

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XI

MADRID 15 DE ABRIL DE 1897

NÚM. 236

## HERIDAS PRODUCIDAS

POR PROYECTIL DE PEQUEÑO CALIBRE, FUSIL MAÜSSER (I).

### V.

CASOS PRÁCTICOS.—Juan Alvarez Alvarez, soldado voluntario de la guerrilla de San José de los Ramos, de 35 años, mulato, de constitución robusta y que no ha padecido ninguna enfermedad, ingresó en la clínica el 17 de Agosto con una herida de proyectil Maüsser en el hombro derecho, con dos orificios, uno de entrada, situado por encima del ángulo superior interno del omóplato derecho, como de unos siete milímetros de diámetro, y otro de salida por la región supra-clavicular derecha, como á dos traveses de dedo hacia afuera de la inserción clavicular del músculo externo-cleido-mastoideo. Reconocida la herida, se nota que sólo interesa la piel y masas musculares; ambos orificios dan poca cantidad de sangre; los movimientos del cuello y del brazo se ejecutan en toda su amplitud sin causar ningún dolor.

*Tratamiento.*—Se hace un lavado con la solución de bicloruro de mercurio al 1 por 1.000 de toda la región; con el irrigador se lava el interior de la herida, se cubre ésta con compresas de gasa hidrófila mojadas en la misma solución, envolviéndose toda la región con dos gruesas capas de algodón hidrófilo, manteniéndolo sujeto con un globo-venda. (Alimentación, ración común).

*Día 21.*—Levantado el apósito se observa que ambos orificios no dan ya salida de sangre, estando en su fondo granulados. Lavados ambos orificios con el irrigador, con la solución biclorurada se pone el mismo apósito. Alimentación, la misma.

*Día 26.*—Levantado el apósito se nota que ambos orificios están

(1) Véanse los núms. 233, 234 y 235.

cicatrizados, no presentando lesión alguna en los músculos afectados, y saliendo de alta curado el día 20.

\*  
\*  
\*

Carlos Delgado, soldado voluntario de la guerrilla de San José de los Ramos, de 40 años, mulato, constitución robusta y que no ha padecido ninguna enfermedad, ingresó en la clínica, el día 17 de Agosto, con dos heridas de arma de fuego: una de proyectil de pequeño calibre, situada en el hombro derecho, con dos orificios, uno de entrada, situado en el ángulo superior interno de la escápula, y otro de salida, situado en la parte interna de la región supra-clavicular derecha. Reconocida la herida se aprecia que sólo interesa la piel y músculos de la región cervical posterior; en el trayecto recorrido por la bala, las paredes están unidas tanto, que cuesta trabajo introducir el estilete; ambos orificios dan muy escasa cantidad de serosidad sanguinolenta. La otra herida, de proyectil de grueso calibre, está situada en la pierna izquierda, con dos orificios, uno de entrada en la parte externa y media por detrás del peroneo, como de unos 15 milímetros de diámetro. Reconocida la herida se vé que sólo interesa la piel, tejido celular y músculos, de éstos los gemelos, no notándose lesión alguna en los huesos que forman la pierna.

*Tratamiento.*—Se procedió primero por la herida del hombro, lavando toda la región con una solución de bicloruro de mercurio al 1 por 1.000, y después ambos orificios con el chorro del irrigador; hecho ésto se cubrió la herida con compresas de gasa mojadas en la misma solución, cubriéndolas con una gruesa capa de algodón, y sosteniendo todo por medio de un vendaje de tarlatana.

Con la herida de la pierna se procedió de la misma manera. Lavado de la región y desinfección del trayecto por medio del irrigador, advirtiéndose que con el agua al salir del trayecto salían pedacitos de ropa de rayadillo, que era el traje que usaba el herido; después, las compresas, la gruesa capa de algodón y una venda en espiral sostenía todo el apósito.

*Día 20.*—Se levantan ambos apósitos; el del hombro está algo manchado de serosidad sanguinolenta, presentando ambos orificios un fondo granulado; el trayecto no dá paso al estilete ni á la solución biclorurada por medio del irrigador. Se hace la misma cura. Alimentación. Ración común. En la de la pierna, el apósito, además de la serosidad sanguinolenta, está manchado de pus; los orificios,

á la presión de la pierna, el externo dá salida á un pus sero-sanguinolento, y el interno sólo á serosidad mezclada con sangre. Tratamiento, el mismo.

*Día 22.*—El apósito de la herida del hombro no se toca por no estar manchado; en cambio el de la pierna lo está de supuración. Al hacer la compresión, el orificio externo dá salida á una regular cantidad de pus algo flúido y anaranjado; con él salen algunos hilos azules procedentes del traje, y que sin duda fueron arrastrados muy al interior del trayecto de la herida, y por esta causa no pudieron ser extraídos en la primera cura. Se reconoce otra vez la herida y se nota una escavación algo extensa en el tejido celular que hay entre el sóleo y el tibial posterior; introdúcese una pinza por el orificio y salen algunos hilos más, y después se hace una inyección con el irrigador de la solución biclorurada. El apósito, el mismo. Ración.

*Día 24.*—Se levanta el apósito del hombro y están casi cicatrizados ambos orificios; el fondo cubierto por una costra. El mismo tratamiento. La de la pierna, el vendaje manchado por pus; por el orificio externo sigue saliendo una regular cantidad de pus del mismo carácter. Se inyecta la solución biclorurada en la misma forma.

*Día 26.*—La herida del hombro, ó sea la de proyectil de pequeño calibre, está por completo cicatrizada, dejándola sin tratamiento. La de la pierna dá la misma cantidad de pus y de la misma calidad, siendo bueno el estado general del individuo. Se presenta alguna inflamación en las encías. El mismo tratamiento, solo que debilitando la solución al  $\frac{1}{2}$  por 1.000; colutorios con una solución de clorato de potasa al 2 por 100.

Los días 28, 31 y 3 de Septiembre sigue en el mismo estado la herida. El tratamiento el mismo.

*Día 5.*—Se suspende la solución biclorurada, sustituyéndola por la de timol á 1 por 1.000. Colutorios de clorato.

*Día 7.*—El orificio de entrada está cicatrizado; por el externo la supuración no es tan abundante.

*Día 9.*—Ha disminuído más la supuración, y al hacer la irrigación sale alguna sangre líquida.

*Día 11* y los sucesivos se vá notando que la supuración disminuye y la herida en su fondo está granulando. La gingivitis ha desaparecido. El día 29 es dado de alta, curado, sin lesión alguna en las funciones.

Al hacer el estudio de estas heridas de diferente proyectil en un mismo individuo y tratadas del mismo modo, prueban una vez más

que las de proyectil de pequeño calibre son más benignas, no sólo por el menor destrozo que hacen, sino porque son más asépticas. En este caso se ha visto que la herida del hombro cicatrizó por completo en diez días, mientras que la de la pierna tardó cuarenta y cuatro; la una era aséptica, la otra infestada por las ropas que arrastró el proyectil grueso, las que llevaron el germen del pus al interior de la herida.

\*  
\* \*  
\*

Jesús Herrera España, soldado del batallón Infantería Inmemorial del Rey, de 23 años, de constitución robusta, sin haber padecido ninguna enfermedad, ingresó en la clínica el día 2 de Mayo y salió el 7 de Junio, propuesto por inútil. Refiere el individuo que estando en el campamento de centinela, y teniendo apoyada la mano izquierda sobre la boca del fusil, se le disparó éste produciéndole una herida en la muñeca.

A su ingreso en la clínica presenta una herida de arma de fuego en el tercio inferior del antebrazo izquierdo, con dos orificios, uno de entrada, en la parte externa, como de unos ocho á diez milímetros de diámetro, y toda la piel de la cara anterior ennegrecida y quemada por los gases de la pólvora; otro de salida en la cara posterior, como de unos cinco á seis centímetros, con los bordes dislacerados; el fondo ennegrecido y quemado y el radio completamente reducido á pequeños fragmentos, dando la herida alguna hemorragia, pero menos que la que debía, estando rota, como estaba, la arteria radial.

*Diagnóstico.*—Herida de arma de fuego con quemadura y fractura conminuta del radio y dislaceración de tejidos.

*Tratamiento.*—Lavado perfecto de toda la región é irrigación del foco con la solución de bicloruro de mercurio. Hecho ésto, se hizo una dilatación por el orificio de salida, se extrajeron todos los residuos de la parte fracturada, dejando sólo en la extremidad inferior la cabeza articular, y la superior se reseca, regularizándola, quedando separados unos cinco centímetros.

El periostio en su cara interna estaba íntegro; una vez limpio el foco de esquirlas se separaron con las tijeras todas las partes blandas que estaban dislaceradas, haciendo después un lavado perfecto de toda la superficie operada; se unió todo lo mejor posible, dado el estado de la piel de la cara posterior, por medio de puntos de sutura,

se puso una capa de compresas mojadas, cubriéndose con abundante algodón hidrófilo, y se contuvo la mano por medio de una manopla.

*Día 4.*—Se levanta el apósito, encontrándose que la herida está unida, no dá sangre ni hay inflamación, sólo una ligera tumefacción; empezando á eliminar algunas pequeñas porciones que quedaban de la quemadura. El mismo tratamiento.

*Día 8.*—La herida está limpia, el fondo rojo, se han unido los colgajos de la piel de la cara posterior, no hay dolor ni inflamación y se quitan casi todos los puntos de sutura. Tratamiento, el mismo.

*Día 24.*—La herida está casi cicatrizada; se ha cerrado el orificio de entrada, y el de salida lo está también casi por completo; se nota al tacto que el radio se regenera; por el sitio de la fractura está relleno por un tejido más compacto que el muscular.

*Día 30.*—Está completamente cicatrizada; el radio está regenerado, apreciándose un callo voluminoso con relación al resto del hueso; existe alguna rigidez en la articulación, pero no abolido del todo el movimiento; no hay dolor al mover el brazo y se deja sin apósito.

*Día 3 de Junio.*—Curado de la herida marcha á la Habana, pro-puesto por inútil por anquilosis incompleta de la articulación radio-carpiana.

\*  
\* \*

Carlos Carlisle Domínguez, de la guerrilla de Banagüises, natural de Canarias, bien conformado, de constitución robusta, y que no ha tenido ninguna enfermedad grave ni específica, fué herido el 20 de Agosto y entró el día 28, ocupando la cama núm. 2. Presenta una herida de arma de fuego de pequeño calibre, pues tanto el orificio de entrada como el de salida no miden más de seis milímetros. El orificio de entrada está situado en la región glútea, debajo de la tuberosidad isquiática, y el de salida en la base del triángulo de escarpa inmediatamente después y debajo del paquete vascular, rozando también, aunque ligeramente, el escroto. Por ambos orificios sale una serosidad sanguinolenta; dolor y dificultad en los movimientos del miembro, dificultándose mucho la introducción del estilete grueso por estar las paredes del trayecto unidas.

*Tratamiento.*—Despojada de sus vestidos se hace un lavado perfecto de toda la región con la solución de bicloruro al 1 por 1.000;



con el irrigador se hace el lavado del trayecto, cayendo algunos coágulos de sangre, cubriéndose la herida con compresas de gasa hidrófila y una capa gruesa de algodón hidrófilo, sujeto todo con un vendaje en forma de espica. Alimento, ración.

*Día 29.*—Se levanta el apósito por estar manchado de sangre; los orificios dan alguna serosidad; el dolor ha disminuído por completo; el enfermo ha dormido toda la noche. Tratamiento, el mismo. Ración, la misma.

*Día 1.º.*—Se levanta el apósito; no hay dolor ni tumefacción; la piel presenta en la parte interna del muslo un color amarillento como de un decímetro alrededor del orificio de salida; el trayecto está cicatrizado, por cuanto no se puede introducir la solución sublimada; el estilete también acusa la nueva cicatriz. El mismo tratamiento.

*Día 6.*—Se levanta el apósito, apareciendo cicatrizada la herida; se deja sin tratamiento, no siente dolor y sí una ligera tirantez, siendo dado de alta el día 8, sin lesión alguna en las funciones del miembro.

\*  
\*  
\*

D. Francisco Campa, de 43 años, casado, natural de Asturias, soldado de la cuarta compañía de Urbanos de Colón, bien constituido y no ha padecido enfermedad alguna grave. En la noche del 10 de Septiembre fué herido á unos 15 pasos de distancia por proyectil Maüsser en la articulación fémoro-tibial derecha; la herida presentaba dos orificios: uno de entrada, pequeño, como de unos ocho milímetros, situado en la parte superior externa y como á centímetro y medio por debajo del disco articular de la tibia, dando salida á una pequeña cantidad de sangre negruzca; otro de salida, como de un centímetro de diámetro, con un pequeño colgajo de piel ranversada hacia afuera, dando salida á una mezcla de sinovia y sangre y pequeñas porciones de hueso, del tamaño de un grano de arroz las mayores. Explorada la herida se aprecia un orificio circular como de unos siete ú ocho milímetros en la tuberosidad externa de la tibia, que se prolonga en dirección de fuera á adentro y de abajo á arriba, sin notarse movilidad alguna en sus paredes, comunicándose con el orificio de salida, situado en el cóndilo interno del fémur, siguiendo el trayecto una dirección oblicua al eje del cuerpo, interesando la tibia oblicuamente y el cóndilo interno en el mis-

mo sentido: hay tumefacción en la articulación, con aumento de calor y dolor, aumentando éste al más ligero movimiento; la pierna está en semiflexión con el muslo, pudiéndose diagnosticar de herida de la articulación fémoro-tibial derecha y fractura en forma de taldro de la tuberosidad externa de la tibia y cóndilo interno del fémur.

*Tratamiento.*—Se hace un lavado minucioso, con la solución de bicloruro, de toda la región; con el irrigador se hace una inyección por ambos orificios; al hacer ésta por el de salida se nota que la piel está desprendida como unos dos centímetros alrededor del orificio; se extraen todas las pequeñas partículas de hueso; hecho esto, se rodea toda la articulación de compresas de gasa hidrófila mojadas en la solución biclorurada y una gruesa capa de algodón hidrófilo, sostenido todo por un vendaje circular; el miembro queda colocado en ligera semiflexión sobre el muslo. Alimento, ración.

*Día 12.*—Se levanta el apósito por encontrarse manchado de sangre. El mismo tratamiento y ración.

*Día 15.*—Se encuentra también manchado el apósito, si bien ya no dá sangre y sí serosidad sanguinolenta. El orificio de entrada dá una pequeña cantidad de serosidad y el de salida á un líquido opalino y viscoso, con todos los caracteres de la sinovia. La misma ración y cura.

*Día 19.*—Levantado el apósito se vé que está solo ligeramente manchado en la parte que corresponde al orificio de entrada y bastante más en el orificio de salida; el primero ya no dá ni sangre ni serosidad, empezando á formarse la cicatrización en los bordes de la piel; el de salida dá todavía alguna cantidad de sinovia: al hacer el lavado interior en el de entrada se vé que no dá paso al agua; en el de salida existe aún algún despegamiento de la piel; la tumefacción ha desaparecido, lo mismo el calor y el dolor; se pueden imprimir algunos movimientos sin acusar gran dolor en la articulación. Tratamiento, el mismo.

*Día 23.*—El orificio de entrada está completamente cicatrizado; el de salida no dá nada de sinovia, habiendo todavía algo de despegamiento y dando una ligera serosidad que apenas mancha las compresas; la articulación presenta su aspecto normal, y los movimientos alcanzan casi la totalidad de su extensión, sin acusar dolor. Tratamiento, el mismo.

*Día 1.º*—En el orificio de salida el despegamiento está ya curado; no dá serosidad; el estilete acusa la cicatrización; sólo queda

como una pequeña úlcera de la piel en vías de cicatrización. El individuo puede hacer los movimientos de extensión y flexión sin acusar dolor.

*Día 9.*—Completamente cicatrizada, pudiendo andar el individuo, aunque apoyado en un bastón, conservando la articulación todos sus movimientos: se le dá de alta.

Quince días después he tenido ocasión de verle, y pasea sin necesidad de bastón, no notándose en sus movimientos que tan importante articulación hubiese sufrido tan grave lesión. Resultado tan favorable y curado en tan poco tiempo, no lo tuve nunca en las heridas producidas por proyectil de grueso calibre.

\*  
\*\*

Manuel Lozano Paz, soldado del primer batallón del regimiento Infantería de Cuenca, núm. 27, de 20 años de edad, de constitución sana, ingresó el día 31 de Marzo con una herida de proyectil Müsser en el tercio inferior de la pierna derecha; reconocido se nota una herida de proyectil de pequeño calibre con dos orificios; uno, de entrada, situado en la cara externa y parte media de la pierna derecha, como de unos siete milímetros de diámetro, dando salida á alguna sangre; con el estilete se nota que interesa la piel y tejido celular, que la tibia está horadada como á taladro; introducido por este orificio, sus paredes no dan sensación alguna de movilidad; al tacto no se aprecia crepitación; el orificio de salida, situado en la cara interna y parte media, dá salida á alguna cantidad de sangre; con el estilete se nota que la tibia está horadada por su centro, notándose pequeñas partículas de hueso; hacia afuera de este orificio se aprecia una esquirla algo mayor, sin concluir de desprenderse del resto del hueso y muy unida al periostio; no hay aumento de volumen ni gran dolor, aunque se hacen todos los movimientos para comprobar si hay fractura completa.

*Diagnóstico.*—Por lo expuesto se puede apreciar una fractura como á taladro de la parte inferior de la tibia.

*Tratamiento.*—Lavado de la región con la solución de bicloruro y la irrigación del trayecto; se limpió con la pinza éste de todas las partículas de huesos, dejando solamente la que estaba adherida al periostio, compresas mojadas en la solución, una gruesa capa de algodón hidrófilo, sostenido todo por un vendaje en espiral.

*Día 4.*—Se levanta el apósito y se nota que la herida no dá san-



gre ni serosidad por ninguno de sus orificios; no existe dolor á la presión; con la irrigación la solución no pasa de un orificio al otro; el estado general bien. El mismo tratamiento. Ración común.

*Día 8.*—El orificio de entrada está cicatrizando, y el de salida cubierto por una costra: algo elevada la esquirra por su parte libre, y como no se nota en ella movilidad se deja.

*Día 16.*—Ambos orificios están cicatrizados, notándose en el de salida una pequeña elevación del hueso, debida á que la esquirra se adhirió á él. Se deja sin tratamiento, estando el individuo quince días en la clínica como convaleciente y salió de alta el 18 de Mayo.

Incorporado á su Cuerpo, está desde este día hasta el 20 del mismo en operaciones, volviendo á ingresar en dicho día en la clínica porque el calzado le molesta en el abultamiento que quedó en el orificio de salida. Propuesta y aceptada por el individuo la extirpación del abultamiento, el 25 del mismo mes se procede á la resección parcial de la parte afectada.

Se hace una incisión longitudinal de ocho centímetros, pasando por el centro de la cicatriz; se profundiza hasta el periostio, separando éste por medio de la legra. Puesta al descubierto la parte abultada se nota que está constituída por la esquirra ya descrita que se había adherido de canto. El orificio de salida está cicatrizado: con algunos golpes de gubia y martillo queda nivelada la superficie de la tibia, se vuelve el periostio á su sitio y se cierra la herida con una sutura. Lavada antes toda la superficie operada se colocan las compresas húmedas, algodón y un vendaje en espiral.

*Día 25.*—Se levanta el apósito; la herida se encuentra cicatrizada por primera intención, se quitan los puntos de sutura y se dispone el mismo tratamiento.

*Día 28.*—Se quita el apósito y se deja sin tratamiento. La tibia está lisa; no se nota dolor alguno á la presión ni al andar.

*Día 3 de Junio.*—Es dado de alta, incorporándose á su batallón en operaciones de campaña.

A. MALO Y MARTÍNEZ.

Médico mayor.



## Estado sanitario del ejército ruso (1).

---

### IV.

Ya hemos señalado la frecuencia de las *enfermedades de los ojos*; son mucho más comunes de lo que indica la morbosidad hospitalaria citada de 22 por 1.000, que es la de 1893 (alcanzó 36'5 por 1.000 en 1890), porque la cifra de los enfermos tratados en los cuarteles es dos ó tres veces más elevada, de tal suerte que las afecciones oculares exceden al paludismo, creando al ejército ruso una situación especial entre todos los ejércitos europeos. Este resultado es debido á la conjuntivitis catarral y flictenular, en unión de la oftalmia granulosa y el tracoma. Un solo ejército en Europa cuenta todavía con esta oftalmia granulosa, el ejército austriaco, pero en menor proporción y en sus contingentes limítrofes á la Rusia.

En 1890, la cifra total de los granulosos tratados no bajaba de 62.955, que representa el 75'7 por 1.000 del efectivo. La enfermedad decrece progresivamente todos los años ante los esfuerzos de la profilaxia, pero la cifra de los enfermos llegaba todavía en 1893 á 56.019, ó sea el 62'7 por 1.000.

La enfermedad se ceba en toda la extensión del territorio, pero con desigual gravedad. En 1893, la Finlandia, el Turkeistán, Irkoutsk, el Amour y el territorio de los Cosacos del Don, no presentan mas que de 1'3 á 3'3 granulosos por 1.000, al paso que Kiev cuenta hasta 125'9 por 1.000, el territorio transcaspiano 101'9 por 1.000 y el Cáucaso 101'8 por 1.000. Vienen después: Odessa, 89'5 por 1.000; Varsovia, 58'4; Saint-Pétersbourg, 56'4, etc.

La oftalmia granulosa reina en el ejército de un modo permanente, sostenida por los reclutas que llegan contagiados todos los años, y que en algunos Cuerpos constituyen la tercera parte. Esta enfermedad aguda ó crónica no determina la exención del servicio, y los granulosos aceptados sólo deben ser tratados antes de incorporarse. Los Médicos militares rusos, Iskerski entre otros, no han vacilado en proclamarla como causa de inutilidad pura y simple,

---

(1) Véanse los núms. 230 al 235.

pero esta medida no ha podido adoptarse á causa de las bajas que produciría en los contingentes. La cuestión ha provocado discusiones bastantes vivas, publicadas en los *Archives* (1.) Su etiología se liga exclusivamente al contagio, á pesar de los últimos esfuerzos de Dobrovolski y de la escuela alemana, y se verifica en los cuarteles, en los campos, en los hospitales, por consecuencia de una promiscuidad inevitable y de la insuficiencia de los locales de aislamiento. El contacto directo de los hombres no es el medio más común; efectos de uniforme puestos en servicio sin haber sufrido una desinfección suficiente, las almohadas usadas, el polvo de las habitaciones y el ejercicio al sol, son las causas más comunes de los brotes granulosos. También se producen epidemias de importancia, como en 1893 en el 14.º regimiento de los Cosacos del Don (Varsovia), que tuvo 118 hombres atacados, ó sea el 36'5 por 100 de su efectivo, como en un batallón de Infantería de la misma circunscripción militar, que tuvo en el mismo ejercicio 107 enfermos, que dán el 28'9 por 100.

En 1892, el 155.º regimiento de Infantería tiene 610 hombres atacados de conjuntivitis catarral flictenular y granulosa á la vez, ó sea 211 por 1.000 de su efectivo. Fué preciso instalar locales de aislamiento en el cuartel y organizar visitas sanitarias especiales. Los soldados, después de los ejercicios y del servicio de guardia, eran objeto de una revista pasada por los sub-oficiales, que aislaban inmediatamente á los sospechosos.

En Octubre de 1893, la visita sanitaria practicada antes de la partida del 46.º de Dragones Pereiaslavsky del Emperador Alejandro III, que se dirigía de Vladicancase á Varsovia, reveló que en un efectivo de 946 hombres, 463 estaban atacados de tracoma en diversos grados; 49 fueron enviados inmediatamente al hospital. El regimiento emprendió, pues, un viaje en ferrocarril de nueve días de duración, con la promiscuidad inevitable de hombres sanos, hombres enfermos y caballos. A consecuencia de las órdenes transmitidas á la dirección de Varsovia, el Médico oculista de esta circunscripción militar comprobó á su vez, un poco más tarde, que de 341 hombres, 171 tenían el tracoma seco y 145 el tracoma secretante; 25 hombres ingresaron en el hospital y 120 fueron aislados. Gracias á las medidas prescritas, la cifra de los enfermos no tardó en disminuir; sin embargo, al fin del año, aunque no quedaban en el hospital

---

(1) *Voenna med. Journ.*, 1885, février; 1886, janvier; 1887, avril.

y en la enfermería mas que 11 hombres, 61 estaban aislados todavía y 169 seguían tratándose en el cuartel.

El aislamiento de los granulosos, la primera medida que se impone, generalmente no puede practicarse con suficiente rigor en los Cuerpos por falta de lugar; pero puede realizarse más fácilmente en los campamentos, alojándolos en tiendas ó barracas especiales y más espaciosas.

Los principales esfuerzos de la profilaxia en la tropa se dirigen á vigilar minuciosamente la limpieza de las manos y de la cara, obtenida con grandes embrocaciones de jabón, toallas individuales, lavabos suplementarios, etc. Los enfermos y los sospechosos están rebajados de guardias, escuelas nocturnas, y, en Caballería, del pienso de los caballos.

Debemos hacer constar que si la enfermedad es todavía frecuente y necesita un tratamiento largo, ha perdido su gravedad primitiva en las consecuencias funcionales. En 1893, de 7.214 tracomatosis tratados en los establecimientos sanitarios, siete perdieron un ojo, uno los dos ojos, y 43 resultaron inútiles con lesiones diversas.

La *conjuntivitis catarral y flictenular*, clasificada aparte, determinó en 1893, 9.149 casos; en dos produjo la pérdida de un ojo, tres veces la pérdida de los dos ojos, y se le atribuyeron 104 inútiles. Quizás esta operación contribuya, en realidad, á disimular el verdadero número de las oftalmias granulosas.

La *conjuntivitis blenorragica y diftérica* produce consecuencias temibles: de 132 casos, 20 veces hubo pérdida de un ojo, seis veces pérdida de los dos ojos, y se declararon 13 inútiles.

En cambio de estas condiciones desfavorables, el ejército ruso elimina proporcionalmente dos veces menos hombres inútiles por enfermedades de los ojos que el ejército francés. De 1890 á 1893 estos inútiles variaban de 1'2 á 1'4 por 1.000 del efectivo (ejército francés 2'3 próximamente.) Esto depende de la rareza de los inútiles por vicios de refracción, cerca de tres veces menos elevada que en Francia.

Otra afección epidémica de los ojos, de menor gravedad, se presenta también muchas veces en el ejército ruso con una intensidad que no se conoce en los otros ejércitos de Europa; la *hemeralopia*, que en 1893 se manifestó en cierto número de Cuerpos. La enfermedad apareció principalmente en el campo de Kodinsky, al principio de Mayo, y se contaban en Junio 1.002 casos y en Julio 1.400; disminuyó rápidamente en Agosto. Un solo regimiento tuvo 289 hombres

atacados; otros dos 226 y 211. La afección se atribuyó al exceso de trabajo; en su consecuencia se disminuyeron los ejercicios, los hombres maniobraban sin morral ni manta, y se mejoró la alimentación. Los enfermos tomaban el aceite de hígado de bacalao.

La hemeralopia es bastante frecuente en Rusia; se la observa principalmente en la época de la cuaresma pascual, circunstancia que ha inducido á ciertos observadores á criticar la insuficiencia del régimen alimenticio, y principalmente el déficit de grasa y de albúmina en la alimentación (1).

Las *enfermedades de los oídos* son dos veces menos frecuentes que las enfermedades de los ojos; se elevan á 6.497 casos hospitalizados en 1893 y corresponden á una morbosidad que varía, de 1890 á 1893, de 6'8 por 1.000 á 8'0 por 1.000; pero dan lugar á bastante número de defunciones: á 59, por ejemplo, en 1893, que realmente es un año castigado. Además determinan una cifra de inútiles superior á la del grupo de las enfermedades oculares: 1.037 en 1893, ó sea el 1'16 por 1.000; esta proporción descendió en 1890 á 1'8 por 1.000.

Algunos Cuerpos presentan una morbosidad exagerada: en 1893, 11 Cuerpos tuvieron una morbosidad que varió de 30'4 á 42'1 por 1.000.

Estas afecciones son constantemente más frecuentes en cuatro circunscripciones militares: el Cáucaso, el Turkeistán, Omsk é Irkoutsk, y presentan en el invierno el máximo de su evolución; de esta circunstancia se deduce el papel indudable del frío en su etiología, pero hay otro factor bien demostrado, que es la provocación. La otitis supurada simple, cuando no determina la inutilidad definitiva, dá lugar á la inutilidad temporal, circunstancia que ha servido de estímulo á los simuladores. Este origen ha sido perfectamente establecido en gran número de Cuerpos, y los autores sometidos á un consejo de guerra. Tales rigores han producido sus efectos, disminuyendo estas afecciones y confirmando las sospechas que existían. En el 9.º Cuerpo de ejército, de 1888 á 1893, sólo bajo la influencia de las medidas represivas, los inútiles por afecciones del oído han descendido de 7'7 á 2'2 por 1.000.

Hubiera sido curioso conocer el procedimiento empleado por los simuladores, pero el *Otchet* no dice una palabra sobre este punto.

Las supuraciones del conducto auditivo, con ó sin lesión del tímpano, forman la casi totalidad de los inútiles por las enfermedades del oído. En 1893, en efecto, de 1.077 inútiles que produjo todo el

---

(1) Kublé, *Arch. f. Augenhilk.* 1887, XXVII, 2, et *Archives*, 1887, X, p. 315.



grupo, 1.051 eran debidos á dichas supuraciones, de los cuales 478 sólo lo fueron temporalmente.

Un interesante diagrama de comparación entre las afecciones del oído por una parte y las de la boca y de la garganta por otra, ofrece un paralelismo exacto de unas y otras por Cuerpos de ejército, circunstancia que parece indicar una relación de naturaleza ó de origen.

M. G. F.

(Continuará.)

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

---

**El gayacolato de piperidina.**—Haciendo obrar piperidina sobre gayacol disuelto en benzol ó en esencia de petróleo, hase obtenido en Inglaterra un nuevo producto sintético, que no es otra cosa que *gayacolato de piperidina*. Es una substancia cristalina que presenta, sobre el gayacol puro y sobre el carbonato de gayacol, la ventaja importante, desde el punto de vista práctico, de ser soluble en el agua hasta la proporción de 3'5 por 100.

Los Dres. A. Chaplin, Médico asistente del hospital de la Cité para las enfermedades del pecho, en Lóndres, y F. W. Tunnicliffe, habiendo experimentado el gayacolato de piperidina en casos de tuberculosis pulmonar, han observado que, administrado á la dosis de 0 gr. 30 á 1 gr. 80 centígr. repetida tres veces al día, ese medicamento es muy bien soportado por el estómago y ejerce una acción favorable sobre el apetito y sobre el estado general. Conviene igualmente notar que el gayacolato de piperidina no provoca eructos, hecho probablemente debido á que ese producto atraviesa la cavidad gástrica sin sufrir modificación alguna y no se descompone sino en el medio alcalino del tubo intestinal.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**La «Lucilia hominivorax» en el Tonkin.**—La «Lucilia hominivorax» parecía pertenecer especialmente á la región intertropical de América, á las Guyanas, al Perú y á Méjico, donde todos los años provoca numerosos accidentes mortales. En 1889 el Dr. Baurac publicó en los archivos de Medicina naval la relación muy interesante de un caso que había observado en *Tay-Ninh*, en Cochinchina.

Durante los meses de Agosto y Septiembre de 1895, ha observa-

do el Dr. Depied en *Cho-Moi* dos casos en la región montañosa del Tonkin, donde el invierno es algunas veces bastante riguroso (3° y 4°), lo que prueba que la «*Lucilia hominivorax*» resiste relativamente fríos intensos.

Ng. Van Tho. se presenta en la visita del Dr. Depied el 8 de Agosto con una afección del cuero cabelludo, que es difícil de diagnosticar en medio de la masa de cabellos. Se hizo rasurar la cabeza, quedando al descubierto en la región occipital dos orificios con bordes cortantes que comunicaban con cavidades bastante profundas, y cuyo contorno era saliente y mamelonado. Hizo inyecciones antisépticas para desinfectar las cavidades, descubriendo dos grandes nidos llenos de larvas, las cuales se ofrecían á la observación implantadas perpendicularmente á los tejidos y muy unidas entre sí, en forma de no verse mas que una de sus extremidades. Presentaba en un todo el aspecto de un nido de avispas. Las inyecciones demostraban que los dos orificios comunicaban entre sí.

Trató de vaciar los nidos, cogiendo las larvas con pinzas; pero se adhieren aquéllas tan enérgicamente, que al quererlas extraer salen en pedazos. Practica entonces inyecciones de cloroformo, é inmediatamente empiezan á moverse rápidamente las larvas, escapándose algunas por los orificios. Después de las inyecciones se las puede extraer más fácilmente con las pinzas, sacando tres ó cuatro cada vez.

Por estos medios, la limpieza completa de las cavidades se hace en varias sesiones, y una vez lograda, la cicatrización se verifica prontamente.

En Septiembre observó un segundo caso, sobre poco más ó menos semejante; no existía mas que un nido, que tenía igualmente asiento en el cuero cabelludo, y que parecía afecto de la mosca que encuentra un asilo para sus larvas, en medio de la masa de cabellos que llevan los annamitas.

Acordándose del modo como había procedido Mr. Baurac en Cochinchina, encerró 15 larvas en un frasco, que llenó en seguida de algodón. Las larvas se labraron sus nidos entre el algodón y se transformaron en crisálidas, y del séptimo al octavo día en moscas, cuya forma y caracteres eran exactamente iguales al de la mosca de la Guyana de Coquevel, y de la mosca de Cochinchina de Baurac; cabeza grande, trompa moreno oscuro, torax azul oscuro brillante, hombros de un verde azulado, abdomen de un azul brillante, patas negras y alas transparentes. Las larvas son blancas, de 14 á 15 milímetros de longitud y formadas por 11 segmentos.

(*Archives de Médecine navale et coloniale.*)

\*  
\* \* \*

**Herida penetrante del abdomen por disparo de arma de fuego sin bala.**—*M. P. Michaux*: Atento al encargo que me habéis hecho, voy á daros cuenta de una observación que nos ha sido dirigida por Chupin (Médico militar) y que concierne á un caso de he-

rida penetrante del abdomen, tratada con buen éxito por la laparotomía.

En 20 de Junio de 1896, un sargento indígena del tercer regimiento de Spahis se dispara á boca de jarro en el vacío izquierdo un tiro de carabina Lebel, cargada con cartucho sin bala. Perdiendo el herido mucha sangre es inmediatamente trasladado al hospital militar de Batna, y Chupin nota una herida que ocupa sensiblemente el centro del vacío izquierdo y teniendo las dimensiones de una moneda de 50 céntimos. El disparo había sido hecho en dirección de derecha á izquierda y de arriba abajo.

Después de limpiada cuidadosamente la región, una exploración muy discreta de la herida no deja ninguna duda acerca de la penetración peritoneal y de la existencia de una fractura de la cresta ilíaca á cuatro ó cinco centímetros de la espina ilíaca anterior y superior. Hay un enfisema manifiesto de la pared. Los gases que se escapan de la herida no tienen ningún olor.

En vista de estos graves desórdenes, Chupin, temiendo una lesión intestinal, practica inmediatamente la laparotomía lateral, tomando como centro la misma herida. Mientras opera, observa una atrición completa de los planos musculares; la herida está llena de polvo de cartón y de fragmentos de ropa. El peritoneo está desgarrado, pero un examen de los más atentos no revela ninguna lesión apreciable del intestino grueso. Para mayor seguridad, nuestro colega desagua la herida, colocando una mecha de gasa yodofórmica y vuelve á cerrar la pared por medio de dos planos de sutura.

Las consecuencias de la operación son sumamente satisfactorias; la temperatura no sube ni una sola vez más allá de 37°8, pero la curación no es completa sino al cabo de dos meses, á causa de la fractura complicada de la cresta ilíaca.

Por mi parte, no puedo dejar de aprobar el procedimiento adoptado por Chupin: el éxito que ha obtenido viene una vez más en apoyo de la doctrina de la intervención quirúrgica en las heridas penetrantes del abdomen. Los graves trastornos del lado del hueso ilíaco podían hacer temer la existencia de importantes lesiones intestinales, y de ahí que la laparotomía estuviera absolutamente indicada.

A este propósito, creo que hay interés en insistir acerca de los efectos producidos por esos cartuchos sin bala de los fusiles modernos cuando son disparados á corta distancia. En estos últimos tiempos, los *Archives de médecine militaire* han publicado cierto número de experimentos y de hechos muy interesantes. Me limitaré á señalar la observación referida en 1896 por el Dr. Bergasse: durante un ejercicio de servicio en campaña, un sargento de húsares, apeado, dispara á la distancia de 40 centímetros un tiro sin bala de esa misma carabina de Caballería contra un jinete de su regimiento que avanzaba á la cabeza de una patrulla figuradamente enemiga. El jinete lanza un grito, cae sin conocimiento y muere al cabo de un cuarto de hora. En la autopsia, el lóbulo izquierdo del hígado

presenta un vasto foco de contusión del volumen del puño, y en él se encuentran los restos del taco de cartón del cartucho sin bala.

Al igual que varios de sus colegas del ejército, Chupin ha hecho algunos experimentos en el cadáver, y de ellos presenta una relación en su trabajo. Voy á resumirlos brevemente.

Tres disparos de fuego han sido hechos contra el abdomen, con el cartucho provisto de su bala de cartón, á boca de jarro, á 10 y á 25 centímetros. En los dos primeros casos, fué desgarrado el peritoneo; hallábanse en la superficie del epiplón fragmentos de proyectil, pero el intestino había quedado indemne. En el tercer caso, la pared presentaba un vasto foco con los mismos restos de cartón aglomerados.

En un cuarto experimento, el proyectil fué extraído, y á pesar de ésto, el disparo á quema ropa produjo en el hígado una herida estrellada profunda de un centímetro y medio.

Para demostrar cuánto aumenta la gravedad de estos disparos la presencia de superficies óseas contiguas, Chupin dispara su cartucho á boca de jarro contra la región esternal. El esternón resulta perforado y los fragmentos, proyectados hacia atrás, han interesado el mediastino anterior y perforado la parte interna del pulmón derecho en una profundidad de tres centímetros. Abierto el pericardio, obsérvase que la aurícula derecha presenta una herida de tres centímetros de largo que se extendía ampliamente en la cavidad cardiaca.

Por último, un disparo hecho á dos metros de distancia contra el ojo ha salpicado el párpado de puntos negros, sin producir en la córnea ninguna lesión apreciable.

*M. Robert:* Estos experimentos han sido repetidos varias veces por los Médicos militares, y se ha observado perfectamente que, en los disparos de arma de fuego sin bala, los tacos de cartón contenidos en los cartuchos tienen una velocidad de 700 metros aproximadamente por segundo, y que, de otra parte, en esta clase de tiro el poder expansivo de los gases es considerable. Así, por ejemplo, con cartuchos sin bala se pueden producir sobre planchas de abeto unos desgarros anfractuosos, semejantes á los que ocasiona la dinamita. De ahí que el peligro de las heridas que esos disparos puedan causar sea muy grande cuando la distancia es inferior á 50 centímetros; más aún, como medida de prudencia, conviene no afrontarlos á menos de dos metros.

(*Soc. de Cir. de París.*)

\*  
\*  
\*

**Nueva operación osteoplástica en la articulación tibio-tarsiana.**—La amputación osteoplástica tipo de la articulación tibio-tarsiana, y que ha servido de base á una serie numerosa de modificaciones, es la de *Pirogoff*, que evita los inconvenientes de la primitiva operación de *Syme*.

Esas modificaciones consisten en la sección del colgajo, y sobre

todo en la del calcáneo; *Pirogoff* secciona éste verticalmente; *Sedillot*, *Ghünter*, *Michaelis*, hacen una sección oblicua, y *Pasquier-Le Fort* horizontal.

A estas modificaciones, que son las principales, hay que añadir la del cirujano inglés *Quimby*, el cual, para no privar á los niños del cartilago epifisario de la tibia, hace la sección vertical del calcáneo como *Pirogoff*, pero no reseca la mortaja tibio-perónea ni los maleolos, reanversando solamente el segmento calcáneo é interponiéndolo entre los maleolos.

Teniendo presente las ventajas é inconvenientes de cada una de las modificaciones apuntadas, *Samfirescu* y *Solomovici* hacen la sección del calcáneo, horizontal como *Pasquier-Le Fort*, y el segmento resultante lo adaptan á la mortaja tibio-peronea preparada al efecto, de modo análogo al proceder de *Quimby*.

Para seccionar el colgajo siguen el procedimiento de *Farabeuf* en la ejecución de la operación de *Pasquier-Le Fort*.

La operación consta de cuatro tiempos.

*Primer tiempo: Incisión de las partes blandas.*—Se toman como puntos de referencia el tubérculo del escafoides por dentro, y un punto simétrico por encima del quinto metatarsiano hacia afuera y otro en el borde externo de la inserción del tendón de Aquiles.

La mano izquierda del operador se coloca en supinación, cogiendo la planta del pié de modo que el pulgar y el índice se encuentren sobre los dos puntos de partida simétricos. Se comienza la incisión cerca del borde externo de la inserción del tendón de Aquiles, y se continúa paralelamente al borde externo del pié algunos milímetros del vértice del maleolo externo. Llegados al punto de partida, encima del tubérculo del quinto metatarsiano, se dirige la incisión hacia la articulación escafo-cuneana; y volviendo ligeramente el pié hacia afuera se alcanza el otro punto de partida, ó sea el tubérculo del escafoides.

Abrazando con la mano izquierda la parte anterior del pié se hace profundamente la incisión plantar, empezando en uno de los puntos de partida (el tubérculo del escafoides para la pierna derecha); y siguiendo en línea convexa por delante de la articulación calcaneo-cuboidea, se llega hasta el segundo punto de referencia, uniendo esta incisión con el principio de la primeramente hecha.

Hechas las incisiones, se cortan todos los músculos y tendones hasta el hueso. Se deseca el colgajo dorsal hasta la articulación tibio-tarsiana, y el plantar hasta la calcáneo-cuboidea.

Si se opera en la pierna izquierda se empieza la incisión por el tubérculo del escafoides.

*Segundo tiempo: Desarticulación, sección del calcáneo.*—Se ataca la articulación por la parte externa siguiendo el consejo de *Farabeuf*. Se levanta el colgajo dorsal, se corta el ligamento externo, y metiendo el cuchillo entre el maleolo externo y el astragalo se seccionan los tres ligamentos externos (los dos peroneos-astraga-



linos y el peroneo-calcáneo.) Con la mano izquierda se luxa el pié hacia adentro y se cortan los ligamentos anterior y posterior. Se desprende la grasa supracalcánea para poner al descubierto la inserción del tendón de Aquiles, y se coloca la sierra para seccionar el calcáneo.

En esta posición es fácil colocar la sierra en un plano vertical á la cara interna y posterior del calcáneo, y comprender así toda la porción superior del hueso, haciendo llegar la sección á la parte anterior, debajo de la apofisis menor del calcáneo, mientras que por detrás se separa cerca del espesor de un dedo. Se secciona de atrás hacia adelante y de dentro afuera hasta llegar á la articulación calcáneo cuboidea, que se desarticula.

Se puede levantar también la porción cartilaginosa anterior del calcáneo en la longitud de uno á tres centímetros, sobre todo cuando la operación se hace por necesidad ó cuando no hay suficientes partes blandas para cortar el colgajo clásico.

*Tercer tiempo: Preparación de los maleolos y de la mortaja tibio-peroneana que recibe el segmento calcáneo.*—Se levanta la piel de los maleolos, menos el periostio. Se legra el cartilago articular de los maleolos y de la mortaja. Esta se aplana rebajando los bordes anterior y posterior mediante tijera ó bisturí, con el fin de que se adapte á ella la sección horizontal del calcáneo.

Las caras laterales del calcáneo que han de estar en contacto con las superficies articulares de los maleolos legrados, se tienen que denudar de su periostio con el fin de establecer contacto, quedando así, finalmente, encajado el trozo resecaado del calcáneo entre la superficie articular de la tibia y ambos maleolos.

El maleolo externo debe seccionarse en su vértice cuando la porción de calcáneo encajada es de menor altura, para evitar con ello que sobresalga de éste.

*Cuarto tiempo:* Se suturan las partes blandas nada más, puesto que las óseas tienen por el enclavamiento del calcáneo entre los maleolos suficiente medio de sujeción.

(*Revue de Chir.*)

\*  
\*  
\*

**Del tratamiento de las picaduras de insectos por medio del ictiol.**—Según el Dr. W. Ottinger (de Exbrücke), el mejor tratamiento de las picaduras de insectos venenosos, sea cual fuere la familia á que éstos pertenezcan, consiste en cubrir la parte lesionada con una espesa capa de una mezcla en partes iguales de ictiol y de lanolina ó, mejor, de ictiol puro. Estas aplicaciones ictioladas calman casi inmediatamente la sensación dolorosa producida por la picadura y hacen desaparecer rápidamente la tumefacción inflamatoria. En los casos en que la picadura de insecto, como ocurre frecuentemente, ha determinado ya la tumefacción del miembro lesionado, se embadurna este último en toda su extensión con ictiol puro y se cubre luego con una hoja de guta-percha, por cima de la cual

se aplica hielo. Además, Ottinger administra al interior la mezcla compuesta á tenor de la siguiente fórmula:

Ictiol.....	}	áá 10 gramos.
Eter alcoholizado.....		

Mézclase. — Tómense 10 gotas de esta solución en una sola vez.

(*La Sem. Méd.*)

## FÓRMULAS

313

Sulfato de estricnina.....	1 centígramo.
Arseniato de sosa.....	2 »
Pirofosfato de hierro y sosa.....	2 gramos.
Glicerina á 28° Beaumé.....	} áá 4 »
Agua de laurel cereso.....	
Agua destilada hervida.....	c. s. para 40 cént. cúb.

D. En inyecciones hipodérmicas, de dos á cuatro jeringas de Pravaz al día.

En la **neurastenia de los artríticos.**

(*P. Valentin.*)

\*  
\*\*

314

Picrotoxina.....	}	áá 5 centígramos.
Clorhidrato de morfina.....		
Sulfato neutro de atropina.....	1 »	
Agua de laurel de cereso.....	10 gramos.	

M. S. A. Para tomar de cinco á ocho gotas de esta solución antes de las comidas.

En los **vómitos del cancer del estómago.**

(*M. A. Robin.*)

## SECCION PROFESIONAL.

Resumen estadístico del mes de Mayo de 1896.

El movimiento de enfermos ocurrido durante el citado mes en los hospitales militares y cívico-militares, y en las enfermerías militares de la Península, islas adyacentes y posesiones de Africa, ha sido el siguiente:

Existencia en 1.º de Mayo .....	4.486
Entrados durante el mes.....	4.869
Hospitalidades causadas.....	135.250
Salidos.....	5.381
Muertos.....	154
Quedaban en fin de dicho mes.....	3.820

La fuerza del ejército en el indicado mes de Mayo de 1896 fué de 92.222 hombres, cifra que permite establecer las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	93'44
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	43'89
Muertos por cada 1.000 id.....	1'57
Idem por cada 1.000 asistidos.....	16'82 (1)

Hé aquí ahora los establecimientos en que se han causado más de 1.000 hospitalidades:

Madrid.....	19.593	Melilla.....	2.205
Barcelona.....	12.880	San Sebastián.....	1.857
Sevilla.....	8.369	Lugo.....	1.882
Zaragoza.....	5.779	León.....	1.726
Valencia.....	5.671	Archena.....	1.700
Vitoria.....	5.557	Mahón.....	1.695
Valladolid.....	4.182	Tarragona.....	1.685
Coruña.....	3.657	Bilbao.....	1.493
Alcalá.....	3.619	Palma de Mallorca.....	1.443
Pamplona.....	3.372	Algeciras.....	1.426
Málaga.....	3.356	Córdoba.....	1.377
Cádiz.....	3.198	Gerona.....	1.277
Ceuta.....	3.010	Logroño.....	1.175
Búrgos.....	2.930	Jerez de la Frontera.....	1.065
Granada.....	2.834	Vigo.....	1.060
Cartagena.....	2.630	Jaca.....	1.054
Badajoz.....	2.599	Santa Cruz de Tenerife.....	1.048
Guadalajara.....	2.403	Oviedo.....	1.006

## NECROLOGÍA

**Don Bonifacio Barrero y Daza.**—Nació en Valladolid el año de 1865, y se graduó de licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Valladolid el día 20 de Enero de 1891.

Por Real Orden de 2 de Noviembre de 1895 fué nombrado Médico provisional, con destino al ejército de la Isla de Cuba, tomando parte en las operaciones de la actual campaña con el batallón Cazadores de Barbastro, en el que sirvió, y siendo recompensado con una cruz roja de primera clase del Mérito Militar por los méritos que contrajo en dicha campaña.

(1) Téngase en cuenta que 737 asistidos, 11.179 hospitalidades y 9 fallecidos, no son imputables á las fuerzas del ejército.

Falleció en el Hospital militar de Santiago de las Vegas, provincia de la Habana, el día 13 de Julio de 1896 á consecuencia de la fiebre amarilla.

\*  
\* \*

**Don Mariano de la Cruz y García Frutos.**—Era natural de Toledo, donde nació el año de 1851, y se licenció en Medicina y Cirugía en la Universidad Central el día 25 de Enero de 1882.

Sirvió en la Brigada Sanitaria hasta el empleo de cabo primero efectivo y sargento segundo graduado, que disfrutaba al obtener la licencia absoluta.

Por Real Orden de 30 de Octubre de 1895 fué nombrado Médico provisional con destino al ejército de la Isla de Cuba, prestando sus servicios en el batallón Cazadores de Puerto Rico; con él concurrió á las operaciones de la actual campaña, y por los méritos contraídos en ella había sido recompensado con una cruz roja de primera clase del Mérito Militar.

Encontrándose en la Habana, en expectación de embarque para la Península, falleció el día 2 de Agosto de 1896.

\*  
\* \*

**Don Maximiano Barrio y Pareja.**—Nació en Sigüenza (Guadalajara) el día 21 de Febrero de 1851, y se graduó de licenciado en Farmacia en la Universidad Central el 21 de Diciembre de 1877.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, por Real Orden de 11 de Marzo de 1878, con el empleo de Farmacéutico segundo, primero de Ultramar, para el distrito de la Isla de Cuba; desembarcó el 17 de Abril siguiente, y fué destinado al Hospital militar de Mayarí. Sirvió sucesivamente en los Hospitales de Colón, Santiago de Cuba, Victoria de las Tunas, Habana, nuevamente en el de Victoria de las Tunas y Puerto Príncipe, hasta Abril de 1886 que regresó á la Península por haber cumplido el tiempo de obligatoria permanencia en Ultramar.

Tras breve tiempo de situación de reemplazo en Sigüenza, fué destinado en Julio de 1886 al Hospital militar de Guadalajara, y posteriormente al Laboratorio de Málaga y Hospital de dicha plaza.


Por Real Orden de 22 de Noviembre de 1890 fué destinado nuevamente al distrito de la Isla de Cuba, desembarcando en dicha Antilla el 15 de Enero de 1891 y pasando á prestar sus servicios

al Hospital militar de Bayamo. Fué nombrado después y sucesivamente para el Depósito Laboratorio de la Habana, Hospital militar de dicha plaza, Dirección Subinspección del Cuerpo, y nuevamente al Depósito Laboratorio y al Hospital de la Habana.

Repentinamente falleció en el Hospital militar de Alfonso XIII (Habana) el día 25 de Agosto de 1896, á consecuencia de un aneurisma de la aorta torácica.

Había obtenido el grado de Farmacéutico Mayor el 17 de Julio de 1880, por las operaciones practicadas en las Tunas. Alcanzó los empleos efectivos de Farmacéutico primero y Farmacéutico Mayor, en 3 de Diciembre de 1886 y 18 de Enero de 1896 respectivamente.

Estaba en posesión de la Medalla de Cuba con distintivo rojo y de la cruz roja de segunda clase del Mérito Militar. Era benemérito de la Patria.



## VARIEDADES

### ACADEMIA DE HIGIENE DE CATALUÑA.

#### PROGRAMA DE PREMIOS PARA EL AÑO 1897.

Deseosa esta Corporación de coadyuvar al movimiento científico, estimular el estudio y vulgarizar los preceptos higiénicos, abre concurso público para ocho premios, que se concederán á los trabajos que desarrollen los siguientes

#### TEMAS DE LA ACADEMIA

- 1.º *Tratamiento á que deben someterse los delincuentes desde el punto de vista social.*
- 2.º *Estudio del «sport» náutico.—Reglas prácticas para estimular su desarrollo individual y colectivo: en forma de cartilla higiénica.*
- 3.º *Asunto libre.*

Para cada uno de estos temas, la Academia podrá otorgar un premio, que consistirá en una medalla de plata y título de *socio de mérito*.

Además, concederá CIENTO VEINTICINCO PESETAS al autor de la Memoria que obtenga el premio.

#### TEMAS ESPECIALES.

Premio del Dr. Valentí Vivó: *Medios eficaces para prevenir al obrero de la influencia tóxica en una de las industrias modernas.*

Premio del Dr. Rodríguez Méndez: *Valía higiénico-social de los manicomios judiciales.*



Premio del Dr. Federico Castels: *Intervención que el Estado, la Provincia y el Municipio deben tener en la Higiene pública.*

Premio del Dr. Jaime Queraltó: *Condiciones higiénicas que debe reunir la primera enseñanza.*

Premio del Dr. Tarruella: *Estudio del «sport» velocipédico.—Reglas prácticas para facilitar su difusión: en forma de cartilla higiénica.*

Estos premios consistirán en CIEN PESETAS, además de la correspondiente medalla de plata y título de *socio de mérito*.

Habrà, además, para cada tema los *accésits* y *menciones honoríficas* que el Jurado estime pertinente conceder à los trabajos que tengan mérito relativo para obtenerlo. Consistirá el *accésit* en diploma de socio de número y la *mención* en nombramiento de socio electo, de conformidad con lo dispuesto en el art. 6.º del Reglamento.

La propiedad de los trabajos premiados será de sus autores, pero la Academia se reserva la prioridad de publicarlos.

Las Memorias han de ser escritas con letra clara en *catlán, castellano, italiano ó francés*; no deben tener firma ni rúbrica, ni estar copiadas por el autor, cuyo nombre y domicilio han de expresarse dentro de un pliego cerrado, en el cual se escribirà el mismo lema que al principio de la Memoria.

Todas las Memorias se dirigirán al Secretario del Juzgado Dr. Salvador Más de Xaxás, Paseo de Gracia, 8, entresuelo, antes de las doce de la mañana del día 15 de Septiembre del presente año, donde se dará recibo al portador con la fecha y hora de la entrega, si así lo desea.

La distribución de los premios se verificarà en la sesión pública semestral del mes de Diciembre próximo.

El Jurado, constituido por los Académicos Sres. Rodríguez Méndez, Valentí Vivó, Giné Partagás, Castells Ballespi, García Faria, Bonet Amigó, Martínez Vargas, Igual Estrani, Queraltó, Tarruella y Más de Xaxás, dará cuenta à la Academia del resultado del concurso con la necesaria anticipación, para que pueda ser anunciado y llegar à conocimiento de los autores de los trabajos presentados al mismo.

El Presidente, *Dr. J. Tarruella.*—El Secretario general, *Dr. Manuel Segalà Estalella.*

\* \*

El 15.º Congreso alemán de Medicina interna se celebrará en Berlín del 9 al 12 de Junio del corriente año.

Hé aquí las cuestiones puestas al orden del día: primera, reumatismo articular crónico; segunda, epilepsia; tercera, enfermedad de Basedow.

\* \*

Para las oposiciones à plazas de Médicos segundos que han comenzado el día 12 del corriente, han firmado 34 Profesores médicos. Figuran entre ellos 12 Médicos provisionales.

\* \*

La propuesta reglamentaria de ascensos del presente mes se contraerá exclusivamente à los Médicos segundos que han cumplido dos años en su empleo, si en tiempo hábil se ha resuelto el expediente declarándoles aptos para el ascenso.