

LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Y LA

REVISTA DE CLÍNICA, TERAPÉUTICA Y FARMACIA

SUMARIO

OTRO MICROBIO DE LA FIEBRE AMARILLA.—ANEURISMA FEMORAL. LIGADURA ARTERIAL. Curación, por D. Francisco Soler y Garde, *Médico 1º*.—DOS CASOS DE PNEUMONÍA TÍPICA, por D. José Potous, *Médico 1º*.—NOVEDADES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE 1896-97. *Farmacología y Farmacia*.—CIRUGÍA DE GUERRA. *Estadística de las operaciones practicadas en el Hospital de Alfonso XIII*, por los Dres. D. Julio del Castillo y D. Higinio Pelaez, *Médicos 1os*.—ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJÉRCITO DE CUBA.—MOVIMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO FARMACÉUTICO EN LA ISLA DE CUBA.

OTRO MICROBIO DE LA FIEBRE AMARILLA

Estamos en pleno periodo de descubrimientos microbianos. Los colores de la microbiología americana se multiplican, y mientras los bacteriólogos de Nueva Orleans se aprestan á estudios sobre esa fiebre amarilla atenuada, que invade dicha comarca de los Estados Unidos, atacando á muchos y matando á muy pocos, un doctor alemán, residente en Rio Janeiro, ha lanzado á los vientos de la publicidad otro recién nacido microbio al que dá su nombre, sin que sepamos si tiene mayor ó menor antigüedad en la escala de los microorganismos que su congéneres, el del Dr. Sanarelli.

Dicho médico es el Dr. Havelburg y como el extracto de su comunicación, describiendo el microbio que lleva su nombre, figura en el mismo número de los *Anales del Instituto Pasteur*, que el de Sanarelli para satisfacer la natural curiosidad del doctor y por espíritu de justicia, sin distingos, vamos á dar noticia de ese trabajo, inserto anteriormente en la *Semana Médica* de Berlín.

“La idea de buscar el gérmen específico de la fiebre amarilla, empieza, diciendo el médico citado, en el contenido del es-

tómago é intestinos se impone, naturalmente, puesto que el vómito principia por síntomas gástricos, persistiendo durante el mal ese estado característico gastro-intestinal. Pero el estado de la flora estomacal me parece tan difícil, que ha ensayado todo género de siembras procedentes de diversos órganos, algunos sin relación anatómica directa con el mal, y sobre todo en los primeros casos examinados han quedado estériles dichas siembras, de gelatina, de productos del hígado, bazo, riñón glándulas mesentéricas, paredes de la verícula biliar, sangre y bilis. No obstante, continuando dicha experimentación, he logrado al fin encontrar en estado esporádico, unas veces con un órgano, otras en distinto, colonias de un microbio especial, que he hallado también en el contenido del estómago ó intestinos, de individuos con el vómito negro. Lo he encontrado en muchos casos leves y medianos y en todos los casos graves era casi el único habitante de la sangre encerrada en el estómago.

Dicho microbio resulta patógeno para el conejillo de Indias; he aprovechado su paso por este animal para aislarle, inyectando sangre de la vena de un brazo preparada como para la sangría en un cobey, se produjo un malestar que desapareció á la mañana siguiente, con elevación de temperatura á 38'7° y 39'07; y en cinco dias perdió 60 gramos de peso el animal. De otro enfermo moribundo inyecté 80 gramos de sangre en un conejillo que pesaba 535 gramos. Como en otros experimentos hechos, la temperatura se elevó durante dos dias desde 38'07 que fué la inicial después de la inyección, á 39'09, bajando el cuarto dia á 37'01 y muriendo entonces el animal. Esto ha resuelto el problema no sólo de la existencia en la sangre de los enfermos del vómito de su veneno, sinó de la intensidad de este. De cuatro animallos inyectados, murieron dos, así como de los enfermos de quienes se estrajo la sangre inyectada; los otros dos se salvaron, unos y otros.

Debe sentarse esta importancia premisa: *Cuando se inyecta bajo la piel de un conejillo de Indias, uno ó dos centímetros cúbicos del contenido del estómago de un individuo muerto de fiebre amarilla, el animal muere infaliblemente y encontramos en su sangre, su cultivo puro, el microorganismo que creo puede considerarse como específico.* He comprobado este hecho en 21 casos examinados en 1896 sin tener un solo resultado negativo. En diez autopsias completas era indudable el diagnóstico de fiebre amarilla; en las restantes autopsias parciales hice el exámen bacteriológico del contenido del estómago, y simultáneamente probé macroscópica y micrescópicamente las alteraciones propias de la enfermedad.

Como experimentos de comparación inyecté en dos cone-

jillos igual contenido del estómago de fallecidos de otras enfermedades y los animales vivieron.

Estos mueren cuando se trata de fiebre amarilla, lo mismo siendo sanguíneo que catarro-bilioso el contenido gástrico, de 8 á 24 horas después de la inyección. He visto un caso en que inyecté 1 centímetro cúbico á un animal que pasaba de 400 grados, y apesar de haber muerto sólo 5 horas después presentaba ya abundantes bacilos en la sangre del corazón. La inyección hipodérmica es el mejor medio de producir este cultivo puro del gérmen patógeno.

El microorganismo es un bacilo pequeño y estremadamente delgado cuya longitud es próximamente de 1 micromibuna su anchura de 0'3 ó 0'5 y su aspecto es de un bastoncito generalmente aislado, pero con alguna frecuencia en parejas; no dá filamento en ninguno de los medios de cultivo. Las dos extremidades del bacilo son más brillantes y esta propiedad que hace recordar algo al del cólera de las gallinas, le dá semejanza á un diplococo. En los cultivos recientes la mitad de los bacilos presentan otra forma, que es todavía más frecuente cuando el microorganismo es muy virulento. Todos los colores de anilina básica le tienen fácilmente, pero se decolora con igual facilidad en el alcohol absoluto, y en los ácidos. No toma la coloración Gram con las disoluciones débiles, si no se puede lograr colorearle claramente el bacilo aparece como un bastoncito.

Creí móvil al bacilo, sin lograr colorearlo tampoco por el método Löffler, más como los movimientos persisten al cabo de tres días de permanecer en disoluciones anticépticas á 65°, supongo serán movimientos brownianos, además he visto signo de la formación de esporos.

(Concluirá).

ANEURISMA FEMORAL.—LIGADURA ARTERIAL

CURACIÓN

Benito Sainz de la Maza, soldado de la 4^a compañía del Batallón de Infantería Peninsular de la Unión número 2, hijo de Pedro y Antonia, natural de Espinosa de los Monteros (Burgos), de 20 años labrador, fué herido de un balazo en el muslo derecho en un ataque de los insurrectos durante la conducción de un convoy á Cauto, siendo asistido en el Hospital militar de Manzanillo, del que pasó, una vez cicatrizada la herida, al de

Alfonso XIII de la Habana, ingresando en la Clínica 18 de Cirugía á mi cargo.

Presentaba dos cicatrices redondeadas y pequeñas en la cara interna y anterior, respectivamente, del tercio medio del muslo derecho, correspondientes á los orificios de entrada y salida del proyectil, cuyo trayecto cruzaba el de la arteria femoral, que fué interesada por la bala, originándose en el momento de la herida una copiosa hemorragia, no reproducida secundariamente, luego, un tumor pulsátil con estremecimiento *Thrill* y soplo, isócrono con el pulso, blando y no reducible, en la parte media del muslo, difuso, piriforme, profundo y de gran tamaño, dando lugar á un abultamiento de las partes blandas de toda la región, deformándola en su aspecto; semiflexión del muslo sobre el tronco, dificultad y dolores para la progresión. La exploración de la femoral en el triángulo de Scarpa permitía apreciar que en este sitio estaba libre de la ectasia aneurismática; en cambio la situación y volúmen del aneurisma hacían presumir que invadía el trozo de arteria comprendido en el canal de Hunter, rebasando quizá la extremidad inferior del saco el anillo del tercer aductor.

Proscribí la idea de intentar la extirpación del saco, que por su volúmen y probables adherencias fusiónamiento y englobamiento con los músculos inmediatos y con las principales ramas del nervio crural, hubiera requerido una disección entretenida difícil y peligrosa y procedí á efectuar la ligadura de la arteria femoral en la base del triángulo de Scarpa, ya que si bien hay cirujanos que aconsejan que en los aneurismas femorales se ligue siempre la iliaca externa, entiendo que esta determinación es aplicable preferentemente á los aneurismas de la porción alta de la femoral, pero en este caso quedando bastante espacio entre el sitio donde yo pensaba ligar el vaso, y la femoral profunda que no estaba comprendida en el saco dada la situación de este (anómalo, por tratarse de un hecho traumático; los aneurismas espontáneos suelen ser más altos) era posible la formación del coágulo entre la ligadura y el saco que es la ventaja que se persigue al escojer la iliaca, sin el inconveniente, inherente á esta elección, de reducir el ulterior campo circulatorio necesario para las anastómosis que por la circulación colateral compensatoria, aseguran la nutrición del miembro despues que la ligadura ha obturado el tronco principal.

La operación tuvo lugar el 16 de Marzo de 1897. En la parte media del pliegue de la ingle y un poco por fuera del sitio donde se percibían los latidos arteriales practiqué una incisión perpendicular de unos seis centímetros de extensión comprendiendo la piel, la grasa y las hojas de la *fascia superficialis*

apartando los gruesos ganglios inguinales y sin encontrar las venas crural ni la safena; percibidos los latidos arteriales y atacando la vaina vascular por el lado externo ligué la arteria con una doble asa de catgut resistente. Snturada la herida se prestaron al enfermo los mismos cuidados consecutivos que al de aneurisma poplíteo cuya observación se publicó en el anterior número de este periódico, cesando en el acto los latidos aneurismáticos y sobreviniedo los fenómenos propios de la isquemia del miembro (frialdad, hormigueos, palidez, y dolores) desvanecidos á las 48 horas. La herida cicatrizó por primera intención.

El saco se redujo visiblemente de volúmen en los primeros días, pero la auscultación del mismo, diariamente efectuada, reveló, á la segunda semana, que de nuevo latía el aneurisma, bien que con muchísima menos fuerza que antes y de un modo casi imperceptible. Atribuyendolo á que dadas sus colosales dimensiones, la llegada de la sangre por retroceso á la vasta bolsa aneurismática, por su extremo inferior, era suficiente á impedir la coagulación y consiguiente degeneración y reabsorción, practiqué la ligadura de la poplíteo por el procedimiento de Farabeuf el día 2 de Abril.

A partir de este momento la desaparición del aneurisma siguió un curso rápido, pudiendo dar de alta al enfermo el día 20 de Mayo, completamente curado, sin otro vestigio de su temible dolencia que las cicatrices del balazo, las de las heridas operatorios y una escasa molestia en la progresión por ligera atrofia del miembro debida al prolongado reposo y quietísimo de la cama.

F. SOLER Y GARDE. (I)

Médico 1º.

(1) En el artículo *Aneurisma poplíteo* publicado en el anterior número de esta Revista se insertaron los siguientes errores de imprenta.

Página	Línea	Dice	Debe decir
82	22	Artificial	Arterial.
83	46	Ministro	Ministerio.
84	1	anastomática	Anastomótica.
"	26	apercibió	percibió.
"	38	necesario	innecesario.
"	45	impulsación	impulsión.

DOS CASOS DE PNEUMONIA TIPICA

Digérase que mediante casos aislados, ya por medio de las invaciones epidémicas, existe la unidad patológica en los diversos lugares del globo, siendo como las disposiciones del hombre, cosmopolitas; ó en otros términos, que la Geografía médica, como muchos de nuestros estudios, adolecen de excepciones que en determinados casos le comunican el sello de lo convencional ó relativo.

Esto se nos ocurría hace días en presencia de dos casos de pneumonía típica que transportaban nuestras observaciones á las efectuadas en los hospitales de Barcelona y Madrid ante cuadros nosológicos de igual indole y de idéntico parecido.

No se nos oculta que la pueumonía no es desconocida en la Isla de Cuba y Puerto Rico; por el contrario, raro es el médico que al ejercer la profesión en estos países no se haya visto sorprendido por algun caso de esta naturaleza, pero también se nos hace visible que los casos *típicos* de dicha infección son bien escasos, tratándose frecuentemente de bronquitis ó pneumonías grippales.

Entendemos asimismo que en esta como en las demás enfermedades que por su rareza, suelen cojer desprevenido al facultativo (á quien pueden sobrar conocimientos sobre el particular, pero cuyos sentidos hace tiempo no se ven impresionados por ese gran libro abierto de la clínica (no deben pasar obscurecidas, sin insistir sobre ellas en el periódico profesional, en las reuniones entre compañeros, y en las consideraciones estadísticas.

Es igualmente tan notoria como poco seguida en la práctica, la necesidad de trasladar íntegras las observaciones, ya terminen por la curación del sugeto, ya por su fallecimiento, pues la fenomenología y la yugulación de determinados síntomas pueden servir de mucho aún cuando la terminación de la enfermedad por motivos poderosos á los que el médico puede ó nó sobreponerse, sea desgraciada.

Los individuos objeto de estas digresiones son los siguientes:

Pedro Martínez Román, de 22 años, natural de la Granja (Alicante), de oficio labrador, de constitución robusta, y perteneciente a la 3.^a Compañía del Batallón de Guadalajara núm. 2. Ocupa la cama núm. 7 de la Clínica de Jaruco.

Salvador Bau Prats, de 23 años, natural de Teresa (Valencia) de oficio labrador, de constitución débil y perteneciente á igual Cuerpo que el anterior. Ocupó la cama número 13 del propio establecimiento.

Este sugeto ingresó el día 14 y falleció el 19 de Noviembre; y precisamente este mismo día ingresó el citado primeramente continuando sin la menor complicación en convalecencia.

Para no cansar la ilustrada atención del lector omitiremos la larga y característica sintornalogía propia de las neumonías clásicas y que no escaseó en los citados soldados. Baste decir que no faltaron el esputo herrumbroso, la dirpnea intensísima, la matidez de las zonas, el escalofrío inicial, el dolor agudo *in loco*, la fiebre alta etc. etc.

Ahora bien; lo que conviene hacer presente es que estos casos se desarrollan en el mes de Noviembre en días de los llamados de invierno en esta Isla, es decir, reinando fuerte viento del Norte, de ráfagas intensísimas.

No diremos una palabra del tratamiento terapéutico por no tener nada que añadir á lo que es sabido de todos en caso semejante, pero sí, á propósito de aquella consideración etiológica, insistiremos en la necesidad profiláctica de evitar al soldado el dormir á la intemperie y en barracones al descubierto durante los citados días.

El cúmulo de circunstancias deprimentes que esta clase de campaña lleva consigo, y es más especialmente el exceso de ejercicio, ó debilitados explican más que suficientemente, con el concurso desastroso del aire frío inicial de la tan temida infección europea.

No terminaremos sin hscer patente la necesidad de menu-dear la exploración micrográfica cuando haya oportunidad para ello, haciéndose de esta manera palpable la existencia del *diplococo capsulado* ó *neumococo* en la Isla de Cuba.

JOSÉ POTOUS.

Médico 1º

Novedades clínicas y terapéuticas

de 1896-97

FARMASOLOGIA Y FARMACIA

ACETOL. (1) A pesar de que reciben este nombre genérico las destilaciones de vinagre ó ácido acético con substancias vegetales diversas, se conoce también con dicho nombre una

(1) Aun cuando esto no sea ninguna novedad se incluye como ampliación de la palabra acetol; tal cual suele encontrarse en la Dirección técnica.

mezcla de muchas substancias, en las siguientes proporciones: éter acético 15 gramos, esencia de corteza de naranja, de tomillo, serpol, clavo, espliego y cantueso (*a. a.*) 3 gotas, aceite de romero 7 gotas, esencia de limón 6, esencia de bergamota 10, mentol 5 gramos y elcohol absoluto 150 gramos. Para aplicaciones externas en las *cefalcas*.

CRIOFINA. Eichhorst ha encargado en su clínica este producto resultante de la condensación del ácido metilglucólico y de la fenetidina, preparado en Zurik por el Dr. Bischler. De esos ensayos resulta, según dicho profesor, que la criofina es un buen antiséptico, que vale por lo menos lo mismo que los ya conocidos, y tiene doble poder terapéutico que la fenacetina, puesto que un gramo de ésta produce iguales efectos que medio creofina. Aun cuando alguna vez determina náuseas, ciauosis y sudores profusos, no es perjudicial y puede darse en polvo á la dosis de medio gramo (?). Es insípida (la disolución concertada amarga algo), inodora, soluble en agua caliente y poco en fría. Es blanca y se presenta en cristales.

DEXIOCARDIA. Desviación del corazón, bien en dición de su eje ó apartándose de éste. Se citan casos de dexiocardia adquirida, entre ellos uno bastante notable, por el Dr. Paltany.

EPARSALGIA. Se ha llamado así la enfermedad, ó mejor dicho, síndrome ó fenómenos debidos al cansancio ó fatiga muscular, que á su vez influyen patológicamente sobre diversos tejidos y órganos. No es de esa opinión el Dr. Aerling, quien se limita ó concretar dicha entidad nosológica como resultado único y directo de un esfuerzo muscular determinado, con independencia de otras enfermedades, que, atribuidas al parecer á esa causa, quedan reducidas al simple papel de síntomas de padecimientos bien definidos.

NAFTIÓNICO (ÁCIDO). (Riehler). Ácido para-amidonaftalino-sulfónico, que tiene la forma de agujas, de brillo sedoso, solubles en 400 partes de agua fría, con sabor alcalino, también muy solubles en agua y en orina humana (con un $\frac{1}{2}$ por 100), gracias á la cual es útil, según el autor en las cistitis crónicas con orina alcalina, pues el fosfato monosódico que resulta de la reacción producida en la orina con el medicamento, hace á ésta ácida y mucho menos fermentescible. La dosis dada fué de 3 á 4 gramos en 6 ú 8 horas al día. Puede también lavarse la vejiga con agua en la que se haya disuelto $\frac{1}{2}$ gramo del ácido por litro.

PSITACOSIS. Enfermedad general infecciosa, transmitida de la cotorra al hombre, hecho probado según algunos clínicos; fué descrita por vez primera en 1892, y se importó á Francia con un cargamento de cotarras, cuyo número no bajaba á 500 (Dujardin-Beaumets). Los ataques fueron en aquella ocasión 42, fallecidos 14; posteriormente se han comprobado en París y otros puntos nuevos focos, en que se demostró que la causa productora era estar en contacto con cotorras. El único microbio encontrado fué el pneumococo y después se señaló por Nocard (1893), una bacteria especial, corta, gruesa, de extremidades redondeadas, muy móvil, anaerobia y acorobia á la par. *Síntomas* algunas veces si se ha dado de comer al animal con la boca, además de los lábios y papilitis lingual, luego postración cetalalgia, en ocasiones violentas, dolores contusivos, epistaxis, anorexia, vómitos, estreñimiento y pocos veces diarrea, fiebre casi continua, defervescencia rápida después, que con frecuencia va seguida de una nueva exasercación febril á los 4 ó 5 días; y en general el cuadro de una infección típica con gran abatimiento, delirio tranquilo, bazo hipertrofiado, hígado normal pero sensible, tos, dolor intercostal, estertores subcrepitanres, indicio de bronquitis, y en algunos casos erupción papulosa ó petequeal. En los casos favorables la convalescencia se presenta á los 15 ó 20 días. *Pronóstico.* La infección es si no es grave, pero si la complicación pulmonar que suele determinar la muerte y sino ella el calappso cardiaco ó la adinamia profunda. *Formas clínicas.* Según Descazals hay estas: *ligera*, ordinaria (la descrita); *adinámica nerviosa* con gran delirio y muerte frecuente; *pulmonar* (muy grave). *Diagnóstico.* La diferencia del tifus la falta de gorteo en la fosa iliaca, y el carácter distinto de la diarrea, poco fétida, y la falta casi siempre de erupción petequeal. *Tratamiento.* Sobre todo terapéutica sintomática, que no hace falta especificar.

SUERO. El de Masmoreck acaba de ensayarse en Rusia contra la fiebre puerperal por el Dr. Yavorshy, quien utilizó un suero procedente del Instituto Pasteur, inyectado 10 centígramos la primera vez; á la mañana siguiente otros 10 y dos días más tarde igual dosis. Empeorada la enferma por una trasgresión de lo dispuesto por el médico, se le hicieron otras 3 inyecciones de igual cantidad, valiéndose del suero anti-estreptocóquico, preparado en el Instituto de Medicina experimental de San Petersburgo. Concluye dicho profesor: 1º Que ni el suero Masmoreck, ni es estaplocóquico alteran el estado general. 2º Que el primero favorece la evolución de la enfermedad; y 3º Que el suero estaplocóquico ni beneficia el curso del mal, ni perjudica al estado general.

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.^{os}

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

Jefes de Clínica del mismo.

CONTINUACIÓN (I).

Nº	Clase.	Nombre y apellido.	Diagnóstico.	OPERACION.	Operador.	Resultado.
63	Soldado.	Miguel Llaci.	Herida de bala en el tercio anterior, parte anterior de la pierna derecha; fractura múltiple de la tibia. El mismo proyectil, después de atravesar la pierna derecha, penetró en la región calcáica de la extremidad izquierda y fué extraída en dicho sitio.	Amputación de la pierna derecha por el sitio de elección; procedimiento de Sedillot.	Dr. Clairac.	Falleció.
	Idem.					
64	Idem.	Mariano Caba- llero.	Herida de bala que penetró por la cara dorsal y salió por la plantar del pie izquierdo, entre el 2. ^o y 3. ^o metatarsiano; fractura del primero de estos huesos.	Desarticulación del segundo metatarsiano y del dedo correspondiente.	Dr. Clairac.	Curación y propuesto para retiro.
65	Idem.	Emilio Colomer	Necrosis parcial del húmero en su epifisis superior consecutiva á herida por arma de fuego.	Recepción subperióstica del foco necrosado.	Dr. Baeza.	Curación y propuesto para retiro.

(I) Véase el número de Diciembre.

Nº	Clase.	Nombre y apellido.	Diagnóstico.	OPERACION.	Operador.	Resultado.
66	Soldado.	Florencio Bou.	Neuritis del nervio mediano, por lesión producida por herida de arma de fuego.	1ª intervención.—Elongación del nervio mediano al nivel del tercio medio del brazo derecho. — 2ª intervención el 4 de octbr.	Dr. Baeza.	Siguen los dolores v. 4 oct. 96.
67	Idem.	Leandro Collado.	Necrosis parcial de la tibia izquierda en su tercio superior sobre el foco de una fractura producida por herida de arma de fuego.	Escavamiento del hueso.	Dr. Atienza.	Curación y propuesto para inválidos.
68	Idem.	Manuel Escalano.	Herida por arma de fuego en la cara posterior, tercio superior de la pierna izquierda; fractura parcial de la tibia.	Extracción de un proyectil Remington antiguo suplantado en el condilo interno de dicho hueso; legrado del foco.	Dr. Atienza.	Idem.
69	Vntario.	José Voltú.	Heridas múltiples por arma blanca. Presentó 17 machetazos en las regiones frontal, cervical posterior, malar izquierda, ambas manos, codo izquierdo, antebrazo derecho. etc. Presenta además una herida de bala que atraviesa los tejidos del tercio medio de la pierna izquierda. Las heridas de las manos son profundas, y la del codo penetrante de la articulación.	1ª intervención. — Amputación de las dos últimas falanges de los dedos índice y medio derechos; resección de fragmentos de tejidos de las heridas; limpieza y afrontamiento de los bordes de las mismas hasta ponerle más de cien puntos de sutura. Vuelta á ser operado el 16 de octubre.	Dr. Clairac.	V. el 16 de octubre 96.

Nº	Clase.	Nombre y apellido.	Diagnóstico.	OPERACION.	Operador.	Resultado.
70	Volntrio.	José Balbar.	Herida de bala que atraviesa la mano de la palma al dorso por el tercer espacio intermetarcar-piano; hemorragias tardías.	Ligaduras de las arterias cubical y radical izquierda, con objeto de cohibir la emorragia de los arcos palmares.	Dr. Clairac.	Curación y prpto. para retiro.
71	Soldado.	Silvestre Quintilla.	Herida por arma de fuego en el vacío izquierdo, sin salida del proyectil. Trayecto fistuloso consecutivo.	Extracción de un sequestro del ibon izquierdo y logrado de una porción de este hueso.	Dr. Baeza.	Idem.
72	Idem.	Juan Nuez.	Derrame purulento fétido que llena la pleura dercha y caries de la quinta costilla consecutivas á antigua herida, por arma de fuego; fiebre séptica y debilidad general muy graduada. (Procede de otrohospital).	Pleurotomía con resección parcial de la 5ª costilla, lavado de la pleura con solución débill de cloruro de zinc, extracción de dicha cavidad de un tubo de desague de 30 centímetros.	Idem.	Falleció las 15 h. de colapso.
73	Idem.	Juan Ruiz.	Foco extenso de cáries en la 1ª y 2ª costillas y del esternón consecutivo á herida por arma de fuego.	Resercción de la mitad anterior de la clavícula de los cartílagos costales de la 1ª y 2ª costilla derecha y logro del esternón.	Dr. Clairac.	Curación y prpto. para retiro.
74		Juan Ballester.	Caries de la extremidad de la IIª costilla derecha, consecutiva á herida por arma de fuego.	Resercción de la porción anterior de este hueso, limpieza y ledrado del foca.	Idem.	Idem.
75	Idem.	Miguel Pleura.	Necrosis del cúbito izqrd, consecutiva á herida de arma de fuego.	1ª Intervención: Resercción subpeicístico de la epifisis inferor del cubito. Vuelto á operar el 23 Oct. 96.	Dr. Baeza.	V. 23 de octubre de 1896.

Nº	Clase.	Nombre y apellido.	Diagnóstico.	OPERACION.	Operador.	Resultado.
76	Soldado.	Manuel Alanza.	Tra yectos fistulosos en el tercio inferior de la pierna derecha consecutiva á una herida por arma de fuego sin salida del proyectil.	Extracción de un proyectil de Remington engastado en el tercio inferior de la pierna derecha y escavación de este hueso con la cucharilla	Dr. Baeza.	Curación y pase á la Península.
77	Volntrio.	José Boltú.	Herida de machete profunda en la mano y articulación del codo izquierdo con hemorragias profusas y gangrena	Amputación del brazo por el tercio medio y método circular.	Idem.	Curación y prpto. para inválidos.
78	Soldado.	Remigio Fernández.	Necrosis del 5º metatarsiano por herida de arma de fuego que data de algunos meses.	Resección completa del 5º metatarsiano derecho.	Idem.	Idem.
79	Idem.	Angel Escudero	Herida de bala que atravesó el antebrazo derecho; fractura conminuta del cúbito y radio; gangrena de la mano.	Amputación del brazo derecho.	Dr. Lucía.	Idem.
80	Artillero	Jesús Urrestarazu.	Herida por arma de fuego, cuyo proyectil penetró por la cara del pie izquierdo y salió por la región calcánea con fractura del primer metatarsiano y primera uña.	Resección completa del 1er. metatarsiano y la 1ª cuña del pie izquierdo.	Dr. Baeza.	Curación y prpto. para retiro.
81	Soldado.	Juan Gómez.	Fimosis congénito.	Circuncisión y sutura.	Idem.	Cur. vto. á filas.
82	Idem.	Juan Algarra.	Lipoma voluminoso de la región supraescapular.	Estirpación por enucleamiento.	Idem.	Idem.
83	Idem.	Miguel Pleusa.	Necrosis del cúbito izqdo. por herida de arma de fgo.	Resección subperióstica del tercio medio del cúbito izquierdo.	Idem.	Curación y prpto. para retiro.

(Continuará).

MOVIMIENTO SANITARIO DEL EJERCITO DE CUBA.

MES DE AGOSTO DE 1897.

DECENAS.	MOVIMIENTO GRAL. DE ENFERMOS					FIEBRE AMARILLA					MOVIMIENTO GRAL. DE HERIDOS				
	Existencia anterior	Entrados	Salidos	Muertos	Quedan	Existencia anterior	Entrados	Salidos	Muertos	Quedan	Existencia anterior	Entrados	Salidos	Muertos	Quedan
1. ^a	30126	24043	22993	592	30584	1133	458	391	246	954	439	121	207	1	352
2. ^a	30584	22975	22443	643	30473	954	784	453	256	1029	352	183	150	6	379
3. ^a	30473	23329	21994	703	31045	1029	961	640	367	983	379	120	78	2	419
TOTAL	.....	70347	67430	1998	.....	.....	2203	1484	869	.....	.....	424	435	9	.....

MES DE SEPTIEMBRE DE 1897.

1. ^a	31045	21332	20323	638	31416	983	684	414	235	1018	419	94	154	4	355
2. ^a	31416	21232	20606	591	31451	1018	637	475	204	976	355	91	102	9	335
3. ^a	31451	20544	20159	606	31230	976	699	472	202	1001	335	166	209	24	268
TOTAL	.....	63108	61088	1835	.....	.....	2020	1361	641	.....	.....	351	465	37	.....

MES DE AGOSTO DE 1897.

DECENAS.	PROPORCIONES DE ENFERMEDADES EN GENERAL DEL MES DE LA FECHA.			FIEBRE AMARILLA.		HERIDOS	
	Proporción por 1.000 de enfermos con el contingente.	Mortalidad por 1.000 con el contingente.	Mortalidad por 1.000 de los asistidos.	Mortalidad por 1.000 de enfermos con el contingente.	Proporción por 1.000 de muertos con asistidos.	Proporción por 1.000 de heridos con el contingente.	Proporción por 1.000 de muertos con asistidos.
1. ^a	270'84	2'96	10'92	1'23	154'62	2'80	1'78
2. ^a	267'79	3'21	12'01	1'28	147'6	2'67	11'21
3. ^a	269'01	3'81	14'18	1'83	184'92	1'99	4'01
Tér. medio.	269'21	3'32	12'37	1'44	162'38	2'48	5'66

MES DE SEPTIEMBRE DE 1897.

1. ^a	261'88	3'19	12'18	1'17	140'97	2'56	7'79
2. ^a	263'24	2'95	11'22	1'02	122'52	2'23	20'18
3. ^a	259'97	3'03	11'46	1'01	120'59	2'50	47'90
Tér. medio.	261'69	3'05	11'62	1'06	128'02	2'43	25'29

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

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

Retiros.—Concediendo anticipo de retiro al Subinspector Médico de 1.^o D. Inocencio Pardo, al idem provisional D. Amador Osorio y retiro al idem Mayor D. Enrique García.

Bajas en este distrito.—El Médico Mayor D. Emilio Bernal y los Farmacéuticos 1.^{os} D. Rafael Candel y D. Angel Vega; al M. 1.^o D. Saturnio Escudero 4 meses de licencia y Baja en la Isla.

Licencias.—Para la Península a los Médicos Mayores D. Francisco Sobrino y D. Ramon Saez y á los 1.^{os} D. Ricardo Pérez y D. Eugenio Avila 4 meses al idem idem, D. Bernardo Riera 2 idem y al idem provisional D. José Galindo 4 idem; para la Isla á los Médicos Mayores D. Vicente Bordás y D. Carlos Cano 2 meses; al idem 1.^o D. José Salvat 2 idem; al idem idem D. Pedro Prieto 1 idem y al idem 2.^o D. Melchor Camon 1 idem.

Destinos.—A los Médicos Mayores D. José Pastor, D. Rafael López, D. Ramón de la Peña, D. Rafael Balbin, D. Claudio Riera al Hospital de Manzanillo al idem idem D. Agustín Teveyro á la Clínica de San Crístóbal; al idem 1.^o D. Julian G.^a Criado al Batallón de Mérida en comisión; al Médico 2.^o D. Alfredo G. García al Hospital de Cuba; al idem provisional D. Jesús Mateo Soto al de Moron; el idem idem D. Manuel Sanchez al de Matanzas; al Médico Mayor D. José Vellber á Holguín; al idem D. Damian Fariñas á Puerto Padre; al Médico 1.^o D. David Pardo al Batallón de Burgos; al idem idem D. Enrique Solano, al Batallón Provincial Habana n.^o 2; al idem idem D. Enrique Pedraza á Manzanillo; al Médico Mayor D. Emilio Hernández al de Holguín.

Al Médico 1.^o D. José Maria Jesus, al Btón. Cres. de Arapiles.

Al idem. idem. D. José de Buey, al idem de San Quintín 47.

Al idem 2.^o D. Emilio Fuertes Arias al idem España.

Al idem. idem. D. Alberto del Moral, al Hospital Ciego de Avila.

Al idem. idem. D. Laureano Cáceres, al Regto. Cab.^a Pizarro.

Al idem. provnal D. Joaquín García Cosido, al Btón. San Marcial.

Al idem. idem. D. Salvador Palacios, al idem. de Luzón.

Al idem. idem. D. Manuel Sanchez Quirós al Hospital de Matanzas

Al Farmacéutico 2.^o D. Gerardo Suris, auxiliar al idem de Stgo. de las Vegas.

Al idem. idem D. Manuel Campos Carlos á la Clínica de Baracoa.

Recompensa.—Al Médico 2.^o D. Francisco Galnares Diez, Cruz de 1.^a clase del Mérito Militar con distintivo rojo pensionada por acciones guerra en varios puntos.

Al idem 2.^o D. Cesar González Haedo, empleo de Médico 1.^o por servicios prestados en campaña.

Al idem 2.^o D. Filiberto Cuadros Ruiz Alday, Cruz de 1.^a clase del Mérito Militar con distintivo rojo por la acción en "Cafetal".

Al idem provisional D. Emiliano García Casasola idem idem idem roja pensionada por operaciones y hechos de armas.

Al idem 2º D. José Huertas Lozano, idem idem idem idem idem por encuentro en "La Laguna de Miguel"

Al idem 2º D. José Martí Ventosa, idem idem idem idem idem por la defensa del poblado "Cumanayagua"

Al idem 1º D. Jesús Prieto y Maté, idem idem idem idem idem por servicios prestados en Hospitales y Clínicas.

Al idem 1º D. Fernando Fernández Carranza, idem idem idem idem idem por operaciones en los meses de Abril y Mayo.

Al idem 2º D. Enrique Sarmiento González, idem idem idem idem idem por operación practicada en Puerto Príncipe.

Al idem 2º D. Francisco Muñoz Bueno, idem idem idem idem idem sin pensión por idem idem idem idem.

Al idem 2º D. Federico Hervás Soldado idem idem idem M. M. con distintivo rojo por idem idem Pinar del Rio

Al idem 2º D. Lucio Eguillen Vicaría idem idem idem idem idem idem por encuentro en "Rincón del Yaguecito".

Al idem 1º D. José María Gomez Jesus, idem idem idem María Cristina en permuta del citado empleo que obtuvo por el combate de "Guachinango"

Al idem Mayor D. José Masfarré y Jugo, idem de María Cristina en idem idem idem idem por acción en la "Jarrata"

Al idem 1º D. Rodrigo Moya Litrán, idem idem idem idem idem idem idem idem por mérito de guerra.

Al idem Mayor D. Eustaquio Rodríguez y Rodríguez idem idem idem idem en permuta del citado empleo.

Al idem idem D. Anacleto Cabeza y Pereiro, idem roja de 2ª clase del M. M. pensionada por asalto y toma de la "Cotta de Tugayas" en Julio de 1895.