

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIII MADRID 15 DE SEPTIEMBRE DE 1899 NÚM. 294

PESTE BUBÓNICA

Su nombre vulgar y autonomásico es peste, que viene de *pesimus*, como quien dice, el peor de todos los males. Tifo oriental, peste levantina, *pestis inguinalis* ó *glandularia* de los historiadores, en el Irak-Arabi la llaman *El Taoun* (que hiera como una lanza) ó *Elwaba* (enfermedad por excelencia); los Beduinos la llaman también justamente *Abou-Roubégé*, enfermedad de los bubones. En Long-Tcheon la llaman *Thong-Ben-Ti*, y en el lenguaje indígena la conocen como en Junnan por *Yang-Tse* ó *Laochou-Ping* (enfermedad de las ratas.) En el Indostán se llama *Mahamurree*, que significa en sanscrito gran muerte, y también *Poolkiarog* y *Golarog* (enfermedad con tumores.)

Es un azote terrible, conocido desde la más remota antigüedad; los paganos la consideraban como una deidad siniestra, hija de la noche y compañera del hambre, y los egipcios como un genio, armado de arcos y de flechas.

La epidemia que diezmó la Europa en la época de Marco Aurelio; la que reinó de 255 á 265 después de Jesucristo, y de la que San Cipriano hizo una fiel descripción; la gran peste de Justiniano (542); la terrible peste negra del siglo xiv, en la que perecieron la cuarta parte de los habitantes de Europa, y otras muchas que en el transcurso de los siglos han producido estragos, tienen importancia como recuerdo histórico; en cambio, el estudio de las epidemias que se han sucedido desde mediados del siglo actual, tienen importancia histórica y nosográfica, enseñándonos las condiciones en

que se desarrollan estas epidemias, la manera de propagarse y otra porción de cuestiones de suma transcendencia para el higienista.

Desde mediados de siglo sólo ha invadido dos veces el África en la Cyrináica: dos veces la Europa, la primera sin alejarse del Asia (Vetlianka-Astrakán), y la segunda en la actualidad, que tan próxima la tenemos, por desgracia.

Los focos que en esta mitad de siglo podemos considerar como endémicos, son: el Asia anterior (Turquía, Persia, Arabia); Asia central (Turkestán y Afghanistán), y en el Asia meridional y oriental (Indostán y China.)

Desde mediados de siglo es en el Imperio Otomano donde ha hecho más frecuentes apariciones la peste: 14 veces en la Baja-Mesopotamia, 10 en la Asyria y dos ó tres en la Cyrináica. En Persia, desde el año 70 al 88, unas 18 veces; cinco en la región del Khorassán y 13 en la del Kurdistán. En Rusia tres veces, sin contar las numerosas manifestaciones ligeras de la Transcaucasia. En el Turkestán ruso y en el Afghanistán, lo menos cuatro veces; se pueden contar lo menos siete epidemias en el Indostán y muchas más en la China meridional. Resultando en total unas 60 apariciones más ó menos largas y duraderas, suficientes para evidenciar que el azote que diezmó en siglos anteriores el Asia y la Europa subsiste, siquiera sea amortiguado, como una seria amenaza para el presente y el porvenir.

Del rápido examen de las principales localidades frecuentemente visitadas por la peste desde mediados de siglo, podemos deducir, como conclusión importante, que el tifo oriental es endémico y exclusivo del Antiguo Continente, no habiendo alcanzado las regiones del Ecuador ni el hemisferio Austral, é invadiendo rara vez el trópico Septentrional ó de Cáncer.

Deduciremos también que es mucho más restringido el campo de operaciones de la peste que en siglos anteriores, siendo sus excursiones poco extensas, y en manera alguna pueden ser comparables á las aterradoras epidemias de aquellas épocas, que asolaban el mundo de Oriente á Occidente; es elocuente, bajo este punto de

vista, el examen de la mortalidad producida por la peste desde mediados de siglo.

En el transcurso de ese tiempo hasta el año 96, el Imperio Otomano ha perdido unos 80.000 habitantes; la Persia, 10.000; la Rusia, 10.000; el Indostán 10.000, y la China cerca de 150.000.

Sin duda estas cifras distan mucho del número inmenso de víctimas que causó á Europa la peste negra del siglo XIV; pero la enfermedad, aun habiendo limitado su campo de acción, quedando acantonada en zonas reducidas, no por ello ha perdido en intensidad ni ha dejado de ser un constante peligro, por las numerosas y rápidas relaciones comerciales existentes entre Europa y las zonas indicadas.

Otro hecho notable que se deduce, es que todas las regiones señaladas en que las epidemias se ceban y persisten, llegando á tomar el carácter endémico, son precisamente aquellas cuyos habitantes desconocen el significado de la palabra higiene; en el país de los Faraones y Ptolomeos, por ejemplo, las emanaciones pútridas de las aguas encharcadas que dejan las inundaciones del Nilo; las que salen de los cementerios, en los cuales se inhuman los cadáveres cubriéndolos apenas con una ligera capa de tierra; las que se escapan de las tumbas particulares que hay cerca de las habitaciones, y á veces dentro de las mismas; las que despiden los cadáveres de los animales insepultos abandonados, porque los orientales temen quedar impuros enterrando á un animal; la falta de limpieza en los vestidos; el mal régimen alimenticio de los más de los habitantes; la falta de higiene urbana, etc., etc., forman un total de condiciones inmejorables para que germine y persista el bacilo Yersin, adquiriendo carácter endémico el tifo oriental, de la misma manera que causas análogas producen entre nosotros el tifo europeo, también endémico.

Parecidas ó peores condiciones higiénicas reúnen las regiones de la China, Yunnan y Kuang-si, focos de peste de los más persistentes; Long-Teheon, población del Kuang-si, donde ha causado la peste tantos estragos en estos últimos años, es un ejemplo que lo

evidencia Los habitantes de esta población, como todos los chinos, muy aficionados á engalanar la fachada de sus casas y adornar la sala de recepción, no les preocupa la suciedad y desaseo del interior de las viviendas. Las calles son cloacas inmundas, donde se encuentran de trecho en trecho vestigios de canales y alcantarillas obstruidas, reservorios nauseabundos de inmundicia, siendo insuficiente para asegurar la limpieza la natural pendiente de las calles, por la falta de desagüe.

En los alrededores de la población, y hasta en su interior, existen pantanos, de extensión variable, que se llenan de agua en la época de las lluvias y se secan varias veces en el transcurso del año, siendo focos donde la putrefacción de los vegetales y animales abonan el terreno para el desarrollo de los gérmenes patógenos.

Finalmente, el desaseo personal, el hacinamiento en las habitaciones, sin luz y mal ventiladas, donde viven en armonioso consorcio hombres, mujeres, niños y toda clase de animales, dan una pálida idea de las condiciones higiénicas de Long-Tcheon y de la persistencia de la peste importada el año 93.

Una contraprueba de lo que influye la higiene en el desarrollo y persistencia de la epidemia, la tenemos en el hecho notable de no haberse registrado un solo caso entre los europeos residentes en Yunnan y Long-Tcheon; el escaso número de ellos que habitan en los focos epidémicos y las condiciones de buena higiene de que procuran rodearse, explican el hecho; y aun entre los chinos, los altos funcionarios, los que por mayor ilustración y riqueza viven en condiciones análogas á los europeos, gozan de relativa inmunidad.

Uno de los focos en la actualidad más importante, y á la vez más peligroso para Europa, es la India; la marcha de la epidemia en este país, perfectamente estudiada por Simond, es rica en enseñanzas, como luego veremos, y merece que lo consignemos, siquiera brevemente.

El año 94 fué importada la peste de Long-Tcheon á Canton y Hong-Kong, causando muchos estragos en el primer punto, y

exacerbándose los años 95 y 96 en Hong-Kong, constituyendo un foco peligrosísimo, especialmente para la India, por las constantes relaciones comerciales. No tardaron en presentarse casos en Bombay, indudablemente importados por la vía marítima, toda vez que se inició la epidemia por el cuartel de Mandvi, situado en el mismo puerto, y en constante relación con los buques que llegan. La epidemia comenzó en Agosto del 96, creciendo gradualmente hasta el mes de Diciembre, que alcanzó el grado máximo ó período de estadio hasta Marzo del 97, durante cuyo período causa espantosos estragos, muriendo de 1.200 á 1.300 personas semanalmente; en Abril comienza á declinar, declinación rápida, indudablemente favorecida por la emigración de gran parte de sus habitantes; ya en Junio se registran pocos casos, y en Julio y Agosto son rarísimos, tanto, que se consideró como terminada; pero desgraciadamente no tardó en recrudecerse bajo la forma de una segunda epidemia, más grave que la anterior. Desde Bombay se ha extendido progresivamente, tanto por mar como por tierra, en las costas y el interior de la India, cual mancha de aceite, que en la actualidad cubre la mitad de su extenso territorio, no pudiendo predecir hasta dónde alcanzarán sus estragos; por la vía marítima ha invadido todos los puertos situados al Norte hasta Kurachee, situado á los 25' lat. Norte, mientras que por el Sur ha progresado menos, alcanzando los 18" (Bombay está en los 19° lat. Norte.) Por tierra ha progresado en la dirección de todas las líneas férreas: hacia la línea del Norte, las principales poblaciones atacadas son Surat, Baroda, Ahmedabad, Palampur; hacia la línea del Sur, Poona, Sattara, Karad, Miraj, Belgaum, Hubli. En las líneas que desde Poona se dirigen al Sureste, Scholapur é Hyderabad, capital de Nizam. En la línea del Este, Ygatpuri, Nasik y una porción de poblaciones menos importantes, alcanzando hasta Calcutta. Hasta la fecha, la parte central de la India ha sido la más respetada, por más que continúa progresando, y no se puede predecir hasta dónde y cuándo terminarán sus estragos.

Decía antes que este foco de la India es quizá el más peligroso

para Europa por el constante tráfico de sus numerosos puertos infectados, y así hemos visto en el transcurso de estos últimos años presentarse varios casos de peste en Liverpool, Londres y Southampton; casos que gracias á las enérgicas y oportunas medidas tomadas, se han extinguido con rapidez, sin adquirir carácter epidémico, como por desgracia ocurre actualmente en Oporto.

DR. J. SEGARRA.

(Continuará.)

UN CASO DE HERIDA POR BALA DE FUSIL CON HEMORRAGIA SECUNDARIA DE LA CARÓTIDA PRIMITIVA

El día 7 de Abril de 1897 ingresó en la clínica de mi cargo del hospital militar de Güines, el sargento de la tercera guerrilla montada de San Nicolás Francisco Bustamante Sierra, que había sido herido por bala Remington durante un combate sostenido aquella misma mañana con los insurrectos de Cuba en las inmediaciones del ingenio Emilia (provincia de la Habana.)

El proyectil había penetrado por el tercio inferior del lado izquierdo del cuello, entre el borde externo del trapecio y el posterior del occipito-externo-cleido-mastoideo; y siguiendo una dirección oblícua de abajo á arriba, de atrás á adelante y de izquierda á derecha, atravesó la región supra-hioidea, penetró en la cavidad bucal, hiriendo el borde izquierdo de la lengua, fracturó los dos primeros molares de la encía inferior de dicho lado, perforó la bóveda palatina, se introdujo en el seno maxilar y vino á salir inmediatamente por debajo del pómulo derecho, fracturando la cara externa del maxilar superior al nivel de la fosa canina.

Como el traumatismo había sido hecho á las siete ó las ocho de la mañana y el enfermo no ingresó en el hospital hasta las cuatro de la tarde, después de haber sido curado con hilas, agua fenicada y percloruro de hierro en el poblado de San Nicolás, la inflamación se había extendido por casi toda la cara, desfigurando por completo las facciones, provocando el edema de los párpados, con la consi-

guiente imposibilidad de separarlos, dificultando los movimientos de los labios que, sumamente hinchados, amoratados y relucientes, á duras penas dejaban escapar la saliva mezclada con sangre, y dando, en fin, al herido un aspecto verdaderamente monstruoso, al que en gran manera contribuía el orificio de salida del proyectil, con sus bordes irregulares, desgarrados, mortificados, llenos de esquirlas óseas, cubiertos de costras negruzcas originadas por el percloruro, y por entre las cuales podía percibirse casi todo el seno maxilar repleto de coágulos sanguíneos, ennegrecidos por las aplicaciones del referido hemostático.

Por otra parte, las heridas de la lengua y bóveda palatina, con la consiguiente inflamación de todos los tejidos blandos de la boca, velo del paladar é istmo de las fauces, entorpecían considerablemente la respiración, que era superficial, estertorosa y entrecortada, imposibilitaban por completo los movimientos de deglución, haciendo salir por la herida de la cara y fosas nasales cuantos líquidos procuraba tragar, y dificultaban á la vez de tal manera la articulación de la palabra, que sólo sonidos roncós, guturales é ininteligibles conseguía producir cuando intentaba hablarnos.

A todos estos sufrimientos debía agregarse, por último, una insoportable cefalalgia, pues el enfermo se llevaba de continuo las manos á la cabeza, apretándose con fuerza las sienés y la región superciliar, y una sed ardiente, tanto más viva, mortificante é imperiosa, cuanto que no le había sido posible satisfacerla desde que cayó herido.

La cura que se le practicó poco después de su ingreso en el hospital, fué en extremo difícil y penosa.

Comenzamos por lavar todo el cuello y toda la cara con agua hervida y jabón de potasa, hasta dejarlos completamente libres de manchas de sangre; practicamos á continuación otro minucioso lavado con agua sublimada al milésimo; desprendimos todas las esquirlas enclavadas en los bordes del orificio de salida; regularizamos cuanto nos fué posible los expresados bordes, desprendiendo á la vez la mayor parte de las costras producidas por el percloruro; colocamos, no sin gran trabajo, dos rodajas de corcho entre los dientes á fin de mantener abierta la boca, é introduciendo en ella el pico del irrigador y obligando al enfermo á mantener la cabeza inclinada hacia adelante, verificamos una copiosa irrigación de agua boricada al 2 por 100, hasta que desapareció toda la sangre y se desprendieron todos los coágulos que existían en la cavidad bu-

cal; colocamos, valiéndonos de pinzas curvas, un tapón de algodón cubierto de gasa en el orificio abierto por el proyectil en la bóveda palatina, de manera que quedase perfectamente cerrado; lavamos en seguida el seno maxilar por medio de irrigaciones con solución de bicloruro hidrargírico al 1 por 1.000, consiguiendo con ellas la eliminación de todos los coágulos sanguíneos y el desprendimiento de la mayor parte de las costras ó escaras formadas por el percloruro; retiramos el tapón, cuyo objeto no era otro que impedir el paso á la boca de la disolución de sublimado; rellenamos dicho seno maxilar con gasa iodofórmica bastante apretada; colocamos en el orificio de entrada un apósito de gasa sublimada y algodón fenicado; en el de salida otro de seda protectora, gasa, algodón y makiston, y los sujetamos, en fin, por medio de un vendaje circular para el primero, y en forma de T piramidal prolongado para el segundo.

Además, y con objeto de disminuir la congestión cerebral, que indudablemente existía, dispusimos la aplicación de sinapismos volantes á las extremidades inferiores, el empleo de baños de pies sinapizados y la colocación de un enema de agua templada, seguido al devolverlo de otro compuesto con 50 gramos de sulfato de magnesia diluídos en 300 de agua.

La inflamación de la boca se combatió haciendo tomar al paciente pequeños trozos de hielo, que debía conservar en ella y renovar apenas se disolviesen.

Al día siguiente, 8 de Abril, el herido amaneció más animado. La inflamación de la lengua y demás tejidos blandos de la boca había disminuído mucho, así como el dolor de cabeza; la temperatura era normal, y aunque afirmaba no le era posible verificar todavía los movimientos de deglución, los sanitarios de guardia me aseguraron que desde las primeras horas de la mañana no arrojaba el agua procedente de la fusión del hielo que mantenía en la boca. Esta presunción quedó, por otra parte, perfectamente justificada, al contestar con un signo negativo cuando le preguntamos si tenía tanta sed como el día anterior. También nos expresó por escrito, que desde el momento de la herida venía notando un adormecimiento sumamente molesto en todo el brazo izquierdo, que no desaparecía ni se atenuaba.

Como la gasa con que rellenamos el seno maxilar debía hallarse mojada, levantamos el apósito de la cara, encontrando la herida sin pus y con muy buen aspecto, por lo que nos limitamos á reproducir

la misma cura del día anterior, siempre después de haber obturado el orificio de la bóveda palatina con una torunda de algodón en-vuelta en gasa.

Además se practicaban diariamente tres lavados de la cavidad bucal por medio de irrigaciones con agua boricada al 2 por 100.

El día 9 había disminuído considerablemente la inflamación de la cara y de la lengua, la temperatura se mantenía en 37° y la respi-ración se verificaba sin grandes esfuerzos; pero la deglución conti-nuaba siendo imposible, según el herido. No obstante, la sed era tolerable, y los sanitarios insistían en afirmar que tragaba el agua procedente de la fusión del hielo.

La dislalia y el adormecimiento del brazo permanecían en el mismo estado.

El día 10 variamos la cura, encontrando los traumatismos sin una gota de pus, completamente libres de escaras y con tendencia á la formación de granulaciones. La tumefacción de la cara y boca ha-bía mejorado hasta el punto de permitir la separación de los pár-pados, los movimientos voluntarios de los labios y la deglución de pequeñas cantidades de líquido. También era mucho menos difícil la articulación de las palabras, pues aunque con trabajo podía en-tenderse algo de lo que quería decir.

En vista del notable alivio observado, insistimos en el uso del hielo y de las irrigaciones bucales, suspendimos el empleo de los enemas y de los revulsivos y prescribimos un litro de leche para tomarla á pequeños sorbos, alternando con una infusión concen-trada de café mezclada con cognac.

El día 12 levantamos los apósitos, encontrando las heridas sin pus, libres de escaras y con los bordes cubiertos de granulaciones cicatriciales. La inflamación de la boca y mejillas había desapare-cido completamente, no existía fiebre ni dolor de cabeza, la tempe-ratura era normal, la deglución mucho más fácil, la palabra más inteligible, la respiración profunda y desahogada, el sueño tran-quilo y reparador, y tanto el orificio de la bóveda palatina como el de la cara externa del maxilar parecían haber disminuído de ta-maño, á consecuencia sin duda de la formación de mamelones car-nosos en los tejidos blandos que tapizaban sus bordes.

Nuestras prescripciones en esta visita se redujeron á suspender el hielo y aumentar la cantidad de leche hasta dos litros diarios.

Así las cosas, y cuando el considerable alivio que veníamos ob-servando nos había hecho concebir esperanzas muy fundadas de

obtener la curación, á las nueve y cuarto de la noche del día 13, estando el herido durmiendo, es despertado por un violento acceso de tos; se incorpora en el lecho, presa de visible angustia, dice que se ahoga, é inmediatamente comienza á brotar un raudal de sangre roja y rutilante por la herida del cuello, por la boca y por las fosas nasales, quedando muerto á los dos ó tres minutos, y sin que fuera posible prestarle, por la rapidez del accidente, ningún eficaz auxilio.

En la autopsia practicada el día 14, pudimos comprobar que el proyectil habia seguido la dirección antes expresada, rozando á su paso la pared postero-externa de la carótida primitiva, á unos tres centímetros por debajo de su bifurcación, determinando la formación de una escara de figura oboidea, y cuya longitud no excedía de cinco milímetros en su diámetro mayor.

El desprendimiento de dicha escara, que aún encontramos adherida por su extremidad inferior á la parte sana de la arteria, fué la causa determinante de la hemorragia.

Además, tanto la laringe como la tráquea, como los gruesos brónquios, hallábanse materialmente repletos de coágulos sanguíneos, demostrando esta lesión, de modo indiscutible, que al llegar la sangre á la boca por el mismo conducto trazado por el proyectil, habia refluído á la garganta, obturando el conducto respiratorio y ocasionando la muerte por asfixia antes de que tuviera tiempo para determinar la anemia aguda.

E. PÉREZ NOGUERA,
Médico primero.

Prensa y Sociedades médicas

Coriza. Permanganato potásico.—El Dr. Nassauer aconseja encarecidamente el siguiente tratamiento de la coriza. De una solución concentrada de permanganato potásico, se echan dos ó tres gotas en agua templada hasta que ésta tome un color de rosa poco intenso; basta con preparar un vaso de esta disolución. Con ella, y después de haberse sonado bien, se lavan alternativamente las dos fosas nasales. Conviene que el líquido no sólo salga por la otra ventana de la nariz, sino también por la boca, para que moje también la pared posterior del velo del paladar. Hecho está, con algo

dón en rama empapado en la misma disolución se envuelve un dedo y se frota la mucosa de la nariz, para quitar de ese modo, y hasta donde el dedo alcance, todas las mucosidades, así como los agentes infecciosos productores del coriza. Después se meten taponcitos de algodón en rama seco en ambas fosas nasales, introduciéndolos muy arriba, é inclinando la cabeza hacia atrás, se hace que penetre la disolución de permanganato en ambas fosas nasales. Los tapones de algodón absorben el líquido y se dejan colocados una hora, para lo cual, sonándose con fuerza, son expulsados fácilmente.

(*Klin. Therap. Wochenschr.*)

*
**

De algunas causas poco conocidas de hemorragia intestinal en la fiebre tifoidea.—*M. L. Mazzotti*: Las enterorragias dotieteréricas son debidas las más de las veces á la perforación de las paredes arteriales á nivel de las placas de Peyer ulceradas y se producen en el momento en que se desprenden las escaras que cubren esas ulceraciones. Sin embargo, esas extravasaciones sanguíneas pueden dimanar á veces de otras causas. Trousseau, por ejemplo, había llamado la atención sobre las enterorragias tifoidicas coincidiendo con hemorragias nasales, gingivales, pulmonares, uretrales, subcutáneas, y constituyendo la expresión de una especie de discrasia. De otra parte, á seguida del estudio de las lesiones vasculares propias de la fiebre tifoidea y caracterizadas por la infiltración leucocitaria de los tejidos perivasculares, Raymond se ha visto en el caso de inferir que estas alteraciones, susceptibles de determinar una rotura de los vasos con hemorragia en sábana, podrían explicar el mecanismo de ciertas enterorragias que se producen en otros puntos que en las placas de Peyer. Brugnoli admitía que los ganglios mesentéricos, bajo la influencia del proceso dotieterérico, podían entumecerse hasta el punto de provocar, por compresión de los troncos venosos, un atascamiento sanguíneo seguido de hemorragia; Maragliano ha visto en un tifódico cómo una necrosis cutánea de la región trocánterea, que se había propagado al recto, producía una hemorragia mortal en el momento de la caída de la escara.

El autor de la presente Memoria ha observado, por su parte, tres casos de hemorragia intestinal de causa insólita en la fiebre tifoidea.

En uno de esos hechos, tratábase de un hombre robusto, de 30 años de edad, quien, á partir del undécimo día de una afección febril que ofrecía todos los caracteres clínicos de la dotientería, empezó á evacuar por el recto materias sanguinolentas. Poco después sobrevinieron enterorragias abundantes, que acarrearón la muerte por colapso á los catorce días de la enfermedad. En la autopsia no se halló rastro alguno de sangre en el ileon. Las placas de Peyer no presentaban ninguna sufusión sanguínea, ni siquiera en su periferia, y toda la mucosa de esta parte del intestino parecía

normal. En cambio el colon estaba lleno de una materia negruzca, viscosa, adherida á la mucosa, la cual aparecía entumecida y de un color rojo obscuro. Estas alteraciones de las paredes del colon empezaban inmediatamente en la otra parte de la válvula ileo-cecal y se continuaban en toda la extensión de las porciones ascendente y transversa. Más lejos, la rubicundez congestiva de la mucosa se iba atenuando.

En otro caso análogo, la enterorragia mortal, sobrevenida á los diez y seis días de la enfermedad, procedía igualmente del colon. Abstracción hecha de las lesiones habituales de las placas de Peyer, la mucosa del ileon estaba intacta; pero los vasos de todas las tûnicas del colon, sobre todo los de la mucosa y de la capa submucosa, estaban infartados de sangre. Además, en el tejido conjuntivo submucoso percibíanse unos vastos islotes de glóbulos sanguíneos situados fuera de los vasos, y que, al infiltrarse en la mucosa, alcanzaban á trechos su superficie libre.

La tercera observación de Mazzotti se refiere á un muchacho de 12 años, quien, durante el primer septenario de una fiebre tifoidea, fué acometido de epistaxis, de estomatorragia, de gastrorragia y de enterorragia. Aun cuando las pérdidas sanguíneas habían sido bastante moderadas, el niño sucumbió con síntomas cerebrales al duodécimo día de la afección. En la autopsia no pudo observarse ninguna lesión macroscópica del cerebro ó de las meninges. Hacia la parte inferior del ileon, existían numerosas placas de Peyer entumecidas, algunas de las cuales se hallaban en vías de ulceración; pero en ninguna parte, ni en el intestino delgado ni en el intestino grueso, notábase rastro alguno de extravasación sanguínea. Las múltiples hemorragias observadas en este caso en vida del enfermo, no podían dimanar, por consiguiente, sino de un estado discrásico particular.

De estos hechos, el autor infiere que las enterorragias de la fiebre tifoidea, aparte de su causa más frecuente, que es la ulceración de las placas de Peyer, así como de los casos de «fiebre pútrida hemorrágica» de Trousseau, pueden dimanar también de una simple congestión del colon, producida en el período del acmé del proceso tifoídico. Las enterorragias de este último género se muestran hacia el final del segundo ó en los comienzos del tercer septenario. Al principio afectan la forma de un rezumamiento sanguíneo que tiñe de rojo las materias fecales, pero más adelante pueden revestir los caracteres de una verdadera hemorragia, á veces mortal. Estas pérdidas sanguíneas deben ser combatidas directamente por grandes lavativas, que contengan en disolución sustancias hemostáticas ó astringentes.

(*Gazz. degli Osped.*)

*
*
*

Acción de la toluleno-diamina sobre los glóbulos rojos.—La toluleno-diamina es perfectamente conocida, como veneno de la

sangre, desde los trabajos de Stadelmann, Afanassiev, Engel y Kiener, Meunier. Reanudando las investigaciones de este orden sobre perros, á los cuales inyectaba por la vía subcutánea de 0 gr. 03 á 0 gr. 06 centígramos de clorhidrato de toluleno-diamina por kilógramo del peso del animal, Vast, al igual que sus predecesores, ha visto producirse abatimiento, inapetencia, ictericia, y á menudo hemoglobinuria, fenómenos que desaparecían en el espacio de algunos días y que iban acompañados de una alteración notable de los glóbulos rojos de la sangre. Con gran rapidez, por lo demás, desarrollábase una adaptación orgánica (*accoutumance*) muy grande. Así, por ejemplo, ciertas dosis que, en perros sanos, determinaban una intoxicación siempre grave y á menudo mortal, han quedado poco menos que inofensivas para otros animales que recibían, desde hacía algunas semanas, cada día, cantidades de toluleno-diamina, muy reducidas al principio y luego progresivamente más elevadas cada día. Conviene hacer notar, por otra parte, que la susceptibilidad individual *vis-á-vis* del veneno, varía en límites bastante extensos con la edad, la raza, el estado de salud y de nutrición del animal.

Dosificando el contenido en hierro del hígado y del bazo después de la inyección de toluleno-diamina, el autor ha obtenido cifras bastante variables, en general muy superiores á la normal. Al igual que Meunier, Vast ha notado que este aumento era más considerable en el hígado que en el bazo. Por otra parte, ha visto siempre la acumulación del hierro alcanzar las mayores proporciones cuando operaba no con dosis pequeñas y muy prolongadas, sino con algunas dosis elevadas, espaciadas y produciendo una intoxicación intensa, sobre todo si esta intoxicación se acompañaba de hemoglobinuria.

El autor se ha dedicado particularmente al estudio de la acción de la toluleno-diamina sobre el suero y sobre los elementos rojos de la sangre. A este efecto, ha empleado el método de isotonia de Hamburger, modificado por Mosso-Viola; se ha servido luego de un procedimiento personal de colorimetría, que le ha sido útil para estudiar las variaciones de la resistencia de los hematíes antes y después de la inyección, y para precisar la proporción de hemoglobina disuelta en una serie graduada de soluciones; conteniendo, en una concentración determinada, cloruro de sodio y oxalato de potasio. Los resultados así obtenidos y consignados en una curva hematólítica, daban una idea exacta del estado de alteración de los elementos rojos de la sangre.

La hemoglobinhemia que sigue á la inyección de toluleno-diamina no se muestra sino lentamente, y la liberación de la hemoglobina no resulta bien marcada hasta que han transcurrido veinticuatro horas.

Un fenómeno más importante es la aparición en la sangre de una coloración morena, muy pronunciada, después de la inyección de dosis elevadas del veneno. Los hematíes están entonces pálidos,

descoloridos, como *frambuesados*, de forma y dimensiones, por lo demás, muy variables.

Examinando al espectroscopio sangre recogida algún tiempo después de la inyección de toluleno-diamina y diluida con agua destilada, Vast ha descubierto la existencia de dos fajas que no pueden corresponder sino á los espectros de la methemoglobina ácida y alcalina.

A seguida de una inyección de una dosis de toluleno-diamina bastante reducida para que el perro, vivaz y comiendo como de costumbre, parezca en un estado normal, se pueden ya descubrir rastros de methemoglobina en la sangre, aun cuando la hemoglobinhemia no exista tampoco.

Cuando se emplea una dosis elevada, produciendo una reacción manifiesta, obsérvase, por el contrario, una disminución de la resistencia de los glóbulos, disminución más ó menos marcada, según los casos. Algunas veces, cinco ó seis horas después de la inyección, pero lo más sólo al día siguiente, se nota un cambio bastante considerable en la coloración de la sangre, así como la presencia de methemoglobina en más ó menos cantidad, y muy á menudo existe también una ligera hemoglobinhemia. Estos dos hechos, á saber, la presencia de methemoglobina en la sangre y la disminución de la resistencia de los hematíes, parecen relacionados íntimamente entre sí, pues la intensidad de una y otra son correlativas y varían siempre en el mismo sentido.

Si se deja al perro reponerse durante algunos días y se examina entonces nuevamente la resistencia de los hematíes, se la encuentra considerablemente aumentada con relación á la sangre normal recogida antes de la inyección. Es éste, por lo demás, un fenómeno constante, que se puede observar con ocasión de toda reparación orgánica, por ejemplo, una simple sangría.

Como quiera que sea, la aparición progresiva de alteraciones de la sangre después de la inyección de toluleno-diamina parece dimanar mucho menos de una destrucción de los glóbulos rojos en la sangre circulante que de una alteración que afecte á su *resistencia* y á su *materia colorante*, alteración que provocaría la destrucción de los hematíes por los órganos hematóliticos, especialmente por el hígado.

(Tesis de Paris.)

*
*
*

Investigaciones acerca de la cicatrización epitelial.—El estudio histológico de la cicatrización ha sido objeto, estos últimos años, de numerosos trabajos, entre los cuales merecen ser citados en primer término los de Ranvier, Cornil, etc. Sin embargo, los autores distan todavía de hallarse de acuerdo en lo que se refiere al mecanismo y á las condiciones que presiden á la reparación de las heridas. Las investigaciones llevadas á cabo por el Dr. Branca sobre la cicatrización del epitelio tegumentario, aportan un contingente de

observaciones nuevas, que permiten resolver ciertos problemas oscuros hasta hoy, ó refutar ciertas opiniones erróneas emitidas anteriormente. Sin entrar en los detalles de las descripciones del autor, vamos á indicar sucintamente algunos de los hechos nuevos que ha logrado poner de relieve.

Las investigaciones del Dr. Branca han versado primeramente sobre la cicatrización de la piel en el *tritón* y en el *axolotl*. Siendo los tegumentos de estos batracios de una estructura relativamente simple, las leyes de la cicatrización han sido por esto mismo más fáciles de evidenciar. Sólo después de haber realizado este estudio previo, es cuando el autor ha abordado el de la cicatrización en el hombre, particularmente en lo que concierne á la epidermización de los mamelones carnosos.

Considerada en el hombre ó en los animales, la reparación de las heridas epiteliales se realiza siempre á tenor de un proceso idéntico, del cual vamos á trazar los rasgos fundamentales.

El epitelio, atacado por un agente vulnerante, hace de por sí todo el gasto de la cicatrización de las pérdidas de substancia, lo cual equivale á decir que el epitelio cicatricial procede *siempre* de otro epitelio preexistente. Además, el tejido regenerado presenta, al igual que el que le ha dado origen, los caracteres del epitelio pavimentoso estratificado de la piel, con la sola diferencia de que no produce nunca ni glándulas ni faneras (pelos, uñas, etc.)

El proceso, según el cual se efectúa esa cicatrización, es bastante complicado. Uno de los factores más importantes que intervienen en ese mecanismo consiste en un fenómeno de deslizamiento operado por los bordes de la epidermis dividida. Este deslizamiento determina en las células epidérmicas, maleables como bolas blandas y elásticas, modificaciones de forma, de dirección y de relaciones muy fáciles de observar en cortes de la piel del *axolotl*. Pues bien; según Ranvier, la hipertrofia, la extensión y el cambio de sitio de esas células, bastan para la formación de la cicatriz; su proliferación apenas si debe tenerse en cuenta, por ser meramente secundaria. No es ésta, empero, la opinión del Dr. Branca, quien ha visto, en el *tritón*, efectuarse la multiplicación celular por división indirecta cuando el epitelio de reparación rebasaba todavía apenas los labios de la herida, y quien la ha observado, igualmente en el *tritón*, sobre vastas pérdidas de substancia que un barniz epitelial venía protegiendo desde hacía mucho tiempo. En el hombre, las células poliédricas del cuerpo mucoso son susceptibles de tomar parte en la regeneración de los epitelios, por igual razón que las células basilares. En preparaciones en las cuales la red malpighiana comprendía 12 capas, el autor ha observado *mitosis* hasta en la sexta de esas capas, es decir, hasta la mitad de su altura, lo cual tiende á hacer despojar la capa más profunda de la epidermis de las funciones y del nombre de *capa germinativa* que le habían sido atribuidos por Ch. Robin hace unos cincuenta años y que son todavía admitidos por la mayor parte de los anatómicos. De suerte que, á

juicio del Dr. Branca, el deslizamiento del epitelio no es más que uno de los medios que intervienen en la cicatrización de las llagas cutáneas: un segundo medio, no menos importante, constitúyelo la proliferación celular.

Otra enseñanza se desprende del estudio de las mitosis observadas en las heridas que se hallan en vías de reparación; sabido es que el Dr. Fabre-Domergue ha considerado recientemente la desorientación de las mitosis como la causa del cáncer epitelial, suponiendo que el epiteloma se produce cada vez que el plano de segmentación de ciertas células epiteliales se desvía de su dirección normal, la cual está indicada por un eje rigurosamente perpendicular al revestimiento cutáneo. Pues bien; refiriendo el eje de la división celular, no ya á la cara *profunda* de la epidermis, sino á la superficie *libre* de la piel, escogida como plano de base, el Dr. Branca ha podido cerciorarse de que las células-hijas se colocan unas veces lado á lado, otras veces la una encima de la otra, y en ocasiones en una posición oblicua intermedia entre la superposición y la yustaposición. Es ésta, pues, una nueva observación, que después de muchas otras viene á contradecir la hipótesis, según la cual la desorientación de las mitosis constituye el fenómeno inicial y el fundamento de la degeneración cancerosa.

(Tesis de París.)

*
**

Acción antidisnéica del oxialcanfor.— El oxialcanfor es un alcanfor en el que un átomo de H es sustituido por el grupo OH. Carece de acción sobre el corazón, pero disminuye la excitabilidad del centro respiratorio. El Dr. Richard Jacobson lo ha empleado en nueve enfermos del pulmón, seis del corazón y tres de los riñones. Al principio lo prescribió en polvo, en dosis de cinco decigramos, repetidas dos ó tres veces al día. Después lo empleó bajo la forma siguiente:

Disolución de oxialcanfor (al 50 por 100)	10'00	gramos.
Alcohol	20'00	—
Jugo de regaliz.	10'00	—
Agua destilada hasta completar	150'00	—

Para tomar tres cucharadas diarias.

De los nueve enfermos del pulmón, sólo fracasó el medicamento en uno; en otro el resultado fué temporal; en los siete casos restantes, algunos de ellos graves, el éxito fué satisfactorio. Entre los enfermos del corazón, sólo en uno se dejó de obtener resultado. En cambio, se alcanzó el efecto sintomático en los tres casos de afección renal.

Refiere además el autor, que Senator ha observado un alivio notable de la disnea con el oxialcanfor en dos casos de nefritis crónica con asma, en uno de angina de pecho y en otro de enfisema. En un caso se toleró muy bien el nuevo medicamento administrado por el recto.

Como efectos accesorios desagradables, se observaron: la aver-
sion al medicamento en un caso, y náuseas y vómitos, al poco
tiempo de administrado, en otros dos. Lo que sí se ha observado
también es que el efecto del oxialcanfor se debilita con su uso con-
tinuado.

(Berl. klin. Wochenschr.)

FÓRMULAS

357

Tintura de grindelia robusta.....	30 gramos.
Idem de convallaria maiales.....	10 »
Idem de escila.....	5 »

M. Para tomar quince gotas, tres veces al día.

En la **nefritis**.

(Huchard.)

358

Butilcloral hidrosado.....	10 gramos.
Alcohol	10 »
Glicerina	20 »
Agua destilada.....	120 »

M. Para tomar una ó dos cucharadas al día.

En la **neuralgia facial**.

(Bocquillon-Limousin.)

359

Ioduro de potasio.....	5 gramos.
Iodo.	1 »
Lanolina	95 »
Aceite de olivas.....	5 »

M. Para inyecciones uretrales.

En la **blenorragia**.

(Finger.)

360

Acido salicílico y	} áá 13 decigramos.
Azufre sublimado	
Acido fénico y.....	} áá 6 »
Alcanfor.....	
Cerato rosado y.	} áá 15 gramos.
Ungüento de óxido de zinc.....	

M. Para aplicar sobre la parte afecta.

En el **eczema labial crónico**.

(Shæmacker.)

SECCION PROFESIONAL

LLEGADA DE VIGIL DE QUIÑONES

Hace pocos días ha llegado á esta Corte nuestro compañero el Médico provisional D. Rogelio Vigil de Quiñones, que, como saben nuestros lectores, formaba parte del heroico destacamento de Baler, que tan alto ha dejado el honor de la bandera española en aquellas apartadas regiones, en la reciente y desgraciada campaña de Filipinas.

La REVISTA DE SANIDAD MILITAR tiene una satisfacción vivísima al enviar su felicitación entusiasta al dignísimo Oficial Sr. Vigil, que con su heroica conducta ha escrito una nueva página de gloria en la historia del Cuerpo de Sanidad Militar español; éste, siempre agradecido, sabrá corresponder á la conducta del heroico compañero en la medida de sus fuerzas, pero con la voluntad y el entusiasmo que justifican por demás los merecimientos del Sr. Vigil de Quiñones.

Ya en Barcelona ha sido objeto de cariñosas manifestaciones. Nuestros compañeros residentes en dicha plaza, le ofrecieron un banquete el día 4 del corriente, del que dá cuenta en los siguientes términos el *Noticiero Universal*:

«Como anunciamos, anoche se celebró en el restaurant Martín el banquete con que los miembros del Cuerpo de Sanidad Militar residentes en esta plaza obsequiaron al Médico provisional del heroico destacamento de Baler, D. Rogelio Vigil.

Asistieron 44 comensales, entre ellos los Jefes y Oficiales de la sección de farmacia, ocupando el sitio de preferencia el Inspector de Sanidad Militar D. Joaquín Plá y Pujolá, quien tenía á su frente al obsequiado.

Después de descorcharse el Champagne, inició los brindis el Médico primero D. Francisco Soler y Garde, quien después de recordar los sufrimientos porque pasaron los héroes de Baler y los méritos que contrajeron con su heroica conducta, pidió el ingreso definitivo en el Cuerpo para el Médico provisional Sr. Vigil.

El Médico mayor D. Casto López Brea, con elocuente frase, hizo resaltar los méritos contraídos por el Sr. Vigil y demás compañeros de penas y glorias durante los trescientos cuarenta días que duró el asedio del convento de Baler.

Dijo que el Sr. Vigil, gravemente herido y postrado en el lecho del

dolor, sufría doblemente, pues veía cómo sucumbían del *beriberi* y de otras enfermedades sus queridos compañeros de armas, á quienes, sin embargo, auxiliaba en cuanto podía y haciendo esfuerzos sobrehumanos.

El Sr. Vigil—dijo—ha tenido la suerte de permanecer donde todos hubiéramos querido estar.

Terminó dirigiendo un caluroso saludo al Sr. Vigil y á sus compañeros de asedio, asociándose á la petición del Sr. Soler y Garde.

Levantóse después el Médico mayor D. Elías Con y Tres, pronunciando un brillante discurso, que procuraremos sintetizar en nuestra próxima edición, pues vale la pena de que sus párrafos más salientes sean conocidos de nuestros lectores.

El Sr. Vigil, visiblemente emocionado, pronunció sentidas frases de agradecimiento, diciendo que el acto que se estaba celebrando y la cariñosa y simpática acogida que le dispensaban sus compañeros de Cuerpo, compensaba sobradamente todas las amarguras pasadas, amarguras dulcificadas por el convencimiento de que cumplían con el sagrado deber de defender á la patria, terminando con un ¡viva á España! que fué contestado, de pie, por todos los presentes.

El Inspector de Sanidad Militar, Sr. Plá y Pujolá, haciéndose cargo en breves y elocuentes frases de lo manifestado por los señores que le precedieron en el uso de la palabra, consideró muy justa la petición de que el Sr. Vigil ingrese definitivamente en el Cuerpo, diciendo que haría cuanto estuviera de su parte para que se realizase dicha aspiración.

El acto terminó en medio del mayor entusiasmo, resaltando la unidad de miras de que estaban poseídos cuantos á él asistieron.

Acordóse enviar un telegrama al Jefe de la sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra, pidiendo el ingreso del Sr. Vigil en el Cuerpo.»

Por nuestra parte, procuraremos secundar las iniciativas del Cuerpo, para que el Sr. Vigil obtenga la satisfacción á que se ha hecho acreedor con su conducta.

Bien venido sea el bravo Oficial, que por tantos títulos merece figurar definitivamente en la escala del Cuerpo.

* * *

DEMENTES.

«Excmo. Sr.: En vista del escrito de V. E., fecha 12 del corriente, manifestando la necesidad de evitar la larga permanencia de los dementes declarados inútiles en el hospital militar de esta plaza, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido resolver que se invite al Ministerio de la Gobernación, á fin de que disponga que por

las autoridades civiles se gestione el pronto despacho de los expedientes para la admisión en el manicomio de los Oficiales, cuyas familias lo han solicitado, y para que al propio tiempo dé las órdenes oportunas á fin de que las referidas autoridades civiles se hagan cargo de los individuos de tropa dementes, declarados inútiles en otro hospital antes de los seis meses siguientes á la definitiva declaración de inutilidad, entendiéndose que de no hacerlo, acepta dicho Ministerio que se les siga prestando asistencia por el ramo de Guerra, pero con cargo al de Gobernación, el cual deberá satisfacer el importe de la estancia que devenguen, á cuyo efecto, transcurrido aquel plazo, los pagos que esta atención requiera se verificarán por el presupuesto de la Guerra con cargo al de Gobernación.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 30 de Agosto de 1899.—El General encargado del despacho, Mariano Capdepón.—Sr. Capitán General de Castilla la Nueva.—Sr. Ordenador de Pagos de Guerra.»

*
* *

RECOMPENSAS.

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de haber sido formuladas todas las propuestas de recompensas por servicios y hechos de armas en las campañas de Cuba y de Filipinas, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que desde el día 8 de Octubre próximo venidero, queden sin curso á este Ministerio las instancias en solicitud de recompensa ó mejora de las obtenidas por los expresados conceptos, y que se recomiende la observancia de lo que previene el artículo 30 del vigente Reglamento de recompensas en tiempo de guerra, respecto al plazo en que deben hacerse las instancias solicitando permutas de recompensas, para lo cual deberá expresarse en ellas el número del *Diario Oficial* de este Ministerio en que se hayan publicado las Reales Ordenes aprobando las propuestas á que se haga referencia, y las que carezcan de dicho dato serán devueltas á los interesados por las autoridades que las reciben.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 7 de Septiembre de 1899.—Polavieja.—Sr...»

*
* *

ABONOS DE TIEMPO

«Circular.—Excmo. Sr.: Como ampliación á lo dispuesto en el Real

Decreto de 1.º de Septiembre de 1897 (*C. L.* núm. 235), por el que se concede abono de tiempo de campaña á las tropas de mar y tierra de Cuba y Filipinas, y para el debido cumplimiento de dicha disposición; teniendo en cuenta lo manifestado á este Ministerio acerca del particular por los Capitanes Generales de los ejércitos de Ultramar, de acuerdo con el Consejo de Ministros y con lo informado por el Consejo Supremo de Guerra y Marina, la Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (*Q. D. G.*), ha tenido á bien disponer lo siguiente:

1.º Las fechas que han de servir de base para los abonos de tiempo de campaña á que el mencionado Real Decreto se refiere, serán las expresadas en el siguiente cuadro, en el que se indican, además, los territorios que han sido teatro de operaciones.

2.º Se hacen extensivos al ejército de Puerto Rico los beneficios concedidos á los de Cuba y Filipinas sobre abonos de campaña, que se contarán para aquella Isla desde el 23 de Abril de 1898 hasta fin de Septiembre del mismo año.

3.º A partir de las indicadas fechas, señaladas como término de las campañas, y en armonía con lo prevenido en el artículo 3.º del Real Decreto citado, tendrán también derecho al abono de la mitad de tiempo todas las fuerzas de los ejércitos de Ultramar, hasta el día en que, por unidades orgánicas ó individualmente, embarcaron para la Península.

4.º Para optar á los beneficios de dicho artículo 3.º del Real Decreto de 1.º de Septiembre de 1897, es condición precisa haber servido en los ejércitos de Ultramar, en las épocas y en los territorios que se fijan en el citado cuadro, dos meses por lo menos, y asistido á dos ó más hechos de armas. Los que carezcan de alguna de estas condiciones, no tendrán derecho al abono; pero la primera pueden completarla con el tiempo servido en guarniciones, y la segunda sustituirla por la circunstancia de haberse hallado en éstas al ser bloqueadas y atacadas por el enemigo.

5.º Las guarniciones que se hayan encontrado en este caso, tienen derecho al abono del tiempo doble, como si hubiesen estado en operaciones, durante los días en que la plaza fué atacada ó estuvo bloqueada.

Las fuerzas de la guarnición de Baler (*Luzón*) disfrutará de este abono hasta el día en que embarcaron para la Península.

6.º Por regla general no corresponde abono ninguno de campaña por el tiempo invertido en las navegaciones de ida y vuelta entre la Península y los distritos de Ultramar, como tampoco por los traslados de unos á otros ejércitos.

7.º Para los enfermos terminará el abono en la fecha del embarco, y para los heridos y contusos graves en acción de guerra, el día en que

obtuvieron colocación en activo ó pase á situación definitiva después de la licencia ó reemplazo con todo el sueldo que, como tales, disfrutaron; sin que pueda exceder el abono de la fecha fijada como término de la campaña respectiva para los que estuvieran entonces en la Península, y la del embarco para los regresados con posterioridad.

8.º A los prisioneros se les contará, para los efectos de estos abonos, el tiempo que hayan permanecido en dicha situación, y también las acciones á que su Cuerpo haya concurrido durante dicho tiempo, como si hubiesen continuado en el puesto ó destino que servían, ya fuese en operaciones ó en guarnición.

A los prisioneros de los tagalos se les abonará por entero el tiempo de su cautiverio.

9.º El invertido en licencias, comisiones, etc., que hayan tenido á los interesados separados de sus puestos, no es abonable, salvo los comprendidos en los artículos 4.º y 5.º del Real Decreto citado, ó que las comisiones hayan tenido por objeto algún asunto determinado del servicio dentro de los teatros de operaciones.

10. A los Oficiales que hayan servido durante la campaña, también en clase de tropa, se les harán todos los abonos, por entero ó mitad, correspondientes á ambas situaciones, para los efectos de retiro y cruces de San Hermenegildo.

11. Los abonos que correspondan á las clases de tropa y no se apliquen á retiros, se considerarán como rebaja de servicio en la primera reserva ó reserva activa, y extinguido el tiempo de ésta se aplicará el resto á la segunda reserva.

12. No se hará abono de tiempo de servicio fundándose en hechos de armas en que conste no haber cumplido el interesado fielmente sus deberes y observado estricta disciplina.

13. Los abonos de tiempo por el servido en campaña á que esta disposición se refiere, anulan, por ser siempre mayores sus beneficios, los otros abonos que pudieran corresponder á los interesados, *durante el mismo tiempo*, por el Reglamento de pases á Ultramar, Reales Ordenes de 1.º de Abril de 1895 y 16 de Noviembre de 1896 (*C. L.* núms. 92 y 316), y en el artículo 223 del Reglamento para la ejecución de la Ley de reclutamiento y reemplazo del ejército, disposiciones que serán aplicables á los demás casos dentro del objeto para que fueron dictadas.

14. En general, el ajuste de estos abonos de tiempo deberá hacerse por los Cuerpos y Dependencias á que pertenezcan actualmente los interesados, quedando autorizados los Jefes de éstos para hacer las rectificaciones necesarias sin enviarlas á los Cuerpos de que procedan; entendién-

dose que los individuos de tropa que como consecuencia de estos abonos deban ingresar en la reserva, pasarán á las unidades de esta situación debidamente ajustados por los Cuerpos activos ó Comisiones liquidadoras de los de su procedencia, en donde se hallará su documentación.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 7 de Septiembre de 1899.
— Polavieja.—Sr....

Cuadro que se cita.

TERRITORIOS.	Fecha en que comienza el abono.			Fecha en que termina.		
	Día	Mes.	Año.	Día	Mes.	Año.
Provincia de Santiago de Cuba	24	Febrero...	1895	31	Agosto (a).	1898
Idem de Matanzas	24	Idem.....	1895	31	Idem.. ...	1898
Idem de Santa Clara.....	4	Marzo.....	1895	31	Idem.....	1898
Idem de Puerto Principe....	4	Idem.....	1895	31	Idem.....	1898
Idem de la Habana.....	1	Enero.....	1896	31	Idem.....	1898
Idem de Pinar del Río.....	10	Idem.....	1896	31	Idem.....	1898
Isla de Mindanao.....	24	Febrero...	1895	24	Diciembre.	1898
Luzón: provincias de Manila, Bulacán, Pampanga, Nueva Ecija, Tarlac, Laguna, Ca- vite y Batangas	25	Agosto ...	1896	13	Agosto....	1898
G. P. M. de Morong.....	23	Octubre...	1896	13	Idem.....	1898
Provincias de Bataan y Zam- bales	30	Diciembre.	1896	13	Idem.....	1898
Islas Bisayas.....	1	Abril.....	1898	24	Diciembre.	1898
Resto de Luzón, Islas de Joló y demás anexas, Carolinas, Marianas y Palaos.....	1	Mayo.....	1898	24	Idem.....	1898

(a) Para las fuerzas comprendidas en la capitulación de Santiago de Cuba, la fecha de la terminación es el 17 de Julio de 1898.

NOTA.—A las guarniciones de Zamboanga y Joló se les abonará doble tiempo durante los días que sostuvieron ataque con los insurrectos hasta su evacuación.

Madrid 7 de Septiembre de 1899.—Polavieja.»

VARIEDADES

La estadística del Dr. Jorge, que registra desde el 4 de Junio hasta el 28 de Agosto 54 invasiones y 23 defunciones, se particulariza del modo siguiente:

Proporción de mortalidad, 42 por 100.

Semana en que ocurrieron más casos, la del 13 al 19 de Agosto.

Mayor mortalidad, del 20 al 26 de Agosto.

No se ha logrado todavía diagnosticar con exactitud la dolencia sospechosa que desde hace más de tres meses reina en la feligresía de Lorigos, del concejo de Santa Marta de Penaguiao.

Tiene todas las apariencias de la peste bubónica y se manifiesta con fiebre intensa, seguida de bubones en el cuello y en las axilas (!:)

*
**

La cremación en los Estados Unidos.—Uno de los fundadores de la «Sociedad crematoria de la Nueva Inglaterra», J. S. Cobb, hizo constar en la última reunión de la misma su satisfacción por el creciente éxito de la propaganda iniciada en 1874, á consecuencia de la cual se construyó en 1876 el primer crematorio en Washington. Nueva York tardó hasta 1885 en seguir el ejemplo de la capital federal. En 1897 había 25 crematorios funcionando, y ahora casi todas las poblaciones de importancia poseen uno ó varios, dándose en el año pasado cristiana sepultura mediante la cremación á 1.699 cadáveres. La mayor parte de los crematorios se hallan instalados en los cementerios ó á su lado.

El clero protestante no es hostil á la cremación, y algunos de sus representantes son decididos partidarios de la misma, como sucede también en Inglaterra, donde varios obispos se han declarado en su favor. Lo que impide en la Gran Bretaña la multiplicación de las cremaciones, es lo caras que resultan en los tres crematorios de Woking, Manchester y Glasgow; en todas partes deberían imitar al ayuntamiento de París, el cual, según leemos en *Le Progrès médical*, acordó que tienen derecho á la cremación gratuita todos los cadáveres que lo tienen al entierro gratuito, especialmente los procedentes de hospitales y hospicios.

*
**

Ha empezado á repartirse el folleto publicado por el Ministerio de la Gobernación con instrucciones sanitarias contra la peste.

Tiene 39 páginas y está dividido en tres partes: la primera con instrucciones generales, suscripta por el Dr. Cortezo; la segunda, que trata de la profilaxis de la peste, suscripta por el Dr. Ovilo, y la tercera sobre desinfección y saneamiento, redactada por el Dr. Chicote.

Ahora el folleto se remite sólo á las autoridades y delegados sanitarios, y si la epidemia entrara en España se repartirá profusamente.

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

Estudio farmacológico y terapéutico de los alcaloides y glucosidos. por el Dr. D. Emilio Pérez Noguera, Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. — Primera parte: alcaloides naturales. — Madrid, 1899. — Tomo I. Precio, 10 pesetas. — Los pedidos al autor, Trafalgar, 10, Madrid.

Revista científica profesional. — Publicación mensual dedicada á los Profesores de Ciencias médicas de Cataluña. — Barcelona, 1899.

La ginnastica razionale senza attrezzi (Sistema svedere.) Educazione fisica. — Igiene-Terapia. — Guida per l'esercitazioni (con molte figure dimostrative intercalate e una tavola), per il Dott. T. E. Gatti, Medico di primera classe nella R. marina. — Roma, 1899.