

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIII MADRID 15 DE OCTUBRE DE 1899 NÚM. 296

LA CAMPAÑA DE FILIPINAS

(Recuerdos é impresiones de un Médico militar)

(Continuación.)

Los *carruajes de ambulancia*—triste es tener que confesarlo—no se vieron en Filipinas hasta que los llevaron los americanos. Porque un pesado vehículo que en tiempo de paz hacía el servicio de conducción de enfermos á los hospitales, y dos carricoches que, con mejor deseo que acierto, se armaron por cuenta del Casino al principio de la insurrección, no merecían ciertamente la denominación de carruajes de ambulancia.

Y aquí viene de molde una profecía yankee, cuyo recuerdo me asaltó también al ver en los patios del hospital de Arroceros los coches Löhner pertenecientes á las tropas del General Merrit.

Hablando un día con mi ilustrado amigo D. Federico Jacques, á la sazón Jefe del detall del Parque Sanitario, de la comisión que el Cuerpo le confió en la Exposición Universal de Chicago, me refería dicho compañero la mala impresión que le causó, en medio de tanta grandeza, el atraso que revelaba el material sanitario del ejército americano. Y como yo no acertara á comprender que un pueblo tan práctico y tan rico incurriese en descuidos de esa naturaleza, se apresuró á decirme el Sr. Jacques:

—Eso mismo pensé yo, y así se lo expuse al colega americano que iba describiéndome el material de transporte aparcado, que

era el mismo que se empleó en la guerra de secesión. Pero la explicación que se me dió no pudo ser más expresiva y convincente:

« Hay dinero de sobra para atender en todo tiempo este servicio. Si el gobierno americano viese próxima una guerra, adquiriría entonces el material que se considerase preciso, y de ese modo lo tendríamos nuevo y con los últimos adelantos.»

La respuesta, si no fué una lección, bien merece que como tal se estudie para el porvenir.

Porque ¿de qué sirve que España tenga desde 1860 un sistema completo de ambulancias del ejército, y que mande con frecuencia comisiones al extranjero para conocer y utilizar los progresos realizados en el material sanitario, y encargue á otras comisiones el estudio de la reforma de dicho material, y gaste cuantiosas sumas en la adquisición de modelos y en preparar material de sanidad para un ejército de 25.000 hombres, y aplique el importante donativo «Zarco del Valle» á la construcción de carruajes para heridos, y tenga un parque repleto de toda clase de medios de transporte, y sostenga un servicio de ambulancias completamente organizado, en el que se han puesto á prueba todos los modelos de carruajes adquiridos; de qué sirve tanta previsión, tanto estudio y tanto gasto, si en las guerras que sostengamos no se han de utilizar y hemos de reducirnos solamente á improvisar como podamos?

Si los americanos, que tan poca atención prestaban á los parques sanitarios, presentaron, al poner el pie en Manila, una ambulancia con cinco ó seis carruajes sistema Löhner, ¿qué correspondía que tuviéramos los españoles, mucho más previsores al parecer, llevando, como llevábamos, dos años de lucha encarnizada con los insurrectos filipinos?

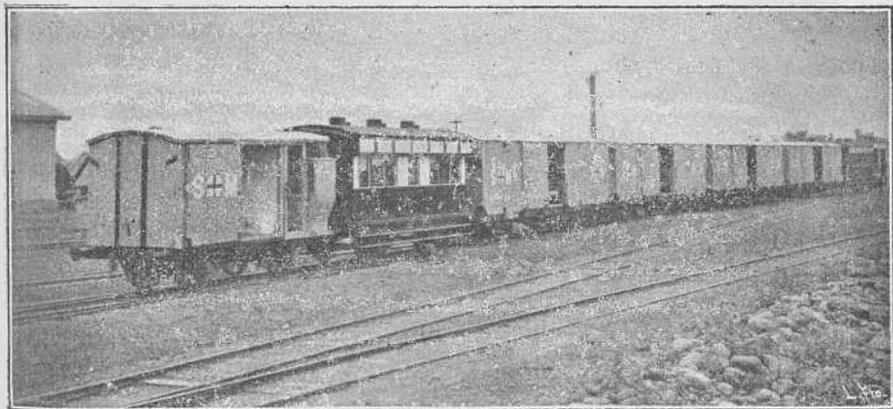
Así se comprende que una de las primeras órdenes dadas por Otis en Manila, fuese la de que se facilitara á sus tropas el material sanitario de transporte empleado por nuestro ejército.

Y así se explica también que al ver los comisionados americanos los pobres elementos con que hicimos el servicio durante el

sitio de la plaza, no quisieran hacerse cargo de ellos y manifestarían desdefiosamente que no les servían para nada....

Durante la campaña de Luzón, el transporte de enfermos y heridos, por vías navegables, se efectuó con bastante regularidad, así que fué organizada una especie de ambulancia flotante con algunas de las gabarras destinadas á la carga y descarga en la bahía de Manila; y ya al final de dicha campaña se organizó también un tren-hospital para recoger los convoyes sanitarios en las estaciones del ferrocarril de Manila á Dagupan.

Las *gabarras-hospitales* eran tres, y prestaban servicio á remolque de pequeños vapores, cedidos ó embargados con tal objeto. Cada una de las señaladas con los números 2 y 3, las cuales fueron facilitadas por la Dirección de las obras del Puerto, disponía de 50 camillas de campaña, y la número 1, perteneciente á la Compañía general de Tabacos, tenía 60 camas distribuídas en tres compartimientos; las tres estaban dotadas con un botiquín llamado de destacamento, y tenían asignados para el servicio un Médico provisional y dos soldados sanitarios.

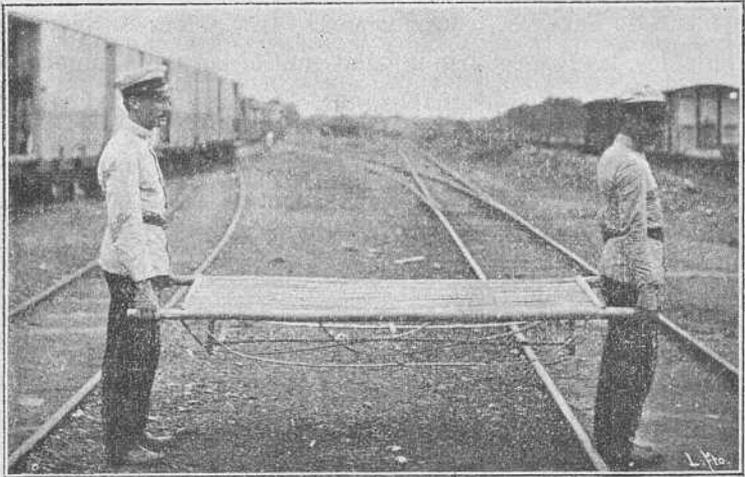


La organización del *tren-hospital* se me confió por orden del Excmo. Sr. Capitán General, á propuesta de la Subinspección de Sanidad Militar, en la segunda quincena de Noviembre de 1897. Estaba constituido dicho tren por dos furgones porta-frenos, un

vagón de primera clase, otro de segunda y cuatro vagones de mercancías cubiertos, pertenecientes todos á la Empresa del ferrocarril de Manila á Dagupan, cuyo Director, Mr. Higgins, mostró verdadero empeño en secundar mis planes, y en que el Cuerpo pudiera presentar un material selecto y reformado en condiciones inmejorables.

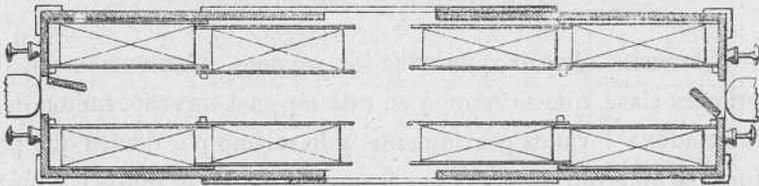
El furgón porta-freno que formaba á la cabeza del tren, contenía un estante-mostrador para los repuestos quirúrgico y farmacológico, dos grandes cajas para el material de curación y el depósito de agua potable.

Seguía el vagón de primera clase, nueva y elegante berlina de dos departamentos, uno de ellos reservado para Jefes y Oficiales heridos ó enfermos, y el otro destinado á la Dirección del tren.



Los cuatro vagones cubiertos, que en la clasificación adoptada por la Empresa correspondían á la serie W. B., eran exactamente iguales. Con anchos portones laterales de corredera, provistos de cortina y barandilla, y pequeñas puertas en los frentes que permitían, por medio de puentecillos apropiados, la completa comunicación por el interior del tren, medían en su interior 9 metros de longitud por 2'1 de latitud y 2 de altura, y contenía cada uno 16 ca-

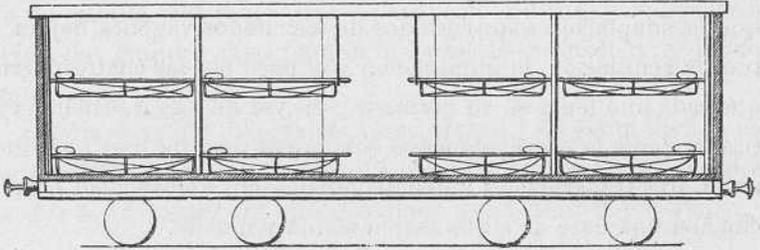
millas-lanapes en dos tandas superpuestas, con todo el utensilio necesario para la más cómoda instalación y asistencia de los heridos ó enfermos. La camilla-lanape, hecha con cañas y bejuco, daba verdadera originalidad al tren, y ofreció ventajas muy estimables. Fuerte, ligera, barata y sencillísima, podía recomponerse y reemplazarse en cualquier parte, permitiendo sus varales, algo más cortos que los de la camilla española de campaña (2'15 metros), que la adaptación á los costados de los citados vagones dejara libres la ventilación, la iluminación y el paso por las cuatro puertas que cada uno tenía en su perímetro; en vez de pies ó sostenes verticales, tenía la camilla-lanape ocho arcos de caña, tres longitudinales, tres transversales y dos diagonales, cuya elasticidad proporcionaba una base de sustentación sólida y muelle.



Sección horizontal de un vagón del tren sanitario.

En la instalación de las camillas se siguió un procedimiento mixto, que tenía algo de los sistemas de Peltzer y Bonnefond. Por medio de fuertes soportes, que iban del suelo al techo del vagón, se limitó en los costados del mismo el espacio necesario para la colocación de las camillas; las de la tanda inferior apoyaban directamente en el suelo, y las de la superior en muescas ó anillas que al efecto llevaban los soportes. Como los vagones tenían muelles excelentes, la vía se hallaba en buen estado, y el recorrido nunca podía ser muy largo, y siempre se hacía á una moderada velocidad, no originó graves dificultades la carencia absoluta de muelles de suspensión; cuando se hizo la prueba oficial, en presencia del General Primo de Rivera, quedó perfectamente demostrado que en todas las camillas del referido tren podían ser transportados cómodamente heridos de cualquier género.

Tras de los vagones enumerados y descritos, seguía uno de segunda clase con el utensilio correspondiente para transportar 24 individuos sentados; y en último término, á la cola del tren, formaba un furgón porta-freno, en cuya estantería estaban repartidos convenientemente el repuesto dietético y el material y utensilio de reserva.



Sección longitudinal de un vagón del tren sanitario.

Conviene advertir que todos los vagones, á excepción del de primera clase, que se estrenó en este especial servicio, fueron desinfectados y lavados previamente, y lo mismo por dentro que por fuera se pintaron con el mayor esmero, hasta hacer que el conjunto ofreciera aspecto de tren sanitario permanente, siendo, como era, un tren en poco tiempo improvisado.

El equipo de los enfermos y heridos era conducido en un furgón especial; las ropas y el utensilio del tren eran iguales á los de los hospitales fijos, correspondiendo á cada individuo una manta, una sábana, dos cabezales con sus fundas, dos pañuelos, una escupidera, una botella con cierre hermético y un abanico.

Si las circunstancias lo exigían, el tren podía ampliarse con los vagones-unidades que se hicieran precisos; y para transportes muy limitados en número y de corta duración, bastaba agregar uno ó dos de dichos vagones á los trenes ordinarios de viajeros.

Al formalizarse la campaña de Luzón, disminuyeron, como era natural, los servicios militares que en otro tiempo reclamaran las operaciones de Mindanao, quedando allí solamente las tropas necesarias para asegurar la posesión de las plazas y puntos ocupados en distintas expediciones.

El hospital de Joló y los de Parang-Parang, Zamboanga, Iligan y Marahui; las enfermerías de Puerto-Princesa, Cottabato, Tukuran y Agaña, y la estación sanitaria (1) de Momungan, eran todas las dependencias del Cuerpo de Sanidad Militar que se hallaban fuera de la isla en que se había originado y desarrollado la insurrección tagala.

En cambio, en Luzón funcionaban 18 establecimientos sanitarios, distribuídos en la forma siguiente:

Denominación.	Pueblo.	Provincia.
Hospitales fijos.....	Manila.....	Manila.
	Malate.....	
Idem provisionales. ...	Cavite.....	Cavite.
	Naic.....	
	Indang.....	Laguna.
	Calamba.....	
	Baliuag.....	
Enfermerías.....	Batangas.....	Batangas.
	San Miguel de Mayumo. ...	Bulacán.
	San Isidro.....	Nueva Ecija.
	Cabanatuan.....	
Estaciones sanitarias.	Baler.....	Cavite.
	Imus.....	
	Silang.....	Laguna.
	Alfonso.....	
	Santa Cruz.....	Batangas.
	Taal.....	
Lipa.....		

El funcionamiento de todas las dependencias sanitarias esta-

(1) Dábase el nombre de estación sanitaria á las enfermerías militares que en vez de regirse por el Reglamento especial de las mismas, vigente en Filipinas, eran consideradas como clínicas dependientes de un hospital fijo ó provisional.

blecidas fuera de la capital, con carácter transitorio, para atenciones de la campaña, aunque nada dejó que desear, no ofreció, ni en conjunto ni en detalle, particularidades que merezcan especial mención.

Los locales, unos más, otros menos, reunían condiciones apropiadas para el objeto, porque, en general, habían podido elegirse entre los mejores que se encontraron en los pueblos; el suministro de material y utensilio se hizo sin restricción alguna y adquiriéndolo ex profeso la Administración; el personal tenía bien acreditados su celo é inteligencia para el servicio. Más que hospitales y enfermerías provisionales, parecían instalaciones permanentes, en cuya organización no se hubiera querido omitir ningún detalle reglamentario.

Asegurado, pues, desde el principio el funcionamiento regular de los citados establecimientos, habrían seguido prestando buenísimos servicios hasta el final de la campaña, si el desastre de Cavite no hubiera indirectamente anulado su acción y contribuído también á que cayeran más tarde en poder de los insurrectos. Pero es bien sabido lo que ocurrió al romperse las hostilidades con los americanos; las milicias indígenas volvieron contra España las armas que ésta les dió para combatir al invasor, y haciendo causa común con éste los traidores, estrecharon unos á Manila en reducida zona de defensa, que atacaron incesantemente, mientras otros aislaron y asediaron todos los destacamentos, los cuales, faltos de auxilio, de municiones y de víveres, tuvieron al fin y al cabo que rendirse. De este modo el enemigo se fué apoderando poco á poco de los hospitales, enfermerías y estaciones sanitarias de Luzón, con lo cual, si no conquistó en realidad un triunfo, logró aumentar fácilmente el número de españoles secuestrados en Filipinas por obra y gracia del *humanitarismo yankee*.

El hospital de Manila, el primer establecimiento sanitario del Archipiélago, sobre el cual tuvieron que pesar constantemente las consecuencias de la campaña, no reunía, ni con mucho, las condiciones exigibles en tan extraordinarias circunstancias. Sus esca-

Los pabellones sólo tenían capacidad para unas 400 camas, y en el departamento de Jefes y Oficiales no podían instalarse más que ocho ó diez, y eso con mucha dificultad. No tenía sitio adecuado para recibir y curar los heridos antes de distribuirlos en las clínicas, ni había sala de operaciones, ni había medio tampoco de aislar debidamente los casos de grave infección ó los que por otro concepto constituyeran un peligro en las salas.

Sin otro aumento que el que naturalmente había de tener la morbosidad en proporción del que tuvo el ejército, habría resultado el hospital de Manila alojamiento insuficiente para los casos ordinarios ó de enfermedades comunes; mucho más para contener el gran número de heridos, palúdicos, disintéricos ó anémicos que ocasionaban á diario los lances de la guerra y las penalidades de la campaña. De aquí que se empezara por estrechar las distancias de las camas y establecer nuevas filas en todas las crujías; pero cuando los locales se llenaron y no se vió forma de aumentar un lecho más, se habilitaron como clínicas los salones de la Escuela de Artes y Oficios, próxima al hospital; y poco después se destinó al mismo objeto un edificio muy bueno, pero que tenía el defecto de estar bastante apartado, la Escuela Municipal de niñas; y más tarde se convirtieron en salas dependientes del mismo hospital, las cuadras nuevas y viejas del cuartel de Arroceros; y luego se utilizaron para salas de Jefes y Oficiales dos grandes dormitorios del cuartel de España; y al mismo tiempo se ampliaban las clínicas de tropa con varias salas cedidas en el hospital civil de San Juan de Dios; y al ver que estos suplementos no bastaban, y que crecía y crecía el número de enfermos, se pidió y obtuvo autorización para convertir también en clínicas los flamantes pabellones del lejano cuartel de Malate....

Cuando las cosas llegaron á este extremo, se hizo absolutamente imposible conservar, como algunos pretendían, la unidad nosocomial en la plaza de Manila; y por más que aún siguieran figurando como salas del primitivo hospital las clínicas anteriormente enumeradas, la Subinspección del Cuerpo recabó para las de

Malate una disposición especial, que les permitió desde luego funcionar como hospital fijo ó permanente.

A pesar de todo, no eran suficientes los locales de que se disponía para la asistencia hospitalaria; hubo un mes (Febrero de 1898) en el que correspondieron más de 3.000 asistidos á los dos hospitales de Manila, y días hubo también en que figuraron en los mismos más de 2.000 individuos entre heridos y enfermos.

El nuevo hospital de Malate era un excelente edificio, y aún tuvo una buena ampliación con los barracones que se construyeron enfrente de él para alojamiento de convalecientes; pero así y todo, no se libró durante algún tiempo del hacinamiento que se notaba en todas las clínicas, y muy particularmente en algunas del hospital Central.

En éste se llegó á desalojar las oficinas para colocar unas cuantas camas, y hasta se situaron enfermos fuera de las salas, al descubierto, porque en el interior de ellas apenas quedaba el espacio indispensable para efectuar el servicio.

Nunca podré olvidar el agobio que á todos nos causaba entrar en salas que, debiendo, á lo sumo, contener 50 camas, tenían 120 ó 125 lechos, contiguos algunos por tres de sus lados, y en la mayor parte de los cuales yacían espectros reveladores de la tuberculosis pulmonar, la anemia tropical y la disentería. Ni es fácil que se me olvide tampoco que en la misma sala donde tenía en tratamiento tres ó cuatro amputados, ocho ó diez operados de resección articular y varios heridos graves de cráneo y pecho, tenía que curar también dos tetánicos que no podían aislarse en parte alguna, individuos afectados de erisipela, antrax y angina gangrenosa, y un número bastante crecido de manifestaciones venéreas y sifilíticas.

¡Y todavía había quien dijera que *estábamos dejados de la mano de Dios!*

Los peligros que allí se han salvado por una serie de milagros portentosos, harían declarar al más incrédulo que no hay bacterias que valgan ante el poder de la Divina Providencia. Con un día, en sólo un momento que Ella hubiese dejado de la mano al hos-

pital de Manila, seguramente habría experimentado nuestro ejército mayor número de bajas que en la acción más reñida de aquella campaña.

El hacinamiento comprometió también algunas veces las clínicas de la Escuela Municipal, y eso que el local no podía tener mejores condiciones para un pequeño hospital, y sobre todo para una enfermería especial de Jefes y Oficiales. Pero era imposible defender ningún local contra la avalancha de enfermos que vino sobre Manila. Unicamente hubiera tenido remedio el mal descentralizando el servicio; creando sucesivamente hospitales provisionales de 200 ó 300 camas en los edificios de San Agustín, Santo Domingo, Santa Isabel y Santa Rosa, edificios que, sobre las buenas cualidades de amplitud, cómoda distribución é higiénica instalación de almacenes, capilla, cocina, baños, retretes y demás necesarios servicios, tenían las ventajas de estar casi totalmente desocupados y pertenecer á comunidades religiosas que, para su más cómodo alojamiento, disponían de otras casas no menos espaciosas dentro de la misma capital. Pero ni los propietarios ofrecían con gusto, ni las autoridades reclamaban con decisión. Los grandes y apartados locales requerían personal y servicio propios, y tantas cuantas veces se intentó emprender el camino de esa descentralización que á nadie perjudicaba, otras tantas hubo que desistir ó retroceder ante el número y la magnitud de los obstáculos que se opusieron.

L. AYCART.

(Continuará.)



PESTE BUBÓNICA

(Continuación.)

Patogenia.—Indudablemente uno de los capítulos más difícil y menos conocido de esta enfermedad es el relativo á su patogenia; ¿de qué medios se vale el germen productor para pasar de rata á rata, de la rata al hombre, de hombre á hombre y de éste á otros animales? ¿cómo penetra el micro-organismo y qué resistencias ha de vencer para determinar sus perniciosos efectos? Estas cuestiones, en vías de resolución, vienen á sintetizar el problema patogénico, y son de tan trascendental importancia que de su conocimiento depende la elección oportuna de los medios de defensa disponibles.

Por lo que se refiere á las ratas y demás animales sensibles, la opinión más admitida es que la infección se efectúa por la ingestión de materiales virulentos ó por el contacto de los mismos con las mucosas ó alguna escoriación de la piel. Bajo el punto de vista experimental, pueden clasificarse las mucosas, atendiendo á su susceptibilidad á la infección, en el orden siguiente: mucosa nasal, conjuntiva, mucosa de la boca, del intestino, del recto, y, en último término, la vaginal.

A cada mucosa corresponde una forma de enfermedad y una categoría especial de lesiones, como veremos al estudiar el capítulo correspondiente, señalando aquí solamente que la manera de iniciarse las lesiones en el aparato linfático nos indica cuál fué la puerta de entrada del microorganismo, hasta el punto que, la inoculación de la peste, es un excelente procedimiento para estudiar la distribución y anastomosis de los vasos linfáticos y las relaciones con la región afectada. En la peste intestinal, consecutiva á la ingestión de materiales virulentos, los ganglios mesentéricos alcan-

zan gran volumen; en la infección rectal, los infartos ganglionares inguinales son los primeros que aparecen, y cuando ha sido la vagina el punto de introducción la cadena lumbar es la primeramente afectada. En los casos de inoculación subcutánea, los ganglios que reciben los linfáticos de la zona operatoria son los que se alteran más pronto y seguramente.

Precisamente, apoyándose en los datos que la experimentación en los animales nos proporciona, se han formulado varias teorías para explicar la infección del hombre. Después de las experiencias de Wyrokowitch y Zabolotnie, en Bombay, se admite por casi todos que las vías de penetración del microbio pestoso en el organismo humano son la piel y el pulmón; el virus esparcido en el suelo y en los objetos que nos rodean, penetra en el cuerpo por las escoriaciones de la piel y mucosas, ó bien el microbio, arrastrado y mezclado con las partículas suspendidas en la atmósfera, es transportado al pulmón; en el primer caso se produce la forma ordinaria con manifestaciones ganglionares aparentes; en el segundo la pneumonía pestosa que es mucho más rara.

Esta teoría no satisface por completo; y aun reconociendo tiene base experimental, no explica suficientemente los hechos que ocurren en la Naturaleza.

Aun en los mismos hechos experimentales que le sirven de fundamento, choca lo fácilmente que responden los animales á la inoculación directa en el tejido celular, determinando seguramente la peste, y la inseguridad de la infección por otras vías: ingestión, inhalación, contacto de materiales contaminados con la piel escoriada, etc.

Por otra parte, multitud de experiencias, encaminadas á resolver el problema, poniendo en contacto de la piel escoriada (monos y otros animales sensibles) substancias virulentas (esputos y contenido intestinal de pestosos), han tenido resultado negativo.

Aun aquellos hechos que proclaman de manera evidente, al parecer, lo peligroso que es el contacto, tales como los casos bien comprobados y numerosos de contagio por tocar con la mano una

rata muerta de peste, estudiando detenidamente se vé que otras circunstancias, y no el hecho de tocar la rata, son la causa del contagio, haciéndonos dudar que la piel, con ó sin integridad anatómica, sea con frecuencia la puerta de entrada del microbio pestoso. Para que la infección se realice por la vía cutánea, precisa algo más que el simple contacto de materias virulentas; precisa, como luego trataremos de demostrar, una verdadera inoculación, y ciertamente satisface ver que la inoculación sea lo mismo en el laboratorio que en la Naturaleza la manera más frecuente y segura de producir la peste experimental y la adquirida por el hecho de vivir en un foco infectado.

Para demostrar la primera parte de lo dicho, nos basta exponer sencillamente cómo ocurren los hechos. Es absolutamente cierto que ha bastado una y cien veces coger breves momentos una rata muerta de peste para quedar contaminado el que tal imprudencia cometió; pero no dejan de ser más numerosos todavía los casos en que fueron manejados impúgnemente cadáveres de ratas muertas de peste, resultando evidente el incongruente hecho de que entre las ratas encontradas muertas de peste en una misma localidad, sean unas peligrosas y otras inofensivas (en cuanto á su contacto.) Analizando unos y otros casos, se vé que los cadáveres de ratas recién muertas son peligrosos, y la mayoría de las veces que se comete la imprudencia de tocarlos, la peste se declara antes de transcurrir ochenta horas desde que el contacto se efectuó; por el contrario, los cadáveres de ratas manejados á las veinticuatro horas ó más de la muerte, son inofensivos, resultando, como dice muy bien Simond, la existencia de un período que dura algunas horas después de la muerte, durante el cual el cadáver es contagioso, haciéndose luego inofensivo, como si la substancia deletérea se evaporase. Esta contagiosidad sutil de la rata afectada de peste espontáneamente, no la posee jamás la rata que muere en la vitrina del laboratorio de peste experimental, hecho notable que demuestra evidentemente no depender la contagiosidad de la rata de la suciedad de la piel por las substancias excrementicias;

pues de ser así, lo mismo sería contagiosa la rata del laboratorio que la del foco pestoso, ó, mejor todavía, debía ser más peligrosa la muerta en la vitrina, que por el reducido espacio de que dispone tiene la piel más sucia que la rata muerta cuando vivía libremente en un foco pestoso. Tampoco cabe explicar el hecho por la posibilidad de cultivarse el microbio Yersin sobre la piel de la rata, pues aparte de que en ese caso no duraría tan poco tiempo la contagiosidad del cadáver, tampoco habría motivo para que el cultivo se efectuase sobre la piel de la rata viviendo en libertad, y jamás en la del laboratorio. Simond ha formulado una teoría de indiscutible valor por apoyarse en hechos de observación y experimentación bien comprobados, que explican perfectamente todos estos hechos, al parecer paradójicos, esclareciendo al propio tiempo el obscuro problema patogénico de la infección pestosa; me refiero al papel activo que juegan los parásitos (pulgas, chinches), inoculando mediante sus picaduras el virus pestoso.

Si se examina detenidamente una rata algún tiempo cautiva en el laboratorio, es raro se la encuentre alguna pulga; es más, si la colocamos en una vitrina, juntamente con algunas pulgas, no las tolera, y con habilidad chocante las destruye pronto; no sucede lo mismo á la rata que vive en libertad; casi siempre en parajes oscuros, donde abundan los parásitos (graneros, almacenes de comidas, forrajes, etc.), los tienen que soportar, cual les ocurre á los perros y gatos; y aunque las ratas se libran mejor de ellos por la rara habilidad de que están dotadas, en el momento que enferman descuidan su limpieza, cesan de defenderse, y al final de la enfermedad su piel está materialmente cubierta de pulgas. Yersin ha descubierto que el microbio de la peste se cultiva en el intestino de las moscas que lo ingieren; nada se opone á que ocurra lo mismo en el intestino de la pulga; así parece, según los siguientes experimentos de Simond.

«Nosotros hemos practicado muchas veces el examen microscópico del contenido intestinal de pulgas recogidas de las ratas espontáneamente apestadas, y muchas veces hemos encontrado la

presencia de un bacilo, morfológicamente parecido al de la peste. No nos fué posible, por la imperfección de nuestros medios de trabajo, aislar este microbio en cultivo; pero la certeza, de tratarse del bacilo pestoso, nos la dió un examen comparativo: si colocamos pulgas sobre un ratón apeestado pocas horas antes de morir, y se examina su contenido intestinal á las veinticuatro horas, se observa en cantidad más ó menos considerable microbios con los caracteres del pestoso. Estos microbios no existen en el contenido intestinal de las pulgas del mismo origen que no hayan tenido contacto con un animal apeestado.»

«Nosotros hemos inoculado á tres ratones, pulgas procedentes de ratas afectadas de peste, trituradas en algunas gotas de agua: una sola murió de peste, confirmada á las ochenta horas; las otras murieron, una á las nueve horas y otra á las doce, sin que nos fuese posible encontrar el bacilo pestoso en sus órganos.»

«Una rata enferma, capturada en una casa infectada, la colocamos en una vitrina, después de notar que tenía algunas pulgas; una veintena de estos insectos, procedentes de un gato, fueron colocados en la vitrina. A las veinticuatro horas el animal estaba agonizando. Nosotros colocamos entonces en la misma vitrina una rata joven y sana, encerrada en una caja de hierro con rejilla en una de sus caras. La rata enferma murió á las pocas horas confirmando la autopsia la infección pestosa. La rata joven, sometida á la experiencia, murió al quinto día, de peste perfectamente caracterizada.»

«La experiencia, repetida en las mismas condiciones, nos dió un éxito en un ratón y dos resultados negativos en dos ratas adultas; la destreza con que se defendieron del ataque de las pulgas, la facilidad con que fueron cazadas y comidas en nuestra presencia, nos hace suponer que sea ésta la causa de la falta de éxito de esta experiencia en muchos casos; en cambio, los dos resultados positivos no pueden ser atribuidos mas que á la infección por las pulgas, no solamente porque una rejilla metálica separaba el animal en experiencia de la rata apeestado, sino porque no hemos conseguido jamás infectar una rata ni un ratón por el contacto de animales

inoculados en el laboratorio y exentos de parásitos. En uno de los muchos casos que pudiera citar, el cadáver, desprovisto de pulgas, de una rata muerta de peste espontánea en la ciudad de Kurachee, fué colocado en una caja, juntamente con siete ratas sanas, y ninguna de ellas contrajo la peste.»

Indudablemente resulta verosímil la teoría de Simond, siquiera sea difícil explicarse el medio de que se valen las pulgas para introducir el microbio pestoso en los tejidos; no satisface admitir sea la sangre que pueda tener el aguijón el único elemento virulento de la pulga contaminada, porque en ese caso sólo sería peligrosa poco tiempo después de su separación del animal apestado. Es un hecho fácil de observar que, durante la succión, la pulga deposita sus deyecciones, consistentes en una gota de sangre digerida; ahora bien, dado el caso probable de que este líquido sea un buen medio de cultivo para el microbio pestoso, cuya existencia quedó demostrada por los experimentos antes citados, es racional pensar que el microbio se introduce por la perforación que el aguijón produjo.

Es lógico pensar con Simond, que las diversas formas de peste espontánea humana y animal reconocen ordinariamente una modalidad única de infección, la inoculación parasitaria intracutánea, siendo la pulga el habitual intermediario de la transmisión, aunque no es absurdo pensar que las chinches puedan desempeñar el mismo papel, siquiera sea con menos frecuencia.

Esta teoría, como dice muy bien su autor, nos explica perfectamente los puntos oscuros de la historia de la propagación de la peste, su predilección por las habitaciones sucias y los barrios hacinados y miserables, el poco éxito de la desinfección, la relativa inocuidad de los trabajos de laboratorio. Nos explica también el por qué una rata muerta de peste ó enferma es ó no peligrosa, según el número de parásitos; después de la muerte de la rata espontáneamente apestada, las pulgas se separan de la epidermis sin abandonar el cadáver en unas horas, durante las cuales es muy peligroso su contacto, ya que sería raro no recoger algunos de los parásitos al cogerle con la mano. De igual modo se comprende las

consecuencias que puede tener para los habitantes de una casa la presencia de una rata muerta de peste, aun sin tener contacto directo con ella, pues al abandonar las pulgas su cadáver se esparcen por la habitación, convirtiéndola en un foco de infección. Así se comprende también por qué el contagio humano es menos frecuente que el de las ratas; pues aparte de que el hombre suele tener menos parásitos, éstos sólo son peligrosos durante las últimas horas de la enfermedad, porque únicamente entonces es cuando el microbio se ha generalizado y existe en la sangre de la circulación periférica; á esto es debido sin duda que todos los casos de contagio humano bien confirmados hayan sido producidos por individuos afectados de peste mortal; en estos casos quizá las chinches jueguen un papel tan importante como las pulgas, aunque no se puede afirmar por carecer hasta la fecha de observación que lo acredite, ó por lo menos nada he encontrado demostrativo sobre el particular. El escaso número de parásitos en los hospitales bien dispuestos, y su abundancia en los que reúnen malas condiciones higiénicas, explica la frecuencia del contagio en los segundos y la rareza en los primeros.

Resulta tan lógico todo lo referente á la etiología si admitimos las ideas de patogenia antes apuntadas, son tan evidentes las bases de observación y experimentación sobre que descansa, que no tememos afirmar sea la inoculación parasitaria (valga la expresión), el mecanismo patogénico más frecuente, sino el único, en cuanto al hombre se refiere.

Sin negar la posibilidad de otros mecanismos patogénicos, tales como la absorción del micro-organismo por las mucosas y hasta por la piel desprovista de epidermis, son tan numerosas y artificiales las circunstancias requeridas para que ésto se realice en el cuerpo humano, que, en realidad, podemos afirmar carecen de importancia bajo el punto de vista patogénico de la peste humana; por análogas consideraciones, si bien en sentido inverso, es decir, por lo fácil y frecuente que es el contacto de materiales contaminados con las mucosas y las escoriaciones cutáneas de los animales sensibles

á la peste, es lógico afirmar que estos mecanismos patogénicos juegan un papel tan importante como la inoculación parasitaria en la peste de los animales, sobre todo de aquéllos que, cual la rata y el ratón, por su género de vida resulta factible la infección por la vía mucosa y dérmica.

Respecto á la vía cutánea podemos ser más afirmativos y categóricos, puesto que está perfectamente demostrado que ni el contacto del microbio en cultivo, ni el de la sangre de un animal apesado ó de sus excreciones con la piel sana, producen jamás en el hombre y en los animales la infección pestosa.

Como conclusiones de las consideraciones que preceden, podemos afirmar: Primero. Que el mecanismo patogénico más frecuente, si no el único, de la peste humana, es la inoculación parasitaria. Y segundo. Que la ingestión de materiales virulentos ó el contacto de los mismos con la mucosa ó piel escoriada, es un mecanismo patogénico casi exclusivo de los animales, y en algunas especies (rata, ratón) es tan factible y frecuente como la inoculación parasitaria.

Una vez que nos es conocido cómo el microbio penetra en los tejidos, réstanos, para dar por terminado el estudio patogénico, exponer las resistencias que el organismo opone al agente perturbador. Desgraciadamente son tan insignificantes, que precisa un esfuerzo de la imaginación para evidenciarlas, y sobre todo estar plenamente convencidos de que la lucha contra todo lo que nos molesta es una ley fatal y necesaria para la existencia de todas las especies.

Es un hecho indudable que el organismo atacado por el microbio de la peste se defiende oponiéndose á su difusión, débil defensa representada por la reacción en el punto de penetración, tanto más manifiesta cuanto menos virulento es el microbio, y por el infarto de los ganglios, á donde abocan los linfáticos de la región, tratando el tejido, lo mismo que el ganglio, de aprisionar, retener ó retrasar, al menos, la irrupción del germen virulento en el torrente circulatorio, donde tantos estragos ocasiona.

Cuando se inocula á un animal la peste con un cultivo muy virulento, no se nota reacción local de ningún género, y hasta las manifestaciones ganglionares son poco acentuadas; pero si se recurre á un cultivo de débil virulencia, la reacción local es manifiesta, y la ganglionar jamás falta.

En el hombre puede observarse en muchos casos, al comenzar la enfermedad, antes de iniciarse la sintomatología, la aparición en la superficie cutánea de una ó varias flictenas de tamaño variable, conteniendo un líquido al pronto transparente, y sanguinolento ó purulento más tarde. Al principio constituye una pequeña pápula, apareciendo en su centro una gota de líquido que la transforma en un bulbo lenticular, de color grisáceo, limitado por una zona violácea, con el epidermis grueso é inflamado. En la mayoría de los casos, sobre todo en aquéllos que la evolución de la peste termina favorablemente, el proceso queda en tal estado, la flictena no alcanza mayor tamaño que el de una lenteja, su contenido se opacifica, adquiriendo el aspecto de una pústula, y durante la convalecencia se deseca y desaparece. Otras veces alcanza dimensiones mayores, pero evoluciona en parecida forma. En otros casos la región donde asienta se edematiza, alcanzando la flictena grandes dimensiones (como una nuez), no tardando en romperse, dejando al descubierto una base inflamada en vías de necrosis; la gangrena progresa en profundidad y anchura, alcanzando rara vez el diámetro de un duro, formándose una escara profunda las contadas veces que en estos casos termina por la curación la peste.

Un carácter, común á todas las variedades de flictenas, es el de ser dolorosas desde el principio y durar su evolución tanto como la enfermedad.

Invariablemente la flictena vá acompañada del infarto de los ganglios, donde abocan los linfáticos de la región donde asienta.

Estas flictenas, tan bien descriptas por Simond, y que podemos llamar, siguiendo su ejemplo, flictena precoz, no hay que confundirlas con las flictenas penfigoides ni con las erupciones pustulosas que se presentan algunas veces en el curso de la peste. La flic-

tena precoz aparece al principio de la enfermedad, comienza por ser una lesión pequeña y asienta sobre una región no edematosa, siquiera luego el edema aparezca, mientras que la flictena penfigoide se desarrolla, por lo general, tardíamente y sobre una región previamente edematosa, su aparición es brusca, siendo desde el principio de gran tamaño, formándose rápidamente por despegamiento del epidermis y constituyendo una gruesa ampolla, de contenido cetrino ó sanguinolento, sin que en los contornos se noten rasgos de inflamación. Las erupciones pustulosas constituyen un accidente de la convalecencia.

La aparición de la flictena precoz no es constante, faltando en los casos de peste de marcha rápida y fatal, cuando faltan las manifestaciones ganglionares ó son poco acentuadas; lo cual está perfectamente de acuerdo con lo que hemos dicho ocurre al inocular á los animales un cultivo muy virulento. En los dos casos, la falta de resistencia orgánica ó la virulencia exagerada hace que el microbio pase rápidamente por el punto de entrada y por los ganglios, llegando prontamente al torrente circulatorio, determinando en breve plazo los perniciosos efectos que le caracterizan.

Simond ha practicado repetidas veces el examen microscópico del contenido de las flictenas, afirmando «que en todos los casos, aun en aquéllos cuyo contenido es purulento, se encuentra el bacilo de la peste. Cuando se hace asépticamente, y al principio del desarrollo de la flictena, el análisis de la serosidad, se encuentra el bacilo de la peste en cultivo puro; más tarde se encuentran, al mismo tiempo, otros microbios.» La presencia constante del bacilo específico en el líquido, la aparición precoz y su correlación con los bubones, son razones más que suficientes para considerar á la flictena precoz como la puerta de entrada del microbio de la peste, lo cual, por otra parte, ha sido confirmado por algunos hechos. El Dr. Sticker, miembro de la comisión alemana encargada en 1897 de estudiar la peste en Bombay, al practicar una autopsia de un apestado se produjo en la mano una picadura anatómica; uno ó dos días después apareció en el sitio de la picadura una pe-

queña flictena que contenía el bacilo de la peste; al mismo tiempo se produjo infarto de los ganglios axilares correspondientes, iniciándose un ataque de peste característico, que felizmente terminó por la curación.

El mismo accidente sufrieron en Hong-Kong el año 1894 dos miembros de la comisión japonesa, produciéndose la misma lesión en el punto de inoculación.

La flictena precoz de la peste representa la reacción local del organismo en el punto de entrada del microbio; la presencia de varias flictenas simultáneas revela que la penetración del virus puede efectuarse por varias partes al mismo tiempo.

Al examen detenido, con auxilio de una lente, de la flictena, no se descubre rastro de escoriación en ella, ni en la piel limítrofe, encontrándose las capas epidérmicas superficiales intactas; ésto, unido al hecho de no encontrarse jamás flictenas en la cara plantar y bordes de los dedos del pié donde frecuentemente existen escoriaciones, hace suponer que no son, como ya hemos dicho antes, estas lesiones las puertas de entrada del microbio de la peste.

Las flictenas precoces se presentan de preferencia en las regiones de piel fina, tales como la cara dorsal del pié, garganta del mismo, cara interna de los muslos, brazos y antebrazos, muñecas y regiones laterales del tronco, es decir, en las zonas donde son más frecuentes las picaduras de los parásitos (pulgas), llamando la atención que sea la cara dorsal del pié la más castigada por las pulgas, y á la vez la región donde más frecuentemente se presentan las flictenas, afianzando más y más la idea patogénica de la peste humana, antes apuntada, á saber: que la inoculación subcutánea producida por la picadura de parásitos contaminados, es el mecanismo patogénico más frecuente, si no el único, del tifo oriental.

DR. J. SEGARRA.

(Continuará.)



Prensa y Sociedades médicas

Aspirina (ácido acetilsalicílico).—Se obtiene este compuesto haciendo obrar el ácido acético anhidro sobre el salicílico. Tiene la fórmula química siguiente:



Se presenta en forma de agujas cristalinas blancas, que se funden á 135°. Puede disolverse en la proporción de 1 por 100 en agua á 37°. Es muy soluble en el alcohol y el éter y en un medio ácido. El Dr. Wohlgemuth ha empleado la aspirina en dos casos de reumatismo agudo, administrando seis gramos disueltos en 200 de agua, agregando 15 de alcohol para favorecer la disolución. Los resultados fueron satisfactorios y rápidos, sin más accidente que algo de gastralgia en uno de los enfermos, debida al alcohol empleado para disolver la aspirina. Ha usado después este medicamento en polvo á la dosis de un gramo tres veces por día, durante una semana, en ocho enfermos que padecían dolores reumatoides consecutivos á la difteria, escarlatina, etc., sin observar consecuencias desagradables. La acción de la aspirina en el reumatismo articular es idéntica á la del ácido salicílico, pero tiene sobre éste la ventaja de no ser irritante. Conviene administrarla en polvo mejor que disuelta.

(*Therap. Monat.*)

*
*
*

Linfagitis gangrenosa del escroto.—*M. G. Fourré:* La gangrena llamada fulminante ó espontánea de las envolturas de los órganos genitales externos del hombre, que parece poder ser atribuída siempre á una linfagitis de forma gangrenosa (Jalaguier), no ha sido descrita hasta hoy sino en el adulto. Pues bien, el autor ha tenido la ocasión de observar, en el hospital *des Enfants-Malades*, á dos recién nacidos atacados de esta afección.

En esos dos casos se trataba de una linfagitis reticular, que sin causa aparente había comenzado á nivel de la parte supero-interna de los muslos para invadir luego rápidamente el escroto, el cual se entumeció y se volvió rojo y duro á la presión. A no tardar vióse aparecer en la parte mediana de las bolsas una placa blanca de gangrena acompañada de algunas flictenas.

En el primer niño, cuyo estado quedó relativamente satisfactorio, á pesar de la existencia de síntomas de intoxicación general, la placa gangrenosa cayó en esfacelo al cabo de unos cuantos días, dejando al descubierto los testículos, que el proceso morboso había respetado completamente.

El segundo infante, quien, además del foco gangrenoso del es-

croto, presentaba una placa de gangrena en el pene, sucumbió á la septicemia antes de que se cayeran las escaras.

En uno y otro caso tratábase positivamente de una linfagitis gangrenosa y no de una erisipela gangrenosa ó de un flemón difuso; las superficies inflamadas habían sido claramente circunscritas por un limbo dentellado, sin burlete erisipelatoso. De otra parte, el examen clínico permitió descartar la hipótesis de una infiltración urinosa que hubiera podido provocar síntomas análogos.

El tratamiento local consistió en practicar con el bisturí incisiones tan grandes y profundas como era posible en cada lado de la línea media del escroto; luego en aplicar una cura aséptica húmeda ó seca, y en lavar las heridas con una solución de sublimado á 1 por 1.000 cada vez que era renovado el apósito.

Estas observaciones muestran que la linfagitis gangrenosa del escroto reviste en el recién nacido un carácter de gravedad que no ofrece en el adulto. Su pronóstico, por lo demás, está ligado sobre todo al estado de las funciones digestivas del niño. Así, por ejemplo, el primer enfermito, cuya historia acabamos de resumir, aquel que sobrevivió, tenía por nodriza una mujer vigorosa que gozaba de una salud excelente, al paso que el segundo, el que sucumbió, era amamantado por una madre enfermiza y debilitada.

(*Tesis de Paris.*)

*
**

Cloroformo. Tratamiento de la tuberculosis.—El *Dr. Després* (de San Quintín): El bacilo de Koch se implanta y desarrolla en el pulmón con tanta más facilidad cuanto más débil está el organismo. Es necesario, por lo tanto, para el tratamiento, atender á la higiene y tonificar la economía por una alimentación nutritiva. Este modo de tratamiento basta de ordinario para prevenir el desarrollo de la tuberculosis; pero para curar á las personas ya tuberculosas, el tratamiento general necesita combinarse con otro antibacilar enérgico y continuo.

Este tratamiento antibacilar consiste en el empleo bien ordenado del cloroformo, bajo sus diferentes formas, y sobre todo en inspiraciones metódicas y muy inofensivas.

Como el pulmón es un órgano permeable por esencia al aire, y que recibe unas 15 veces por minuto una nueva inspiración de aire, se comprende fácilmente que si éste se adiciona varias veces por día de una cantidad de vapores infinitesimales y antibacilares de cloroformo, se convertirá en un medio de tratamiento de los más enérgicos y mejor tolerados. Inútil es decir que el cloroformo se empleará además en bebida, en pulverizaciones á dosis inofensivas.

La desinfección intermitente de las habitaciones cuando estén desocupadas, con los vapores de aldehído fórmico ó de formocloral, es también un medio curativo enérgico.

(*5.º Congr. francés de Med. interna.*)

*
**

Diagnóstico de la tuberculosis humana por la tuberculina á dosis muy débiles.—Los Dres. Grasset y Vedel (de Montpellier) leyeron un trabajo, cuyas conclusiones son como siguen:

1.^a La prueba de la tuberculina debe reservarse á los casos sospechosos ó dudosos para los que la Clínica y el laboratorio no suministran signos de certidumbre nosológica.

2.^a Las dosis débiles, las únicas que deben emplearse, nada indican en tuberculosis avanzadas.

3.^a El sujeto que ha de someterse á la prueba debe estar apirético, permanecer en reposo y comprobar su temperatura cada tres ó cuatro horas.

4.^a La disolución acuosa de tuberculina, dosificada á un decimiligramo por centímetro cúbico, se preparará con las precauciones antisépticas y se empleará recién preparada, en cuyo caso es de limpidez perfecta.

5.^a La elevación térmica observada debe exceder francamente de un grado para ser considerada como positiva y demostrativa; el máximum llega de ordinario á 1º,5, 2º y hasta 3º.

6.^a Se principiará por la dosis de un decimiligramo y después se emplearán dos decimiligramos si los primeros resultados son nulos ó inciertos. Estas dosis, calculadas sobre un peso conocido de tuberculina preparada, no pueden oponerse á las recomendadas en 1896: tres á cinco decimiligramos, calculados sobre una tuberculina bruta. De aquí la necesidad, en cada trabajo de comprobación, de definir bien la tuberculina empleada.

7.^a En general, la reacción térmica principia doce á veinticuatro horas después de la inyección, y dura de doce á cuarenta y ocho horas, estando comprendido el máximum entre las veinte y treinta horas. Es preferible hacer la inyección por la tarde, para poder observar mejor la reacción del día siguiente. Se observan también reacciones tardías.

8.^a Las inyecciones de tuberculina practicadas según estas reglas, son un medio inofensivo é importantísimo de diagnóstico precoz de la tuberculosis humana.

(5.º Congr. francés de Méd. interna.)

*
**

El delirio en las enfermedades agudas.—*H. Faure*: Intentaremos clasificar los diversos accidentes mentales descriptos con el nombre de delirio en las enfermedades agudas:

1.º Se observa casi siempre el trastorno mental que puede llamarse delirio de sueño, delirio onírico. En los casos ligeros se asemeja á la pesadilla; en un estado más avanzado, tiene verdaderamente dos existencias: una imaginaria, otra real; por último, en el grado máximum, el enfermo no sale de su sueño, en el que mezcla los sueños y las personas. Hay en este estado alucinaciones visuales.

2.º En el segundo accidente hay debilidad moral, caracterizada

por la disminución de la memoria, de la inteligencia y de la afectividad.

3.º Por último, pueden observarse ideas fijas, que aunque son poco estables de ordinario, son en ciertos casos bastante numerosas y análogas para dar al delirio una fisonomía melancólica en general.

El número de las alteraciones macroscópicas y microscópicas del cerebro encontradas en los casos de delirio, es demasiado grande para que pueda admitirse que existe una alteración característica. En los casos que hemos observado, y que forman la base de esta comunicación, sólo hemos encontrado alteraciones intersticiales poco importantes al estudiar la corteza cerebral por el método de Nisl. Haremos, no obstante, una excepción para la alteración siguiente: en ciertos casos, las células piramidales habían adquirido la forma globular, su núcleo estaba rechazado hacia la periferia, y el centro de la célula era claro. Esta alteración, que consideramos como electiva, ha sido señalada por Gilbert, Ballet y por nosotros en la confusión mental.

En nuestras observaciones de enfermos agudos delirantes, esta alteración era muy rara para merecer ser indicada, si no hubiéramos considerado ésto como una razón para reunir anatómicamente el delirio de las enfermedades agudas y la confusión mental, que son ya tan parecidos por su semiología y su patogenia. Admitimos, por lo tanto, que existe entre el delirio y la confusión mental una diferencia suficiente para justificar su separación en dos especies nosográficas distintas, pero que esta diferencia es de grado y no de naturaleza.

(5.º Congr. francés de Med. interna.)

* * *

La extirpación del útero puerperal séptico. — ¿Qué cabe hacer cuando nos hallamos en presencia de una afección puerperal grave? ¿Es necesario, como ciertos Profesores de partos enseñan, renunciar á todo tratamiento local y contentarse con prescribir un régimen fortificante, ó bien se hace precisa una intervención activa? Y, en particular, ¿puede estar indicada la extirpación del útero séptico como medio radical, y en qué casos? Tales son los puntos que trata de resolver el autor de este trabajo.

Según Prochownick, no debe de extirparse la matriz sino cuando es reconocida como centro casi único del proceso morboso y cuando no existe otro medio de curación.

Trátase sobre todo, por consiguiente, de establecer un diagnóstico y un pronóstico exactos.

La apreciación de la gravedad de la afección debe de estar basada en el examen clínico, y especialmente en el estado del pulso. Cuando se cuentan más de 100 pulsaciones por minuto, es indispensable darse cuenta de si la sangre contiene organismos patógenos, lo cual hace necesaria una sangría de 10 c. c.

En materia de microbios de esta clase, el autor no ha encontrado

nunca en la sangre sino estreptococos. Todas las enfermas en cuya sangre había notado la presencia de estos microorganismos, acabaron por sucumbir; en cambio, aquéllas cuya sangre no los contenía, han curado casi todas, cualquiera que fuese, por lo demás, la gravedad de los síntomas morbosos. Prochowick estima, en consecuencia, que cuando existe en el útero un foco estreptocócico, está indicada una intervención radical. Este será el caso, por ejemplo, de las mujeres atacadas de puohemia, si el útero contiene restos icorosos de la caduca, de la placenta ó de una mola, cuya extracción es difícil ó imposible.

Fuera de toda complicación, una puohemia con metritis séptica justifica, á los ojos del autor, la extirpación del útero, aun cuando no la hace absolutamente necesaria.

Cuando no existe puohemia declarada, no se debe intervenir en el transcurso de la primera semana, á no ser que esté probado que hay retención en el útero de los restos ovulares descompuestos. La extracción de estos restos debe de practicarse con el mayor cuidado y previa anestesia de la paciente. Si se desarrolla secundariamente una puohemia, se puede recurrir á la extirpación del útero. En los casos en que una afección séptica limitada á la matriz, sin puohemia, amenaza la existencia de la enferma, se puede probar de favorecer la curación, á partir de la segunda semana, mediante una desinfección local completa. Sin embargo, puede llegar á hacerse indispensable una operación radical.

Al terminar, el autor refiere cinco casos de afecciones sépticas de la matriz, en los cuales extirpó este órgano. Tres de sus operadas curaron.

(Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.)

* * *

Reacción diazóica de Ehrlich en infantes y niños.—Para comprobar los asertos de Nissen, Umikof, Leve y Dolgof acerca de la reacción de Ehrlich, el Dr. Vinocurof practicó en el hospital hebreo de Odesa unas 1.000 investigaciones de orina de 146 niños de 2 á 13 años, afectados de varias enfermedades, y resume el resultado de sus observaciones en las siguientes conclusiones: La reacción diazóica tiene indudable valor diagnóstico, pero tan sólo en un número limitado de enfermedades. En la tifoidea se presenta en casi todos los casos, mas es menos precisa y positiva que la de Gruber-Widal. Falta en las afecciones tíficas indefinidas, así como en los trastornos gastro-intestinales febriles, lo cual es muy importante en pediatría. En los tifódicos es más pronunciada en la segunda semana, disminuyendo luego durante las grandes oscilaciones, pero puede reaparecer en una recaída febril. A veces la reacción se presenta de un modo intermitente, sin que ésto dependa visiblemente del proceso patológico y sin que se noten alteraciones en el estado general. La intensidad de la reacción no depende del grado de calentura, siendo á veces más pronunciada con menos calentura

en el mismo enfermo. En la pneumonía cruposa se observa bastante á menudo, pero independientemente de la intensidad de la afección. En cambio, en la pneumonía grippal, que suele localizarse en los vértices y presentarse grave en los niños, la reacción diazónica no se obtuvo ni una sola vez. En otras enfermedades, aunque graves, la reacción de Ehrlich ó falta por completo ó no presenta nada de característico. Para determinar el valor *pronóstico* de esta reacción hacen falta aún muchas observaciones, pues no es posible fundar un pronóstico sobre la intensidad y duración del fenómeno, mientras no se aclare por qué en identidad de síntomas clínicos la reacción se presenta unas veces clara y otras veces deja del todo de obtenerse. La orina sola no puede servir de guía para pronosticar tal ó cual terminación de la enfermedad.

(*Dyetskaya Medicina.*)

SECCION PROFESIONAL

INÚTILES.

«Exemo. Sr.: En vista de la comunicacion que V. E. dirigió á este Ministerio en 28 de Abril último, manifestando que el prófugo de la zona de Oviedo José Fernández García, número 75 del reemplazo de 1897, por el cupo de Cangas de Tineo, fué declarado inútil por el Médico militar que le reconoció, proponiendo á la vez V. E. la necesidad de que se dicte una disposicion que determine la forma en que haya de efectuarse el reconocimiento de prófugos para que ofrezca las debidas garantías de legalidad, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, se ha servido disponer:

1.º Que carece de valor legal, y debe por consiguiente anularse el resultado del procedimiento seguido en la zona para acreditar la exencion física de José Fernández, indultado de la nota de prófugo.

2.º Que dicho individuo debe ser nuevamente reconocido ante la Comision mixta de reclutamiento de la provincia por los Médicos vocales de la misma, á menos que su defecto físico sea de los incluidos en la clase primera del cuadro de inutilidades; y

3.º Que para todos los casos de prófugos que en lo sucesivo ocurran,

análogos al presente, se juzguen las exenciones físicas con arreglo á lo prevenido para los mozos del reemplazo en el artículo 129 de la Ley de reclutamiento vigente, en el mismo artículo del Reglamento dictado para su ejecución, y en el 9.º del Reglamento para la declaración de exenciones del servicio.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 9 de Septiembre de 1899.—El General encargado del despacho, Mariano Capdepón.—Sr. Capitán General de Castilla la Vieja.»

*
**

SERVICIOS SANITARIOS.

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de las consultas elevadas á este Ministerio, relativas á la manera de sufragar los gastos que ocasiona la desinfección de los locales ó edificios militares con motivo de las actuales circunstancias sanitarias, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver que para satisfacer los gastos que ocasiona la desinfección de los locales expresados, se observe lo prevenido en la Real Orden de 9 de Abril de 1892, para cuyo exacto cumplimiento es la voluntad de S. M. que el importe de las desinfecciones extraordinarias que se practiquen con motivo de la peste bubónica se satisfaga con cargo al capítulo 7.º, artículo 4.º del presupuesto vigente.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 14 de Septiembre de 1899.—El General encargado del despacho, Mariano Capdepón.—Sr.....»

*
**

SERVICIOS SANITARIOS.

«Circular.—Excmo. Sr.: Con el fin de que la entrega de artículos medicinales ó desinfectantes por las farmacias militares á las inspecciones sanitarias establecidas por consecuencia de la peste bubónica se verifique bajo un criterio único, y que en tiempo oportuno pueda reclamarse al Ministerio de la Gobernación el reintegro correspondiente, en virtud de lo que determina la Real Orden de 17 de Agosto último (D. O. núm. 180), el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que por dichas farmacias se faciliten los pedidos de referencia, previa orden de despacho por la autoridad militar de la plaza en que tenga lugar, debiendo los Jefes de aquellas dependencias formalizar por fin de cada mes relación de todo lo suministrado, acompañando como comprobantes los pedidos originales, de los que se quedarán con copia,

debidamente autorizada, si no fuesen duplicados; cuyas relaciones se remitirán dentro de la primera decena de cada mes por los Directores de los hospitales militares al del Laboratorio central, que lo efectuará oportunamente á la Sección de Sanidad Militar de este Ministerio tan luego haya totalizado las relaciones mencionadas, valorándolas por la tarifa de hospitales y recargando el importe á que asciendan con el gasto de transporte y envases y los generales de este servicio.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 16 de Septiembre de 1899.
—El General encargado del despacho, Mariano Capdepón.—Señor...»

*
*
*

HOSPITALES.

«Excmo. Sr.: Visto el escrito de V. E. de 9 de Agosto último, proponiendo la creación de un hospital militar de 150 camas, con el personal correspondiente, en las Palmas de la Gran Canaria, por considerar insuficiente para las necesidades sanitarias de la actual guarnición de aquella Isla la sala militar del hospital civil de dicha capital, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido resolver que se establezca en la citada plaza el indicado hospital militar, dirigido por un Subinspector médico de segunda clase, y dotado de dos Médicos mayores para el servicio de clínica y un Farmacéutico primero para el de la farmacia; disponiendo á la vez se incluya en el nuevo presupuesto la consignación necesaria, y que interinamente y en comisión, se nombre para desempeñar el servicio en dicho establecimiento personal en situación de excedente.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 5 de Octubre de 1899.—Azcárraga.—Sr. Capitán General de las Islas Canarias.—Sr. Ordenador de Pagos de Guerra.»

VARIEDADES

La abundancia de original nos obliga á prescindir en este número del pliego de BIBLIOTECA, aumentando el texto con igual número de páginas.

*
*
*

En las Conferencias celebradas en Bruselas los días 4, 5, 6, 7 y 8 de Septiembre, acerca de la profilaxis de la sífilis y enfermedades venéreas, se adoptaron por unanimidad los siguientes acuerdos:

I. *Proposición de los Dres. Fournier y Lejeune* (1.)

La Conferencia

Excita á todos los Gobiernos para que empleen todo su poder, á fin de lograr la supresión absoluta de toda prostitución de las jóvenes en estado de minoridad civil.

II. *Proposición del Profesor Fournier.*

La Conferencia

Emite un voto favorable y expresa su deseo que la presente reunión sirva de fundamento á una Sociedad de Profilaxis sanitaria y moral, con asiento fijo en Bruselas, y que manifestaría su vitalidad:

a) Por la reunión de Congresos.

La Conferencia decide:

Que el próximo Congreso se reunirá en Bruselas en 1902.

Nombra una Comisión provisional que funcionará en calidad de Comité permanente hasta el próximo Congreso, y á este efecto designa la Mesa de la Conferencia, compuesta de los señores siguientes:

Presidente: Sr. Lejeune, Ministro de Estado.

Vicepresidente: Sr. Beco, encargado de la administración del servicio de Sanidad y de Higiene pública en el Ministerio de Agricultura.

Secretario general: Dr. Dubois-Havenith, Secretario general de la Conferencia Internacional para la profilaxis de la sífilis, Profesor agregado á la Universidad de Bruselas.

Esta Comisión permanente queda encargada de presentar al último Congreso, Estatutos y proposiciones definitivas para la organización de la Sociedad. Tomará desde luego las medidas provisionales conducentes para asegurar las vías y medios necesarios al funcionamiento de la Sociedad y á la publicación de un boletín trimestral.

La Conferencia admite, en principio, una cotización anual.

Además, reconoce á los autores la facultad de publicar en francés, inglés ó en alemán, trabajos á los cuales debe acompañar un breve resumen. La traducción de éste estará á cargo del Secretario general.

III. *Proposición de los Sres. Profesores Fournier, Pawloff, Jonatan Hutchinson, Doutrelepont, Lassar, Petersen, Stumer, Neisser, Wolff, Mracek.*

La Conferencia

Estima que un conocimiento profundo de la Venereología constituye uno de los medios más serios para combatir eficazmente la propagación de las enfermedades venéreas.

(1) Dr. Alfredo Fournier, Profesor de Clínica sífiligráfica de la Facultad de Medicina de París.

El Sr. Julio Lejeune, Ministro de Estado de Bélgica.

Recomienda con gran interés á los Gobiernos para que aseguren la creación de Médicos verdaderamente competentes en la materia, con la creación, en cada Universidad, de cursos completos y obligatorios con un programa oficial. La Conferencia pide que los examinadores sean especialistas.

IV. *Proposición del Dr. Stumer.*

A. Pide una mayor protección para los huérfanos. Aconseja que la elección de tutores se inspire, no sólo por la preocupación de la mayor garantía para los intereses materiales de éstos, sino, sobre todo, por la necesidad de asegurar su moralidad.

B. El encargado de la educación de la juventud debe atender preferentemente al desarrollo moral de sus discípulos; debe educarlos en la temperancia y el respeto á la mujer, cualquiera que sea su condición social.

V. *Proposición del Dr. Comenge, presentada por el Profesor Fournier.*

La Conferencia

Solicita de los Gobiernos la aplicación severa de las Leyes contra esa especie de individuos que explotan á las prostitutas.

VI. *Proposición de la «British Medical Association», presentada por el Dr. Saundby.*

La Conferencia

Solicita de los Gobiernos constituyan en cada nación una Comisión encargada:

1.º De determinar la frecuencia de las enfermedades venéreas en la población civil, abstracción hecha de las variaciones temporales.

2.º Inquirir acerca de las instituciones actuales dedicadas al tratamiento de las afecciones venéreas.

a) Distribución de los hospitales.

b) Número de camas disponibles en las diversas localidades.

c) Proponer las medidas más eficaces para el tratamiento de estas enfermedades.

3.º Reunir las diversas opiniones relativas á los mejores medios de prevenir y limitar la propagación de las enfermedades venéreas en la población civil, con las conclusiones que de este trabajo resulten.

VII. *Proposición del Dr. Lassar (de Berlín.)*

Dirige un ruego á los Gobiernos para que aprovechen todas las ocasiones favorables para llamar la atención del público, y sobre todo la de los jóvenes, sobre los peligros de la prostitución con respecto á la salud de las personas de ambos sexos, y sobre las consecuencias funestas de las enfermedades venéreas.

VIII. *Proposición de los Dres. Pierson y Flaux.*

La Conferencia

Emite el voto en favor de la constitución de estadísticas de las enfermedades venéreas sobre bases uniformes para todos los países.