

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO X MADRID 15 DE ENERO DE 1896 NÚM. 206

## FIEBRE AMARILLA (1)

*Segundo período.*—Considérese la remisión de los síntomas estudiados como precursores del período de localización ó admítase como primera manifestación de él, es lo cierto que seguidamente á ella aparece el cortejo sintomático correspondiente á la adinamia y á las perturbaciones funcionales producto de las lesiones orgánicas consecutivas á la acción biológica final del agente productor de la enfermedad.

Esta remisión aparece, por lo general, en la mañana del tercer día, y algunas veces en el cuarto, para volver en la tarde del mismo día á ascender la fiebre casi á la misma cifra máxima del primer período. La disminución de intensidad de los síntomas se traduce en primer término por descenso de la temperatura á 38° y algunas veces á la normal; la agitación cesa y es sustituida por una calma relativa; los ojos se presentan menos inyectados y brillantes; la hiperemia tegumentaria casi desaparece, y la raquialgia y las irradiaciones lumbares se hacen más soportables ó desaparecen por completo, y únicamente persiste con igual intensidad ó poco menos la epigastralgia y la intolerancia del estómago á las bebidas.

Como ya hemos dicho, esta remisión puede faltar tratándose de casos de infección intensa, pero puede ocurrir también que en aquellos otros de mediana intensidad las manifestaciones objetivas de remisión falten, y únicamente se ofrece el tránsito al segundo período por la mejoría subjetiva que el enfermo experimenta.

Los primeros fenómenos de la adinamia, en este período, se observan por la debilidad del pulso que durante todo él persiste, en esa forma, á pesar de que la fiebre aumenta; el corazón late de noventa á cien veces por minuto, y sin embargo continúa la inyección

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

ocular y el enfermo está sumido en una profunda postración con tendencia al sueño.

Conforme desaparece la fluxión rosácea de la piel vá estableciéndose en sustitución uno de los síntomas más característicos de la enfermedad, cual es las manifestaciones ictericas que casi nunca faltan. Comienzan apareciendo en la esclerótica ó en la orina antes de colorear los tegumentos, variando su intensidad de color hasta el verde aceituna, coincidiendo siempre con la remisión completa del período precedente y siendo seguida de vómitos negros.

Las materias colorantes de la bilis se presentan en la orina, y sin embargo, en muchas autopsias los conductos biliares están completamente permeables, no siendo raro tampoco que no existan ni dolores hepáticos á la presión, ni sensibilidad anormal, ni variación de volumen del órgano; todo hace pensar en una ictericia catarral en unos casos y en una ictericia por acolia en otros, sin contar con la ictericia hemafeica estudiada por Gubler, que suele también presentarse.

Con la elevación de temperatura y las manifestaciones ictericas se exacerba de nuevo la gastralgia, acompañada de sensación urente en el exófago y de náuseas y vómitos, mediante los cuales se arrojan primero materias acuosas teñidas; más tarde salen mezcladas con estrías negras, acabando los vómitos por ser completamente negros ó formados de dos partes, una fluida, verdosa, y otra constituida por copos negros, separados completamente de la parte líquida.

La sangre procedente de la gastrorragia ó la enterorragia, que agrava ésta, no es algunas veces arrojada por completo con el vómito, expulsándose por el recto bajo la forma de melena, á pesar de que otras veces ni de una ni otra forma se presenta por no producirse hemorragias en el estómago, así como también el vómito es rojo cuando la sangre se expulsa rápidamente, antes de sufrir las naturales alteraciones por el jugo gástrico.

Como la propensión á las hemorragias pasivas es muy grande en los ícteros, cualquier solución de continuidad en la piel y mucosas puede ser origen de ellas, y hasta sin solución alguna se presentan por la faringe, la boca, las fosas nasales, las mucosas y la piel. Estas últimas afectan la forma de placas equimóticas, situadas principalmente en el cuello, en las partes laterales y superior del torax y en las regiones inguinales, ó la de puntos semejantes á picaduras de insectos en las extremidades y en el tronco.

Dos factores principales son el origen de estas hemorragias; en primer término, la alteración de composición de la sangre; y en segundo lugar, la degeneración de los capilares.

En la orina, aparte de los caracteres que presenta en el primer período como febril, y en la transición en el segundo como icterica, se observa constantemente la presencia de la albumina, cuya cantidad, aparición precoz ó tardía, persistencia ó variación, ó que vaya ó no acompañada con elementos histológicos renales, hace cambiar el pronóstico de la enfermedad de modos verdaderamente radicales.

Respecto á la cantidad de orina, las variaciones suelen ser también grandes; desde ser normal, aun tratándose de formas graves de la infección, hasta la anuria, cuyo síntoma es de tan excepcional gravedad, que de persistir por poco tiempo, conduce indefectible y rápidamente á la muerte, previa la presentación de fenómenos urémicos que muchísimas veces no hay medio de atajar. La anuria unas veces se presenta sin síntoma alguno dependiente del aparato urinario, pero otras lo hace, pudiéndose referir sus manifestaciones sintomáticas á una verdadera nefritis de curso rápido.

Los trastornos respiratorios, muy frecuentes, no ofrecen nada especial, á no ser el no corresponder al estado de lesión orgánica, presentándose como en muchos procesos graves la respiración de Cheyne-Stokes, que siempre constituye un signo pronóstico gravísimo.

A los precedentes síntomas se acompaña una gran inquietud y diversos síntomas cerebro-espinales.

Cuando existe delirio, unas veces es violento, correspondiendo á manifestaciones generales atáxicas de la infección; pero otras, que constituyen el aspecto que puede llamarse característico, el enfermo se manifiesta delirante en sus actos, pretendiendo en el período más grave dedicarse á sus ocupaciones sin preocuparse de su estado, que creen es completamente satisfactorio.

Es tal el contraste entre el estado subjetivo del enfermo y su aspecto objetivo, que casi todos los autores le conceptúan como característico, no hallándose igual ni parecido en ninguna otra enfermedad.

La convalecencia se manifiesta con la disminución de todos los precedentes síntomas, especialmente por los dependientes del aparato digestivo. El pulso se normaliza en relación con la temperatura, ésta remite de modo franco, la ictericia suele acentuarse, y el estado del enfermo llega á modificarse por completo mediante un

sueño tranquilo y profundo, despertándose el apetito algunas veces de modo exagerado, que obliga á tener sometido á un régimen dietético riguroso al enfermo, so pena de exponerle á cualquier recaída que puede serle fatal.

MIGUEL SLOCKER

Médico primero.

(Continuará).

---

## LOS PRIMEROS AUXILIOS EN EL CAMPO DE BATALLA y el paquete de cura individual (1).

### IV.

Tres grandes peligros amenazan al soldado en el campo de batalla. Los dos primeros, la *lesión de un órgano vital* y la *herida de los grandes vasos*, es decir, la *hemorragia*, determinan la mortalidad inmediata de los combates. Esta constituye el *alea* de la acción y nada puede evitarla; ya dijimos antes que esa mortalidad representa la proporción de un 3 % sobre el total de los combatientes y de una cuarta ó quinta parte de los heridos.

En cambio, el último peligro, la *infección de las heridas*, puede ser evitado. Pues bien: aun cuando aparentemente más anodino que los precedentes, este tercer peligro es en realidad el más temible, pues, de una parte, determina por sí solo todos los accidentes consecutivos de las heridas, pudiendo serle imputado un 90 % de la mortalidad de las heridas fuera del campo de batalla, y, de otra parte, ninguna herida, ninguna solución de continuidad de la piel, por pequeña y superficial que sea, está exenta ó libre de correrlo.

Nadie ignora el mecanismo en virtud del cual se realiza la infección de las heridas. Sabido es que vivimos en una atmósfera de gérmenes cuyos grandes receptáculos son el suelo que pisamos, el agua que bebemos y el aire que respiramos, como también es sabido que esos gérmenes se pegan á nuestras ropas, á nuestros dedos, á nuestra piel, y que basta, por consiguiente, un simple contacto para transportarlos á una herida; que una vez en la herida se multiplican y segregan en ella toxinas, haciendo estallar, según la especie á que pertenezcan, esas temibles complicaciones que son la supuración, la erisipela, el tétanos, la septicemia, la infección purulenta, la podredumbre de hospital, etc.

---

(1) Véanse los números 200, 201 y 204 del tomo IX.

Preservar la herida de toda infección, es decir, mantenerla aséptica hasta el momento en que el herido puede llegar á una formación sanitaria, donde aquélla será definitivamente protegida por una cura antiséptica; tal es, pues, la primera indicación que hay que llenar después de una herida. En consecuencia, nada de manipulaciones en la herida, nada de lavados, nada de contacto con trapos más ó menos limpios. Hay que señalar particularmente dos causas temibles de infección: la una es el contacto con el polvo del suelo, con la tierra, sobre todo en las inmediaciones de los puntos habitados (esa tierra, ese polvo, contiene en efecto los gérmenes de la septicemia y del tétanos, hasta el punto de que basta inyectar á un cobayo una partícula infinitesimal del polvo que cubre el suelo de nuestras poblaciones para hacerle morir de tétanos ó de septicemia); la otra es el contacto del agua, hasta de las mismas aguas de manantial ó filtradas, más ó menos combinadas con líquidos vulnerarios como el alcohol y el percloruro de hierro. En realidad esas aguas encierran siempre gérmenes de supuración, á menudo los de la erisipela, algunas veces los de la infección purulenta.

Por consiguiente, se ha sentado hoy como principio—y como principio invariable—en la cirugía de primera línea, que debía tocarse lo menos posible á las heridas; que, para preservarlas de las probabilidades de infección, era preciso no solamente abstenerse de operaciones precipitadas é incompletas, de exploraciones, sondajes, manipulaciones, etc., sino también dejarlas en el mayor reposo posible. *Conservación y reposo de las heridas*: tal es la nueva fórmula de la cirugía de los campos de batalla.

Por otra parte, esta fórmula se alía admirablemente con lo que ya sabemos respecto de las heridas causadas por las modernas armas de fuego; á saber, que esas heridas, aun en los casos en que interesan los huesos ó las articulaciones, aun cuando encierren cuerpos extraños (1), curan perfectamente por primera intención, á condición, empero, de que se las deje en reposo.

(1) Véase á este propósito, además de los trabajos especiales sobre el mecanismo de las fracturas por armas de fuego (Bornhaupt, Delorme) y las conclusiones de Pirogoff:

DE SANTI. De la réunion immédiate de plaies d'armes à feu. (*Rev. milit. de méd. et de chir.*, 1881, n.º 8).

C. REYHER. Die antiseptische Wundbehandlung in der Kriegschirurgie. (*Sammlung klin. Vorträge von Volkmann*, 1878, n.º 1207).

VON BERGMANN. Die Behandlung der Schusswunden der Kniegelenks im Kriege. Stuttgart, 1878.

W. DEMENTJEW. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1882, XVI, p. 517).

La consecuencia de principio es clara: es necesario que el primer cirujano á quien corresponda cuidar la herida pueda hacerlo de una manera completa, definitiva y sin peligro para el interesado, es decir, con el tiempo y la seguridad indispensables, en medio de un personal numeroso y experimentado, armado de todos los recursos de la medicina operatoria y de la antisepsia. Pues bien: estas condiciones no pueden hallarse realizadas sino en las formaciones sanitarias de segunda categoría, algunos dicen hasta de tercera categoría ó de segunda línea. Hay que permitir, pues, á la herida que llegue, con el menor perjuicio posible, es decir, con las menos probabilidades de infección, del campo de batalla á esas formaciones sanitarias.

Para esto, los reglamentos franceses y el alemán han imaginado un medio: la *ficha de diagnóstico*. Este pedazo de cartón, *blanco* para los heridos no transportables, para los grandes heridos, *rojo* para los otros, y de que están abundantemente provistas las formaciones sanitarias, servirá al primer cirujano que explorará la herida para anotar el resultado de su intervención y, por consiguiente, para evitar al herido la repetición de maniobras dolorosas ó peligrosas.

En efecto, la ficha de diagnóstico debe quedar sujeta por medio de alfileres á las ropas del herido, á quien debe acompañar—por lo menos en teoría—en todas sus peregrinaciones.

No hay que ocultar, sin embargo, que semejante medio no inspira más que una mediocre confianza: 1.º porque los datos suministrados por la ficha—cuando puedan ser recogidos (pues harto salta á la vista que no será nada fácil redactar una observación en el campo de batalla) ó cuando la ficha no se haya perdido—serán forzosamente muy incompletos; 2.º porque son inútiles. En efecto: la mayor parte de esos datos, como el nombre y el cuerpo del herido, hacen doble empleo con los de la *placa de identidad* y los otros, como la índole y la región de la herida, la cura aplicada, resultan perfectamente evidentes sin que sea necesario consultar la ficha. Por último, es inadmisibles que el cirujano de ambulancia ó de segunda línea á quien incumbe la responsabilidad de la cura definitiva desista de examinar la herida y de asesorarse por sí mismo acerca de su naturaleza y condiciones.

En realidad, no se ha encontrado más que una solución al problema: la *cura interina*, es decir, una cura que, aplicada en el mismo instante de la herida, la preserve de los contactos ó infecciones exteriores y permita al herido llegar sin infección, ó por lo me-

nos sin daño mayor, hasta la ambulancia ó hasta el hospital de campaña.

¿Por quién deberá ser aplicada esa cura interina? Se había creído en principio que debía serlo por el personal sanitario de los Cuerpos de tropas, y ahí está el origen de las carteras ó saquitos de cura de que han sido provistos los enfermeros regimentarios, así como de las estériles nociones de pequeña cirugía, de curas, y hasta de contención de las hemorragias y de inmovilización de las fracturas que se dan á los camilleros.

En verdad, la mayor desgracia que pueda llegar á un herido es la de ser curado por esas manos torpes ó inexpertas y cargadas de gérmenes: casi siempre corre con ello el riesgo de la infección de su herida. Así, el reglamento alemán de 1888 para los camilleros es categórico en este punto: «Toda impureza—dice—toda suciedad de la herida puede costar la vida al herido. Por esta razón los camilleros se abstendrán de tocar la herida y de llevar á ella ora sus dedos, ora el pañuelo ó la camisa del herido. Tampoco deberán tratar de contener la sangre que fluye de la misma ni de extraer de ella los cuerpos extraños (1)».

Port es en este punto aún más radical. Como ya hemos dicho, no quiere como auxiliares de primera línea sino á obreros, á hombres de oficio, por ejemplo, carpinteros, albañiles, terrapleneros, etc., capaces de improvisar albergues, de construir barracas ó camas, pero en modo alguno enfermeros, juzgando con razón que el cirujano y sus ayudantes se bastan para la tarea quirúrgica que les incumbe.

En suma—y éste es el punto sobre el cual debemos siempre insistir—el herido de primera línea deberá contar consigo mismo para la cura provisional ó interina. Hé aquí por qué el soldado ha sido provisto de un *paquete de cura individual*.

Después de la guerra ruso-turca de 1877-78 fué cuando la idea ya antigua del paquete de cura ó «paquete del soldado» entró, en Alemania, en el dominio de la discusión y de la experimentación prácticas. Esta idea fué desarrollada y aceptada en el Congreso internacional de Lóndres en 1881 (2), pero hasta 1891 no fué definitivamente adoptada en Francia.

Y es que, en efecto, el paquete de cura ha encontrado entre nos-

---

(1) *Krankenträger-Ordnung* de 1888.—Berlín, 1888.

(2) Véanse las actas ó reseñas de ese Congreso y el trabajo de FIX y DZIEWONSKI in *Rev. milit. de méd. et de chir.*, 1881.

otros numerosos y determinados adversarios. Decíase que el soldado no sabría conservarlo, que haría pañuelos ó calcetines rusos con las compresas antisépticas, que no sabría aplicarlo, etc.

De hecho, esas críticas son estériles. El soldado es un instrumento dócil por cima de todo; con él, basta con querer. Han sido tomadas, por consiguiente, medidas para que el soldado no extravíe ni ensucie su paquete de cura, y, si se le quiere hacer comprender bien que ese paquete es acaso para él la vida, la salvación, si se le enseña cómo debe ser aplicado, puede tenerse la seguridad de que el soldado no extraviará ni ensuciará su cura y de que sabrá aplicarla, por lo menos, tan bien como un camillero.

Los tipos de paquete propuestos ó adoptados son infinitos. Cuéntanse hoy día más de un centenar de oficiales. Por lo demás, nada más fácil que improvisar uno, y es probable que, al iniciarse una guerra, la industria civil no dejará de aprovechar la ocasión para inundarnos de paquetes de toda especie, de toda comodidad y de toda eficacia.

Francia y Alemania, por lo que respecta á sus paquetes, han dado la preferencia al bicloruro de mercurio como antiséptico; Austria ha adoptado los polvos de iodoformo. En realidad, ambos antisépticos son de gran valor: tienen sus inconvenientes y sus ventajas; no es extraño, por tanto, que tengan sus detractores y sus defensores.

Ese paquete es llevado, por lo que hace al Ejército francés en campaña, en las condiciones siguientes (1):

1.º *Para las tropas de á pié provistas de la capota*, es colocado en un bolsillo especial que se confecciona en tiempo de paz, en previsión de su empleo, en el forro de la capota, del lado izquierdo del pecho.

2.º *Para las tropas provistas del dólman, de la túnica, de la chaqueta ó de la cazadora*, es colocado en uno de los bolsillos interiores que esas prendas comprenden. Está encerrado en el bolsillo derecho, salvo para la Caballería, que lo lleva á la izquierda.

3.º *Para los zuavos, tiradores ó spahis*, es colocado en un bolsillo abierto en tiempo de paz en el lado derecho del interior de la chaqueta.

En el Ejército alemán, es llevado:

1.º *Para las tropas provistas de la túnica* (Infantería, Artille-

---

(1) Ecole de l'infirmier et du brancardier militaires, 3.<sup>a</sup> parte. Paris, 1891.

ría, Dragones, etc.) en un bolsillito especial practicado en el forro del ángulo inferior de la prenda, del lado izquierdo.

2.º *Para las otras tropas* (Húsares, Hulanos, Coraceros, etc. en el forro del faldón izquierdo del *attila*, del *oulanka* ó del *koller*.

Ante la complejidad de esta topografía indumentaria, no faltará quien imagine, sin duda, que hubiera sido preferible que todo el mundo llevara colocado el paquete en el mismo sitio, por ejemplo, en un bolsillo trasero del pantalón ó de los calzones, análogo al bolsillo americano; pero es ya gran cosa el hecho de tener un paquete.

El paquete de cura, en Francia, se presenta bajo la forma de un saquito rectangular, hecho de algodón grís, teniendo sobre una de sus caras un primer rótulo concebido en la forma que reproducimos más adelante.

En uno de los pequeños lados del paquete se encuentra, en efecto, una asa de hilo, que basta romper para abrir las costuras que cierran el saquito. Retirada la envoltura grís, se encuentra una segunda envoltura de tela impermeable engomada y un segundo rótulo que reproduce el precedente.

Esta segunda envoltura se abre rasgando uno de sus bordes en la dirección de su longitud, y contiene:

- 1.º Un lechino de borra biclorurada;
- 2.º Una compresa biclorurada de gasa para cura;
- 3.º Una pieza de tela impermeable;
- 4.º Una venda de tela fina de algodón, biclorurada;
- 5.º Dos alfileres de seguridad.

Todos estos elementos pueden ser divididos cuando hay necesidad de curar dos heridas en el mismo individuo.

<p>MINISTERIO DE LA GUERRA. <i>Servicio de Sanidad.</i></p> <hr/> <p>CURA INDIVIDUAL</p> <p>Modo de emplearla.</p> <p><i>Para abrir el paquete, rómpase el hilo negro en el sitio de la costura donde el punto está más alargado, retírese la primera envoltura, rásquese la segunda, luego aplíquese sobre la herida:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.º La borra rodeada de su gasa;</li><li>2.º La compresa;</li><li>3.º El impermeable.</li></ol> <p>Hay que sujetar todo esto con la venda y con los alfileres, teniendo cuidado de no apretar sino muy moderadamente.</p> <hr/> <p>SI HAY DOS HERIDAS, DIVÍDASE LA CURA.</p>
---

En suma, es una cura sencilla y al alcance de todas las inteligencias. Lo esencial estriba en recomendar al soldado: 1.º no abrir por adelantado su paquete á fin de evitar la contaminación de las piezas; 2.º revolver éstas lo menos posible; 3.º no tocar la herida con las manos y preservarla todo lo posible del contacto de las ropas y, sobre todo, del suelo.

## V.

Habríamos terminado aquí con este estudio si no nos hubiese parecido necesario, para completar estas indicaciones sobre la técnica de los primeros auxilios, agregar algunas palabras acerca de las *hemorragias*.

Como se sabe, la hemorragia es una de las causas principales, si no la causa principal, de la mortalidad inmediata que ocurre en los campos de batalla. No tiene, pues, nada de extraño que la investigación de los medios de contrarrestar los peligros de la hemorragia haya preocupado frecuentemente, desde Paré, desde Larrey y Dupuytren, el cerebro de los cirujanos militares. El renacimiento de la transfusión de la sangre, después de la guerra de 1870-71, había enardecido particularmente en este punto las esperanzas. Sabido es, por ejemplo, que hacia 1874, en la época en que Hasse y Gessellius preconizaron la transfusión de la sangre animal, los cirujanos rusos proponían formalmente hacer llevar al terreno de la lucha, sobre los hombros de ciertos soldados, carneros expresamente preparados y destinados á la transfusión (1).

Los fracasos dados por la transfusión han hecho, á pesar de la enérgica defensa de von Bergmann, no ya de la transfusión, sino de la inyección salina intravenosa, rechazar en masa todos los procedimientos, por lo demás complejos y delicados, de restitución del líquido sanguíneo. Pero, puesto que era difícil curar las hemorragias é imposible evitarlas, se ha tratado de atajarlas ó, por lo menos, de suspenderlas durante cierto tiempo, á fin de permitir al cirujano que acuda ó al herido que llegue á la ambulancia.

El medio preconizado por von Esmarch—por supuesto que aquí sólo nos referimos á las heridas de los miembros—es la *ligadura elástica*. Sabido es que una ligadura de esta clase, aun moderadamente apretada, detiene instantáneamente las hemorragias más

---

(1) DE SANTI y DZIEWONSKI. La transfusion en chirurgie d'armée (*Rev. de chir.*, 1883).

graves: basta que la constricción circular esté hecha, para las heridas arteriales hacia la raíz del miembro, para las heridas venosas hacia la extremidad.

Es evidente que si esa ligadura fuese dejada permanente durante largas horas ó durante un día, podría comprometer la vitalidad del miembro, ocasionar una gangrena. Pero durante las primeras horas no implica ningún peligro y permite á menudo, asegurando la hemostasis interina, salvar la existencia del herido.

De ahí que von Esmarch haya aconsejado en campaña—habiendo sido adoptada por la mayor parte de los Oficiales alemanes—una *venda elástica individual*, que viene á ser como el complemento del paquete de cura. En verdad nunca se recomendará bastante este aparato de precaución.

Ciertamente, el herido ignora las más de las veces si debe anudar su venda elástica encima ó debajo de la herida, pero dos ó tres tanteos le ponen pronto al corriente de éste detalle, y esto tanto más, cuanto que debe recomendársele que anude siempre encima para el primer ensayo, ya que la ligadura hacia la raíz del miembro contiene nueve veces sobre diez las hemorragias.

La venda puede ser una simple tira de tela elástica; pero es preferible una cinta de cauchout que, pasando á través de una anilla fijada por detrás en la cintura del pantalón, vá á parar sobre los hombros y á abrocharse en la parte anterior de la cintura, de suerte que reemplaza de hecho los tirantes del pantalón. Por lo demás puede ir colocada al rededor del cuerpo en forma de cinturón, y en este caso el *brazalete* de Esmarch es excelente.

Como quiera que sea, este aparato es ligero, barato, de pequeño volumen, fácil de procurarse y no menos fácil de llevar.

Con el paquete de cura y la venda elástica el soldado se hallará provisto en el campo de batalla de los medios necesarios para contrarrestar los dos principales accidentes de las heridas: la infección y la hemorragia.

En el cómputo de los factores de mortalidad resta un tercer peligro: la lesión de un órgano esencial de la vida. Pero aquí se trata ya del peligro inevitable, de la parte fatal del destino que empuja al hombre y dirige el proyectil: en este punto todo lo que se puede pedir ó desear es que esa parte sea reducida á su mínima expresión.

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

**Forma renal de la fiebre tifoidea.**—El Dr. Mr. Marsan ha estudiado en su tesis cierto número de casos de fiebres tifoideas, notables por las determinaciones renales de la enfermedad, á cuya forma particular se ha dado el nombre de forma renal de la fiebre tifoidea.

Las manifestaciones renales de la fiebre tifoidea pueden dividirse, según la época de su aparición, en precoces y tardías.

Las formas precoces, que son las más comunes, pueden á su vez dividirse en simples y hemorrágicas. Las formas tardías evolucionan de ordinario presentando el cuadro más ó menos fiel de la uremia.

La nefritis típica no altera el cuadro clínico de la fiebre tifoidea clásica. Subler consideraba la albuminuria como un signo de la fiebre tifoidea más que como una complicación.

La cantidad de albúmina contenida en la orina es moderada y la enfermedad evoluciona siguiendo su curso normal. En estos casos, la manifestación renal sólo se conoce por el análisis de la orina, por cuya razón no debe dejar de hacerse regularmente en todos los tifoideos. Esta albuminuria aparece de ordinario al principio del segundo septenario, pero no debe olvidarse que la albuminuria puede aparecer también al fin de la enfermedad. Sin embargo, en bastantes casos, la nefritis más graduada se manifiesta por síntomas que pueden modificar profundamente el aspecto de la enfermedad infecciosa y la localización renal puede equivocar el diagnóstico.

En primer lugar no debe olvidarse que el edema es raro en esta variedad de la nefritis, como aseguran algunos autores, y en particular Rosenstein.

Su aparición anunciaría una lesión avanzada y grave. Al principio de la nefritis las curvas térmicas, generalmente, no están modificadas; sin embargo, algunas veces, hay hipertermia. Pero un poco más tarde, sobre todo si las lesiones son profundas y extensas, se podrá observar el abatimiento de la temperatura con colapso y la falta de toda hemorragia intestinal. La cefalea es muy tenaz y penosa en la forma renal de la fiebre tifoidea. Persiste en una época en que los tíficos sencillos no se quejan de la cabeza, puesto que este síntoma es un signo inicial. La duración y la tenacidad de la cefalalgia serán, por lo tanto, preciosos elementos de diagnóstico.

Los dolores lumbares no faltan: han sido señalados especialmente por Zimmermann.

La respiración también puede estar modificada, y siempre que la auscultación no revele ningún signo y se observe, sin embargo, disnea, y sobre todo la respiración de Cheyne-Stokes, deberá pensarse en seguida en la disnea urémica y averiguar el estado de los riñones.

Mr. Marsan ha notado en una de sus observaciones, sacudidas de los miembros y zumbidos de oídos muy tenaces. Los otros síntomas de la nefritis son más raros en la fiebre tifoidea. La cantidad de albúmina es ordinariamente considerable.

Al lado de esta forma sencilla de la nefritis dotinentérica precoz, que puede no estar más que esbozada ó manifestarse francamente, hay otra más grave, cual es la nefritis con hematuria.

Las hematurias son generalmente de origen renal; han sido bien estudiadas por Ponfick, y sobre todo por Alberto Robin, que las ha descrito de una manera admirable. Otras, menos frecuentes, pueden producirse fuera del riñón; en la vejiga, por ejemplo, como ya lo habían observado Louis, Andral y Chomel.

Las hematurias son siempre de un pronóstico serio en el curso de la fiebre tifoidea, pero sin embargo hay que reconocer que no están fatalmente ligadas á los casos mortales.

Las hematurias van acompañadas de síntomas poco caracterizados, por lo que es muy difícil preveerlas antes de que se presente la sangre al exterior. Su marcha es irregular; la hematuria aparece un día para desaparecer á la mañana siguiente y reproducirse en seguida; puede durar muchos días. Ya se acompaña de hipotermia, como la enterorragia, ya, por el contrario, se observa una temperatura muy elevada. Pero hay un hecho casi constante, cual es el decaimiento del pulso, que se presenta en los dos casos. Este signo parece que tiene cierto valor diagnóstico en los casos en que la hematuria no se revela, por decirlo así, por ningún síntoma premonitorio.

Al lado de la nefritis hematórica hay que colocar también, para no omitir nada, la nefritis supurada. Ordinariamente es un poco más tardía y sobreviene hacia la tercera semana. Se anuncia por un fuerte escalofrío y una gran elevación térmica que persiste.

Tales son las nefritis precoces; resta decir algunas palabras de la nefritis tardía de forma urémica.

Esta, como hace observar Sarda, modifica de tal modo el conjunto clínico, retrata de tal manera la uremia, si cabe la expresión, que el diagnóstico establecido de fiebre tifoidea puede ser abandonado.

Así, pues, la dotinenteria empieza por establecerse con más ó menos claridad; pero al cabo de cierto tiempo los signos se atenúan, mientras que los de la uremia gástrica aparecen, y el diagnóstico, exacto en su principio, se hace erróneo. Los enfermos se encuentran en la hipotermia, tienen cefalalgia, desvanecimientos, alteraciones visuales, algunas veces ligero edema, y sobre todo vómitos grisáceos semejantes á los de la uremia. El error es tanto más fácil por que el examen de la orina induce también á él. En cuanto á la marcha y al pronóstico de estas complicaciones renales, se puede decir que, por regla general, la albuminuria de la fiebre tifoidea desaparece en la convalecencia y cura sin dejar señales de ella.

A. Robin ha consignado que el paso de la nefritis tífica al estado crónico es excepcional.

Pero puede terminarse de una manera fatal, ya porque determine una crisis de uremia aguda, ya porque el enfermo sucumba en el colapso ó en la adinamia, como ocurre con las hematurias.

La nefritis hemorrágica es, por lo tanto, más grave que la nefritis simple. La forma tardía puede pasar algunas veces al estado crónico y crear una enfermedad de Bright; pero con frecuencia es mortal, y constituye, en suma, una de las formas más funestas.

*(Jour. de Méd. et de Chir.)*

\* \* \*

**Influencia del alumbre, del hidróxido de aluminio y del fosfato de aluminio sobre la digestibilidad del pan.**—Según Bigelow y Halmilton, el pan que contiene alumbre, ó hidróxido de aluminio, sufre una digestión menos completa que el pan puro. La influencia del hidróxido de aluminio es igual á la de una cantidad equivalente de alumbre. La acción del fosfato de aluminio es distinta: el 10 ó el 12 por 100 de sustancias albuminoideas digeridas en presencia del alumbre ó del hidróxido de aluminio parece que permanecen insolubles en presencia de una cantidad equivalente de fosfato.

*(Pharm. Centralh.)*

\* \* \*

**Adherencias y estrecheces faringead y laringead en la sífilis.**

—Las estrecheces sífilíticas de la faringe, siempre de origen terciario, tienen dos sitios de predilección: la proximidad de las fosas nasales, que pueden obturar por completo, y el límite de la faringe bucal y de la faringe nasal, en donde se traducen por adherencias del velo á la pared posterior de la faringe. Estas adherencias son parciales ó totales y de naturaleza cicatricial. En la faringe bucal, propiamente dicha, no se encuentran estenosis, pero estas estenosis existen en la faringe inferior: 25 veces se ha notado una adherencia de la base de la lengua á la parte posterior de la faringe, pero siempre con conservación de un orificio central que dejaba comunicar la boca con el esófago y la laringe. El orificio puede ser muy pequeño y producir una molestia considerable á la deglución, y algunas veces hasta de la respiración. De seis observaciones, en tres de ellas las lesiones existían simultáneamente en la rino-faringe y en la faringe.

Las estrecheces sífilíticas de la laringe reconocen por causa muchos factores: infiltración mucosa ó submucosa, ulceración gomosa, artritis crico-aritenoidea, condilomas, cicatrices aisladas ó superpuestas. Las cicatrices tienen su asiento ordinariamente al nivel de las cuerdas vocales y empiezan por la comisura para extenderse poco á poco hacia atrás tomando un carácter membranoso; esta membrana transversal deja habitualmente un espacio libre entre su borde posterior y la mucosa inter-aritenoidea.

Al lado de esta disposición horizontal se encuentran casos en los cuales el tejido cicatricial es muy irregular: se extiende de la

banda ventricular á la verdadera cuerda, de la epiglotis á la base de la lengua, del repliegue ariteno-epiglótico á la banda ventricular, etc.

Por regla general, la localización laríngea única es rara y la estenosis de la laringe es debida á una sífilis hereditaria.

Asegura el Dr. Hegmann, autor de este trabajo, que el tratamiento sífilítico detiene muchas veces la formación del proceso escleroso; en otros casos no produce efecto. Una vez establecida, esta cicatriz puede ser atacada de diferentes maneras: cuchillo galvánico, pinza cortante, dilatación, intubación. «La dificultad no consiste, como dice muy bien el autor, en dilatar la estrechez, sino en mantener la dilatación. Lo mismo que toda cicatriz y quizás más aún, la sífilítica tiene siempre tendencia á reformarse y producir una nueva estrechez».

(*Arch. intern. de Laryng.*)

\* \* \*

**Tratamiento de la angina granulosa.**—La angina granulosa, producida por la hipertrofia de los folículos linfoides que abundan en el espesor de la mucosa de la faringe, ha sido objeto de una monografía interesante publicada por el Dr. Mr. Braudiller.

Aunque el tratamiento general, que se dirige principalmente contra la diátesis artrítica, tiene importancia, el tratamiento local es el que obra desde luego contra la lesión.

Antes de ensayar ningún medio sobre las granulaciones es preciso hacer desaparecer las lesiones de las fosas nasales y rino-faríngeas que existan, para que dé resultado el tratamiento local.

Se tratarán en seguida con el mayor cuidado los ataques agudos de faringitis antes de establecer un tratamiento curativo propiamente dicho. Al presentarse estos ataques se usarán gargarismos, ó mejor pulverizaciones ó lavatorios de la garganta con una solución ligeramente antiséptica, ya de ácido bórico:

Acido bórico. ....	5 gramos.
Borato de sosa. ....	10 »
Glicerina neutra.....	15 »
Agua destilada.....	500 »

Ya calmante con belladona:

Cocimiento de malvavisco....	500 gramos.
Tintura de belladona.....	5 »
Glicerina neutra.....	15 »

Estas pulverizaciones producen una sedación muy manifiesta.

Cuando ha desaparecido todo elemento inflamatorio podrá empezarse el tratamiento local.

Conviene mencionar la práctica de los maestros de Viena, que ha sido muy bien expuesta en una obra reciente del Dr. Lermoyer. La escuela de Viena, abandonando completamente el concepto hipotético de la diátesis, sólo se preocupa de combatir la lesión local.

Stoerk formula así su tratamiento:

1.º Pulverizaciones muy frías de agua aluminosa al 5 por 100, todas las mañanas.

2.º Inmediatamente después, hacer una embrocación de la mucosa con nitrato de plata del 15 al 50 por 100.

3.º Lavatorios con el agua salicilada:

Acido salicílico.....	5 gramos.
Cloruro de iodo.....	50 »
Bicarbonato de sosa.....	100 »

Dos cucharadas de café por litro de agua.

En Francia se recurre también á las aplicaciones tópicas enérgicas. Las embrocaciones son mucho más activas. Las más empleadas se practican con la solución de cloruro de zinc del 1 por 20 al 1 por 10, con el nitrato de plata al 1 por 10 ó al 1 por 15, con la tintura de iodo pura ó mejor con la glicerina iodada del 20 al 50 por 100, con la solución iodo-iodurada:

Tintura de iodo.....	1 gramo.
Ioduro de potasio.....	1 »
Agua destilada.....	10 »

de ácido tricloracético, etc.

Pero todos estos métodos, obrando sobre la totalidad de la mucosa, excelentes contra el catarro ó en los casos de faringitis atrófica para determinar la hiperemia y la vascularización de la mucosa, tienen menos acción que la destrucción aislada de cada granulación, ya por medio de los cáusticos químicos, ya por medio del gálvano-cauterio.

Con la ayuda de este instrumento, muy fácil de manejar, se puede destruir cada una de las granulaciones con la mayor precisión sin lesionar las partes vecinas. Se usa generalmente una de punta fija un poco larga, y, después de la cocainización previa, se vá tocando cuidadosamente cada granulación con la punta enrojecida.

(*Journ. de Méd. et de Chir.*)

\*  
\*\*

**Formas clínicas y variedades bacteriológicas de las anginas pseudo-membranosas.**—Según el Dr. Le Damang existen relaciones estrechas entre las formas clínicas y las variedades bacteriológicas de las anginas de falsas membranas. Hay una angina diftérica pura en la cual se pueden encontrar tres formas de bacilos de Loeffler (corto, mediano y largo), y hasta un pseudo-bacilo de Loeffler, que no difiere del verdadero más que por su virulencia.

Los microbios que se asocian generalmente al bacilo de Loeffler son el estreptococo, el estafilococo, el coco de Bryson, el estreptococo de la saliva, el bacilo común del intestino, el bacilo piocianico, etcétera.

La asociación del estreptococo, que puede no traducirse sobre el estado general y local por ningún fenómeno anormal, es, sin embargo, la más susceptible de dar nacimiento á los casos más malignos. Determina la muerte por intoxicación y septicemia ó por infección estreptocócica secundaria (bronco-pneumonía, artritis supuradas.) Con el estafilococo blanco, las complicaciones pulmo-

nares son igualmente frecuentes. Pero existen un gran número de anginas pseudo-membranosas sin bacilo de Loeffler (estreptococo, estafilococo, bacterium colicomun, microbio de Talamon-Frænkel, etc.), y ordinariamente benignas.

(*Press. médic.*)

\* \*

**Formaldéhidó en la uretritis blenorragica.**—Apoyándose en las observaciones de Blum, Berlióz, Trillat, Aronson y otros, según las cuales los tejidos del organismo animal son aptos para absorber los vapores de formaldéhidó que detienen, en la intimidad de los tejidos, el desarrollo de los micro-organismos, y muchas veces lo impiden por completo, Orloff se ha decidido á tratar por el formaldéhidó diez casos de uretritis blenorragica.

Gracias á las inyecciones intra-uretrales de formaldéhidó, las secreciones purulentas se han hecho serosas rápidamente y los gonococos no tardaron en desaparecer de las secreciones. Además, las inyecciones hechas en el período agudo de la afección, cuando los fenómenos inflamatorios eran muy acusados, jamás han sido seguidas de inflamación de los anexos del aparato genital, accidente tan frecuente cuando se usan inyecciones de otras sustancias propuestas para la blenorragia. Así, tomando en consideración, por una parte, la no participación de los anexos, y por otra la desaparición rápida de los gonococos de las secreciones, el autor cree que el formaldéhidó desinfecta la uretra de una manera tan completa que los gonococos no pueden alcanzar á los anexos, á pesar de la fuerza mecánica de propulsión ejercida sobre ellos por las inyecciones intra-uretrales.

Jamás emplea una solución de formaldéhidó (formalina) superior al 5 por 100. Siendo el formaldéhidó muy volátil, es preferible preparar cada vez, inmediatamente antes de cada inyección, una solución de formaldéhidó en cantidad necesaria para la inyección que se ha de practicar.

El autor cree que gracias al formaldéhidó se llegará á curar en poco tiempo la uretritis blenorragica, que además ofrece las ventajas de ser barato y no manchar las ropas.

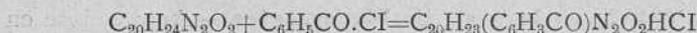
(*Voiénno-médit. Journ.*)

\* \*

**La benzoilquinina.**—N. Schützenberger ha obtenido toda una serie de derivados benzóicos de alcalóides, tratando estos alcalóides por el cloruro benzóico. Entre otros productos ha preparado también la benzoilquinina, que ha descrito como una masa resinosa incristalizable.

Habiendo operado con la quinina pura, cuya industria suministra hoy día las sales en un estado de pureza muy satisfactorio, ha obtenido la base benzoilada cristalizada en prismas incoloros muy claros. Este resultado nos ha permitido hacer el estudio de este álcali y de algunos de sus derivados.

*Preparación.*—Para tratar la quinina por el cloruro de benzoilo, he calentado al baño maría 100 gramos del segundo reactivo; después he añadido poco á poco agitando frecuentemente 60 gramos de quinina pura, bien seca y finamente pulverizada. He obtenido así una mezcla poco coloreada, sobre todo el monoclóhidrato de benzoilquinina:



Por enfriamiento, la mayor parte de esta sal forma una masa cristalina, siendo el resto retenido en disolución en el exceso de cloruro de benzoilo, con el cual forma un líquido siruposo. He tratado la masa por muchas veces su volumen de agua fría; el monoclóhidrato de benzoilquinina se disuelve bastante pronto, mientras que el exceso de cloruro de benzoilo impuro no se descompone sino muy lentamente.

La solución acuosa, decantada, ha sido adicionada de amoniaco hasta la producción de un débil precipitado que arrastra la materia colorante: después de la filtración y adición de un exceso de amoniaco, la base benzoilada se separa en un precipitado blanco. Ha sido aislada agitando la mezcla con el éter, que la disuelve fácilmente. La solución etérea separada por decantación, lavada con el agua y concentrada por destilación, ha dado por enfriamiento cristales de benzoilquinina. Es necesario hacer intervenir un gran exceso de cloruro de benzoilo, á fin de transformar la totalidad de la quinina. Sin esta precaución, la quinina no atacada pasa al licor etéreo é impide la cristalización de la benzoilquinina.

Es cierto que calentando por cima de 100° hacia 110°, por ejemplo, se puede perfeccionar la reacción sin emplear un exceso tan fuerte de cloruro de benzoilo como el indicado antes; pero la reacción se complica en estas condiciones y no se obtiene la base benzoilada en cristales; hace falta entonces, para prepararla cristalizada, operar preparaciones previas, que acarrearán pérdidas considerables. Quizá en estas circunstancias la reacción sea también sobre el grupo metoxidado de la quinina la que multiplicaría los productos.

*Propiedades.*—La benzoilquinina se presenta bajo forma de prismas incoloros muy claros, muy refringentes y determinables.

Es insoluble en el agua, los cristales conservan su forma y su dureza en el agua hirviendo. Se disuelve muy abundantemente en el alcohol, la bencina, el cloroformo, el éter del petróleo y el sulfuro de carbono, así como en el éter vínico; este último líquido la disuelve mejor cuando está saturada de agua que cuando está seca. La solución alcohólica, abandonada á la evaporación espontánea, no deja más que un residuo viscoso; en las mismas condiciones, los otros disolventes dan la base cristalizada, pero la solución en el éter húmedo es la que suministra los cristales más límpidos.

Estos cristales son anhidros y se funden á 139°, sin descomposición, en un líquido incoloro; calentados sobre una lámina de platino, se funden esparciendo un olor aromático y dejan un residuo carbo-

nos. Sus combustiones me han suministrado resultados correspondientes á la fórmula:



El benzoato de quinina contiene una molécula de agua más que la benzoilquinina; se diferencia por otra parte por la descomposición inmediata que la potasa le hace experimentar desde la temperatura ordinaria, mientras que la benzoilquinina no se descompone en presencia del mismo reactivo, sino lentamente á la temperatura del baño maría.

En fin; toda confusión se hace imposible, por el hecho de que el benzoato de quinina es soluble en el agua, que no disuelve la benzoilquinina. Además se comprueba fácilmente la presencia del radical benzoilo en la benzoilquinina, calentando ésta con la potasa alcohólica.

La benzoilquinina pura dá, como la misma quinina, la coloración verde por el agua de cloro y el amoniaco; las soluciones acuosas y diluídas de sus sales son fluorescentes.

*Sales.*—La introducción del radical benzoilo hace la nueva base más débil que la quinina, aunque permanezca diácida como ésta; no sólo no obra sobre la ftaleína de fenol, sino que además no hace volver al azul el tornasol enrojecido por un ácido; todas las sales, lo mismo las básicas, producen reacción ácida al tornasol. La benzoilquinina forma dos series de sales: 1.º las sales básicas, muy estables, formadas de una molécula de base diácida, unida á una molécula de ácido monobásico; 2.º sales neutras con una proporción doble de ácido; las últimas son descompuestas parcialmente por el agua. Las sales que he preparado hasta el presente han sido obtenidas por cristalización en el alcohol diluído (á cosa de 30 por 100.) Las sales básicas son insolubles ó muy poco solubles en el agua; en general hidratadas; se eflorescen de ordinario rápidamente.

El *clorhidrato básico* se obtiene en solución añadiendo un peso exacto de ácido clorhídrico á cantidad correspondiente de base disuelta en el alcohol. Por evaporación espontánea, cristaliza la sal en prismas reunidos en haces conteniendo media molécula de agua, de cristalización. La sal es poco soluble en el agua, muy soluble en el alcohol.

El *clorhidrato neutro* se precipita como un polvo blanco amorfo, cuando se hace pasar una corriente de ácido clorhídrico gaseoso en una solución de benzoilquinina en el éter seco: tratado por el alcohol absoluto, este precipitado se transforma en pequeños prismos cuadrados, que contienen una molécula de alcohol.

Los cristales toman muy pronto la humedad del aire; se disuelven en todas proporciones en el agua y en el alcohol ordinario.

(1)

	Hallado.		Teórico.
Carbono.....	75.56	75.52	75.7
Hidrógeno.....	6.77	6.85	6.54
Nitrógeno.....	7.23	7.04	6.54

El *salicilato básico* es insoluble en el agua y poco soluble en el alcohol; se precipita en un polvo cristalino, cuando se mezclan soluciones alcohólicas que contengan cantidades correspondientes de base benzoilada y ácido salicílico. Tratado por el alcohol débil la sal cristaliza en finas láminas anhidras.

El *tartrato básico* se prepara á la temperatura del baño maría, añadiendo media molécula de ácido tartárico á una molécula de benzoilquinina disuelta en alcohol. Por enfriamiento, la sal cristaliza en agujas brillantes que contienen 9 moléculas de agua. Esta sal es insoluble en el agua.

El *sucinato básico* se produce como el tartrato básico, pero como es mucho más soluble en el alcohol que éste, no cristaliza por enfriamiento. Por evaporación del líquido en el vacío se obtienen prismas incoloros, de caras curvas, insolubles en agua, que contienen 8 moléculas de ésta; estas sales se efflorescen muy rápidamente al aire.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*)

---

## FÓRMULAS

---

### 285

Polvo de ruibarbo . . . . .	30 gramos.
Sulfato de sosa anhidro . . . . .	15 »
Bicarbonato de sosa . . . . .	5 »
Esencia de menta piperita . . . . .	× gotas.

M.—Para tomar, por la noche, una cucharada de café en un vaso de agua.

Como **purgante**.

(*Leube.*)

### 286

Extracto alcohólico de haba del Calabar . . . . .	10 centigramos.
Sulfato de quinina . . . . .	50 »
Ergotina . . . . .	1 gramo.

H. diez píldoras, para tomar cinco al día.

En la **hematuria**.

(*A. de Giovanni.*)

---

## SECCIÓN PROFESIONAL.

---

### UNA CRUZ DE SAN FERNANDO.

Para que puedan apreciarse con toda exactitud los hechos que han motivado la concesión de la cruz de San Fernando á nuestro compañero el Sr. Orad, copiamos á continuación el texto íntegro

de la Real Orden de 26 de Diciembre último, que le confiere tan honrosa condecoración.

Dice así:

«**1.ª Sección.**—Excmo. Sr.: En vista del expediente de juicio contradictorio instruído en averiguación del derecho que pudiera tener á la cruz de San Fernando el Médico Mayor graduado, primero efectivo, del Cuerpo de Sanidad militar **D. Urbano Orad y Gajias**, en atención al comportamiento que observó en el combate sostenido contra los insurrectos en «El Cacao» el día 27 de Junio último; considerando que al retirarse ya de noche bajo el fuego enemigo la columna á que pertenecía el interesado, se inutilizaron al atravesar un río las acémilas que llevaban dos cajas de municiones de repuesto, y que el expresado Médico, que marchaba con la retaguardia, al verlas abandonadas y próximas á caer en poder del enemigo, arengando á los soldados, retrocedió con dos individuos á recoger aquellas cajas, mientras que un grupo de unos 40 quele habían seguido, contenía al enemigo haciendo fuego; considerando que al perder de vista á la columna que ya se había internado en el monte se vieron rodeados de insurrectos, que machete en mano les atacaron, y que el expresado Médico, con gran arrojo é iniciativa, colocó para tener un apoyo, á la pequeña fuerza que le había seguido, de espaldas á un farallón de piedra, rompiendo en esta situación un nutrido fuego y entablándose un rudo combate, en el que los nuestros tuvieron 2 muertos y 11 heridos, entre éstos el mismo Médico Orad, logrando, á pesar de todo, contener al enemigo, que se retiró ante tan enérgica defensa; considerando que una vez libre de enemigos, y después de un reconocimiento, se dirigió con su genté, ya entrada la noche, sin abandonar á ninguno de los heridos ni el material que llevaban, á un bohío próximo, en el que les hizo á éstos la primera cura, dirigiéndose seguidamente á Jiguaní, á donde llegaron á las cuatro y media de la madrugada del día 28; y teniendo en cuenta que hechos de esta naturaleza realizados por el heróico arrojo, serenidad y buen espíritu militar del Médico Orad, se hallan comprendidos en lo que

preceptúa el art. 27 de la Ley de 18 de Mayo de 1862, el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del Reino, por resolución de 4 del corriente mes, de acuerdo con el informe del Consejo Supremo de Guerra y Marina de 9 de Noviembre próximo pasado, ha tenido á bien conceder al Médico Mayor graduado, primero efectivo, del Cuerpo de Sanidad militar D. Urbano Orad y Gajias, la cruz de 2.<sup>a</sup> clase de la real y militar Orden de San Fernando, con la pensión anual de 1.500 pesetas, señalada por el artículo 8.<sup>o</sup> de la citada Ley á los Capitanes, á cuya categoría se halla asimilado el empleo de Médico primero, debiendo abonársele dicha pensión, conforme se indica en la Real Orden de 17 de Noviembre de 1875, desde el día 27 de Junio del año actual, en que tuvo lugar el hecho de armas.

Es asimismo la voluntad de S. M., que como estímulo y digno ejemplo para los demás se ponga al interesado en posesión de tan honrosa condecoración con las formalidades reglamentarias.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 26 de Diciembre de 1895.—MARCELO DE AZCÁRRAGA.—Sr. General en Jefe del Ejército de la Isla de Cuba.—Sr. Presidente del Consejo Supremo de Guerra y Marina».

La REVISTA envía su calurosa felicitación al Sr. Orad, que, con su heroica conducta, ha escrito una nueva página de gloria en la historia del Cuerpo de Sanidad Militar Español.

---

## NECROLOGÍA

**D. Silverio Ruiz Huidobro y Ortiz Ramirez.**—Otra nueva víctima de la gran epidemia de nuestras Antillas tenemos que registrar hoy en estas páginas, nutridas ya con exceso por la extensa lista de nuestros malogrados compañeros que en ella figuran.

Nació Huidobro el 20 de Junio de 1849 en Salinas de Añana (Alava), y después de cursar sus estudios profesionales obtuvo el

título de licenciado en Medicina y Cirugía el 3 de Julio de 1871.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, como segundo Ayudante médico por R. O. de 2 de Diciembre de 1872, siendo destinado sucesivamente á los segundos batallones de Galicia y Cádiz; con este último asistió á numerosas acciones de guerra en el Ejército de Cataluña, y en Septiembre de 1874 fué destinado al batallón Cazadores de Madrid, continuando en operaciones en el referido Ejército hasta Junio de 1875, que fué trasladado al regimiento Caballería de Tetuán, donde prestó sus servicios hasta Noviembre de 1876 que pasó al de Caballería de Bórbón, sirviendo en él hasta Noviembre de 1879. Tras un ligero intervalo en el Hospital de Vitoria y en situación de reemplazo, volvió á ser destinado al regimiento Caballería de Tetuán hasta Marzo de 1884, que de nuevo pasó á situación de reemplazo, y, sucesivamente, al 5.º batallón de Artillería de plaza, asistencia de Jefes y Oficiales de reemplazo en Barcelona, primer batallón de Navarra, y primer batallón del cuarto regimiento de Ingenieros.

Por R. O. de 13 de Diciembre de 1888 fué destinado al Ejército de Filipinas, á donde llegó el 15 de Febrero siguiente, siendo destinado al segundo batallón de Artillería y poco después al Hospital de Manila, donde prestó sus servicios hasta Mayo de 1893 que regresó á la Península. En Septiembre del mismo año fué nombrado para el Ministerio de la Guerra y en Mayo de 1894 destinado al distrito de Puerto Rico, á cuyo punto llegó el 11 de Noviembre, prestando sus servicios en el Hospital de dicha capital hasta el 18 de Noviembre último, que falleció á consecuencia de la fiebre amarilla.

Había alcanzado el empleo de Médico primero, por antigüedad, el 9 de Septiembre de 1874, y el de Médico Mayor, por igual concepto, el 11 de Mayo de 1889.

Obtuvo, por acción de guerra, los grados de primer Ayudante Médico (16 Mayo 1873), y de Médico Mayor (4 Noviembre 1875).

Estaba en posesión de dos cruces rojas y una blanca del Mérito Militar de 1.ª clase, Medallas de Alfonso XII y de la guerra civil, y declarado Benemérito de la Patria.

Era autor de un *Manual de Higiene Militar*, cuya obra fué considerada para que le sirviera de especial recomendación en su carrera.



## VARIEDADES

El día 9 del corriente se celebró en la 4.<sup>a</sup> Sección del Ministerio de la Guerra el anunciado sorteo para destinar al Ejército de la Isla de Cuba dos Subinspectores Médicos de primera clase, cuatro de segunda y siete Médicos mayores, siendo designados por la suerte para cubrir dichas plazas los Jefes que á continuación se expresan: Subinspectores Médicos de primera clase D. Melchor Camón y Navascués y D. José Jerez y Cremades; Subinspectores Médicos de segunda clase D. Eduardo Parés y Moret, D. Justo Martínez y Martínez, D. Pedro Martín y García y don José Gomar y García; y Médicos mayores D. Ceferino Rives y Torner, D. José González y García, D. José Alonso y Clemades, D. José Paredes y Rodríguez, D. Camilo Morais y Arinós y D. Rafael Balbín y Valdés.

\*  
\* \*

También el día 10 del presente mes tuvo efecto el sorteo para destinar al Ejército de Cuba, un Subinspector Farmacéutico de primera clase, dos Farmacéuticos mayores, un primero y dos segundos. Les correspondió ocupar dichas plazas al Subinspector de primera D. Nemesio Díaz y Valpuesta; á los mayores D. Manuel Puigvert y Borrell y D. Federico Calleja y Marcoartú; al primero D. Vicente Miranda y Bistuer, y á los segundos D. Julián Cardona y García y D. José Visedo y Millá.

---

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

**British Medical Journal**, the Journal of the British Medical Association.—London.

**El creosotal y el carbonato de guayacol en el tratamiento de la tuberculosis**, por los Doctores *Taube* y *Calatraveño*.—Madrid 1896. (Dos ejemplares).

**Examen crítico de la medicación activa y de la expectación en el ejercicio clínico**, por *J. Queraltó*.—Obra premiada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. 1895. (Dos ejemplares).

**Idea general del método de Brown-Sequard**, ó sea el empleo de los extractos líquidos obtenidos de las glándulas y otras partes del organismo, en inyecciones sub-cutáneas, como método terapéutico, por el Dr. *D. Leopoldo Murga*, director-proprietario del laboratorio histológico de higiene y Jefe del laboratorio de medicina legal de la Audiencia de Sevilla. 1894. (Dos ejemplares).

**Agenda médica de bolsillo** ó libro de memoria diario para 1896, para uso de los médicos, farmacéuticos y veterinarios, por *D. Gustavo Réboles y Campos*, con un artículo original de *D. Antonio Espina y Capo*.—Madrid, librería editorial de Bailly-Bailliere é hijos, Plaza de Santa Ana, núm. 10. 1896.