctica privada (26 hombres y 13 mujeres), 16 hombres y 7 mujeres murieron dentro de los dos años.

En los que todavía viven la retinitis data de un minimum de dos años y cuarto á un maximum de once años.

Estos números muestran claramente las ventajas de las mejores condiciones de los pacientes privados, pero aun en éstos la mortalidad es de 53 por 100 en los primeros dos años.

(*Beiträg. Zur Angenheil.*)



SECCION PROFESIONAL.

ESTADO SANITARIO COMPARATIVO DEL EJERCITO DE LA ISLA DE CUBA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE DE LOS AÑOS DE 1876 Y DE 1896.

Para que todos nuestros lectores puedan tener un conocimiento exacto de las cifras que arrojan los cuadros parciales del gráfico comparativo formado por el Inspector del Cuerpo en la Isla de Cuba, en las épocas que comprende, las reproducimos en forma de estado para amoldarlas á las condiciones de nuestra publicación.

				DIFERENCIA	
		1876	1896	En más de 1896.	En menos de 1896.
Enfermos por cada 1.000 sanos.	Enero.....	242	152	»	90
	Febrero.....	202	120	»	82
	Marzo.....	202	130	»	72
	Abril.....	167	116	»	51
Muertos por cada 1.000 sanos.	Enero.....	6'9	4	»	2'9
	Febrero.....	5'3	2'4	»	2'9
	Marzo.....	4'5	2'2	»	2'3
	Abril.....	3'8	1'8	»	2
Muertos por cada 1.000 enfermos	Enero.....	28'40	26	»	2'40
	Febrero.....	25'40	19'20	»	6'20
	Marzo.....	22'45	14'95	»	7'50
	Abril.....	21'70	14'95	»	6'75
Inútiles por cada 1.000 sanos.	Enero.....	1'83	0'54	»	1'29
	Febrero.....	1'59	0'92	»	0'67
	Marzo.....	2'59	1	»	1'59
	Abril.....	1'19	1'36	0'17	»
Inútiles por cada 1.000 enfermos.	Enero.....	7'90	3'80	»	4'10
	Febrero.....	6'90	7'80	0'90	»
	Marzo.....	12'90	7'80	»	5'10
	Abril.....	7'60	11'50	3'90	»
Regresados á la Península por cada 1.000 sanos.....	Enero.....	4'18	2'08	»	2'10
	Febrero.....	4'10	1'48	»	2'62
	Marzo.....	4'18	1'10	»	3'08
	Abril.....	2'98	1'85	»	1'13
Regresados á la Península por cada 1.000 enfermos.....	Enero.....	17'20	13'70	»	3'50
	Febrero.....	20'20	12'10	»	8'10
	Marzo.....	20'85	8'45	»	12'40
	Abril.....	17'30	15'25	»	2'05

				DIFERENCIA	
		1876	1893	En más de 1893.	En menos de 1893.
Heridos por cada 1.000 sanos..	Enero.	5'10	9'10	4	»
	Febrero.....	4'20	9'80	5'60	»
	Marzo.	5'20	11'80	6'60	»
	Abril.	4'20	10'80	6'60	»
Muertos por heridas por cada 1.000 sanos.	Enero.	0'11	0'20	0'09	»
	Febrero.....	0'10	0'17	0'07	»
	Marzo.	0'13	0'17	0'04	»
	Abril.	0'06	0'15	0'09	»
Muertos por heridas por cada 1.000 heridos.	Enero.	23'45	22'30	»	1'15
	Febrero.....	24	17'70	»	6'30
	Marzo.	25'70	15'10	»	10'60
	Abril.	16'70	14'40	»	2'30
Enfermos de fiebre amarilla por cada 1.000 sanos.	Enero.	2'10	7'95	5'85	»
	Febrero.....	1'45	6'95	5'50	»
	Marzo.	1'60	4'35	2'75	»
	Abril.	0'90	3'80	2'90	»
Muertos de fiebre amarilla por cada 1.000 sanos.	Enero.	2'06	2'11	0'05	»
	Febrero.....	0'44	1'24	0'80	»
	Marzo.	0'35	0'80	0'45	»
	Abril.	0'35	0'70	0'35	»
Muertos de fiebre amarilla por cada 1.000 invadidos.	Enero.	312	264	»	48
	Febrero....	297	420	123	»
	Marzo.	240	182	»	58
	Abril.	414	182	»	232
Número de hospitalidades con relación al contingente. ...	Enero.	3.300	1.760	»	1.540
	Febrero.....	2.680	1.480	»	1.200
	Marzo.	2.620	1.520	»	1.100
	Abril.	2.110	1.350	»	760

Se nota desde luego el beneficio obtenido durante la actual campaña, tanto en la morbosidad como en la mortalidad en general, ventaja que se hace muy manifiesta en el número de hospitalidades causadas.

Acusan un aumento de relativa importancia la morbosidad y mortalidad por lesiones sufridas en acción de guerra, pero este aumento parcial hace más evidente el resultado general á favor del cuatrimestre de 1896, y depende de la mayor frecuencia é importancia de los hechos de armas.

El aumento de invasiones y defunciones por fiebre amarilla,

se atribuye á que la mayor parte del contingente estaba recién llegado de la Península, y el Ejército de 1876 llevaba ya muchos años de permanencia, en su mayor parte, en la Isla de Cuba. A pesar de ésto, en el cuatrimestre de 1876 fallecieron de fiebre amarilla 315'7 por cada 1.000 invadidos, y en el cuatrimestre de 1896 la misma proporción fué de 262.

Esperamos con impaciencia los cuadros sucesivos, de los cuales podrán deducirse notables enseñanzas para mejorar, en lo posible, la salud de las tropas, gracias á la iniciativa de nuestro ilustrado Jefe el Sr. Losada y á la inteligente cooperación del personal á sus órdenes.

* * *

**Convocatoria á oposiciones especiales para plazas de Oficiales
Médicos segundos del Cuerpo de Sanidad Militar
con destino á la Isla de Cuba.**

«Ministerio de la Guerra.—4.^a Sección.—En virtud de lo dispuesto por S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, en Real Orden de 11 del corriente, se convoca á oposiciones públicas para proveer varias plazas de Médicos segundos del Cuerpo de Sanidad militar, quedando los que obtuvieran mejores censuras, dentro de las que se exigen para ingreso en el mismo, con derecho á ocupar por orden de ellas el puesto que les corresponda, con la condición de servir en Cuba mientras dure la campaña.

En su consecuencia, queda abierta la firma para las referidas oposiciones en esta Sección en las horas de oficina, desde el día de la fecha hasta el 6 de Agosto próximo.

Los doctores, licenciados en Medicina y Cirugía por las Universidades oficiales del Reino, ó alumnos con ejercicios aprobados, que por sí ó por medio de persona autorizada al efecto quieran firmar estas oposiciones, deberán justificar legalmente, para ser admitidos á la firma, las circunstancias siguientes: 1.^a Ser españoles ó estar naturalizados en España. 2.^a No pasar de la edad de 30 años el día que soliciten la admisión en el concurso. 3.^a Ha-

llarse en pleno goce de sus derechos civiles y políticos, y ser de buena vida y costumbres. 4.^a Tener la aptitud física que se requiere para el servicio militar; y 5.^a Haber obtenido el título de doctor ó el de licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del Reino ó tener aprobados los ejercicios necesarios para ello. Justificarán que son españoles y que no han pasado de la edad de 30 años, con certificado de inscripción en el registro civil, los que deben reunir este requisito, y en caso contrario, con copia, en debida regla, de la partida de bautismo; debiendo acompañar en uno y otro caso la cédula personal. Justificarán hallarse en el pleno goce de sus derechos civiles y políticos, y ser de buena vida y costumbres, con certificación de la autoridad municipal del pueblo de su residencia, librada y legalizada en fechas posteriores á las de este edicto. Justificarán que tienen la aptitud física que se requiere para el servicio militar, mediante certificado de reconocimiento hecho en virtud de orden de esta Sección, bajo la presidencia del Director del hospital militar, por dos Jefes ú Oficiales médicos destinados en aquel establecimiento. Justificarán haber obtenido el grado de doctor ó el de licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del Reino, ó tener aprobados los ejercicios para ello, con testimonio ó copia legalizada de dicho título ó certificado de la Universidad en que hubiesen aprobado los ejercicios.

Los que sólo hubiesen presentado certificación de tener aprobados los ejercicios correspondientes al grado de licenciado, deberán acreditar que han satisfecho el pago de los derechos de expedición del citado título antes de darse por terminadas las oposiciones.

Los doctores, licenciados en Medicina y Cirugía, ó los alumnos aprobados residentes fuera de Madrid, que por sí ó por medio de persona autorizada al efecto, entreguen, con la oportuna anticipación, á los Inspectores de Sanidad militar de las Capitanías generales de la Península é islas adyacentes, instancia suficientemente documentada, dirigida al General Jefe de esta Sección, solicitando

ser admitidos al presente concurso de oposiciones, serán condicionalmente incluídos en la lista de los opositores; pero necesaria y personalmente deberán ratificar en esta Corte su firma antes del día señalado para el primer ejercicio, sin cuyo requisito no será válida dicha inclusión.

Se entenderá que la instancia se halla suficientemente documentada, siempre que con ella se acompañen, en toda regla legalizados, los documentos necesarios para que los aspirantes puedan ser admitidos á la firma, excepción hecha del certificado de aptitud física.

No serán admitidos á las oposiciones los doctores, licenciados ó alumnos aprobados, residentes fuera de Madrid, cuyas instancias no lleguen á esta Sección antes de que espire el plazo señalado para la firma de las mismas.

Los ejercicios tendrán lugar con arreglo á lo dispuesto en el programa aprobado por S. M. en 15 de Noviembre de 1888 (*Colección Legislativa del Ejército, núm. 422*), y á las modificaciones, en la parte preceptiva del mismo, establecidas por Real Orden de 2 de Agosto de 1892 (*Colección Legislativa del Ejército, núm. 267*), todo ello publicado también en la *Gaceta*; prorrogándose hasta 44 años para este concurso la edad marcada á los aspirantes.

En cumplimiento de lo que se previene en dicho programa, se advierte á todos los que se inscriban para tomar parte en estas oposiciones, que el primer ejercicio, al cual necesariamente deberán concurrir todos ellos, se efectuará en el hospital militar de esta plaza el día 10 de Agosto próximo á las ocho de la mañana.

Madrid 12 de Julio de 1896.—El General Jefe de la Sección, Martínez».

*
* *

PAGAS DE TOCAS.

«6.ª Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de conformidad con lo propuesto por el Consejo Supremo de Guerra y Marina en 12 del

mes próximo pasado, con objeto de unificar las disposiciones varias que existen respecto á descuentos de las pagas de tocas, ha tenido á bien dictar sobre el particular las reglas siguientes:

1.^a Tienen derecho al abono de las dos pagas de tocas ó de supervivencia, concedidas para el funeral y luto, las viudas de individuos incorporados á Montepío que no tengan opción á otro beneficio del mismo.

2.^a A falta de viuda, lo tienen también los huérfanos en iguales condiciones, las hijas sin limitación de edad, si no se hallan casadas, y los varones que no hayan cumplido la edad marcada para cesar en el derecho al percibo de pensión ni hayan tomado estado entrando en el sacerdocio, casándose ú obtenido destino con sueldo, con la sola excepción de los dementes é imposibilitados, siempre que la demencia é imposibilidad para ganar el sustento, legalmente calificada, proceda de edad anterior á la expresada.

3.^a Las familias que habiendo obtenido pagas de tocas adquieran después derecho á pensión por los mismos causantes, á virtud de Leyes ó aclaraciones posteriores, están sujetas al descuento de las pagas.

4.^a Si la pensión la obtienen por distinto causante y sin derecho á rehabilitación de otra anterior, no procede el descuento.

5.^a Que cuando un mismo causante deje familia de dos matrimonios, contraído el uno con opción al Montepío y el otro sin opción á él, se conceden tocas y pensión, respectivamente, á los que se hallen en aptitud legal al fallecimiento del individuo.

6.^a Que si se trata de causante que deja familia de dos matrimonios sin opción al Montepío, pero que luego los individuos de una de ellas adquieren derecho á pensión por el mismo causante, debe descontarse á éstos la parte de pagas de tocas que percibieran y abonarse la descontada á los individuos del otro matrimonio que no adquirió derecho á pensión.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 14 de Julio de 1896.—Azcárraga.—Sr.....

LEY.

«D. Alfonso XIII, por la gracia de Dios y la Constitución, Rey de España, y en su nombre y durante su menor edad la Reina Regente del Reino;

A todos los que la presente vieren y entendieren, sabed: que las Cortes han decretado y Nos sancionado lo siguiente:

Artículo único. A contar desde el día veinticuatro de Febrero de mil ochocientos noventa y cinco, y mientras dure la actual campaña de Cuba, se aplicarán á las familias de los individuos del Ejército y de la Armada, fallecidos á consecuencia del vómito, los derechos á pensión de orfandad y viudedad que concede el artículo quinto de la Ley de ocho de Julio de mil ochocientos setenta.

Por tanto:

Mandamos á todos los Tribunales, Justicias, Jefes, Gobernadores y demás autoridades, así civiles como militares y eclesiásticas, de cualesquiera clase y dignidad, que guarden y hagan guardar, cumplir y ejecutar la presente Ley en todas sus partes.

Dado en Palacio á quince de Julio de mil ochocientos noventa y seis.—Yo la Reina Regente.—El Ministro de la Guerra, Marcelo de Azcárraga».



NECROLOGÍA

D. Pedro Peñuelas y Fornesa. — Nació en Granada el día 29 de Abril de 1832. Siguió sus estudios profesionales en la Universidad Central y se graduó de licenciado en Medicina y Cirugía el 4 de Julio de 1856.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, como Médico de entrada, por Real Orden de 9 de Enero de 1861, y en esta misma fecha

se le confirió el empleo de segundo Ayudante médico por antigüedad, siendo destinado al batallón Cazadores de Antequera. Nombrado para servir en Filipinas con el empleo inmediato, arribó á dicho archipiélago el 2 de Noviembre de 1861; prestó los servicios de su clase en los regimientos del Príncipe y del Infante, asistiendo á las operaciones que, por aquella época, tuvieron lugar en el Río Grande de Mindanao, siendo recompensado con el empleo de Médico mayor supernumerario.

En Octubre de 1866 regresó á la Península y sirvió sucesivamente en el Hospital militar de Granada y regimiento de Mallorca, Hospitales de Madrid, Valencia, Madrid, Sevilla, Granada y Madrid, Junta facultativa del Cuerpo, Hospitales de Santander, Santoña y San Sebastián, Junta superior facultativa y económica y Hospital de Sevilla, hasta su ascenso á Médico mayor efectivo en 1875. En esta categoría prestó sus servicios en los Hospitales de Madrid, Coruña y Madrid nuevamente, y en Octubre de 1879 marchó destinado á Puerto Rico con el empleo superior inmediato, desempeñando la Dirección del Hospital de San Juan hasta su regreso á la Península en Febrero de 1886.

Tras breve tiempo en situación de reemplazo, ocupó destino de su clase en el Hospital de Zaragoza; y promovido al empleo de Subinspector médico de segunda, en Diciembre de 1886, sirvió en los Hospitales de Santoña y Cádiz. Ascendido á Subinspector de primera en 1889, desempeñó las Direcciones Subinspecciones de Galicia y Canarias y la Dirección del Hospital de Búrgos.

En Diciembre de 1892 se le confirió el empleo de Inspector Médico de segunda clase y nombrado Director Subinspector del Cuerpo en la Isla de Cuba, cuyo cargo desempeñó hasta Octubre de 1895, época en que falleció en la Habana á consecuencia de una fiebre palúdica perniciosa.

Era el Inspector Peñuelas Jefe cariñoso, que en su larga carrera militar y profesional había demostrado constantemente la nobleza de sus sentimientos y el mayor celo en el cumplimiento de sus deberes.

En sus empleos efectivos y en los obtenidos por méritos especiales ó de guerra, contaba las siguientes antigüedades: Médico de entrada y segundo Ayudante médico, por antigüedad, 9 de Enero de 1861; primer Ayudante médico supernumerario, por destino á Filipinas, 3 de Abril de 1861; primer Ayudante médico, por antigüedad, 29 de Octubre de 1864; Médico mayor supernumerario,

por mérito de guerra, 12 de Junio de 1866; grado de Subinspector médico de segunda clase, por gracia general, 29 de Septiembre de 1868; Médico mayor, por antigüedad, 12 de Junio de 1875; Subinspector médico de segunda clase, por mérito de guerra, 31 de Marzo de 1876; grado de Subinspector de primera, por mérito especial, 24 de Marzo de 1877; Subinspector médico de segunda clase, por destino á Puerto Rico, 7 de Agosto de 1879; Subinspector Médico de segunda, por antigüedad, 3 de Diciembre de 1886; Subinspector médico de primera, por antigüedad, 27 de Julio de 1889, é Inspector médico de segunda clase, 7 de Diciembre de 1892.

Estaba en posesión de las cruces de Carlos III é Isabel la Católica y de la encomienda de esta última Orden; de las cruces blanca y roja de segunda clase del Mérito Militar, de la Gran Cruz de dicha Orden, designada para premiar servicios especiales, y de la Medalla de la guerra civil. Era Benemérito de la Patria.

*
* *

D. Prudencio Solís y Claras.—Nació en Valencia el día 21 de Marzo de 1867, y se graduó de licenciado en Medicina en 30 de Junio de 1889.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de Médico segundo, por Real Orden de 14 de Junio de 1892, siendo destinado al Hospital militar de Valencia. En Noviembre del mismo año se dispuso que pasara á continuar sus servicios al Hospital militar de Granada, y en comisión al del Peñón de la Gomera, donde continuó hasta Octubre de 1894, que fué destinado al regimiento de Mallorca.

Fué promovido al empleo de Médico primero con la antigüedad de 23 de Julio de 1895, y destinado al 8.º regimiento montado de Artillería, y posteriormente al de Lanceros de Sagunto.

Falleció en Valencia el día 11 de Marzo del corriente año, á consecuencia de una hepatitis supurada.

VARIEDADES

SUSCRIPCIÓN EN HONOR DE ORAD.

Después de remitidas á nuestro colega profesional *El Siglo Médico* las 72 pesetas recaudadas en nuestra redacción para contribuir á la suscripción abierta por el mismo entre las clases médicas, á fin de ofrecer al Sr. Orad las insignias de la cruz de San Fernando, hemos recibido algunas cantidades más con el indicado objeto, que publicamos á continuación:

	Pesetas.		Pesetas.
Excmo. Sr. D. A. Serrano..	1	<i>Suma</i>	23
Sr. D. E. Carreras.....	1	Sr. D. C. Casals... ..	1
» J. Cortés.....	1	» J. Pascual	1
» F. Pulido... ..	1	» A. Alba.	1
» A. Planter... ..	1	» P. García Godoy ...	1
» E. Bach.....	1	» L. Eguilleoc.....	1
» J. Bach.....	1	» F. Muñoz Bueno..	1
» F. Parés.....	1	» A. Hern. Alonso. ...	1
» A. Saldaña.....	1	» B. Puras.....	1
» M. Visié.	1	» F. M. Espronceda...	1
» R. Folguera... ..	1	» F. Daudí.	1
» M. Cirera.	1	» F. Viñas.....	1
» P. Villar.....	1	» F. Trilla.....	1
» U. Cores	1	» J. Mallafre.....	1
» M. M. Miralles... ..	1	» J. Domingo.....	1
» R. Suriá.....	1	» E. Solís... ..	1
» J. Valldaura.....	1	» F. G. y García.....	1
» M. de la Paz	1	» M. Bosch.....	1
» B. Font.	1	» I. Folache.....	1
» J. Huesa.....	1	» P. Cardín.....	1
» S. García Torteá ...	1	» N. Fdez. Vázquez....	1
» L. Foz	1		
» L. Soler.	1	TOTAL	43
<i>Suma</i>	23		

Tanto esta suma, como las que recibamos en lo sucesivo, se enviarán oportunamente al Inspector de Cuba, para unirla á la suscripción especial del Cuerpo con el indicado objeto.