

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XI MADRID 15 DE NOVIEMBRE DE 1897 NÚM. 250

XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA (I)

Existe un punto de capital importancia en la organización de los Congresos internacionales que influye poderosamente en el éxito de los mismos y, sobre todo, en su utilidad práctica é inmediata. Nos referimos á la elección de los idiomas autorizados para hacer las comunicaciones orales ó escritas.

Ciertas complacencias ó simpatías de orden internacional, no siempre bastante justificadas, han sido causas de que se amplíe considerablemente el número de los idiomas que pueden usarse en estos Congresos, hasta llegar á una libertad completa en las comunicaciones dirigidas á las sesiones generales. Algo más limitados en las secciones, han tenido, sin embargo, tal amplitud, que en el de Moskou se podían emplear hasta cinco lenguas distintas.

No nos negamos á reconocer la buena fe que, por regla general, ha guiado un criterio tan amplio en esta materia; pero el abuso en que se ha caído al exagerar dicho concepto, produce en la práctica, á nuestro modo de ver, inconvenientes y dificultades que convendría evitar en lo sucesivo.

Es indudable que el mayor número de los Congresistas corresponde por su nacionalidad al país donde se celebra la Asamblea y á los países más próximos al mismo, y dicho está que, si se autoriza el uso de los idiomas vivos en varios países limítrofes, el Congreso adquiere, por esta circunstancia, un carácter marcadísimo de regionalismo ó de raza, que si bien es cierto facilita grandemente la inteligencia de los elementos más afines que á él asisten, en cambio perjudica de un modo notable al resto de los elementos constitutivos del Congreso; y aunque éstos sean menos importantes en nú-

(1) Véase el núm. 249.

mero, no lo son seguramente por otras circunstancias calificativas de mayor peso.

De aquí resulta que los discursos y memorias en idiomas que no son los que predominan en el mayor número de los Congresistas, aunque dichos idiomas sean los más generalizados en el mundo científico, pasan casi desapercibidos á pesar del valor intrínseco y de la importancia de los temas y de la autoridad de las personalidades que hacen las comunicaciones.

En el Congreso de Moskou se ha hecho patente esta circunstancia, hasta el extremo de que casi puede decirse que no hubo más idiomas que el alemán y el ruso; y antepone el alemán, porque en el orden de frecuencia adquirió allí la preferencia. Los Médicos de estos dos países que acabamos de citar, parecían completamente identificados en este sentido, circunstancia que contrastó notablemente con la conducta seguida por otros profesores, que, autorizados por el reglamento para usar su idioma propio, prescindieron de él y emplearon otro más generalizado, á pesar de que por su autoridad y representación podían haber prescindido de este detalle, revelando con su conducta una cortesía digna de ser mencionada.

No pretendemos recabar la unificación del lenguaje en los Congresos futuros, aspiración muy laudable, aunque utópica sin duda alguna, pero sí creemos de absoluta necesidad que se restrinja considerablemente el criterio hasta hoy establecido, reduciéndolos sólo á dos, que pudieran ser el francés como idioma de uso más general en el mundo civilizado, y el del país donde el Congreso se celebre, como homenaje de consideración al mismo y á los profesores que por circunstancias especiales no puedan asistir á los que tengan lugar en otros países.

Así se conseguiría también, sin duda alguna, limitar considerablemente el número de concurrentes, sin perjuicio del interés científico y con grandes ventajas y facilidades para la organización y resultados prácticos inmediatos de estas asambleas.

Tres sesiones generales se han celebrado en el Congreso de Moskou, todas ellas en el gran teatro de la ópera, cuya capacidad es para 2.500 personas próximamente; local el más adecuado para este objeto, pero que, dada la excesiva concurrencia, hubo necesidad de establecer turnos para asistir á ellas. La primera fué la sesión inaugural, presidida en parte por el Gran Duque Sergio Alexandrovitch. En primer término saludaron á los Congresistas ex-

tranjeros el Ministro de Instrucción pública Delaniov y el Presidente del Comité de organización profesor Sklifossowski. El profesor Roth, Secretario general, enumeró los trabajos realizados, haciendo constar el número considerable de Médicos que se habían presentado á tomar parte en el Congreso, que ascendía á unos 7.300 próximamente; entre los cuales se contaban 860 alemanes, 800 austriacos, 400 franceses, 300 ingleses, 120 americanos, 4.000 rusos, y el resto de casi todos los países del mundo, incluso la China. Los Médicos de Polonia se abstuvieron de concurrir por no haberse autorizado el uso de su idioma. El Alcalde de Moskou saludó también á la asamblea y dió cuenta de que el Municipio de la ciudad había fundado un premio de 5.000 francos para el trabajo mejor que se presentara en los Congresos futuros sobre epidemias, y que se adjudicaría en concurso.

Todos los delegados extranjeros, en nombre de sus respectivos países, usaron de la palabra para saludar á las autoridades y á los comprofesores. Merece una mención especial el discurso pronunciado por el Presidente de la comisión oficial del Cuerpo de Sanidad del ejército alemán, que, al enumerar los progresos de la ciencia en Rusia y Alemania, tendía hábilmente un lazo de unión entre ambos países, como lo demostraron de una manera evidente la atención y la simpatía con que fué escuchado y las señales de aprobación y de entusiasmo que despertaron sus palabras.

Seguidamente se dió lectura á los nombramientos de Presidentes de honor, que recayeron en los siguientes profesores: Virchow, Ziemssen, Waldeyer, Gussenbaner, Hlava, Pertik, Rydygier, Taylor, Billings, Lannelongue, Pinard, Le Dentu, Grasset, Mac-Cormac, Stokes, Simpson, Kocher, Roux, Leyden, Crocq, Lombroso y Robert.

Terminada esta primera parte, y tras un breve descanso, se reanudó la sesión para que pudieran leerse los temas anunciados. Fueron éstos: *Continuación de la vida, como base de la concepción biológica*, por R. von Virchow; *Relaciones entre la fisiología, la farmacología, la patología y la medicina práctica*, por Lauder-Brunton; *Terapéutica de las tuberculosis quirúrgicas en general*, por Lannelongue. Todos usaron el idioma de su nacionalidad, revelándose ya de una manera evidente la tendencia genuinamente ruso-germánica del Congreso en los aplausos nutridos y espontáneos que se tributaron á Virchow, y en los que se oyeron al terminar Lannelongue por pura cortesía, á pesar de las decantadas co-

rrientes de simpatía que tanto vienen pregonándose entre Francia y Rusia en estos últimos tiempos, y que en realidad son completamente artificiales.

(Continuará).

M. G. F.

INFORMACIONES SOBRE LA PESTE BUBÓNICA (1).

Resumen de las investigaciones hechas por los Doctores Wyssokowitz y Zabolotny, miembros de la Comisión rusa (2).

La comisión rusa ha permanecido tres meses en Bombay para estudiar la peste, y si bien los estudios hechos no pueden darse por terminados permiten, sin embargo, dar como completos algunos de sus resultados.

El laboratorio fué instalado al principio en el Consulado de Francia, galantemente cedido por M. Pilinsky. Los materiales necesarios para el estudio procedieron de los hospitales de *Charni-road* y de *Grand-road*; más tarde el laboratorio fué trasladado á este último hospital.

Las autopsias practicadas fueron 27, y en total 34 los exámenes cadavéricos, puesto que se verificaron en las autopsias hechas por la comisión austriaca hasta el día de la instalación de la comisión rusa. Solamente 24 fueron en pestíferos (17 en *Grand road* y siete pertenecientes á la comisión austriaca); los otros sujetos habían sucumbido á consecuencia de tísis, disentería, pneumonía franca, etcétera.

De los 24 cadáveres de pestíferos se observaron en 10 bubones inguinales (siete del lado izquierdo, dos del derecho y varios con bubones en ambos lados.) En cuatro los bubones eran axilares, en dos de la axila derecha y en los otros dos de la izquierda; en uno de ellos había, además, una pneumonía pestosa metastásica. En otros cuatro cadáveres los bubones estaban situados en el cuello, existiendo además parotiditis en unos y pneumonía en otros. En seis

(1) Véanse los núms. 247 y 248.

(2) Traducido de los *Annales de L'Institut Pasteur*.

pestíferos se comprobó la pneumonía pestosa primitiva, y en un caso existía, al mismo tiempo, nodulos necróticos en el hígado.

En todos los casos en que había un bubón, las otras glándulas linfáticas se encontraban también aumentadas de volumen, pero el bubón primario, formado de muchos ganglios reunidos en paquete, se distinguían de los otros atacados consecutivamente, por su grosor, por el edema del tejido conjuntivo periférico, por su tinte gris, amarillento ó rojo obscuro, por su aspecto marmóreo y su consistencia blanda, y sobre todo por el número enorme de bacterias específicas que contenían. Ninguna otra glándula ni órgano encierra tantas como el bubón primitivo. Los cortes muestran que el aumento de volumen es debido más bien á la cantidad de bacterias que á una hiperplasia del mismo tejido. El bazo contiene también bacillus en gran cantidad. Las otras glándulas linfáticas tumefactas, apenas son más ricas en bacterias que la sangre.

Después de haber hecho constar la preponderancia de bacterias en los bubones primarios, no era difícil reconocer la existencia de la pneumonía pestosa primitiva.

Cuando se encuentran cantidades enormes de bacterias únicamente en las partes enfermas de los pulmones, no puede dudarse de la existencia de la pneumonía primaria.

En los dos casos en que los bubones periféricos estaban acompañados de pneumonía específica, había también una gran cantidad de bacterias en los pulmones y en las glándulas brónquicas. Pero la posición periférica de los nodulos pneumónicos y la existencia de trombus en las venas vecinas de los bubones, explicaban muy claramente la producción secundaria de estas pneumonías.

Igualmente en los casos de pneumonías pestosas primarias ó secundarias se encuentran grandes cantidades de bacterias pestosas, ya sea en cultivos puros, ya sea mezclados á diplococcus de Talamón-Frænkel ó á estreptococcus.

La diferencia entre las pneumonías pestosas y las otras pneumonías, está caracterizada por infiltraciones noduliformes y por un aspecto mucoso de los focos de pneumonía.

Clínicamente se distinguen alguna vez por ausencia completa de tos y de esputos.

La pneumonía pestosa debe ser clasificada como bronco-pneumonía; en los casos prolongados hay una tendencia á la confluencia de varios focos de pneumonía, pero se encuentra siempre entre éstos porciones permeables de pulmón.

No hemos observado nunca ninguna pneumonía extendida á todo un lóbulo pulmonar, como ocurre en la pneumonía fibrinosa.

En los pequeños bronquios y en los medianos la mucosa se presenta roja y cubierta de mucosidades grisáceas y flúidas, algunas veces sanguinolentas y aireadas.

En la garganta y en la tráquea la mucosa está casi sana. En la pleura se notan casi siempre, y también en los casos de peste no pneumónica, numerosas hemorragias puntiformes.

Las complicaciones que se encuentran frecuentemente son las hemorragias del estómago y del intestino grueso. Las glándulas mesentéricas están siempre tumefactas, pero no presentan el aspecto de los bubones primarios, ni contienen grandes cantidades de bacilus de la peste. En algunos casos, en lugar de hemorragias se observan úlceras superficiales, y en otro se apreció la existencia de una úlcera profunda en el ciego, que coincidía con la presencia de numerosos nódulos de necrosis pequeños y grisáceos del hígado con aumento de volumen de este órgano.

No hemos podido reconocer más que dos formas de peste.

1.^a *La peste con bubones* (de los miembros ó del cuello).

2.^a *La peste sin bubones* exteriores bajo forma de *pneumonia pestosa primaria*.

En ningún caso hemos encontrado infección primaria por el estómago ó por los intestinos, tanto en las autopsias como en las investigaciones clínicas. Las afecciones de los intestinos presentaban siempre el carácter de lesiones secundarias á consecuencia de intoxicación ó de sépticemia pestosa que siempre es secundaria.

Al hacer las autopsias era difícil reconocer por qué vías había penetrado el virus, ya sea en las glándulas, ya sea en los pulmones. En casi todos los casos no se han encontrado ni lesiones locales de la piel ni modificación de los vasos linfáticos (linfangitis), y sin embargo se debía suponer la penetración del virus por la piel. Era necesario probar esta proposición. Hemos encontrado argumentos en su favor en las experiencias hechas en los monos. En efecto, las experiencias preliminares nos han demostrado que estos animales son muy sensibles al virus de la peste. Cuando se introduce en los monos un poco de cultivo de peste bajo la piel del brazo, se observa uno ó dos días después de la inoculación que la temperatura se eleva hasta 40° 5 ó 41° 5 (la temperatura normal era de 38° 5), que se forma un bubón axilar correspondiente y edema en el punto de introducción del virus. Los monos así inoculados morían después de

cuatro ó cinco días de enfermedad y presentaban todas las modificaciones características que se producen en el hombre. En el bubón primario se encontraba una enorme cantidad de bacilus; se encontraba igualmente, pero en menos cantidad, en el bazo, y también en la sangre, mucho más, sin embargo, que en el hombre y en el ratón.

Por nuestras experiencias nos hemos persuadido de que los monos toman siempre la peste después de que se les ha infectado. Hemos hecho algunas experiencias con dosis pequeñísimas de bacilus, por medio de una simple picadura hecha con un alfiler cargado de virus. Todos los monos (cinco) infectados de esta manera en la palma de la mano, han muerto, después de tres á siete días, con bubones y los demás síntomas de la peste, pero en este caso no se observaba ni durante el curso de la enfermedad ni en la autopsia ninguna alteración sensible en el sitio de la introducción del virus en la palma de la mano.

En un mono infectado en el pié en las mismas condiciones por medio de una picadura de alfiler, la muerte no sobrevino sino después de un período más largo que en los anteriores (diez días) con bubones inguinales y retroperitoneales muy manifiestos, absolutamente como en el hombre pero siempre sin lesiones locales en el punto de la inoculación.

Los resultados de estas experiencias son muy interesantes, porque no dejan duda sobre este punto, que en el hombre la infección por la piel puede desarrollarse sin que haya ninguna lesión aparente en el punto de introducción del virus.

Después de haber terminado estas experiencias, hemos pensado que en los monos se podría estudiar mejor que en cualquier otro animal la influencia del tratamiento por el suero y la eficacia de las inoculaciones preventivas.

Nuestras experiencias en este sentido, y para las cuales hemos empleado 96 monos, nos han demostrado que:

1.º El suero de Yersin puede curar á los monos enfermos cuando el tratamiento se empieza dos días después de la infección subcutánea y cuando los síntomas de la peste son ya muy manifiestos, elevación de temperatura, bubones, etc.

2.º El tratamiento por el suero no es ya eficaz cuando ha empezado demasiado tarde, es decir veinticuatro horas antes de la muerte de los monos que servían de experiencia.

3.º La cantidad indispensable de suero para obtener la curación

de los monos no es muy grande; como término medio, es suficiente inyectar 20 c. c. de suero activo á $\frac{1}{10}$.

4.º Si la cantidad de suero inyectado es muy pequeña, ó el tratamiento se ha emprendido demasiado tarde, se puede obtener alguna vez la curación, pero algunas veces esta curación no es más que aparente; puede producirse una recaída, que cause la muerte de los animales después de quince á diez y siete días.

5.º La inmunidad dada por la inoculación preventiva de 10 c. c. de suero de Yersin ó de 5 c. c. de la linfa de Haffkine, no dura más que diez ó catorce días.

6.º La inmunidad resultante de la inoculación preventiva hecha con cultivos en gelatina á la temperatura de 60º centigrado, no se produce antes de siete días, pero esta inmunidad dura más tiempo. Un mono inoculado por este procedimiento, infectado veintiuno después de la inoculación, no muestra ningún síntoma de peste.

7.º Cuando se inyecta gran cantidad de cultivos, el animal se debilita y es susceptible de adquirir la peste.

8.º Se pueden infectar los monos por las vías respiratorias, introduciendo cultivo de peste en la tráquea por medio de una sonda durante la anestesia clorofórmica. Mueren después de dos á cuatro días, presentando los signos de la pneumonía típica.

9.º En este caso de pneumonía experimental no se encuentra ni en la sangre ni en el bazo mas que pequeñas cantidades de bacilus, mientras que existen grandes cantidades de ellos en las partes enfermas del pulmón y en las glándulas brónquicas, lo mismo que ocurre en el hombre.

10. Los monos son muy susceptibles de ser infectados por lesiones de la boca; por el contrario, hemos introducido por medio de un tubo de goma, cultivos en el estómago de un mono anestesiado, sin obtener ningún resultado.

11. Las especies de monos sobre las que hemos experimentado en Bombay, difieren un poco en cuanto á su sensibilidad á la peste. El mono macaco, de rabo largo, muere á los cuatro ó cinco días después de la infección; el mono macaco de rabo corto, y el mono negro de rabo largo, perecen más rápidamente; de dos á tres días.

El suero preparado en el Instituto de medicina experimental de San Petersburgo, nos ha dado el mismo resultado.

En los casos en que los monos morían después de una enfermedad prolongada, los bubones se ablandaban y se degeneraban los bacilus.

En el hombre hemos observado alguna vez que en los bubones que se transformaban en abscesos, no tenían ni bacilus de la peste ni otras bacterias.

Después de nuestra estancia en Bombay, hemos comprobado que la sangre de los convalecientes de la peste tenía la propiedad de aglutinar los bacilus específicos. Este poder aglutinante no se manifiesta hasta después del séptimo día de enfermedad, aumenta durante la 2.^a, 3.^a y 4.^a semana, y disminuye en seguida progresivamente.

La sangre de los enfermos, muertos durante el período agudo, y también la de los muertos durante la primera semana, no posee esta propiedad.

En lo que concierne al tratamiento de los enfermos por el suero de Yersin, debemos decir que en muchos casos hemos observado los interesantes y positivos efectos de su acción. Después de la inyección, la temperatura desciende, la somnolencia ó el delirio desaparecen, el enfermo encuentra bienestar. En general, los resultados no han sido todo lo buenos que hubiera podido desearse, sin embargo de que reduce la mortalidad á 40 por 100 de los enfermos tratados.

Nuestras experiencias nos han demostrado que el suero tiene una eficacia de la que no puede dudarse. La mortalidad, todavía elevada, se explica por las siguientes causas:

En primer término, los enfermos ingresan tarde en los hospitales; tres, cuatro ó cinco días después de declararse la enfermedad.

Además ignoramos qué duración tendrá la enfermedad, cuya intensidad es diferente en cada caso, pues mientras unos enfermos mueren en veinticuatro horas, otros mueren á los veinticuatro días.

La tercera causa es que el hombre muestra variados grados de sensibilidad á la infección.

En los casos de neumonía pestosa, sobreviene la presencia de otras bacterias, *pneumococcus* y *streptococcus*, que explica la dificultad de obtener la curación por el suero.

Nosotros esperamos obtener mejores resultados con el suero antitóxico del Dr. Roux, si bien el que ha sido empleado hasta ahora es más preventivo que antitóxico.

En realidad, el suero de Yersin ha salvado un gran número de existencias, y por lo tanto debemos recomendar calurosamente este método de tratamiento. El suero es hasta el día el único remedio que debe emplearse en el tratamiento de la peste.

M. S.

*

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Complicaciones graves de la blenorragia.—Según el Dr. Jiménez de Cádiz, una de las infecciones más frecuentes y que todo Médico tiene ocasión de observar y tratar en su práctica, es la blenorragia uretral, enfermedad que aparece para la vulgaridad de las gentes como trivial y sin importancia, y que sin embargo para el Médico es de las que sin disputa requiere ó debe exigir mayor atención y cuidados, por la serie de complicaciones á que dá lugar, algunas de ellas muy graves, por cuanto tienen su asiento en órganos importantes para la vida, que una vez lesionados rarísima vez vuelven á su estado normal.

Refiérese este artículo á la serie de complicaciones próximas que se presentan en cada uno de los distintos períodos de la blenorragia, pues aunque entre ellas hay algunas muy molestas, pero de rápida existencia, no son sin embargo objeto de este trabajo.

Tampoco habla de las estrecheces uretrales consecutivas á la infección gonocócica, ni de las contingencias que para el porvenir trae la orquitis; pues aun cuando desde luego son de las más temibles complicaciones que á diario se observan, son no obstante posibles de dominar á veces con un tratamiento adecuado y convenientemente dirigido.

Se ocupa de ciertas complicaciones á distancia á que puede dar lugar la blenorragia, y para las cuales una vez establecidas es difícilísimo, por no decir imposible, encontrar terapéutica capaz de dominarlas y curarlas.

Tiende la ciencia moderna, á juicio del autor con razón sobrada, á buscar en el terreno de la bacteriología el origen y motivo de la mayoría de las enfermedades que aquejan al ser humano, y si esta tendencia está justificada en afecciones cuya naturaleza nos es aún desconocida, parece aún más lógico admitirla en aquéllas en que los modernos medios de investigación que poseemos nos dan la evidencia á cada paso.

Desde los trabajos de Virchow, Klebs, Köster y otros, se admite hoy en la ciencia, no ya que las enfermedades llamadas parasitarias pueden dar lugar á infecciones consecutivas, sino que basta una puerta de entrada á los microorganismos, por pequeña que ella sea, para que tenga lugar y se desarrolle una enfermedad en órgano distante. El endocardio, por ejemplo, padece como consecuencia de la erisipela, de la fiebre puerperal, de heridas infectas, etc., un proceso de naturaleza micótica que deja tras sí lesiones en los orificios valvulares que dificultan el funcionalismo normal del corazón y que amenazan constantemente la vida del enfermo. Y si el endocardio padece la influencia de los microorganismos cuya presencia es relativamente corta en el organismo en padecimientos que como todos

sabemos son agudos y de marcha por lo tanto rápida ¿qué tiene de extraño que la infección producida por el gonococcus de Neisser, cuyo curso y marcha son de esencia crónicas, den asimismo lugar y con mayor razón á las endocarditis?

La existencia de un microorganismo específico de la endocarditis no está hoy por hoy comprobada, y todos los autores concuerdan en reconocer que la enfermedad se produce consecutivamente á un proceso infectivo, llámese éste reumatismo, erisipela, difteria, etcétera, etc.

La blenorragia es debida á la presencia en la uretra del gonococcus de Neisser; y si se admite que el bacilus de Klebs Lœfler de la difteria, el de Talamón Frænckl de la pulmonía, el de Ebert de la tifoidea, el hematozoario de Laveran y el estreptococcus de la erisipela, son capaces de producir la endocarditis llegando á esta involtura cardiaca por intermedio de las corrientes sanguíneas y linfáticas, es lógico y forzoso admitir también con mayor razón aún, que la blenorragia puede ser el origen de este proceso patológico.

Con mayor razón, á poco que se considere el tiempo siempre mayor que el gonococcus vive en la uretra, se comprenderá que mayores serán también las probabilidades de que arrastrado por las vías circulatorias pueda llegar á anidarse en el endocardio.

La ciencia actual considera hoy la endocarditis como enfermedad parasitaria, consecutiva siempre á un proceso infectivo; y quien crea y sostenga que el reumatismo, origen las más de las veces del padecimiento que nos ocupa, no es enfermedad parasitaria, está á nuestro juicio apartado de las corrientes modernas que dominan la medicina del día. Ni la teoría humoral, ni la trofoneurósica, ni la de los retardos de nutrición, explican de modo satisfactorio el proceso reumático, y únicamente la de la infección es la que nos razona de modo claro y convincente la constitución y génesis de dicha enfermedad.

Es así que la blenorragia es una enfermedad infecciosa comprobada hasta la saciedad ¿qué tiene de raro, pues, que en muchos individuos sea ésta la causa de la endocarditis que padecen?

Se nos presenta en la práctica un enfermo con los síntomas de lesión valvular consecutiva á una endocarditis; buscamos y rebuscamos en vano entre sus antecedentes el reumatismo, la erisipela ú otra cualquiera enfermedad microbiana á quien culpar de la lesión del endocardio, y sólo nos encontramos con la existencia de una blenorragia antigua, á quien únicamente podemos achacar la causa y origen de la complicación cardiaca.

Es muy cómodo decir que se ignoran las causas del padecimiento; pero la ciencia actual, apartándose, en buena hora, de antiguallas y sinrazones, busca en el gabinete del químico, del histólogo y del bacteriólogo el origen y causa de las dolencias que afligen al ser humano, y no se contenta ya con decir *causas desconocidas*; busca, decimos, el microorganismo productor de la enfermedad y no cesa de trabajar hasta encontrarle. De aquí que si para determinadas en-

fermedades no está aún demostrada la existencia de un microbio especial, en cambio la experimentación y los trabajos de laboratorio nos llevan á la evidencia de que un mismo microorganismo puede producir por sí solo y por sus secreciones, entidades morbosas de distinta naturaleza. Si el estreptococcus erisipelatus, el estafilococcus áureus, y los demás que hemos citado son capaces de producir consecutivamente la endocarditis, es lógico admitir también que el gonococcus de Neisser puede dar lugar, y lo dá sin duda, á dicho proceso infectivo.

*
* *

En el hospital y en la práctica particular he tenido ocasión de observar enfermos de endocarditis, á quienes después de tomar con rigurosa escrupulosidad los antecedentes patológicos, sólo he podido encontrar la existencia de una uretritis específica, de blenorragia, origen seguramente de aquella complicación.

No es de extrañar, pues, que yo entienda que la endocarditis es en muchas ocasiones consecutiva á la infección uretral de Neisser, más que al reumatismo, entidad morbosa que como la sífilis ha llegado á ser el comodín (permítaseme la frase), en mucha clase de lesiones, ya cardíacas, ya cerebro-espinales.

Y ya que hablo de lesiones cerebro-espinales, he de ocuparme también aquí de las complicaciones que la blenorragia puede dar lugar en este sistema. Se admite por muchos patólogos, y muy especialmente por algunos sifilógrafos, que la mayoría de las lesiones que sufren el cerebro y sus envolturas, la médula y sus meninges, son debidas á la infección sifilítica; se admite también que las neuritis y neuralgias reconocen en muchas ocasiones como causa la presencia en el organismo del bacillus de Lustgarten. Sin negar yo la posibilidad de estos hechos, antes al contrario, reconociéndola efectiva en determinados casos que la observación atenta y minuciosa del enfermo me sugiere, he de declarar ingénuamente que muchas veces se echa mano de este recurso por los clínicos, más que por íntimo convencimiento, por la imposibilidad en que se encuentran de buscar otra razón. Es corriente achacar á la infección de Lustgarten el origen y causa de múltiples lesiones cerebro-espinales, y á tal extremo llega esta creencia que en más de una ocasión se vé á clínicos eminentes, reputados por su saber y práctica extensísima, llegar á considerar como de naturaleza sifilítica lesiones que no tenían relación alguna con dicha infección, y que sólo fundados en el vulgarísimo sistema de decir *quién sabe y puede ser*, han considerado de tal naturaleza lesiones oculares, meníngeas y cerebro-espinales.

Repito que no niego la posibilidad de tal infección; antes al contrario, la admito siempre y cuando la exploración detenida del enfermo nos lleve á tal convencimiento. Tengo la opinión de que el chancro sifilítico no puede jamás pasar desapercibido; de que la sífilis *d' amble* no existe, y por lo tanto, que esas historias que nos

cuentan algunos, más patólogos que clínicos, de casos de infección sífilítica que en su primer periodo pasa desapercibida para el enfermo, son más que historias, novelas en el sentido verdadero de la palabra.

Jamás á ninguno de esos prácticos se le ocurre que la blenorragia, enfermedad tan universalmente extendida y de naturaleza infecciosa, pueda ser la causa de esas lesiones cerebro-medulares que á diario observamos en la práctica.

Hoy que la idea de infección vá íntimamente ligada á la palabra blenorragia, estamos autorizados para colocar bajo la dependencia de esta infección general, diversas complicaciones que se presentan en el curso de la uretitis de Neisser.

Stanley, Gull, Everard, Tixier, Peter y Ricord, habían observado ciertos accidentes de forma espinal que se presentan en el curso de la blenorragia, á los cuales no dieron interpretación satisfactoria; pero los Dres. Hayem y Parmentier, apoyándose en observaciones concienzudas, llegaron á demostrar que la presencia en el organismo del gonococcus de Neisser puede dar lugar á trastornos de la sensibilidad y de la motilidad, debidos á lesiones hiperémicas de la médula que más tarde se traducen por meningo-mielitis que interesan en mayor ó menor extensión el sistema posterior ó latero-posterior de la médula.

Las neuralgias descritas por Fournier, las mielitis de que nos habla Thibierge y las neuritis ópticas que expone Panas como resultado de meningitis basilar de origen blenorragico, son datos bastantes, unidos á los anteriores, para admitir que la infección gonocócica puede llegar y llega á nuestro juicio á los centros nerviosos, dando lugar á complicaciones gravísimas, casi siempre incurables.

Claro se está que si del conocimiento de la causa pudiéramos obtener la curación de la enfermedad, habríamos resuelto uno de los más difíciles problemas; pero por desgracia sucede con la blenorragia cuando llega á dar lugar á las complicaciones dichas, lo que con la mayoría de las enfermedades que tienen su asiento en los centros circulatorio y cerebro-espinal; esto es, que somos impotentes para dominarlas, porque la terapéutica no ha dicho aún la última palabra sobre estas materias.

Pero á cambio de esta impotencia curativa, que las más de las veces reconoce por causa en la blenorragia el abandono de los mismos enfermos, tenemos la seguridad en muchos casos de impedir tales complicaciones, aconsejando al enfermo desde el principio un tratamiento científico y racional.

Yo soy de los que dicen *«prefiero mil chancrosos y sífilíticos á un blenorragico.»* Cualquiera de las afecciones venéreas y sífilíticas impone más al enfermo que la blenorragia: aquéllas tratan pronto de curarlas, éstas las abandonan, y hé aquí la causa primordial de las terribles complicaciones que hemos citado.

(Anal. Méd. Gadit.)

Las heridas de guerra en la última campaña greco-turca.—

El Dr. Callionzis, profesor agregado á la Facultad de Atenas y Cirujano en Jefe de la Cruz Roja helénica en la reciente guerra, ha condensado en un trabajo dirigido al *Anjou médical* los resultados de su práctica quirúrgica en el hospital provisional de la Cruz Roja helénica de Atenas, del que era Jefe, y en la clínica quirúrgica de la Facultad, que dirigía como suplente del profesor Galvani, cuyos principales datos vamos á consignar.

En el hospital de la Cruz Roja asistió 103 heridos de la batalla de Domokos, en Tesalia. De ellos, 96 eran griegos y siete pertenecían á la legión de los filelenos. De aquéllos, 86 formaban parte del ejército helénico y los otros 16 eran rebeldes. De los siete extranjeros, cinco eran italianos, uno polaco y el otro de Nueva York.

La cirugía conservadora dió excelentes resultados. Ningún miembro fué amputado. Las fracturas complicadas curaron perfectamente. Citaremos una de ellas que merece especial mención. El hueso del brazo estaba fracturado en multitud de pedazos; la herida había sido producida por una bala de fusil Gras, en el pánico de la noche del Viernes Santo, cuando los griegos tiraron contra ellos mismos en la obscuridad. Pudo comprobar en este sujeto que los proyectiles del fusil Gras, arma que usaba el ejército helénico, causan mayores desórdenes en las heridas que los proyectiles de los fusiles Martini y Maüsser. Este hecho está perfectamente reconocido. A pesar de los muchos secuestros que fueron separados, pudo conservarse en parte el periostio, y gracias á esta conservación parcial se estableció la consolidación y el miembro recobró sus funciones.

En resumen: asistió 163 heridos, y no ejecutó ninguna amputación; no se registró ni un solo caso de muerte, ni complicación ulterior de las heridas (á parte de dos casos de erisipela contraída con anterioridad).

Atribuye estos excelentes resultados á las primeras curaciones antisépticas aplicadas sobre el campo de batalla por los Médicos militares, á pesar de la insuficiencia de los medios de que disponían. Todos los heridos, ó casi todos, han sido muy bien curados, y las infecciones de las heridas han sido muy raras. Por otra parte, en la estadística general provisional que se ha publicado, de 2.600 heridos asistidos en Atenas y en provincias, sólo se han practicado 10 amputaciones de miembros.

La aplicación del método antiséptico en el campo de batalla ha probado de nuevo que se pueden salvar muchos miembros y muchos heridos.

Se ha observado también que las heridas de los miembros (superiores é inferiores) eran las más numerosas, y que en los hospitales y ambulancias, tanto civiles como militares, las heridas del abdomen, por el contrario, eran muy raras, sin duda porque los heridos de esta categoría espiraban antes de que se les pudiera prestar so-

corro. El Comandante en Jefe del ejército fileleno murió de una herida de esta clase.

(*Arch. de Méd. et de Pharm. mil.*)

*
*
*

Los lavados con sublimado como medio profiláctico del chancro blando.—El Dr. S. Giovannini, profesor extraordinario de dermatología y sifilografía en la Facultad de medicina de Turín, ha instituido en sujetos portadores de chancro simple, ciertos experimentos que tienden á demostrar que los lavados con sublimado constituyen un medio eficaz para impedir la transmisión del chancro blando.

En esos experimentos, nuestro colega producía en la superficie interna de cada muslo una pequeña llaga superficial que inculaba luego con los productos de secreción del chancro. Una de esas llagas era abandonada á su propia evolución y la otra lavada, al cabo de un lapso de tiempo variable, con una disolución de sublimado de concentración graduada.

Todas las llagas así contaminadas y no tratadas con la disolución de sublimado no tardaron en transformarse en chancros blandos típicos, mientras que las que fueron lavadas con una disolución de sublimado á 1 por 100 durante un minuto por lo menos y, á lo sumo, ocho horas después de la inoculación, se cicatrizaron rápidamente como llagas sencillas.

S. Giovannini entiende, pues, que para evitar que se contraiga el chancro blando, basta con lavarse cuidadosamente el pene con una disolución de sublimado á 1 por 100, con tal que este lavado se practique inmediatamente si es posible y, de no serlo, pasadas sólo algunas horas después del coito sospechoso.

(*Arch. de Ginec. Obstetr. y Pediatr.*)

*
*
*

Herida del corazón tratada con buen éxito por medio de la sutura.—El Dr. Parrozzani, cirujano adjunto de los hospitales de Roma, practicó en 19 de Abril último la sutura de una herida cardíaca en un caso que interesa comparar con el hecho relatado por el Dr. Rehn (de Francfort del Mein) en la sesión del 22 de Abril del reciente Congreso de la Sociedad alemana de cirugía.

En la observación de nuestro colega italiano, tratábase de un mozo de cuerda que había recibido una puñalada á nivel de la línea mamelonar izquierda, junto al séptimo espacio intercostal. En el momento en que el herido fué transportado al hospital, la hemorragia era grave, los latidos del corazón no podían ser percibidos y se observaba una respiración estertorosa, frecuente y superficial. Parrozzani recortó, á nivel del quinto espacio intercostal izquierdo, un vasto colgajo en forma de L, seccionó la quinta, sexta, séptima y octava costillas, é incindió la pleura, cuya cavidad estaba llena de sangre líquida y de coágulos. Habiendo luego levantado y con-

fiado á un ayudante el amplio colgajo músculo-cutáneo que comprendía igualmente los cartílagos costales, nuestro colega se halló en presencia de una solución de continuidad del pericardio, situada cerca de la punta del corazón, y de la cual se escapaban olas de sangre. Abrió el pericardio en una extensión de seis centímetros y notó la existencia, siempre cerca de la punta del corazón, de una herida larga de dos centímetros, por la cual salía un chorro de sangre á cada sístole. Parrozzani aplicó en seguida cuatro puntos de sutura con seda sobre la herida cardiaca y seis sobre la herida del pericardio, y obturó de este modo completamente estas dos soluciones de continuidad. La incisión rectangular de la pared torácica fué cerrada por medio de un doble plano de sutura, uno pleuromuscular, el otro cutáneo.

La operación duró unos cinco cuartos de hora y fué ejecutada sin narcosis. El herido recibió varias inyecciones de cafeína y de aceite alcanforado, y se le infundió además debajo de la piel próximamente un litro y medio de la solución fisiológica de cloruro de sodio.

Una hora después de la intervención, el pulso se había rehecho. Al cabo de diez y ocho días, el estado del operado era tal, que se podía esperar una curación completa.

(*La Sem. Méd.*)

*
*
*

Reductibilidad de las luxaciones inveteradas del hombro.

—Una cuestión importante consiste en saber hasta qué época—á partir del momento en que se ha producido el accidente—las luxaciones del hombro son susceptibles de una reducción no sangrienta. M. Finckh ha procurado resolverla, y al efecto ha utilizado el material abundantísimo de la clínica quirúrgica de Brun's, en Tübinga, el cual comprende 100 casos de luxaciones inveteradas de la articulación escapulo-humeral y 123 casos de luxaciones recientes. La reducción no sangrienta fué ensayada sobre 73 de los 100 primeros enfermos, mientras que se dejó de recurrir á ella en los otros casos, ora en razón á la antigüedad de la dislocación articular, ora á causa de diversas complicaciones. En seis enfermos tratábase de una luxación habitual, y en varios casos de luxación no reducida las funciones del brazo se habían restablecido de tal modo, que se pudo renunciar á toda intervención terapéutica. Entre los 73 casos antes mencionados, la reducción pudo ser obtenida 48 veces con ayuda de un método no sangriento, mientras que estas mismas tentativas fracasaron en los otros 25 enfermos. En la mayor parte de los casos en que la reducción fué posible, el tiempo transcurrido desde que se había producido la luxación no era más que de dos á cuatro semanas, y dos veces únicamente una luxación de esta duración resultó irreductible. En uno de estos enfermos, había fractura simultánea de la parte glenoide del omoplato; en el otro, una fractura del húmero, debida á una fragilidad anormal de este hue-

so, impidió la reducción. Entre las luxaciones más antiguas, había una que databa de tres meses y otra de tres meses y medio—en estos dos casos las tentativas de reducción fueron coronadas de éxito—pero ninguna excedía de este último límite.

De estos hechos el autor infiere que el pronóstico de las luxaciones del hombro es excelente durante las cuatro primeras semanas que siguen al accidente, con tal que no se produzcan complicaciones. Las probabilidades son aún bastante favorables hasta la novena semana, mientras que puede considerarse como un hecho excepcional la reducción no sangrienta después de transcurrido este lapso de tiempo.

Cuanto á los métodos seguidos en la clínica de Tubinga para la reducción de estas luxaciones inveteradas del hombro, el autor menciona sobre todo los procedimientos de Schinzinger y de Kocher, luego el de Bruns, que consiste en una combinación de la abducción, de la tracción y de la presión directa sobre la cabeza del húmero.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)

*
*
*

Valor diagnóstico de la tuberculina.—En tanto que el uso terapéutico de la antigua tuberculina de Koch parece hoy abandonado, al menos por la gran mayoría de los Médicos, el empleo de dicha substancia como medio de diagnóstico en el hombre ha encontrado en estos últimos tiempos nuevos partidarios, tales, por ejemplo, como Grasset y Vedel y Chauffard. El mismo Koch, en su reciente comunicación sobre nuevas preparaciones de tuberculina, estima que existen razones suficientes para hacer abandonar de una manera definitiva la «extraña preocupación» según la cual las inyecciones de tuberculina son susceptibles de provocar la diseminación de los bacilos tuberculosos inmovilizados en ciertos puntos del organismo, y para estimular á que sea aplicada la tuberculina al diagnóstico y, consiguientemente, al tratamiento de la tuberculosis humana, por analogía con lo que se hace en la tuberculosis bovina.

Pues bien; como hace resaltar muy cuerdamente Mouton, en realidad la analogía invocada por Koch no es admisible. Las investigaciones experimentales de Nocard han sido, en efecto, el punto de partida para establecer una base sólida para el diagnóstico de la tuberculosis bovina. El profesor de Alfort, después de haber inyectado tuberculina á unos bovídeos que debían ser sacrificados algunos días más tarde, ha podido comprobar, en la autopsia de estos animales, las reacciones producidas durante la vida, así como las dosis de tuberculina necesarias para provocarlas. Estas experiencias han suministrado elementos á un método que, aunque generalmente exacto, no deja de dar lugar á errores de diagnóstico en la proporción de 10 á 13 por 100 de los casos.

Como quiera que análogas investigaciones son imposibles en

clínica humana, Mouton estima que se carecerá siempre, en el hombre, de datos experimentales indubitables para determinar rigurosamente las cantidades de tuberculina que conviene emplear y, sobre todo, las condiciones en que las reacciones pueden ser consideradas como concluyentes. A ésto hay que agregar que, á pesar de las afirmaciones contrarias de Koch, el empleo de la tuberculina en el hombre presenta positivos peligros, si hemos de atenernos al testimonio de numerosos clínicos y anatómo-patólogos, entre otros de Fränkel, von Leyden, Schultze, Naunyn, Kast, Dettweiler, Virchow, Hansemann, Ziegler, etc., etc. En consecuencia, Mouton cree que la tuberculina no podrá nunca ocupar—en el diagnóstico de la tuberculosis humana—el sitio que actualmente ocupa en el de la tuberculosis bovina.

(*Münch. med. Wochensch.*)

* * *

Tratamiento de las nefritis infecciosas por la tintura de cantáridas.—La señorita Wyvzynska acaba de consagrar su tesis al estudio del tratamiento de las nefritis infecciosas con la tintura de cantáridas, según el método de Lancereaux, Cassaet y de Casal. Este medicamento, dice, puede (al menos en ciertos casos) producir una gran mejoría en ciertas nefritis, sin que al parecer haga correr graves peligros al enfermo, como pudiera temerse.

Debe administrarse la tintura de cantáridas en dosis fraccionadas y progresivas, en gran dilución, en dosis de IV á XII gotas, interrumpidas durante cierto tiempo después de un mes cuando más de su administración regular todos los días, suprimiéndola cuando se note el más mínimo signo de agravación. Durante todo este tiempo se someterá el enfermo al régimen lacteo integral, que contribuye poderosamente á activar la potencia de todo medicamento destinado á modificar el estado morboso del aparato génito-urinario, por sus cualidades diuréticas y dando á los órganos eliminadores un reposo necesario para su reconstitución.

La indicación de este medicamento, que tiene por efecto fisiológico aumentar la tasa de la urea y que, al mismo tiempo, es diurético, parece residir mayormente en el tratamiento de las nefritis epiteliales agudas con ó sin anasarca, en individuos jóvenes, al principio de la enfermedad, sobre todo. En este caso disminuye la tasa de la albúmina, aun fuera del régimen lacteo integral, y cuando se ha comprobado por la observación anterior que la albúmina no tenía ninguna tendencia á disminuir espontáneamente; pero se halla contraindicada en las nefritis intersticiales de los arterio-esclerosos y de los saturninos.

(*La Dosim.*)



FÓRMULAS

327

Antipirina.....	1 gramo.
Tanino....	2 »
Azúcar en polvo.....	20 »

M.—Para tomar á manera de rapé, varias veces al día.

En la **epistaxis rebelde**.

*
**

328

Bromuro potásico....	70 gramos.
Nitrato de pilocarpina.....	35 centigrs.
Jarabe de corteza de naranjas amargas....	400 gramos.
Agua.....	600 »

M.—Para tomar á cucharadas.

En la **epilepsia con excitación maniática**.

(*J. Voissin*).

SECCION PROFESIONAL.

Resumen estadístico del mes de Julio 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 Julio.....	3.313
Entrados durante el mes ..	3.285
Hospitalidades causadas.....	98.058
Salidos.....	3.608
Muertos.....	70
Quedaban en fin de dicho mes.....	2.925

La fuerza del ejército en el indicado mes de Julio de 1896 fué de 84.151 hombres, cifra que permite establecer las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	71'85
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	34'47
Muertos por cada 1.000 id.....	0'66
Idem por cada 1.000 asistidos.....	9'26 (1)

(1) Téngase en cuenta que 551 asistidos, 8.105 hospitalidades y 14 fallecidos, no son imputables á las fuerzas del ejército.

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

Madrid.....	14.299	Málaga.....	2.066
Barcelona	10.133	Granada.....	2.034
Sevilla.....	6.227	Melilla.....	1.982
Valencia.....	4.435	Búrgos.....	1.922
Zaragoza.....	4.148	Pamplona.....	1.857
Valladolid.....	3.222	Algeciras.....	1.451
Vitoria.....	3.211	Guadalajara..	1.361
Ceuta.....	2.829	Córdoba.....	1.285
Coruña.....	2.825	San Sebastián..	1.254
Badajoz.....	2.414	Mahón.....	1.231
Cartagena..	2.206	Santa Cruz de Tenerife..	1.175
Alcala.....	2.200	Bilbao.....	1.147
Cádiz.....	2.082		

*
*

ASIGNACIONES.

«7.^a Sección. --Circular. — Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer:

1.^o Las asignaciones que al marchar á Ultramar dejen los Generales, Jefes y Oficiales, clases é individuos de tropa, incluso los procedentes de la recluta voluntaria, deberán ser impuestas precisamente á favor de sus familias respectivas, y nunca al de personas extrañas á ellas; siendo necesario, para los que en la actualidad perciben asignaciones, que acrediten dicha circunstancia en un plazo prudencial, que fijará el Inspector de la Caja general de Ultramar, teniendo para ello en cuenta las dificultades materiales que puedan presentarse á los perceptores para comprobar el parentesco en cada caso, y procurando que las familias no sufran interrupción en los cobros mencionados.

2.^o Dichas asignaciones deberán ser ratificadas por los respectivos Capitanes Generales en un plazo de tres meses, á contar de la fecha del embarco del asignante, si dicho embarco tiene lugar para los distritos de Cuba ó Puerto Rico, y de cuatro meses si es para el de Filipinas, sin cuyo requisito se suspenderá el pago.

3.^o De las asignaciones que actualmente se están percibiendo deberá hacerse la ratificación, si ya no lo estuviese, en los mismos plazos marcados anteriormente, contados desde la publicación de

esta disposición, siendo también suspendido el pago si transcurrido dicho tiempo no se hubiese cumplido esta condición.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 26 de Octubre de 1897.—Correa.—Sr.....»

*
**

SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES.

«7.^a Sección.—Excmo. Sr.: En vista del escrito que V. E. dirigió á este Ministerio en 31 de Marzo último, cursando instancia promovida por el Subinspector de primera clase del Cuerpo de Sanidad militar D. Melchor Carrión y Navascués, en súplica de que se le conceda la gratificación anual de 400 pesos, análoga á la que los Coroneles y sus asimilados disfrutan en el ejército de la Península, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo expuesto por el Ordenador de Pagos de Guerra, ha tenido á bien conceder á los Subinspectores médicos de primera clase de ese distrito la mencionada gratificación, con arreglo á la Real Orden de 12 de Septiembre de 1893 (*C. L.* núm. 317); haciéndose el abono desde el comienzo de este ejercicio, é ínterin no obtenga la sanción legislativa, con cargo al crédito extraordinario de la campaña.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 27 de Octubre de 1897.—Miguel Correa.—Sr. Capitán General de la Isla de Cuba.—Sr. Ordenador de Pagos de Guerra».

*
**

RECONOCIMIENTOS FACULTATIVOS.

«4.^a Sección.—Excmo. Sr.: Con el fin de evitar que los enfermos presuntos inútiles permanezcan en los hospitales más tiempo del estrictamente necesario para la debida confirmación del diag-

nóstico, y de que embarquen en el período menos avanzado de sus enfermedades y en el mejor estado de fuerzas posibles, aminorando por este medio su mortalidad, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que mensualmente se verifiquen en ese distrito dos reconocimientos para la declaración de inutilidad, conforme se previene para la Península en la Real Orden de 8 de Julio de 1891 (C. L. núm. 263).

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 2 de Noviembre de 1897.—Miguel Correa.—Sres. Capitanes Generales de las Islas de Cuba, Puerto Rico y Filipinas».

*
* *

MEDIDAS SANITARIAS.

«4.^a Sección.—Excmo. Sr.: En vista del telegrama de V. E. de 4 del actual, referente al estado sanitario del ejército de esa isla, y á fin de mejorarlo en cuanto sea posible, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido autorizar á V. E. para que, informado con urgencia por el Cuerpo de Sanidad militar y las autoridades que juzgue competentes, disponga cuanto crea necesario:

1.º Para mejorar el acuartelamiento, alimentación y vestuario de las tropas.

2.º Aplicar todas las medidas higiénicas convenientes y compatibles con las necesidades de las operaciones de campaña que aconseje el Cuerpo de Sanidad militar y apruebe V. E., llamando su atención sobre el uso de filtros para las aguas y aireación de éstas para oxigenarlas.

3.º Establecer sanatorios para convalecientes y débiles ó enfermizos en Isla de Pinos, Guanabacoa, Santa María del Rosario en la Habana, Nuevititas en Puerto Príncipe, y el Cobre en Cuba, como también en otros puntos de la isla en que, oído el Cuerpo de Sanidad militar, y dada la situación de las tropas, lo considere conveniente.

4.º Instalar nuevos hospitales, ampliar los actuales y reducir los que hoy excedan de 1.000 enfermos, distribuyendo el excedente de este número en otros hospitales existentes ó de nueva creación.

5.º Crear clínicas dependientes de hospitales en los puntos de fácil comunicación marítima, fluvial ó por vía férrea con estos mismos hospitales.

6.º Establecer enfermerías regimentarias de 30 á 50 camas, siendo el material y utensilio de instalación, así el suministrado por Administración militar como el clínico, quirúrgico y utensilio de farmacia, facilitado por Sanidad militar, con cargo al crédito extraordinario de la campaña.

7.º Disponer que las clases é individuos de tropa convalecientes y enfermizos, cuyo estado no exija la repatriación, pasen á los sanatorios hasta reponer sus fuézas; que los enfermos leves y afectos de dolencias de corta duración y los cansados inaptos por el momento para el servicio activo y que con un breve descanso han de recuperar sus fuerzas, sean asistidos en las enfermerías regimentarias y en las clínicas; que los enfermos que deban causar mayor número de estancias, pasen á los hospitales; que la evacuación de éstos se haga con la oportunidad necesaria para que en ningún tiempo exceda el número de enfermos de la capacidad de los locales disponibles; que se evite siempre la acumulación de más de 1.000 enfermos en un solo hospital, y últimamente que se active la tramitación de las propuestas de inútiles y pase á la Península, formulándose aquéllas apenas comprobado el diagnóstico y juzgada necesaria la repatriación, aplicando los reglamentos de exenciones y las Reales Ordenes vigentes de pase por enfermo á la Península, con criterio amplio por lo que se refiere á los tuberculosos y predispuestos á esta misma enfermedad, á los afectos de debilidad y demacración general consecutiva á graves enfermedades, á los palúdicos con lesiones hepático-esplénicas, á los anémicos ya graduados, y á los dispépsicos, diarréicos y disentéricos confirmados.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás

