

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIV MADRID I.º DE OCTUBRE DE 1900 NÚM. 319

MONOGRAFÍA MÉDICA DE LA CIUDAD DE VALENCIA

(Conclusión).

VII

PURIFICACIÓN DEL AGUA DE VALENCIA.

El año pasado, los ilustrados compañeros del hospital militar de esta plaza informaron á la primera autoridad de la Región que el agua empleada forzosamente para bebida debe considerarse como causa principal de las fiebres tifoideas que tantas víctimas producen en la ciudad; en su consecuencia, se ordenó á los Médicos de Cuerpo manifestasen los filtros mejores en su concepto, á fin de instalarlos con urgencia en sus cuarteles respectivos.

Para el regimiento Infantería de Mallorca, mi distinguido compañero D. Francisco Mora Caldés y yo, opinamos que el aparato de filtración más perfecto hasta el día, es el de bujías de porcelana de amianto, haciendo pasar el agua con presión; se aprobó el de 15 bujías, que rinde cada veinticuatro horas 3.000 litros de agua filtrada, cuya cantidad resulta suficiente para atender las necesidades de la fuerza que se dispone; cuando estábamos en la ciudad ocupando el cuartel de San Juan de la Rivera, nuestro filtro no podía reportar gran beneficio, porque los soldados, en las distintas guardias de la plaza ó al ir á paseo, usaban para beber un agua cualquiera de la población; mas desde luego se comprende que las circunstancias han variado desde que ocupamos el cuartel de Monte Olivete, situado distante de la ciudad y abastecido por agua de un pozo.

Muchos sistemas han sido ideados para depurar las aguas destinadas á poblaciones; puedo citar, entre otros, los tabiques perforados de Beaugrand, empleados en Menilmontant; los de arena; el filtro Vedel-Bernard, que se usa en París; el de Bourgevis; el ideado por Burg, ó de piedra artificial, formada con arcilla arenisca y serrín, haciendo sufrir á la masa una torrefacción. Wandlyn inventó el de carbón silicatado; con igual objeto que los anteriores se usan las galerías filtradoras naturales ó artificiales y los estanques filtradores fabricados con arena, grava y piedra.

En Valencia se canalizó el agua, tomándola del Turia á través de dos enrejados que impiden el paso de objetos grandes (leños, etcétera), mediante una presa de sillería situada entre Manises y Ribarroja, próximamente á 13 kilómetros de la capital; hay en aquel punto tres balsas para someter el agua á una ligera decantación, entrando luego en el acueducto, libre en parte de las diversas materias que lleva suspendidas; vá á otras mayores con el mismo objeto, y después de algún rodeo, á los filtros artificiales ó estanques situados en Manises, á unos 6.174 metros del bocal; están formados de cinco capas de grava, que á partir de la gruesa del fondo, se hace cada vez más menuda; encima existe otra de arena, con igual espesor que las anteriores, sumando entre todas dos metros; sostiene el conjunto una criba de ladrillos sueltos, excepto algunos (los primeros), que se sujetan con cemento. Llenando de agua los filtros, tarda en salir la primera filtrada de media á una hora, según lo sucia que venga. Cuatro son los que hay, y funcionan constantemente dos, mientras limpian y renuevan los restantes. El agua atraviesa por ellos una sola vez; en buenas circunstancias duran quince días en estado aceptable; si el río está muy turbio, como ocurre en las grandes avenidas, sólo uno, y de ocho á diez ordinariamente. Recogiendo agua después de filtrada, se vé que todavía sedimenta algo, principalmente arena fina; pero sin embargo, cuando ha sufrido ya las operaciones indicadas, entra en un acueducto, que la conduce al depósito de Mislata, cuya cabida es de 9.500 metros cúbicos; desde ese punto vá adquiriendo la pe-

queña presión con que llega á la ciudad, pasando á la tubería general que entra por la calle y Puerta de Cuarte. Á pesar de los inmensos sacrificios que se ha impuesto Valencia para instalar y mantener el servicio de agua en condiciones apropiadas, resulta detestable.

El mejoramiento de la calidad del agua es asunto de capital interés para Valencia; me consta que muchas personas delicadas de salud y enfermos de las vías respiratorias vendrían á esta ciudad atraídas por la dulzura de su clima; pero no lo hacen así y prefieren ir á otros puntos por el temor que les inspiran las aguas que aquí se beben. Es más; una gran parte de la población aprovecha tan sólo para la limpieza el agua del Turia, y sólo ingiere la procedencia de manantiales más ó menos acreditados (Paterna, Lenterio, Barraés y Torrente).

Tratándose de aguas de mala calidad, las filtraciones puramente mecánicas no satisfacen por completo al higienista; pues aun cuando mediante ellas quede el líquido purificado en gran manera de materia orgánica y substancias inorgánicas no solubles, en cambio las que lo son continúan dándole malas condiciones, y por tanto, mejora poco; colocado en esta textura, creo debemos recurrir á la depuración química; con ella conseguiremos alguna mayor ventaja y podrían seguir prestando servicio los filtros actuales, añadiéndoles á las que ya tienen una gruesa capa, compuesta de viterita y limaduras de hierro en mezcla, y previo análisis químico que demostrase la pureza de ambos.

Una Sociedad denominada «Lionesa» se halla ahora realizando experiencias para demostrar al Excmo. Ayuntamiento las buenas condiciones que posee el filtro Anderson. Del estudio practicado en el Laboratorio químico municipal, se deducen los datos siguientes:

Grados hidrotimétricos del agua procedente de los

	Filtros actuales.	Filtro Anderson.
Agua natural.....	43'32	41'50
Idem tratada por oxalato amónico.....	15'75	15'75
Idem después de media hora de ebullición. . .	32'00	32'00
Idem id. tratada por oxalato amónico.....	15'20	15'75

Resulta de estas cifras que el filtro Anderson limpia el agua, pero nada más; y es natural que así suceda, porque, como anteriormente indiqué, ningún filtro puede variar la composición química de un agua. En el primer estudio se advierte una diferencia, debida á que influyen todos los elementos, incluso los que van en suspensión; con los otros, el resultado obtenido es el mismo, pues hacen referencia á cantidades de ácido carbónico y sales de cal y magnesia que van disueltas, y por tanto los filtros no pueden separar.

Bacterias.—Dos siembras de agua depurada por el filtro Anderson se tuvieron veinticuatro días á la temperatura del Laboratorio, y un día á 30° en la incubadora; germinaron 65 microbios por centímetro cúbico en una y 67 en otra, que dan un término medio de 60 bacterias y seis hongos.

Durante el mes de Enero de 1898, en los días en que el agua del río venía más limpia, después de pasada por los filtros de Manises, se vió que tenía 7.400 microbios por centímetro cúbico; deduciéndose de las observaciones practicadas en distintas ocasiones un término medio de 14.000 y 37.000, también por centímetro cúbico, en las tomadas directamente del Turia.

De todo lo expuesto se deduce que el filtro Anderson es mucho mejor, higiénicamente considerado, que los estanques filtradores existentes en Manises; su adopción constituirá, pues, una mejora positiva para Valencia, siendo, por tanto, de sentir: primero, que no se apruebe; y segundo, que mientras se terminan las experiencias, se aprueba é instala, ha de transcurrir aún mucho tiempo; puede calcularse dos años lo menos.

J. GONZÁLEZ GRANDA.

Médico primero.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

SECCIÓN DE MEDICINA Y CIRUGÍA MILITARES

Profilaxia de la sífilis en los ejércitos.— Siendo la sífilis una enfermedad contraída principalmente por las relaciones sexuales, su profilaxia es una cuestión de orden público, y las prescripciones del cuartel y del hospital sólo pueden oponerse á su contagio secundario, es decir, al contagio extra-sexual.

Para conseguir este fin, según la reglamentación vigente en el ejército francés, propongo:

1.º Obrar por la persuasión, dando consejos médicos á los enfermos sobre el tratamiento consecutivo después de la salida del hospital, y conferencias á los Oficiales y sub-oficiales sobre los peligros de la sífilis y de la blenorragia, sobre sus consecuencias presentes y futuras, y sobre su repercusión en la familia y la sociedad, indicando los medios de reconocer estas afecciones desde el primer momento;

2.º Suprimir la designación de enfermedad vergonzosa, así como todo castigo ó reprensión á los soldados desde que la padezcan;

3.º Ordenar una visita sanitaria á la cuarta parte del regimiento cada semana: esta visita, no limitada á los órganos genitales, sino extendida á la boca, la garganta, la piel y las glándulas linfáticas, equivaldría á una visita al mes completa y general;

4.º Averiguar el nombre de la mujer que ha contagiado al soldado, en los países en que la prostitución está reglamentada;

5.º Aislar al enfermo hasta su completa curación;

6.º Obligar á los Médicos de los regimientos á llevar un registro de los sífilíticos para poder visitar con frecuencia á los que han salido del hospital ó de la enfermería, y acudir inmediatamente al tratamiento de las nuevas manifestaciones sífilíticas.

7.º Prohibir á los soldados ir á beber á las fuentes sin llevar un vaso, y vigilar las cantinas de los cuarteles en todo lo que se refiere al contagio por la boca.

Con estas medidas de vigilancia, el Estado habrá hecho cuanto

le es posible para garantizar á los individuos que se ven obligados á dejar su hogar y á vivir en común en los cuarteles durante los mejores años de su juventud para acudir á la defensa nacional.

Mr. Panara.
(*de Italia.*)

*
*
*

Etiología de la disentería en los ejércitos en campaña.—La disentería ha sido siempre la compañera inseparable de los ejércitos en campaña.

La historia de las guerras antiguas y de la Edad Media, la de las expediciones modernas, aun las más recientes, nos enseña que esta enfermedad es uno de los factores más constantes de la morbosidad de las tropas, cualquiera que sea la región en que operen. Su aparición es casi fatal y siempre muy precoz; puede mostrarse á la vez frecuente y grave, tanto en los países templados como en los climas tropicales.

El agente patógeno de la disentería no está todavía claramente determinado, y la incertidumbre que reina en este asunto tiende á disminuir el valor de la opinión de los clínicos, que consideran á esta afección como una entidad bien definida, de naturaleza unívoca, en todas las circunstancias y regiones en que se presente.

En la época actual la disentería representa más bien un síndrome patológico.

Unos le reconocen por causa parásitos animales, los amibos. Otros la hacen depender de cierto número de microbios que pululan en el organismo, y del que son huéspedes más ó menos habituales. Otros, en fin, asocian en este papel etiológico los microbios y los amibos.

Sea lo que quiera, la tendencia más general es la que considera al agente morbosos como un huésped inofensivo de nuestra economía, que adquiere en ciertas circunstancias una vegetabilidad y una virulencia especiales. La disentería parece, pues, que se revela por generis autóctona, y que nace, de ordinario, por infección. La virulencia del agente morbosos, una vez desarrollada, se conserva durante cierto tiempo en los medios exteriores.

Puede decirse, en consecuencia, que la enfermedad procede de causas sencillas, que habiendo adulterado el medio orgánico han permitido el desarrollo anormal y virulento de gérmenes ordinariamente inofensivos; la afección se propaga ulteriormente gracias al

contagio realizado por estos gérmenes que se han hecho virulentos,

La importancia de las causas secundarias es grande en cualquier enfermedad infecciosa; pero en la disentería, y por la misma razón de la ignorancia en que estamos del factor esencial de la enfermedad, deben ocupar nuestra atención preferentemente.

En los ejércitos en campaña, las influencias son múltiples, lo que obliga á hacer un estudio metódico de ellas.

Intervienen en primer lugar las condiciones cósmicas (climas, calor, estaciones). El calor, principalmente, contribuye á hacer de la disentería la enfermedad por excelencia de las tropas que operan en los países tropicales; en nuestros climas adquiere ordinariamente el carácter de una enfermedad estacional. La influencia de las vicisitudes atmosféricas, y, en particular, del enfriamiento brusco del cuerpo ó del abdomen, juega un papel importante en la aparición de los flujos diarréicos y disentéricos. A este primer orden de factores etiológicos vienen á añadirse las influencias bromatológicas, caracterizadas por el abuso, la penuria y la mala calidad de las sustancias alimenticias, tanto sólidas como líquidas. El uso prolongado de alimentos groseros, indigestos ó averiados (galleta, conservas, tocino salado, frutas verdes), la intemperancia de las bebidas (agua, líquidos alcohólicos) ó de los alimentos, sobre todo en las estaciones calurosas ó en los países tropicales, han sido justamente consideradas como causas de la enfermedad. La penuria alimenticia, la escasez en sus diversos grados, es capaz de producir los mismos efectos. En todo tiempo, y en cualquier país, el uso de las aguas ligeramente enturbiadas por sustancias orgánicas ó excrementicias es susceptible de provocar la aparición de la disentería.

La fatiga inseparable de las guerras, acumulando en el organismo los productos de la combustión, crea una verdadera auto-intoxicación, disminuyendo la resistencia fagocitaria y favoreciendo, en el mayor grado, el acceso á la virulencia de los gérmenes autóctonos de la disentería.

Al cabo de poco tiempo surge un nuevo factor de infección, cuya importancia se hace predominante, sobre todo si la guerra se prolonga en territorios limitados; tal es el mefitismo del suelo, y en un grado menor, el del aire. La acumulación de líquidos usados, de restos orgánicos, de cadáveres de hombres y de animales, dan á este factor gran importancia, principalmente en los campos y ciudades sitiadas.

Cuando la disentería hace su aparición ordinaria bajo la forma

de diarrea, manifestación inicial común á muchas infecciones abdominales, se propaga rápidamente en los ejércitos, gracias á la infección específica del medio ambiente y al hacinamiento humano inevitable que multiplica los contactos.

En este momento se hacen sentir de nuevo la influencia del agua, del suelo y del polvo de las habitaciones, específicamente ensuciados por las deyecciones virulentas. Estas transmiten también la infección por contactos directos ó indirectos.

Nacida generalmente en los puntos de concentración de las tropas, la disentería se extiende con rapidez á lo largo de las grandes vías de comunicación, en los altos, alojamientos y cantones, donde se suceden las formaciones de guerra.

Los ejércitos contaminan también las poblaciones que atraviesan, y muchas veces reciben de ellas el contagio que le habían comunicado.

Se infectan principalmente en los acantonamientos y campos permanentes las diversas fracciones que los ocupan unas en pos de otras.

De este conjunto de causas, resultan vastas é interminables pandemias; la disentería vive entonces de un modo permanente, con ó sin el concurso de los factores etiológicos generales, precedentemente invocados.

En los países templados se asocia, con frecuencia, á la fiebre tifóidea; en los países tropicales, á la malaria.

Si la lucha se prolonga, se vé que esta afección, en unión del tifus y del escorbuto, se ceba entre las tropas extenuadas, produciendo un número considerable de bajas.

Mr. Simonin.
(de Val-de-Grâce).

*
* *
*

Fagedenismo tropical.—En los países cálidos, las soluciones de continuidad de la piel se transforman fácilmente en úlceras, y entre estas úlceras debe distinguirse una variedad que se llama *fagedénica*, que está caracterizada por la presencia en la superficie de la herida, de un exudado pulposo, grisáceo, que tiene una gran tendencia á invadir los tejidos sanos. El fagedenismo tropical puede, pues, definirse como una complicación de las heridas, caracterizada por la presencia de una falsa membrana, que transforma una úlcera simple en una úlcera invasora.

El estudio del fagedenismo tropical ha pasado por tres períodos.

En el primer período cada observador describió, como una enfermedad especial al país donde se encontraba, una úlcera, de la que hacía el estudio clínico; de ahí los nombres de úlcera de Mozambique, annamita, del Yemen, etc.

En un segundo período, Le Roy de Mericourt y Rochard, unificando la descripción clínica hecha en las diversas colonias, establecieron la identidad de la enfermedad en todos los países intertropicales, y le dieron la denominación de úlcera fagedénica de los países cálidos.

En un tercer período, en el cual entramos, la identidad del fagedenismo de los países cálidos con la podredumbre de hospital, parece encontrar un doble apoyo en la clínica y en la bacteriología. Bajo el punto de vista clínico, la podredumbre de hospital, como el fagedenismo, está caracterizada por la presencia de exudados grisáceos en la superficie de las úlceras. Bajo el punto de vista bacteriológico, el bacilo que he señalado desde 1834 en el exudado de la úlcera fagedénica, se asemeja en todos sus aspectos al bacilo descrito en 1896 por Vincent en la podredumbre de hospital de los convoyes árabes procedentes de Madagascar. Este mismo bacilo ha sido encontrado por Coyon en un caso de podredumbre de hospital nacido en París.

Por lo tanto, el fagedenismo de los países cálidos parece ser una complicación de las úlceras, idéntica á la que se ha descrito en los países templados con el nombre de podredumbre de hospital.

La patogenia de la úlcera fagedénica en los indígenas permite suponer que la residencia natural del microbio no es el hospital, sino más bien la tierra húmeda. El suelo contendrá, pues, tres microbios peligrosos para las heridas del hombre: el vibrión séptico, el bacilo del tétanos y el bacilo fagedénico.

Mr. Le Dantec.
(de Bordeaux).

Prensa y Sociedades médicas

De las hematurias esenciales.—*M. Lancereaux*: Se ha sostenido recientemente que no había hematurias esenciales. No es ésta mi opinión. Yo creo, por el contrario, que cierto número de hematurias son independientes de todo desorden anatómico del aparato urinario y se hallan enteramente subordinadas á un trastorno nervioso. Es, sobre todo, á seguida de la supresión de las hemorroides cuando se producen esas hematurias esenciales. Por mi parte, he tenido la ocasión de observar varios casos de este género, dos de ellos en reumáticos crónicos, y ésto sin ninguna alteración de la salud general y sin que el examen más minucioso de los órganos urinarios pudiese revelar la más pequeña lesión.

El práctico que se halla en presencia de una de esas hematurias debe pensar, pues, ante todo, en la posibilidad de un origen vasomotor, y no recurrir á la intervención quirúrgica sino después de haber agotado los medios medicamentosos.

Las causas de esas hematurias no difieren de las que acarrear las hemorragias neuropáticas en general, por cuanto suceden á las violentas emociones, á la cólera, al enfriamiento, etc. Más frecuentes acaso en el hombre que en la mujer, esas hematurias aparecen en las diferentes épocas de la vida, con preferencia á una edad avanzada, y, principalmente, en los hemorroidarios.

Estos accidentes son anunciados casi siempre por dolores gravativos en las regiones de los lomos y del hipogastrio. Los orines turbios, morenos ó rojos, son colorados por la sangre extravasada en mayor ó menor cantidad, y esta coloración desaparece á veces momentáneamente para manifestarse de nuevo más tarde. El examen microscópico permite descubrir en ellos la presencia de glóbulos sanguíneos diversamente alterados; el calor y el ácido nítrico determinan en el líquido un precipitado albuminoso, á menudo abundante.

La marcha de las hematurias neuropáticas es esencialmente intermitente, algunas veces periódica; su duración varía de algunos días á algunas semanas ó hasta á algunos meses.

El diagnóstico de la hematuria es cosa fácil; el solo examen de los orines basta para ello, á condición, cuanto á la mujer, de practicar el cateterismo á fin de no tomar la sangre menstrual por sangre vesical.

El sitio y la naturaleza de este accidente son ya más difíciles de determinar. El elemento propio para precisar el origen de la hematuria es el dolor que, si el riñón está afectado, ocupa la región de

los lomos y del vacío, y no el hipogastrio, como ocurre cuando el origen está en la vejiga. Existen, además, en este último caso, frecuentes ganas de orinar. Sin embargo, un examen minucioso del aparato urinario deberá de practicarse siempre para asegurarse de que no existe ningún desorden material incipiente.

El pronóstico de las hematurias neuropáticas es poco grave. Cuanto á su tratamiento, consiste en el empleo de los opiados, de los astringentes y, sobre todo, del sulfato de quinina. Administrado á la dosis de 0 gr. 80 centigr. á 1 gr. 50 centigr., este medicamento cohibe casi siempre las hematurias realmente neuropáticas, las más de las veces en el solo espacio de unos cuantos días.

Las duchas resultan indicadas cuando la hemorragia está detenida; son útiles, no solamente para modificar el estado del sistema nervioso, sino para combatir la debilidad y la anemia consecutivas á las pérdidas abundantes de sangre.

M. Zambaco (de Constantinopla).—Yo he observado igualmente á varios sujetos hemorroidarios cuyos flujos sanguíneos habituales fueron reemplazados por hemorragias vesicales. Por lo demás, he tenido la ocasión de comprobar directamente en el cadáver la existencia de dilataciones venosas en la contigüidad del cuello de la vejiga. Creo, pues, al igual que el Sr. Lancereaux, que existen hematurias independientes de toda lesión orgánica del aparato urinario y que no reclaman otro tratamiento que los medios higiénicos y medicamentosos.

(*Acad. de med. de Paris*).

* * *

Linfocitemias leucémicas y aleucémicas.—M. Vaquez: Desde los trabajos de Ehrlich, distingüense dos variedades de leucemia: la leucemia mielógena y la leucemia linfática ó linfocitemia. He observado en estos últimos tiempos, en unión del Dr. Ribierre, á tres enfermos atacados de linfocitemia que, aun cuando habían presentado diferencias bastante notables desde el punto de vista clínico, han ofrecido, sin embargo, modificaciones cualitativas análogas de sus leucocitos y alteraciones igualmente comparables de su sistema ganglionar.

En el primer caso, tratábase de un hombre asistido desde hacía diez y ocho meses por causa de una afección hepática calificada de cirrosis, y que sucumbió dos días después de su entrada en el hospital. Además de un aumento considerable del hígado y del bazo, existía en él una hipertrofia de los ganglios de la axila y de la ingle. Por otra parte, el examen de la sangre permitió notar que existían 2.250.000 hematíes y 750.000 leucocitos (ó sea un tercio) por milímetro cúbico; finalmente, la fórmula leucocitaria se traducía por las cifras siguientes: linfocitos, 98 por 100; polinucleares, 2 por 100.

Un segundo hecho, observado por uno de nosotros en el servicio del Dr. Delbet, concernía á un hombre atacado de linfadenia generalizada, en quien se notaban 1.200.000 hematíes y 50.000 leucocitos,

que se distribuían así: linfocitos, 97 por 100; polinucleares, 2 por 100; eosinófilos de sangre normal, 1 por 100;

El tercer caso, acerca del cual llamamos especialmente la atención, refiérese á un joven atacado de adenopatía mediastina, de comienzo reciente, con anemia profunda y evolución rápida. La autopsia nos reveló la existencia de un enorme tumor ganglionar intertráqueo-bronquial, de naturaleza tuberculosa. Los resultados de la hematoscopia fueron los siguientes: hemátfes, 1.000.000; leucocitos, 2.300 (ó sea 1 por 485). Sobre 100 glóbulos blancos, 88 eran linfocitos, 4 grandes mononucleares, 8 polinucleares.

En esas tres observaciones destácase, como caracteres idénticos, una inversión de la fórmula leucocitaria en provecho de los linfocitos, al mismo tiempo que una lesión del aparato ganglionar. Pero en tanto que en los dos primeros casos esta inversión iba acompañada de un aumento, enorme en un enfermo, considerable en el otro, del número total de los glóbulos blancos, es decir, de leucemia, en el tercero no sólo no había leucemia sino que hasta existía una disminución segura del número de los leucocitos.

Pues bien; no creemos que esta sola consideración, sacada del valor cuantitativo de la leucocitosis, nos autorice á rechazar este último hecho del grupo de las leucocitemias. La noción del equilibrio leucocitario, establecida por los trabajos de Ehrlich y de otros autores, nos parece, por el contrario, favorable á la asimilación de esos tres casos. Recordemos, por otra parte, que en un enfermo de Jolly, cuya leucocitosis total no era sino muy relativa (9.600), y cuya inversión leucocitaria en provecho de los linfocitos era idéntica á la que nosotros hemos observado, la evolución clínica fué casi calada sobre la de nuestro tercer sujeto.

Es interesante notar igualmente la existencia, en uno de los casos que acabamos de relatar, de la hipertrofia considerable del hígado y del bazo, con verdaderos síntomas difusos en ambos órganos. Esta participación visceral, análoga á la que se vé en los procesos mielógenos, nos parece una seria objeción contra la teoría propuesta por Dominici, quien admite la reviviscencia embriológica de ciertos tejidos.

(Soc. Méd. de los Hosp. de Paris).

*
* *

Acción del nervio erector sacro en la micción normal.—

M. J. Guyon: De una serie de experimentos que acabo de hacer, aparece que el nervio erector sacro interviene en la micción normal, no solamente como nervio motor, sino también como nervio sensitivo. En otros términos; representa á la vez la vía centrípeta y la vía centrífuga de la excitación que, determinada por la tensión vesical, conduce á la contracción refleja de la vejiga.

El centro reflejo de la micción normal es intramedular, como lo prueba la parálisis funcional de la vejiga después de seccionados los dos nervios erectores sacros entre la vejiga y la médula, y ésto

á pesar de la integridad de los nervios hipogástricos, ramas del gran simpático. Este último nervio no desempeña, pues, ningún papel, ni sensitivo ni motor, en la micción normal.

(*Soc. de Biol. de Paris*).

*
*
*

Herencia sifilítica de la segunda generación.—M. Fournier, á propósito de dos observaciones comunicadas á la Academia por el Dr. Lemonnier (de Flers), lee un informe cuyo resumen es como sigue:

En la primera de esas observaciones trátase de una niña de 8 años, manifiestamente heredosifilítica, que fué atacada de diabetes y que curó completamente de esta afección merced al tratamiento específico.

Dada la gravedad de la diabetes en el niño, el Dr. Fournier cree que este hecho no puede explicarse sino por la existencia de una relación patogénica entre la diabetes y la heredosifilis.

La segunda observación es un ejemplo auténtico de heredosifilis en la segunda generación: dos hermanos, que tenían respectivamente la edad de 27 y 24 años, véanse atacados, á cierta distancia el uno del otro, el mayor de una ulceración intranasal y de un sarcocele; el segundo, de ulceraciones múltiples á nivel de ambas piernas. Estos accidentes fueron atribuídos por dos Médicos á la sífilis. La exactitud de este diagnóstico, fué, por lo demás, plenamente confirmada por los felices resultados que se obtuvieron con el tratamiento específico.

Buscando entonces el origen de estos dos casos de sífilis, inexplicables por una contaminación personal, el Dr. Lemonnier sospechó una herencia específica y abrió una información con objeto de averiguar la verdad. Supo, en efecto, que el padre de esos dos jóvenes era heredosifilítico por causa de su propio padre, y, al examinarle, le halló portador de estigmas positivos de heredosifilis (corta estatura, piernas torcidas, deformaciones craneanas, numerosas cicatrices de la piel, etc.)

Por último, el Dr. Lemonnier interrogó á la madre de los dos jóvenes y pudo cerciorarse de que jamás había presentado la más pequeña manifestación sifilítica.

Esta observación permite, pues, admitir la posibilidad de la transmisión hereditaria de una sífilis del abuelo al padre, y luego del padre á los nietos.

(*Acad. de med. de Paris*).

*
*
*

Cura radical de las hernias.—M. Pierre Delbet: Encargado durante seis meses del servicio de vendajes en el Hôtel-Dieu, he hecho aplicar una cifra total de 1.516 bragueros entre los enfermos que se han presentado en tales condiciones á mi consulta; sólo nueve habían sido operados anteriormente y habían reincidido; siete

veces se trataba de hernias inguinales y dos veces de hernias crurales.

M. Routier: Esta estadística es necesariamente incompleta, pues la mayor parte de los enfermos que, después de haber sido operados de una hernia, tienen una recidiva, vienen á pedir un braguero en el servicio donde fueron operados.

M. Lejars: Por mi parte, cuando tuve á mi cargo el servicio de vendajes, me llamó la atención, al igual que al Dr. Delbet, el corto número de recidivas de hernias en los operados.

M. Reclus: Por mi propia experiencia he podido convencerme de que las recidivas son raras, aun después del empleo de los procedimientos operatorios más sencillos, y no creo que haya necesidad de recurrir al método de Bassini.

M. Delorme: Soy igualmente muy partidario de las operaciones simples, y entiendo que en ocasiones puede ser perjudicial el hacer grandes incisiones de la pared para curar una hernia.

M. Terrier: Los enfermos operados por el Dr. Delorme son sujetos jóvenes, en quienes la curación es mucho más fácil de obtener que cuando se trata de individuos de edad más avanzada.

M. Quénu: Es absolutamente imposible apreciar en conjunto los resultados obtenidos con los diferentes procedimientos en las diversas variedades de hernias.

M. Segond: La estadística del Dr. Delbet no prueba en mi concepto nada; preferiría mucho más que nos diera su estadística personal, con los resultados remotos que haya podido observar.

M. Berger: Según lo que á mí me ha sido dable notar en el servicio de vendajes, el número de las recidivas, después de la cura sangrienta de las hernias, ha disminuído de una manera considerable en estos últimos años.

(*Soc. de Cirugía de París*).

*
**

Tres casos de pleuresía tifoidea.—*M. Widal:* Las pleuresías tifoideas merecen un sitio aparte en la historia de los derrames pleurales. Hoy vengo á daros cuenta de tres casos que acabo de observar con el Dr. Prosper Merklen, de los cuales dos radicaban en el lado izquierdo, habiendo ido los tres precedidos de signos pulmonares.

Las variaciones sufridas de un día á otro por los síntomas físicos, han impreso una marcha completamente especial á la pleuresía de dos de nuestros enfermos. La congestión pulmonar subyacente regula, sin duda, la movilidad de los signos del derrame y la aparición de signos adventicios agregados á los de la pleuresía. La pleuresía tifoidea es á menudo, en efecto, una pleuresía episódica, consecutiva á una neumopatía subyacente. Dos veces el derrame ha quedado poco abundante, no permitiendo la punción retirar sino algunos centímetros cúbicos de líquido. En el tercer caso hemos podido extraer 250 cc. de líquido.

Sólo en un caso el derrame se ha mantenido puramente sero-fibrinoso hasta el término de la enfermedad; en los otros dos era ó se ha vuelto hemorrágico.

Dos veces sobre tres, la pleuresía estaba tabicada. En uno de nuestros enfermos, una punción hecha en la región media del tórax daba pus, al paso que una punción practicada en la base daba un líquido sero-fibrinoso, que más adelante se volvió hemorrágico. El líquido del foco purulento ha dado siempre cultivos puros de bacilos tíficos.

El derrame sero-fibrinoso ó hemorrágico de dos de nuestros pacientes, sembrados repetidas veces, se ha mostrado, según los días, unas veces estéril, otras veces poblado de bacilos de Eberth en estado de pureza. Esta intermitencia en la presencia del bacilo tífico interesa mucho que sea conocida. Ella nos prueba que de la esterilidad aparente de un exudado en un dotientérico no puede afirmarse su naturaleza tifoidea.

El bacilo debe de ser cedido al derrame por el pulmón subyacente. Sabido es, en efecto, como resulta de los ejemplos referidos por diversos autores y por nosotros mismos, que pueden existir en los tifoideos neumopatías debidas únicamente al bacilo de Eberth.

El exudado frecuentemente examinado en nuestros tres enfermos, se ha mostrado siempre dotado de propiedades aglutinativas, las más de las veces inferiores, algunas veces iguales á las del suero sanguíneo. Este exudado, inoculado á conejos de Indias, ha dejado siempre á estos animales en perfecta salud.

Uno de nosotros ha señalado recientemente con el Dr. Revaud los caracteres que distinguen la fórmula histológica de los derrames tifoideos, de la fórmula de las otras variedades de derrames pleurales.

(*Soc. Méd. de los Hosp. de Paris*).

*
**

Neuralgia abdominal.—El Dr. Valle y Aldabalde: El enfermo de 30 años que tengo el honor de presentar á la Academia, es soltero, jornalero, natural de un pueblo del partido judicial de Albacete, é ingresó en la sala 28 del Hospital Provincial el día 14 de Marzo del año actual. Como antecedentes de familia sólo sabe que su padre murió de pulmonía á los 56 años. Los antecedentes personales también son nulos.

A la edad de 5 á 6 años, iba en una ocasión sobre un carro de basura, y creyendo el carretero que nuestro enfermo se había bajado del carro, volcó su contenido, el cual vino á caer sobre el sujeto de referencia. El carretero no se enteró de lo sucedido, ni por lo tanto de que el niño había quedado en la carretera sin sentido, en cuyo estado hubo de permanecer, según lo contaron, cosa de media hora. De resultas de estos accidentes tuvo que estar en cama cerca de un mes, con vómitos y otros síntomas á que no alcanza su memoria. Desde que él recuerda, los síntomas de su padecimiento dice que

consisten en dolores de vientre, que se exacerban alguna que otra vez, sin que estas exacerbaciones, dice él, tengan relación con las comidas. Este dolor es más marcado en la región epigástrica, pero se irradia hacia la hipogástrica y á los dos lados del vientre, sobre todo al derecho. Los vómitos que tenía y tiene se presentan á intervalos, que varían entre dos y tres días é igual número de semanas. No tienen relación con los dolores; en unos casos son acuosos, en otros se expulsan con ellos materiales alimenticios, según la hora del día ó de la noche en que se presentan. Nunca han sido sanguinolentos.

El vientre está casi siempre muy distendido, particularmente en su mitad superior. También se observan variaciones, aunque pocas y no muy marcadas, en este síntoma, el cual tampoco guarda relación de intensidad con los vómitos ni con los dolores.

La lengua está más bien algo enrojecida. La sed no es exagerada, pero el apetito está disminuído. Hay estreñimiento. El análisis del jugo gástrico hecho en dos ocasiones diferentes, después de tomar el desayuno de prueba, reveló un ligero aumento en la proporción de ácido clorhídrico. Introduciendo agua en el estómago se vé que esta víscera puede contener más de 1.800 centímetros cúbicos de líquido, y por lo tanto, una cantidad mayor que la normal. Al mismo tiempo descende el límite inferior de dicho órgano hasta el ombligo, ó quizá un poco más abajo de este nivel. El reconocimiento del vientre por medio de la palpación, y después de haber anestesiado profundamente al enfermo, no reveló la existencia de ningún tumor, pulsación ni hipertrofia de ninguno de los órganos contenidos en dicha cavidad.

El ligero aumento de ácido clorhídrico en el jugo gástrico, la dilatación del estómago, los vómitos y los dolores, constituyen un conjunto que hace pensar en una hiperclorhidria, diagnóstico que contribuye á afirmar el hecho de que con los lavados del estómago practicados con agua bicarbonatada y con el uso exclusivo ó casi exclusivo de la leche, se calmaron algo los dolores y más aún los vómitos. Mas es el caso que, por de pronto, la etiología súbita al parecer y además traumática de este caso, no se halla de acuerdo con la etiología corriente de la dilatación de estómago producida por hiperclorhidria; este último síntoma tampoco está tan acentuado que explique los vómitos, y sobre todo los dolores que el enfermo aqueja, los cuales, á su vez, son los que menos obedecen al régimen lácteo y alcalino, contra lo que estamos acostumbrados á ver en los casos de este género.

Por estas particularidades precisamente lo presento, y debo decir que si bien con el régimen antes indicado y con la administración de laxantes suaves cuando es necesario para combatir el estreñimiento, nuestro enfermo se encuentra mejor que cuando ingresó y mejor también que con otros tratamientos á que ha estado sometido en dos ocasiones distintas en Albacete, la mejoría es pequeña y no hace progreso alguno. Todo esto hace temer que el

traumatismo, causa aparente al menos de la dolencia, haya ocasionado alguna lesión irreparable que sostiene el conjunto sintomático que aqueja este enfermo, y en especial los dolores que le atormentan y que me han inducido á calificar el caso de neuralgia abdominal.

También he de manifestar que los calmantes sólo han producido efectos del momento, y que han sido inútiles la hidroterapia en varias formas y la electroterapia.

(*Acad. Médico-Quir. española*).

* * *

El thiocol.—La cura por el thiocol parece hoy el mejor tratamiento medicamentoso de la tuberculosis. Tomado fácilmente por los enfermos, no dá nunca lugar á fenómenos de intolerancia gastro-intestinal, como sus congéneres la creosota y el guayacol. Esta es, al menos, la opinión de gran número de prácticos.

El thiocol es un sulfo-guayacolato de potasa, y se presenta bajo la forma de polvo blanco, de sabor al principio un poco amargo, y después algo dulce. Se disuelve bien en el agua. No es nada tóxico, aun administrado á dosis elevadas, y se puede administrar durante muchos meses seguidos sin notar ningún trastorno de las vías digestivas y sin que el organismo se habitúe á este medicamento.

Frieser, de Viena, recomienda en los niños la siguiente fórmula:

Thiocol	3 gramos.
Agua destilada	120 »
Jarabe de cortezas de naranjas amargas..	25 »

Tres ó cuatro cucharadas de las de café al día. En los adultos se toma en sellos á la dosis de uno á tres gramos. M. Frieser acaba de publicar las observaciones de 19 tuberculosos sometidos á este tratamiento, y ha notado en todos los casos la cesión de la tos, la aparición del apetito y el aumento de peso del cuerpo.

Los efectos de este medicamento son mucho más sensibles en el primer período de tuberculosis pulmonar.

(*Gac. Méd. del Norte*).

SECCIÓN PROFESIONAL

«Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha dignado aprobar los estatutos que se publican á

continuación, por los que ha de regirse en lo sucesivo la Sección Española de la Asociación internacional de la Cruz Roja, los cuales se hallan de acuerdo con las bases aprobadas por Real Decreto de 26 de Agosto de 1899 (*D. O.* núm. 190) para la reorganización de la mencionada Asociación.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 12 de Julio de 1900.—Azcárraga.—Sr....»

ESTATUTOS

POR QUE HA DE REGIRSE LA

CRUZ ROJA ESPAÑOLA

Artículo 1.º La Cruz Roja española, constituida al amparo del convenio internacional de Ginebra de 22 de Agosto de 1864 y bajo el augusto protectorado de SS. MM., tiene por objeto auxiliar á la Sanidad del Ejército en tiempo de guerra y á la de la Armada, cuando las fuerzas de la Marina operen en las costas de sus departamentos y arsenales. Ejerce además una acción caritativa permanente, pudiendo acudir en tiempo de paz, con los medios de que disponga, al socorro de las desgracias producidas por las calamidades y siniestros públicos. El Gobierno ampara la existencia legal de la Cruz Roja española, declarada de utilidad y de beneficencia para todo el territorio de la Monarquía, la reconoce como la única que se halla autorizada, dentro de la esfera oficial, para la asistencia de los heridos en campaña, y la otorga capacidad jurídica para los actos de la vida civil, gozando en ellos de los beneficios de pobreza, así como de la exención del impuesto del timbre en sus documentos oficiales.

Art. 2.º La Asociación atenderá con preferencia á los objetos siguientes:

Primero. A estudiar el perfeccionamiento del material de socorros y de transportes de los heridos, experimentar dicho material y hacer acopio del mismo, procurando que se adapten, en lo posible, á los usos de los que acepte el Gobierno.

Segundo. A estudiar el modo de organizar enfermerías de estación y hospitales de campaña en la zona, á retaguardia de los ejércitos combatientes, y en las plazas sitiadas, para los heridos y enfermos que no puedan ser asistidos por la Sanidad Militar, é instalar y servir dichos establecimientos cuando se le encargue.

Tercero. A reclutar personal dispuesto á prestar sus servicios en caso de guerra, agrupándolo en cuatro cuerpos, que se denominarán: Eclesiás-

tico, Médico-farmacéutico, Administrativo y Técnico obrero, dotándolos del material correspondiente á cada uno, y determinando, por medio de Reglamentos especiales, su organización jerárquica, atribuciones y deberes.

Cuarto. A extender por medio de cursos prácticos los conocimientos elementales que se requieren para prestar los primeros cuidados á los heridos y auxiliar á los Médicos en las curas, y preparar teórica y prácticamente á los que adquieran el compromiso de desempeñar la función de enfermeros en las guerras futuras.

Quinto. A excitar los sentimientos caritativos del país en favor de los heridos y de los enfermos de los ejércitos combatientes, por medio de conferencias, reuniones ó publicaciones.

Sexto. A mantener las debidas relaciones con el Comité Internacional de Ginebra y con los Comités centrales de todas las Asociaciones de la Cruz Roja establecidas en el extranjero y demás instituciones de asistencia voluntaria á los heridos en campaña.

Séptimo. A estudiar los adelantos de la legislación de todos los países en cuanto se relaciona con la guerra y sus consecuencias, y los progresos científicos con respecto á la curación de los heridos, proponiendo al Gobierno todas las reformas que juzgue convenientes.

Octavo. A velar por el exacto cumplimiento del convenio de Ginebra, denunciando las transgresiones de que tenga motivo, y muy especialmente los abusos de las insignias y distintivos de la Cruz Roja.

Noveno. Á instalar bibliotecas y museos, en relación con los fines del instituto.

Décimo. Á organizar maniobras y ensayos de movilización que no sólo adiestren al personal y sirvan de prueba del material, sino que á la vez extiendan por todo el territorio el conocimiento práctico de la misión del instituto, contribuyendo á que se le proteja y respete.

Undécimo. Á reunir datos exactos que sirvan de guía para utilizar con provecho en un momento dado los recursos del territorio en una hospitalización en grande escala por causa de guerra ó calamidad pública.

Art. 3.º En armonía con lo prevenido en el Reglamento para el servicio sanitario de campaña, la acción de la Sociedad no puede extenderse al servicio de vanguardia ni á los hospitales de evacuación, ni ejercitarse paralelamente á la de la Sanidad Militar en la esfera propia de ésta, á menos de disposiciones especiales del general en jefe ó de aquél á quien compete la dirección del combate.

Art. 4.º La Cruz Roja se encargará de la identificación é inhumación de los muertos, desinfección de los campos de batalla, establecimiento

de centros de información para las familias de los militares, transporte de los heridos y correspondencia desde los hospitales de evacuación hacia el interior del país, situación de depósitos de material sanitario y otros servicios análogos, siempre que se le encomiende por las autoridades competentes ó los organice por su propia iniciativa con la autorización que corresponda.

Art. 5.º La Asociación podrá establecer ambulancias y hospitales de sangre para recoger y curar á los heridos en asonadas y motines, no interponiéndose nunca entre los combatientes.

Art. 6.º La Cruz Roja, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2.º del artículo 1.º, podrá emplear también los medios de que disponga para el remedio de las calamidades públicas, secundando la acción de las autoridades gubernativas, y conforme á las instrucciones de éstas.

Art. 7.º La Asamblea deberá estar representada oficialmente en todas las conferencias internacionales que el Instituto celebre, recibiendo con oportunidad instrucciones del Gobierno acerca de los temas que hayan de ser objeto de discusión y acuerdo.

Art. 8.º La Cruz Roja subordinará todos sus actos, todas sus aspiraciones, todos sus votos á los preceptos de la más acrisolada caridad, no haciendo jamás distinción de amigos, enemigos é indiferentes entre los que sufren, sino cuidando á todos con igual piedad y solicitud.

Art. 9.º Para gobierno y dirección del Instituto, habrá en Madrid una Asamblea suprema, compuesta de un Presidente efectivo, que lo será siempre el Comisario regio nombrado por la Corona; cuatro Vicepresidentes; un Director general de ambulancias; cuatro Inspectores generales de los Cuerpos eclesiástico, médico-farmacéutico, administrativo y técnico-obrero; un Secretario general; un Canciller, y doce Vocales. La Asamblea, en la primera reunión que celebre, designará de entre sus Vocales los que hayan de ejercer las funciones de Contador, Archivero-Bibliotecario y Director de almacenes, y hará todos los demás nombramientos que exijan los servicios propios de las oficinas centrales.

El Reglamento general orgánico determinará los deberes y derechos correspondientes á cada uno de estos cargos. La Ordenación de pagos queda reservada al Comisario regio, que podrá delegarla en un Vicepresidente.

Art. 10. La Asamblea suprema se reunirá siempre que lo estime necesario su Presidente, y con excepción del Comisario regio se renovarán los cargos por mitad cada siete años, pudiendo ser reelegidos indefinidamente los que los desempeñen.

Para que la Asamblea suprema pueda adoptar acuerdos de carácter

ejecutivo, bastará la reunión de nueve de sus individuos en primera convocatoria, siempre que todos fueran citados oportunamente.

Las renovaciones por vacantes naturales se harán en el tiempo y forma que determine el Reglamento.

Art. 11. La Asamblea suprema se reunirá en sesión solemne una vez al año, en tiempos normales, en la primera quincena de Febrero, y en ella se leerá, por el Secretario, una Memoria de cuanto haya ocurrido en este período respecto á la Asociación; se presentará por el Contador, con el *Visto Bueno* del Presidente, el estado de fondos é ingresos y gastos que haya habido en el año, y por el Director general de ambulancias se dará noticia de todo lo referente al personal y material de que se disponga.

A esta sesión anual serán invitados los socios residentes en Madrid, teniendo en ella voz y voto al sólo efecto de elegir la Comisión revisora de las cuentas del año anterior.

Esta Comisión, compuesta de siete socios que no pertenecerán á la Asamblea, realizará su cometido en el término improrrogable de un mes.

Art. 12. Cada siete años se reunirá la Asamblea general para la elección de la mitad de la Asamblea suprema, y adoptar los demás acuerdos que juzgue necesarios ó convenientes á los intereses de la Asociación.

A esta junta general asistirán, con voz y voto, además de los miembros de la Asamblea suprema, los socios de mérito, los Presidentes de todas las Comisiones establecidas en España, los Delegados, dos Representantes por cada Comisión provincial ó de categoría análoga, y uno por cada Comisión de partido.

Las Juntas de gobierno de las Comisiones en provincias se renovarán en el tiempo y forma que se determine en el Reglamento general.

Art. 13. Formarán parte de la Asamblea suprema los Representantes que con la categoría de Jefes de administración ó asimilados, por lo menos, nombren los Ministerios de Estado, Guerra, Marina y Gobernación.

Art. 14. La Asamblea suprema nombrará Delegados regionales y establecerá Comisiones provinciales y locales, designando al efecto Delegados para la constitución de aquéllas donde no existieren y para la reorganización de las ya establecidas, procurando adaptarse en lo posible á la división territorial militar y á la departamental marítima.

Las Autoridades superiores del Ejército y de la Armada y los Gobernadores civiles, serán Inspectores natos de todas las Comisiones de la Cruz Roja establecidas en el territorio de su mando.

Art. 15. La Sección central de señoras y las provinciales y locales, se organizarán, en cuanto sea posible, en forma análoga á la Asamblea y

sus comisiones, pero no habrá entre ellas subordinación jerárquica, siendo todas auxiliares de las de caballeros, y entendiéndose directamente con la Asamblea en todo lo referente á su constitución y funcionamiento.

El nombramiento de Presidenta de la sección de Madrid será propuesto á S. M. la Reina por el Comisario regio; el de las demás constituidas en provincias se hará por la Asamblea suprema, á propuesta de las respectivas comisiones.

Art. 16. Para desempeñar servicio activo en la Cruz Roja se requiere indispensablemente la cualidad de español, naturalizado en España, y haber cumplido los requisitos que los Reglamentos exijan. Los extranjeros sólo podrán ingresar á título honorario ó de cooperadores.

Los nombramientos de socios se expedirán tan sólo por la Asamblea suprema.

Art. 17. En el Reglamento general orgánico, y más concretamente en los especiales, se consignará claramente la situación légal á que queda sujeto el personal de la Cruz Roja que, para cumplir los fines del Instituto, forme parte de los ejércitos en campaña.

(Continuará).




NECROLOGÍA.

Don Bernardino Gallego y Saceda.—Nació en Madrid el día 20 de Mayo de 1839, y se graduó de Licenciado en la Universidad Central el 15 de Junio de 1861, obteniendo el título de Doctor el 5 de Octubre de 1862.

Por Real Orden de 4 de Abril de 1862 tuvo ingreso en el Cuerpo, previa oposición, en clase de segundo Ayudante médico, siendo destinado al batallón Cazadores de Barbastro, y poco después al de la Guardia civil veterana. Pasó al 14.º tercio de la Guardia civil en Octubre de 1868, donde sirvió hasta Septiembre de 1886, y posteriormente al hospital militar de Madrid, Dirección general del Cuerpo, nuevamente al hospital de Madrid é Inspec-

ción general del Cuerpo y Ministerio de la Guerra, hasta su ascenso á Inspector, y tras breve tiempo en la Inspección del quinto Cuerpo de ejército, pasó al Ministerio de la Guerra como Jefe de Sección.

Desempeñó numerosas y variadas comisiones, entre otras, una en Alicante en 1870 durante la epidemia de fiebre amarilla y otra en 1874 en el ejército del Norte.

Alcanzó los empleos de escala en las fechas siguientes: primer Ayudante médico, 24 de Octubre de 1865; Médico mayor, 18 de Junio de 1878; Subinspector médico de segunda clase, 7 de Diciembre de 1886; Subinspector médico de primera clase, 30 de Abril de 1891, é Inspector médico de segunda clase, 3 de Agosto de 1897. Obtuvo el grado de Médico mayor por mérito de guerra el 7 de Julio de 1866; el empleo de Médico mayor supernumerario, por la gracia general de 29 de Septiembre de 1868; el grado de Subinspector médico de segunda clase en 3 de Junio de 1871, por servicios facultativos; por el mismo concepto el empleo de Subinspector de segunda clase supernumerario en 18 de Noviembre de 1872; y por mérito de guerra el grado de Subinspector de primera, en 2 de Diciembre de 1874.

Estaba en posesión de las condecoraciones siguientes: cruz y encomienda de Carlos III; encomienda de Isabel la Católica; dos blancas de segunda clase del Mérito Militar; dos rojas de la misma clase y Orden; gran cruz blanca de la misma Orden y medalla de Bilbao.

Quebrantada su salud desde hace algún tiempo, falleció en el Escorial el día 12 de Septiembre próximo pasado, á consecuencia de una afección cerebral aguda.

Enviamos á su atribulada familia nuestro más sentido pésame, deseándole la resignación necesaria para soportar la irreparable pérdida de nuestro bondadoso Jefe y cariñoso amigo.



VARIEDADES

En el último concurso celebrado para ingresar en la Academia del Cuerpo, han obtenido plaza los 14 opositores que figuran á continuación, según el orden que les corresponde por las calificaciones que han merecido.

NOMBRES.	Después del primer ejercicio.	Después del segundo ejercicio.	Después del tercer ejercicio.	Después del cuarto ejercicio.
D. Eduardo Suárez y Torres .	1	1	1	1
» Alejandro Reino y Soto .	2	2	3	2
» Pedro Farreras y Sampere.	3	3	2	3
» Paulino Fernández y Martos.....	4	5	5	4
» Vicente Vidal y Frenero..	7	6	4	5
» Eloy Fernández y Vallesa.	5	8	6	6
» Alberto del Río y Rico...	9	11	7	7
» Julio Rodríguez y Fernández.....	6	9	10	8
» Julio Vías y Ochoteco.....	11	7	11	9
» José Moreno y Bastante...	10	10	9	10
» Antonio Sánchez y Reyes.	12	12	12	11
» Juan Blanco y Borrá.....	15	14	14	12
» José Picó y Pamies.....	14	13	13	13
» Rogelio Vigil de Quiñones.	8	4	8	14

* *

Habiendo sido necesario rectificar algunos datos relativos á los análisis alimenticios de los ocho primeros cuadros publicados en la Memoria sobre alimentación del soldado en los Cuerpos de la guarnición de Madrid, reproducimos en el presente número dichos cuadros, ya rectificandos, quedando, por lo tanto, anulado el pliego 8.º de la citada Memoria, que dimos con el número de la REVISTA correspondiente al 1.º de Septiembre de este año.

* *

En la última semana del mes de Abril de 1901 se celebrará en Londres un Congreso inglés contra la tuberculosis. El Congreso, cuyo presidente honorario es el Príncipe de Gales, se dividirá en cuatro secciones: Sección primera (Estado y Municipio); Sección segunda (Patología, incluso la Bacteriología); Sección tercera (Tuberculosis en los animales); Sección cuarta (Clínica y Terapéutica, incluso la Climatología y los Sanatorios). La cuota para los miembros ordinarios de este Congreso es una libra esterlina.

* *

Durante el mes de Septiembre próximo pasado, han sido amortizadas las vacantes siguientes: una de Inspector médico de segunda clase, una de Médico mayor y otra de Médico primero.

