

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIV MADRID I.º DE SEPTIEMBRE DE 1900 NÚM. 317

MONOGRAFÍA MÉDICA DE LA CIUDAD DE VALENCIA

(Continuación).

IV

EPIDEMIOLOGÍA.

Las causas indirectas por favorecer la vida y multiplicación de los microfitos patógenos, dieron lugar á las grandes epidemias para implantarse en Valencia, en las diferentes veces que la han visitado, hallando en todas campo á propósito para su desarrollo, según se desprende del rápido estudio epidemiológico que voy á realizar seguidamente.

Peste bubónica.—Habiéndose encontrado lápidas de sepulcros llenas de datos demostrativos, puedo afirmar que la peste motivó muchas defunciones antes del siglo XIV. Esta enfermedad se presentó de nuevo el año 1348, repitiendo cinco veces después, no dejando mucho tiempo entre cada reaparición de la epidemia que hizo sus estragos en los años 1439, 1450 y 1459, continuando hasta 1466; en 1475 hubo otra vez y ésta fué terrible, no cesando sino después de tres años de producir gran mortalidad; volvió la infección bubónica en 1489 y duró hasta 1490. Finalmente, en el siglo XVI, los fallecimientos en la ciudad de que me ocupo fueron en número muy exagerado, á consecuencia de que la peste bubónica reinó durante los años 1508, 1519, 1523, 1532 y 1557, prolongándose entonces la epidemia hasta 1559; afirman los historia-

dores que en algunas de estas rachas el mortífero azote causó más de 30.000 víctimas, no obstante ser por entonces Valencia bastante pequeña en población con relación á la que tiene actualmente.

Fiebre amarilla.—Esta enfermedad estuvo en la capital á que me refiero durante los años 1821 y 1870; mas por fortuna para sus habitantes, no se desarrolló de un modo alarmante, pareciendo demostrarse con ésto que probablemente le faltaron á la infección algunas condiciones favorables para su propagación.

Cólera morbo.—Ese funesto huésped ocasionó grandes estragos desde el 3 de Julio de 1834 hasta Noviembre del mismo año, produciendo la muerte de 5.427 personas. La segunda invasión fué venida de Alicante, empezó el 18 de Agosto de 1854, terminando en Noviembre del mismo año, y no obstante su corta duración murieron 1.915 habitantes; indudablemente el frío del invierno atenuó mucho la virulencia de los gérmenes colerígenos, porque la enfermedad desapareció hasta Mayo del año siguiente, en cuyo mes reapareció la epidemia con extremada violencia, pues los fallecimientos fueron en poco más de cuatro meses 2.073.

La guerra de Africa determinó en Valencia otra epidemia de cólera, pues á consecuencia del regreso de algunos soldados que venían infectados aparecieron algunos casos evidentes en los últimos días de Septiembre de 1859, ocasionando 19 defunciones; transcurrió todo el invierno y parte de la primavera sin que la infección manifestase ninguna señal de su existencia, pero es seguro que los micro-organismos conservaron su vida de una manera latente, porque en Junio del siguiente año se presentó nuevamente la epidemia, y, continuando hasta final de Agosto, motivó 570 fallecimientos más.

Unos cinco años escasamente duró la tranquilidad en la población, pues el 8 de Julio de 1865 vino el *tifus azul*, traído por un sujeto que, procedente de Alejandría, se hospedó en una casa del Barrio de Pescadores, y desde ella fué difundiéndose prontamente la enfermedad por toda Valencia, produciendo hasta Noviembre del mismo año, que desapareció, 4.027 fallecimientos.

Por último, el año 1884, á consecuencia de la guerra que sostuvo Francia con el Tonkin, se importó el cólera á la citada nación, presentándose primero en Tolón y luego en otros puntos meridionales de la misma; de ellos fué llevado á Argel, y desde ahí lo hicieron penetrar en España por Alicante; en esa provincia ocasionó bastantes víctimas, porque la infección atacó con violencia varios pueblos; se contaminó con rapidez la de Valencia, y Beniopa fué el pueblo en donde hubo los primeros enfermos. La maléfica acción de los gérmenes colerígenos quedó suspendida durante el invierno; mas tan pronto terminó y vino un tiempo más templado, se observaron invasiones coléricas, primeramente en Játiba, luego en el resto del partido judicial de Gandía, y después en toda la provincia.

El 11 de Abril murió en Valencia el primer atacado que hubo en aquella epidemia; el 12 enfermó una mujer y falleció también pocos días después; residía ésta en la plaza de Pellicers, número 13, primer piso; el contagio debió tener lugar por efecto de alguna imprudencia cometida inconscientemente con respecto al caso anterior, que era empleado del ferrocarril, procedía de Játiba, y su muerte ocurrió al tercer día de haber llegado; quizá se produjera la infección por la bajada de los retretes, pues aquel sujeto habitó en el piso más alto de la casa; como quiera que fuese, ello es que toda se convirtió en foco, y la prueba está en que el mismo día que espiró aquella desgraciada, otro vecino fué acometido por el cólera. Así empezó la tristemente célebre epidemia del 85; duró seis meses, y con arreglo á las invasiones denunciadas, formo el siguiente estado:

	Número.	MESES.	Invasiones.
Epidemia de cólera en la ciudad de Valencia, año 1885...	1. ^o	Abril.....	5
	2. ^o	Mayo... ..	74
	3. ^o	Junio.	1.945
	4. ^o	Julio.....	4.718
	5. ^o	Agosto.	328
	6. ^o	Septiembre.....	14
		TOTAL.....	7.084

Me parece lógico exponer á continuación la mortalidad causada por esa epidemia:

MESES.	Defunciones.
Abril... ..	4
Mayo... ..	63
Junio... ..	1.465
Julio (1)... ..	3.130
Agosto... ..	227
Septiembre... ..	30
TOTAL... ..	4.919

Resulta, por tanto, el 69'73 por 100 de mortalidad en los enfermos, lo cual prueba que los datos oficiales no son exactos, pues las estadísticas particulares sólo arrojan el 40 por 100; las de los hospitales el 54 por 100; luego hubo más atacados de cólera de los que figuran consignados, y en su consecuencia, no creo muy exagerada la opinión de algunos ilustrados compañeros, que calculan las invasiones en número de 10 á 12.000. También debe tenerse en cuenta que los reputados Médicos de la fonda de París, D. José Rodríguez y Martínez y D. Manuel Romero Otal, asistieron con verdadera abnegación multitud de enfermos de cólera, pudiendo asegurar que en aquella difícil situación llegaron á ser los ídolos para gran parte del pueblo; pero no facilitaron al Ayuntamiento datos estadísticos referentes á los individuos por ellos asistidos ni á los curados. La población de Valencia, según el censo oficial, era en 1877 de 143.239 habitantes; mas cómo quiera que esta cifra resulta muy aumentada con los pueblos posteriormente agregados, elemento militar, penales y población accidental, podré consignar, sin temor á grave error, 170.000 personas. Ahora bien; amoldando á estos números el cálculo relativo á la mortalidad, resulta el 3'42 por 100 del censo oficial, y el 2'82 por 100 del real.

En 1890 apareció nuevamente la enfermedad de que me ocupo;

(1) El día 5 de Julio fué el de mayor mortalidad, pues hubo 231 fallecimientos.

pero esta vez duró menos tiempo, causó pocas defunciones, y sólo fueron invadidos unos 100 habitantes.

V

ESTUDIO ESPECIAL DE LAS CAUSAS INDIRECTAS DE ENFERMEDAD

Constitución del suelo.—Ya expuse en el primer capítulo que Valencia se halla constituida en terreno arcilloso casi completamente, y por tanto impermeable; de aquí resulta que las aguas pluviales en las calles del ensanche, afueras y alguna del centro, que no están empedradas, con ayuda del tránsito de coches y carros forman charcos y barro, persistentes aún varios días después de aquél en que la lluvia se verificó, pues no habiendo lugar á filtración sólo se desecan las tierras por evaporación, siendo conveniente advertir que mientras ésta es completa, el estado higrométrico del aire alcanza grados excesivos, que á veces se aproximan bastante á la saturación; al mismo tiempo que ocurre todo lo indicado, realizase en el suelo la fermentación pútrida de los detritus orgánicos, originando así una extraordinaria multiplicación de microorganismos, en su mayoría nocivos al hombre. Al desecarse la superficie terrosa, aumentan notablemente los perjuicios para la salud pública, porque en seguida aparece polvo, que como derivación lógica de lo sucedido anteriormente se halla plagado de gérmenes infecciosos con vida en estado latente, pero que la transforman en manifiesta al introducirse en nuestro organismo (si lo encuentran dispuesto ó en *oportunidad morbosa*). Para esta ingerencia patógena, hay como circunstancia favorable la suspensión del mencionado polvo en la atmósfera por el viento, el imperfecto barrido de las calles y el tránsito de las bestias por una parte; y de otra las mucosas conjuntival, respiratoria y digestiva que, como nadie ignora, son *puertas casi constantemente abiertas para la infección*.

Humedad.—Prescindiendo ahora de la atmosférica consecutiva

á la lluvia y sostenida por la impermeabilidad del suelo, que pudiera calificarse con el nombre de *transitoria*, voy á referir las causas determinantes, con carácter de persistencia, del grado higrométrico elevado que ordinariamente se observa en Valencia. Tres son los factores integrantes del asunto: 1.º La proximidad al mar. 2.º El estar la ciudad rodeada por completo de huerta; ésto no sólo es circunstancia muy favorable para la presencia del paludismo, sino también para la humedad en el aire (cuyos efectos patógenos estudié en el capítulo II), á consecuencia de la multitud de acequias de riego que surcan la comarca y la impregnación de agua ocasionada por la abundancia de aquél en las tierras removidas y sueltas, efecto de las repetidas labores agrícolas que sufren; y 3.º, la mucha evaporación del agua del Turia, pues siendo éste un río de poquísima corriente, y que frecuentemente forma charcas por lo torrencial de sus crecidas (1), no puede caber duda res-

(1) Son tan torrenciales las crecidas del Turia, que en pocas horas se producen, y también desaparecen con bastante prontitud; por esta circunstancia, y por la de haber sido algunas muy grandes, resultan los daños ocasionados al hombre, bajo todos conceptos, considerables. En 16 de Octubre de 1321, sufrió Valencia los perjuicios de una avenida del río, que debió ser muy impetuosa, pues el agua penetró en la ciudad gracias á los grandes desperfectos que causó en los puentes y muros.

En el año 1328, la víspera de San Miguel, tuvo el río una avenida extraordinaria, al extremo de que, según las crónicas de aquella época, los habitantes de la ciudad no recordaban otra igual; se inundó Valencia y sus arrabales, derrumbándose muchas casas, el muro que lo circunscribía, en gran parte, y todos los puentes; por entonces habia un sistema de canalización mediante zanjias abiertas en las calles, al objeto de dar fácil salida al agua en las inundaciones; pero en esa no dió resultado, y en su consecuencia el Consejo de la ciudad decidió se limpiasen inmediatamente para evitar la reproducción de la catástrofe.

La tercera ocurrió en la tarde del 6 de Noviembre de 1340; fué tan imponente, que hubo necesidad de hacer rogativas al Altísimo para tranquilizar á la población.

La cuarta fué en Agosto de 1358, derribó muchas casas, y por el derrumbamiento de los edificios próximos á las zanjias de desagüe se obstruyeron éstas; en esa inundación ocurrieron bastantes desgracias personales.

La quinta no fué tan perjudicial como las anteriores; empezó el 24 de Octubre de 1406, el 25 derribó el puente del Mar, y no remitió hasta el 4 del siguiente mes.

La sexta crecida tuvo lugar el sábado 25 de Octubre de 1427, derribó el puente del Temple, cuatro arcos del de Serranos y muchas casas de la calle de Murviedro; pero los Jurados del Consejo dispusieron reforzar los muros, dar firmeza á las puertas de Santa Catalina, Roterós, Serranos, Santa Trinidad, Temple y Mar, por medio de extensos baúartes de tierra hechos detrás, con lo cual se evitó la penetración del agua.

La séptima ocurrió en 28 de Octubre de 1487; produjo daños de consideración en la huerta, inundó la calle de Murviedro y derribó los puentes de la Puerta Nueva y el del Mar.

La octava sucedió el 20 de Agosto de 1500; afirma algún escritor que lo principal de

pecto á la afirmación hecha, ni tampoco lo habrá en lo concerniente á lo nocivas que son las emanaciones miasmáticas y pestilenciales de un río que, además de poseer las condiciones indicadas, pasa por una ciudad como la que nos ocupa, bajo apacible temperatura, como regla general, en invierno, y fuerte calor en verano, principalmente en el centro del día, sirviendo de lavadero público, para baño de caballos, perros, etc., depósito de inmundicias y cloaca donde desaguan algunas acequias de riego.

Temperatura. — Todos los bacteriólogos están conformes en que la humedad y el calor de 20 á 30 grados son las circunstan-

esta avenida fué la rotura del puente de la Puerta Nueva, pero no he podido adquirir documento alguno que atestigüe la veracidad de la noticia.

En la novena, que fué el 28 de Septiembre de 1517, á las cuatro de la tarde, penetró el agua en la ciudad y derribó los puentes de la Puerta Nueva, Serranos, Real, y ocasionó desperfectos en el del Mar.

La décima tuvo lugar el 5 de Octubre de 1540.

La undécima el 19 de Marzo de 1546. De ambas faltan datos.

De la duodécima, que fué el 21 de Octubre de 1577, se limitan los historiadores á afirmar que es la mayor que ocurrió en aquellos tiempos.

La décimotercia aconteció en 18 de Septiembre de 1581; el agua llegó á un metro de altura dentro del convento de Nuestra Señora del Remedio.

La décimocuarta creen algunos que sucedió el 21 de Octubre de 1589; pero los libros de *Sotobrería de Muros y Valladares* consignan que empezó el 19 de dicho mes y año. Por muchos detalles que citan esos libros, se deduce que la avenida fué muy grande y ocasionó numerosos daños.

La décimoquinta se verificó en 1651; por el portal del Cid penetraba un torrente, la calle de Murviedro estaba intransitable y la plaza de Predicadores convertida en laguna.

La décimosexta ocurrió en 1672; consiguió romper los muros de cal y canto que circunscribían la ciudad.

La décimoséptima fué en 1676; hizo graves desperfectos en los conventos de la Zaydia, San Pedro Nolasco, Santa Mónica, Santa Julia y otros edificios particulares.

En la décimooctava avenida, que se produjo en 1680, las pérdidas no fueron tan grandes como en las anteriores.

Ladécimonovena ocurrió el Domingo 16 de Septiembre de 1731, á las dos y media de la tarde, según refiere el padre Texidor; fué tan torrencial, que casi se produjo repentinamente; á las tres llegaba el agua á la baranda de los puentes, poco después entró por los jardines de Juliá y Parsent, se inundaron los patios del convento de Corpus Cristhi; igual pasó en el convento de la Zaydia.

La vigésima avenida fué en la noche del 1.º de Febrero de 1766; arruinó casi la mitad del azud de Rovella, que se construyó por los años de 1686 á 1690.

La vigésimaprimer avenida fué el 21 de Octubre de 1776; el Síndico D. José Miñana, que actuó de perito para los perjuicios originados, refiere grandes destrozos en las calles de Murviedro y Alboraya, así como también en todos los puentes.

La vigésimasegunda inundación ocurrió en la noche del 24 de Noviembre de 1783. Los perjuicios fueron en la huerta, camino de Monte Olivete, Puente Nuevo y Convento de la Zaydia.

Una avenida, también grande, es la que figura con el número 23, la cual sucedió el 1.º de Septiembre de 1800.

Indicadas ya las avenidas más importantes del Turia, falta, no obstante, referir una

cias que más favorecen al desarrollo y multiplicación de los microorganismos; y siendo Valencia una ciudad de clima muy templado, casi todo el año está sometida á temperaturas como las expuestas ó que se aproximan bastante á ellas.

Con objeto de no prolongar demasiado este capítulo, y teniendo en cuenta que el estudio crítico de la urbanización en Valencia, tiene forzosamente que ser largo é interesante, suspendo aquí el análisis de las causas indirectas de enfermedad, dejando la última, que figura en el cuadro de clasificación, para examinarla con algún detenimiento en el capítulo siguiente.

J. GONZÁLEZ GRANDA.

Médico primero.

(Continuará).

ocurrida recientemente, quizá no tan grave en daños como algunas de las narradas antes, pero que, sin embargo, produjo muchas desgracias, y la crecida ha sido indudablemente de las mayores; tuvo lugar el 10 de Noviembre de 1867. El puente de hierro y madera que sirve para pasar á la estación de los ferrocarriles económicos de la Sociedad Valenciana, fué arrastrado por la corriente, persistiendo tan sólo la pequeña parte que se apoya en la Alameda de Serranos; se inundó desde el puente de Serranos hasta el de San José y todos los pisos bajos de las casas situadas en las calles de Liria y Burjasot; en el llano de la Zaydia y casas de la orilla del río, el agua ascendió á dos metros de altura; en la calle del Beato Gaspar, llegó á 1·27 metros; en el velódromo de la calle de Guillén de Castro, á 0·75; en la calle Mayor del Barrio de Cantarranas, á 0·50; en la calle de la Estación, á 1·50; en el almacén de mercancías del ferrocarril del Norte, á dos metros; por último, en la calle de la Reina alcanzó un metro, y en la Alameda cubría el agua los bancos del paseo, logrando penetrar en los patios y caballerizas de los cuarteles de San Juan de la Rivera.

Según los cálculos que se efectuaron, resulta que el caudal del Turia, en los puentes de San José y Serranos, fué de 2.600 metros cúbicos por segundo, y con velocidad de 21 kilómetros por hora.

La explicación más aceptable que se dá respecto á estas avenidas, dice que la causa radica en la destrucción de los bosques que cubrían las orillas del río, pues ellos servían de barrera á las aguas de lluvia para impedirles llegar al Turia en grandes cantidades, máxime cuando se sabe que la abundante vegetación hace que los terrenos sean más esponjosos y absorbentes, favoreciendo además la evaporación lenta.



XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

SECCIÓN DE MEDICINA Y CIRUGÍA MILITARES

Lesiones producidas por los proyectiles de calibre reducido.

—La comunicación se divide en cuatro partes:

I.—Historia de los fusiles de pequeño calibre; experiencias hechas sobre objetos inanimados ó sobre animales por los Cirujanos de las diferentes naciones, teniendo á la vista la transformación de los armamentos: conclusiones generales.

II.—Heridas por proyectiles del fusil Mauser de siete milímetros, observadas en las operaciones de Santiago de Cuba; resultados parciales de la expedición á Filipinas, conocidos hasta hoy. Potencia de los proyectiles, efectos explosivos, lesiones de los huesos, y particularmente de las extremidades articulares y de las vísceras.

III.—Tratamiento de las heridas por arma de fuego en el campo de batalla, conforme á las indicaciones de las lesiones producidas por las nuevas balas; papel de la antisepsia en los resultados obtenidos.

IV.—Valor de los rayos Röntgen para el diagnóstico de las lesiones recientes y antiguas; modelos de radiografías con heridas de diferentes regiones.

M. L. A. Lagarde.

* * *

Etiología y profilaxia de la fiebre tifoidea en los ejércitos en campaña.—I.—Compañera obligada de todas las guerras, la fiebre tifoidea ha sido, en muchas de ellas, más mortífera que el fuego del enemigo. Sus factores patógenos son los mismos que en tiempo de paz; pero en campaña, su influencia nociva llega al máximum.

Causas predisponentes.—Edad del soldado; su origen rural, de ordinario; fecha de la movilización y de las operaciones militares (verano, otoño); alimentación uniforme ó imperfecta; alteraciones digestivas que resultan de ella; deficiencias inevitables de higiene

corporal y de los vestidos; clima cálido (guerras coloniales); densidad de las tropas y hacinamiento en los cantones, vivacs, plazas fuertes, ejércitos sitiados ó sitiadores; duración prolongada de la guerra; estado moral de los ejércitos vencidos. La fatiga es el factor predisponente más temible.

Causas determinantes.—El bacilo tífico es ubiquitario. Puede conservarse en estado latente en el tubo digestivo y multiplicarse allí á favor de las causas predisponentes precitadas, de donde resultan epidemias en apariencia espontáneas (Kelsch).—Otras causas: *importación del germen* por los beligerantes procedentes de las guarniciones contaminadas.—*Contagio* de hombre á hombre. Peligro de los vestidos, mantas y demás elementos que han pertenecido á enfermos atacados de formas frustradas.—Transmisión por los *ingesta*. Papel muy importante del *agua* de bebida. (Expedición de Egipto, guerras turco-rusa, hispano-americana, sud-africana, etc...) Los alimentos procedentes de regiones infectadas por la fiebre tifoidea (Marvaud), las legumbres, pueden importar la enfermedad.—Papel de las *moscas*, sobre todo en los países coloniales, para contaminar los alimentos, los vestidos, la cara y las manos.—El *suelo* es el receptáculo habitual del bacilo tífico: puede conservarse allí largo tiempo. Impregnado de orina y de deyecciones específicas, ensuciado por los excrementos de los hombres y de los animales, etc., el suelo puede transmitir el germen al soldado, ya directamente, ya por el intermedio del agua potable, del calzado, de los vestidos.—El *aire* sirve de vehículo á los polvos patógenos que resultan de la desecación del suelo infectado.

II.—*Las necesidades de la guerra hacen muy difícil la profilaxia de la fiebre tifoidea.*

Profilaxis general.—Al principio de la movilización, eliminar los hombres endebles ú ocuparlos en los servicios auxiliares. Desde el principio de la campaña, entregar á cada hombre ó, por lo menos, á cada Oficial, una instrucción que indique las principales reglas de profilaxia de las enfermedades infecciosas, en particular de la fiebre tifoidea.—Durante el período de concentración y las operaciones activas, evitar la fatiga, en cuanto ésto sea compatible con las necesidades de la guerra.—No designar para las guerras coloniales mas que hombres de 25 años por lo menos, y hacer seguir el cuerpo expedicionario de numerosos convoyes.—La pureza y la variedad de la alimentación; la limpieza individual; la higiene de los acantonamientos, vivacs, campos, letrinas, etc.; la protección contra las

moscas (Stemberg); la ventilación de las tiendas, barracas, etc.; el saneamiento de los campos de batalla, será objeto de una vigilancia constante y rigurosa.—Prohibir y vigilar los pozos sospechosos. No consumir más que agua filtrada ó hervida; de preferencia té ó cafés ligeros.—Reprimir el alcoholismo.

Profilaxis especial.—La vacunación, por el método de Wright, no parece, hasta hoy haber dado resultado.—Proveer cada Cuerpo de ejército, á ejemplo de los ejércitos alemán y americano, de un material bacteriológico sencillo, destinado al diagnóstico de los primeros casos epidémicos, á menudo desconocidos.

Hacer acampar ó vivaquear aparte, si es posible, las tropas procedentes de guarniciones infectadas.—Los hombres enfermos se presentarán inmediatamente á la visita.—Dirigir los enfermos más graves á los hospitales especiales.—La evacuación de los otros tifoideos y de los sospechosos, lejos de la zona de operaciones, es posible, y se impone desde los primeros días de la enfermedad. Es necesario crear hospitales especiales para los tifoideos.—Desinfectar ó esterilizar las deyecciones y *todo* lo que haya podido ser tocado ó ensuciado por los enfermos.—En los acantonamientos, evitar las localidades y las casas infectadas por la fiebre tifoidea.—Limpiar, ventilar, y en caso necesario desinfectar los locales; proteger el suelo, el agua y el aire, contra las suciedades procedentes de las materias fecales específicas. Incinerar ó desinfectar y destruir las deyecciones y las inmundicias. Evitar el acantonamiento prolongado en el mismo lugar (Viry). En los campamentos temporales ó atrincherados, en las plazas sitiadas, en los ejércitos sitiadores, se seguirán las mismas reglas destinadas á combatir enérgicamente la contaminación del suelo, del agua, del aire, de los ingesta y de los circunfusa. Si la fiebre tifoidea se extiende, abandonar el campo, dejar en él un tren de desinfección, y no instalarse en un nuevo campamento sino después de haber vivaqueado durante quince días por lo menos, para que tengan tiempo de declararse los casos de fiebre tifoidea en incubación.

M. VINCENT.

Prensa y Sociedades médicas

Curación de la tuberculosis del peritoneo en los niños.—

M. A. Baginsky: Al igual que el Dr. Cassel, tengo hoy la convicción de que la peritonitis tuberculosa puede curar bajo la influencia de un régimen higiénico y dietético conveniente.

Cuanto al diagnóstico de esta infección, debe de estar basado en el conjunto de los síntomas y en su evolución, mucho más que en la observación de tumoraciones en el vientre, que pueden no existir en ciertos casos.

M. Bendix: Hácese á veces muy difícil establecer el diagnóstico de la peritonitis tuberculosa. En el servicio del Dr. von Leyden, hemos recurrido, con tal objeto, á la sero-reacción de Widal, aplicada á los bacilos de la tuberculosis.

M. Litten: En los niños existe una peritonitis no tuberculosa que, por la aglutinación de las asas intestinales entre sí, puede determinar la formación de verdaderos tumores. Además, obsérvanse casos de tuberculosis del peritoneo con ascitis sin peritonitis, al paso que en otros hechos prodúcese una ascitis cuya causa queda ignorada.

En dos niños atacados de esta última variedad de ascitis, las punciones repetidas 12 veces en un caso y 14 en el otro, han bastado para obtener la curación. Acaso se trata aquí de una especie de peritonitis reumática con exudación serosa. Digo esto, porque en un reumático he visto aparecer un derrame ascítico, que se reabsorbió á seguida de haber administrado ácido salicílico al paciente.

M. von Leiden: La curabilidad espontánea de la peritonitis tuberculosa es incontestable, y creo haber sido el primero en demostrarlo. Ocurrirá á este respecto con la peritonitis lo que con la pleuresía tuberculosa, la cual puede curar también espontáneamente.

Al igual que el Dr. Baginsky, yo no considero la observación de tumoraciones ó nudosidades intra-abdominales como indispensable para establecer el diagnóstico; declaro, por otra parte, no haber encontrado nunca estos tumores en los adultos.

Para facilitar el diagnóstico, puede recurrirse á una inyección de tuberculina, en busca de la diazo-reacción de Ehrlich ó de la reacción aglutinante.

Cuanto á la laparotomía, que ciertos autores han preconizado contra la peritonitis tuberculosa, no posee, á mi juicio, ninguna virtud curativa. Si algunos enfermos han curado realmente á seguida de dicha operación, es por simple coincidencia, y estoy convencido de que estos pacientes hubieran recobrado igualmente la salud sin intervención.

M. A. Fränkel: No creo que pueda establecerse una conexión absoluta entre la peritonitis tuberculosa y la pleuresía de igual naturaleza, pues esta última afección desaparece frecuentemente, hasta sin punciones, en tanto que raras veces se vé la curación espontánea de la peritonitis. Por otra parte, según mis observaciones, las punciones agravan casi siempre el estado de los enfermos atacados de peritonitis, al paso que la laparotomía ejerce en la mayoría de los casos una favorable influencia sobre el desenlace de la enfermedad.

Practicar una inyección de tuberculina para asegurar el diagnóstico, páreceme un recurso peligroso. Yo he visto, en efecto, cómo una inyección semejante iba seguida del desarrollo de una tuberculosis miliar generalizada. Para conseguir la confirmación del diagnóstico basta inocular el líquido ascítico al conejo de India.

M. Herzberg: En el hospital Urban han sido laparotomizados un gran número de niños atacados de peritonitis tuberculosa; la proporción de curaciones obtenidas ha sido de 60 por 100. En algunos casos, la operación tuvo que ser practicada por segunda vez.

M. Heubner: Yo creo que la laparotomía ejerce una acción muy favorable sobre la evolución de la peritonitis tuberculosa; no comparto la opinión del Dr. von Leyden, quien estableciendo un paralelo entre la peritonitis y la pleuresía tuberculosas, sostiene que el pronóstico de estas afecciones es relativamente benigno. Yo entiendo, por el contrario, que la pleuresía francamente tuberculosa tiene siempre un desenlace fatal.

M. Karewski: La laparotomía está contraindicada cuando existen adherencias muy antiguas entre las asas intestinales.

M. Gluk: Varias veces he tenido que dejar el vientre abierto á seguida de la laparotomía, y he podido observar de este modo que los exudados tuberculosos se reabsorbían y eran reemplazados por tejido sano.

(*Soc. de Med. inter. de Berlín.*)

* * *

El matrimonio de los tuberculosos.—*M. Gerhardt:* La cuestión del matrimonio de los tuberculosos es de muy difícil resolución. Si bien es verdad que los dos sexos se hallan expuestos á contraer la tuberculosis por medio del matrimonio, hay que reconocer, sin embargo, que la mujer está más expuesta que el hombre, abstracción hecha, por lo demás, de las influencias favorables á la infección procedentes del embarazo, de la puerperalidad, de la lactancia, etcétera.

Según una estadística del Dr. H. Weber, sobre 39 hombres casados con mujeres tuberculosas, uno sólo fué infectado, al paso que de 22 mujeres casadas con tuberculosos 18 se tuberculizaron igualmente y sucumbieron antes de haberse cumplido diez y ocho meses después de haber parido.

Los peligros del matrimonio de los tuberculosos se hallan de-

mostrados también por una estadística hecha en el establecimiento Hohen-Honnef. Sobre 26 mujeres tuberculosas, 21 vieron agravarse notablemente su estado después de un parto, y 14 no sobrevivieron sino dos años. De otra parte, de 17 mujeres tuberculizadas á seguida del matrimonio, 12 sucumbieron al segundo año de casadas. Yo mismo he hecho un cierto número de observaciones análogas.

Añadiré que la tuberculosis de los órganos genitales no es muy rara, lo cual aumenta todavía las probabilidades de infección entre esposos. Cuanto á los peligros que ofrece la lactancia, lo mismo para el hijo que para la madre, cuando esta última es tuberculosa, son harto conocidos para que yo me detenga á señalarlos. De estas diversas consideraciones creo poder inferir, como conclusión, que no debería de permitirse el matrimonio á un tuberculoso hasta un año después de su completa curación.

M. Fürbringer: No me hallo enteramente de acuerdo con la opinión que acaba de emitir el Dr. Gerhardt. Conozco á varios tísicos en quienes, contra lo que yo sospechaba, el matrimonio no ejerció ninguna acción sobre la marcha del proceso tuberculoso.

M. von Leyden: Por mi parte declaro haber hecho observaciones análogas á la del Dr. Fürbringer.

(*Soc. de Med. inter. de Berlin*).

* * *

Procedimiento para la obtención del ácido fénico líquido.—

El ácido fénico cristalizado es, en general, entregado al farmacéutico en kilogramos, en frascos de color, de boca ancha, incompletamente llenos. Se destapa uno solo de estos frascos y se añaden 100 gramos de agua, y se invierte el frasco tapado, que se deja algún tiempo, asegurándose de su estabilidad. Si el ácido toca el nivel del agua, veinticuatro ó treinta y seis horas son suficientes para la completa liquefacción. Si el agua no toca al nivel de la masa del ácido, la liquefacción se produce, aunque un poco más lenta. Si se observa el fenómeno se vé poco á poco el nivel del agua subir en el frasco. Se puede activar la liquefacción agitando de tiempo en tiempo. Este procedimiento no exige ningún cuidado, y presenta la ventaja de ser cómodo y sin peligro para el operador.

El procedimiento clásico, que consiste en calentar en baño maría el frasco que contiene el agua y el ácido, presenta el grave inconveniente de exigir un cuidado asídúo; y, á pesar de ello, sucede alguna vez que el frasco se rompe, quema al operador y extiende el ácido fénico en el baño maría. Hay que volver á empezar.

Se puede reemplazar el agua por la glicerina.

(*El Rest. Farm.*)

* * *

Baños diarios á los recién nacidos.—El Dr. Ch. Maurage ha consagrado su tesis inaugural, inspirada por el Dr. Pinard, Profesor de clínica de partos en la Facultad de Medicina de París, al

estudio de la influencia ejercida por los baños sobre la evolución y la caída del cordón umbilical.

A este efecto, nuestro colega ha recogido, en la clínica Baudelocque, las observaciones de 200 recién nacidos, de los cuales 100 fueron sometidos á la balneación diaria, al paso que los otros 100 no fueron bañados sino una sola vez, inmediatamente después de haber nacido. Lo mismo en los unos que en los otros, la cura del muñón umbilical consistió en la aplicación de una pequeña placa de huata á base de bi-yoduro de mercurio, aislando el cordón de la pared abdominal y replegado luego por encima de él.

En estas condiciones, El Dr. Maurage ha observado, en los niños bañados, que el desprendimiento del cordón era por lo general más precoz, los accidentes infecciosos de origen funicular más raros, y la cicatrización más rápida y más perfecta que en los recién nacidos no bañados.

Estos hechos, conformes en todo punto con los resultados de ensayos análogos que fueron instituidos en la clínica obstétrica de la Facultad de Medicina de Halle, muestran que nada justifica clínicamente la prevención de ciertos Médicos de partos por lo que respecta á la balneación diaria de los recién nacidos, la cual es, por el contrario, recomendable desde el primer día que sigue al nacimiento.

(*La Sem. Méd.*)

* * *

Tratamiento de los aneurismas por medio de la gelatina en inyecciones subcutáneas.—*M. Lancereaux*: Las pruebas clínicas y experimentales que llevo ya aducidas en diferentes ocasiones para evidenciar la eficacia de las inyecciones subcutáneas de gelatina en el tratamiento de los aneurismas de la aorta, no han bastado aún para crear una convicción general; de aquí que me haya parecido conveniente aportar hoy en nombre propio y en el del Dr. Paulesco, la prueba anatómica de los buenos resultados que se obtienen por medio de este método de tratamiento.

Uno de mis enfermos, el primero á quien fué aplicado este método terapéutico, ingresó de nuevo en mi servicio en el mes de Noviembre de 1898 con síntomas de grippe leve, que se disiparon al cabo de dos ó tres días.

Ese enfermo, completamente restablecido, se hallaba á punto de salir del hospital, cuando en 5 de Diciembre por la mañana se le encontró muerto en su cama. La muerte súbita por síncope es frecuente, como se sabe, en las afecciones de la aorta, y el tratamiento por la gelatina no puede evitarla, puesto que no vá dirigido sino contra el contenido de la bolsa aneurismal. Por otra parte, hacía ya más de dos meses que no había sido practicada ninguna inyección de gelatina.

El examen anatómico, que fué hecho al día siguiente de la defunción, permitió observar la integridad de las vísceras torácicas y abdominales.

No había arterioesclerosis generalizada; sólo la aorta presentaba las lesiones características de la aortitis palúdica ó aortitis en placas, alteraciones localizadas á nivel de su porción intratorácica, al paso que la parte abdominal de este vaso se hallaba casi intacta.

La pared anterior de la aorta ascendente ofrece, á tres centímetros más arriba de las válvulas sigmoideas, una abertura poco menos que circular que mide 3'5 centímetros de diámetro. Por esta abertura, la aorta comunica con una enorme bolsa, del volumen de la cabeza de un feto, que ha perforado la pared esterno-costal y ha venido á hacer relieve debajo de la piel.

Esa bolsa, así constituida de dos partes, la una intratorácica, la otra subcutánea, está completamente llena de coágulos antiguos muy sólidos, los cuales se oponen de una manera absoluta á la penetración de la sangre.

Pues bien; ese hombre, antes de ser tratado por medio de las inyecciones de gelatina, había estado sometido durante algunos meses al reposo absoluto combinado con la dieta, las sangrías repetidas y la administración del ioduro de potasio á dosis elevadas. A pesar de este tratamiento, la bolsa aneurismal había seguido aumentando de volumen, hasta el punto de que amenazaba perforar la piel, que ya se hallaba muy adelgazada en dicho punto.

En ese momento fué cuando se practicó la primera inyección de gelatina, y, á partir del día siguiente, fué ya posible observar que el tumor era marcadamente más duro y que sus latidos eran menos frecuentes. A seguida de nuevas inyecciones, la bolsa disminuyó de volumen y los dolores cesaron por completo.

El enfermo pudo reanudar entonces sus ocupaciones, fatigarse y hasta cometer alguna imprudencia; sin embargo, la curación se sostuvo durante todo un año. Habiendo sobrevenido dos recaídas por el hecho de la producción de pequeñas bolsas adyacentes á la primera, bastaron algunas inyecciones de gelatina para acarrear la formación de coágulos, como lo demuestra el examen de la pieza; en ella se vé, en efecto, en la parte inferior de la bolsa principal, una pequeña cavidad ocupada enteramente por coágulos recientes.

De estos hechos resultan varias enseñanzas: la primera, es que la permanencia en cama no es suficiente, contra lo que ha pretendido no ha mucho el Dr. Litten (de Berlín), para producir la desaparición de los aneurismas de la aorta; la segunda, es que la curación definitiva de un aneurisma por obliteración total del saco no se obtiene sino á seguida de un número de inyecciones de gelatina, que varía según los casos, pero que se puede calcular aproximadamente en 25 ó 30 como minimum.

(Acad. de Med. de París).

*
*
*

Evolución del paludismo.—Según el Dr. Guiart (de París) se creyó durante mucho tiempo que el vehículo del paludismo era el

agua de bebida, por cuyo medio penetraban los gérmenes de la enfermedad en nuestro tubo digestivo, para pasar después á los linfáticos y á la sangre. Pero no tardó en comprobarse que esta teoría, en apariencia aceptable, en realidad no estaba de acuerdo con los hechos. Entonces se creyó que la afección era transmitida por el aire, de donde tomó el nombre de *malaria*, dado por los italianos al paludismo. Pero los autores se preguntaban cómo podía penetrar el parásito en la sangre. Las investigaciones practicadas llevaron á los resultados que vamos á exponer.

En 1884 el Dr. P. Manson, residente en China en aquella época, y hoy Director de la Escuela de Medicina tropical de Londres, demostró el papel desempeñado por los mosquitos en la transmisión de otro hematozoario, la filaria de la sangre. La importancia de este hecho no podía escaparse á Laveran, quien emitió entonces la hipótesis de que los mosquitos podrían jugar también un papel importante en la propagación del paludismo. Esta hipótesis fué aceptada por Koch, Manson, Ross, Bignami, Dionisi y Grassi. En 1894 P. Manson emitió la opinión de que la infección del mosquito se hacía por medio de los cuerpos flagelados, que Laveran, con una energía y una intuición admirables, consideraba como el estado más avanzado del parásito, cuando la mayor parte de los autores los consideraban todavía como formas de degeneración. Bajo la impulsión de P. Manson, el Mayor Ronald Ross, Cirujano del ejército inglés en las Indias, empezó en 1895 una serie de investigaciones sobre la propagación del paludismo. Trató en primer lugar de descubrir directamente el ciclo del parásito palúdico del hombre, pero sus experiencias no dieron resultados. En 1898 tuvo la idea de trabajar en aves infectadas por el *Proteosoma* Labbé, que es un hematozoario muy parecido al de Laveran. Hizo picar por mosquitos las aves atacadas de paludismo, y observó la evolución del parásito en el tubo digestivo del mosquito; después hizo picar por estos mosquitos infectados, aves cuya sangre no encerraba hematozoarios, y consiguió transmitirles la infección.

Grassi proseguía desde 1896 sus investigaciones sobre este mismo asunto; había recorrido todas las comarcas palúdicas de la península, llegando á concluir que, en Italia, el propagador del paludismo era una especie particular de mosquito, que se conocía con el nombre de *Anopheles claviger*. Se fundaba en la constancia de este insecto en todos los lugares infectados, y en que su frecuencia particular coincidía precisamente con la época en que los casos de paludismo son más numerosos. Animado por los resultados de Ross, Grassi se asoció con su colega Bignami, que disponía de una clínica en Roma, y con Bastianelli, para estudiar la vida del parásito en el cuerpo del mosquito. Recogió mosquitos en un lugar infectado y los trasladó á un recinto indemne; una habitación del piso superior del hospital del Espíritu Santo, en Roma. El 20 de Octubre de 1898 dejó en libertad en esa cámara cierto número de estos mosquitos, donde dormían dos individuos que se habían prestado espontánea-

mente á la experiencia. El 1.º de Noviembre aparecía en uno de ellos el primer caso de paludismo experimental, y en Diciembre del mismo año publicaba Grassi todo el ciclo evolutivo del hematozoario del hombre en el cuerpo del mosquito. Desde esta época se han hecho por Grassi numerosas experiencias en el hombre. Hizo picar á un individuo palúdico por los *Anopheles* sanos; éstos se infectaron, y, á su vez, tres de ellos, al picar á un individuo sano, le inocularon la enfermedad. Sin embargo, podría creerse que el mosquito tomaba los gérmenes de la afección en los pantanos donde nace, para inocularlos seguidamente en el hombre. Grassi hizo entonces la contra-prueba; recogió larvas y ninfas de *Anopheles* en los lugares más palúdicos y los trasladó á su laboratorio; durante tres meses hizo picar á individuos sanos por *Anopheles* recién nacidos, y jamás observó el menor accidente.

Como se vé, en el espacio de algunos años la etiología del paludismo ha hecho progresos considerables.

Podemos observar dos ciclos en la vida del parásito: Un *ciclo endógeno* en la sangre del hombre y un *ciclo exógeno* en el mosquito.

1.º *Ciclo endógeno*.—Podemos considerar los *cuerpos esféricos* libres en la sangre como representantes de la forma adulta. Los *cuerpos en rosario* representan la forma de reproducción, son los agentes de la auto-infección, es decir, de la diseminación en el organismo. En cuanto á los *cuerpos en media luna*, son, para ciertos autores, los representantes de la forma enquistada.

2.º *Ciclo exógeno*.—Ya sean cuerpos esféricos ó cuerpos en forma de media luna, los absorbidos por el mosquito que ha picado á un individuo palúdico, todos ellos se reducen á la primera forma en el tubo digestivo del insecto. Algunos de estos cuerpos esféricos permanecen intactos; éstos son los *macrogámetos*, ó elementos hembras. Los otros se transforman en *cuerpos flagelados*, y las *flagelas* se separan para constituir los *microgámetos*, ó elementos machos. La fecundación se produce en el estómago del mosquito, y la hembra fecundada se convierte en un *zygote* que penetra en la pared del estómago, deslizándose entre las células epiteliales. En este medio, muy propicio á su nutrición, el parásito crece muy rápidamente, se redondea, se enquista, y de seis micras llega finalmente hasta 60 ú 80 micras de diámetro. Al cabo de ocho ó quince días, según la estación, resulta una serie de esferas que forman hernia en la cavidad del cuerpo del insecto. El pigmento interior desaparece poco á poco, y el contenido se divide en un número inmenso de *esporozoos* fusiformes (próximamente 10.000). Después se desgarran las cápsulas, y todos los *esporozoos* libres se extienden en el cuerpo del animal. Ultimamente, por un procedimiento desconocido todavía, se reúnen todos en las glándulas salivares del mosquito, que desembocan precisamente en la extremidad de uno de los estiletes que sirven al insecto para agujerarse la piel.

En el momento de la picadura, el mosquito inyecta cierta cantidad de saliva para impedir que se coagule la sangre, y al mismo

tiempo inocula en la sangre cierto número de *esporozoos*, que van á penetrar en los glóbulos, y á volver á empezar una nueva generación, como hemos visto precedentemente.

Para reasumir, el hombre infecta al mosquito, y el mosquito, á su vez, infecta al hombre. El parásito tiene, pues, dos residencias: la una, á temperatura constante y elevada en el cuerpo del hombre; la otra, á temperatura variable y menos elevada en el cuerpo del mosquito. En otros términos, un parásito con dos habitaciones alternativas: el hombre y el mosquito.

(*Arch. de Méd. Nav.*)

SECCIÓN PROFESIONAL

HONORARIOS.

Remitido á informe de la Sección de Gobernación y Fomento del Consejo de Estado el expediente relativo á la consulta solicitada por esa Comisión mixta sobre el abono de honorarios á los Médicos militares por reconocimientos de los padres y hermanos de los mozos, la expresada Sección ha emitido en este asunto el siguiente dictamen:

«Excmo. Sr.: La Sección ha examinado el expediente relativo á la consulta solicitada por la Comisión mixta de reclutamiento de Madrid, sobre el abono de honorarios á los Médicos militares que practican reconocimientos en los padres y hermanos de los mozos.

Resulta que el Presidente de la citada Comisión mixta de reclutamiento elevó una consulta, por conducto del Capitán General, al Ministerio de la Guerra, sometiendo á su resolución el hecho de si ha de percibir el Médico militar vocal de dicha Comisión las 250 pesetas de gratificación por los reconocimientos que practique en los padres y hermanos de los mozos sujetos á dicho requisito, que han venido satisfaciendo en reemplazos anteriores por los mencionados reconocimientos, sin que haya precedido reclamación de parte.

La Comisión mixta, al remitir la consulta, expuso que la circunstancia de no existir más que un tribunal facultativo que practique todos los reconocimientos que sean necesarios por virtud de las operaciones del reemplazo y revisión de los anteriores, y la de que, en cumplimiento del precepto establecido por los artículos 85 y 100 de la Ley, sea obligatorio para la Comisión mixta el examen y fallo de todos los expedientes instruídos por los Ayuntamientos respectivos para comprobar las excepcio-

nes alegadas y comprendidas en el artículo 87, en relación con el 88 de la misma, hace imposible, por uno y otro concepto, la existencia del reclamante á que alude la Real Orden de 13 de Abril último, cuyo espíritu y letra han venido, á su juicio, á justificar el criterio seguido en este particular por la Comisión mixta exponente.

La Sección de quintas del Ministerio del digno cargo de V. E. dice que, si bien la Ley no reconoce explícitamente el derecho al percibo de esos honorarios, no se opone tampoco á ello:

Considerando que por Real Orden de 11 de Junio de 1897, se dispuso que «según preceptúa el artículo 129 de la Ley vigente, no tienen derecho los Médicos militares á percibir honorarios por el reconocimiento de parientes de mozos exceptuados por el Ayuntamiento, debiendo percibirlos únicamente del reclamante, ó de la Comisión provincial si éste fuese notoriamente pobre»:

Considerando que por Real Orden de 13 de Abril último se determinó «que los reconocimientos practicados por los Médicos militares, vocales de las Comisiones mixtas, no devengan honorarios sino en el caso de que se practiquen en virtud de reclamación de parte ó á petición de los mismos interesados, tanto de los mozos como de los parientes de ellos, abonándose en este caso 2'50 pesetas por los interesados; y cuando fueran notoriamente pobres, se hará el abono por las Comisiones mixtas de los fondos provinciales»:

Considerando que la Comisión mixta de Madrid, fundándose en lo dispuesto en dichas Reales Ordenes, consulta si, exigiendo los artículos 85 y 100 de la Ley de reclutamiento y 125 del Reglamento dictado para su ejecución la comparecencia por modo indispensable ante las Comisiones mixtas para ser reconocidos, salvo los que se practiquen por delegación, de los padres, abuelos ó hermanos de los mozos sorteados cuya exención se funda en un impedimento físico de aquéllos, cabe aplicar lo ordenado por las mencionadas Reales Ordenes, toda vez que dichos reconocimientos han de realizarse por ministerio de la Ley, y esas disposiciones reglamentarias suponen y exigen como condición para el cobro de honorarios que el reconocimiento se practique á instancia de parte:

Considerando que no pueden constituir las citadas Reales Ordenes precedente que haya de tenerse en cuenta al resolver la consulta de que se trata, porque el derecho á cobrar honorarios por reconocimiento de parientes de mozos practicados á instancia de parte ó á petición de los mismos interesados, que son los casos que regulan dichas disposiciones reglamentarias, no los discute ni pone en duda, sino la extensión que en su caso haya de darse á ese derecho, dado que los reconocimientos de los

parientes de los mozos se practican hoy por ministerio de la Ley, y son bien insignificantes y mínimos los que se hacen á instancia de parte:

Considerando, por tanto, que lo que en definitiva consulta la Comisión mixta de Madrid, es si los Médicos militares, vocales de dicha corporación, tienen derecho á cobrar 2'50 pesetas por cada uno de los padres, abuelos ó hermanos de los mozos sorteados que reconozcan por ministerio de la Ley, y si estos honorarios han de ser pagados por los interesados ó de los fondos provinciales:

Considerando que en el último párrafo del artículo 129 de la Ley de reclutamiento vigente se dispone que el Médico civil de la Comisión mixta percibirá de los fondos provinciales 2'50 pesetas por el reconocimiento de cada mozo, é igual cantidad por el de cualquiera otra persona, que le abonará en este caso la parte interesada que lo solicite, si no fuese notoriamente pobre; pero no tendrán derecho á retribución ni honorario alguno de los fondos provinciales, así los Facultativos castrenses como los demás que nombre la autoridad militar para el reconocimiento de los mozos.

Considerando que este precepto legal es reproducción del á que se refiere el artículo 113 de la Ley de 11 de Julio de 1885, y que en Real Orden de 20 del mismo mes y año se declaró que lo mandado en la Ley para el reconocimiento de mozos sea aplicado siempre por analogía á los practicados en los padres y hermanos; que el que reclama el reconocimiento de éstos debe pagar los honorarios de los Facultativos; que si éstos tuvieran que dejar el pueblo de su residencia para practicar el reconocimiento, procede que la Comisión provincial fije los gastos del viaje que han de abonárseles, y que si el reclamante fuese pobre deben suplirlos los fondos provinciales:

Considerando que esta disposición aclaratoria á la Ley anterior á la actual se refiere á los Médicos civiles, cuyo derecho al cobro de honorarios les reconocía dicha legislación, sin que durante su imperio se extendiera ese derecho á los Médicos militares:

Considerando que, si bien la estructura de la Ley, por lo que á reconocimiento de parientes de los mozos se refiere, ha cambiado hasta el punto de convertir en regla general lo que antes era excepcional, el legislador, al estatuirlo, no tuvo en cuenta las indudables razones de equidad que por el mayor trabajo y otras consideraciones asisten á los Médicos reclamantes, puesto que estableció que dichos Facultativos no tendrían derecho á retribución ni honorario alguno de los fondos provinciales:

Considerando que lo que la Ley expresamente prohibió fué que los Médicos militares cobraran honorarios de los fondos provinciales, guar-

dando silencio acerca de si les correspondía por el reconocimiento de los parientes de los mozos:

Considerando que es principio de derecho repetidamente sancionado que, cuando la Ley no distingue, los llamados á aplicarla y cumplirla tampoco pueden distinguir, y que, si bien para el ciudadano es lícito todo lo que la Ley no prohíbe, para la autoridad sólo lo es lo que expresamente le está atribuido:

Considerando que, so pretexto de obscuridad ó insuficiencia de la Ley, no cabe imponer un tributo más á los ciudadanos, que es á lo que equivaldría declarar que todos los parientes de los mozos que sean reconocidos están en la obligación de abonar de su particular peculio, no siendo pobre, como honorarios al Médico militar, 2'50 pesetas, en oposición á lo dispuesto en el párrafo 2.º del artículo 3.º de la Constitución del Estado, que dice: «que nadie está obligado á pagar contribución que no esté votada por las Cortes ó por las Corporaciones legalmente autorizadas para imponerla; y

Considerando que los Médicos militares tienen sueldo del Estado como funcionarios públicos que son, y sería absurdo suponer que por cada servicio de la total función profesional que cumplen debieran devengar honorarios, viniendo á tener así distintas retribuciones por un mismo servicio que ya el Estado les paga.

La Sección opina que procede declarar que los Médicos militares no tienen derecho alguno á cobrar las 2'50 pesetas de honorarios por los reconocimientos que por ministerio de la Ley hayan de practicar en los padres, abuelos y hermanos de los mozos, y que, á fin de evitar las dudas que pudieran suscitarse en lo sucesivo sobre el mismo asunto por otras Comisiones mixtas, se publique en la *Gaceta de Madrid* la resolución que adopte V. E.»

Y habiendo tenido á bien S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, resolver de conformidad con el preinserto dictamen, de Real Orden lo digo á V. S. para su conocimiento y demás efectos, con remisión del expediente.—Dios guarde á V. S. muchos años.—Madrid 26 de Junio de 1900.—E. Dato.—Sr. Presidente de la Comisión mixta de Madrid.

V A R I E D A D E S

En el mes de Agosto próximo pasado se han amortizado dos vacantes de Médico primero.

Recientemente han fallecido el Inspector médico de segunda clase don Ventura Cabellos y Funes y el Médico mayor D. Feliciano Rojas y Guerrero. Enviamos á sus respectivas familias nuestro más sentido pésame.

* *

En el mes de Febrero último hubo en Madrid 1.692 defunciones, cuya relación con la población es de 3'27 por cada 1.000 habitantes. En Febrero de 1899, la cifra absoluta de mortalidad fué de 1.238.

La distribución por edades es la siguiente:

De menos de un año.....	277	De 60 en adelante.....	541
De 1 á 4 años.....	234	Sin clasificación.....	4
De 5 á 19 id.....	86		
De 20 á 39 id.....	195		
De 40 á 59 id.....	355	TOTAL.....	1.692

De estas defunciones corresponden 836 al sexo masculino y 856 al femenino. Por su estado: 819 solteros, 468 casados, 391 viudos y 14 sin clasificación.

Hé aquí ahora la distribución por enfermedades de la necrología del mes de Febrero de 1900.

I. *Generales:*

Fiebre tifoidea.....	10
Escorbuto.....	1
Viruela.....	47
Sarampión.....	16
Escarlatina.....	5
Tos ferina.....	4
Difteria, Crup.....	12
Grippe.....	176
Infección purulenta y septicemia.....	10
Fiebre intermitente.....	1
Pelagra.....	2
Tuberculosis de los pulmones.....	111
Idem de las meninges.....	16
Idem del peritoneo.....	15
Idem de la piel.....	1
Idem de otros órganos.....	3
Idem generalizada.....	20
Eserófula.....	1
Sífilis.....	28
Cáncer de la boca.....	3
Idem del estómago é higado.....	8
Idem de los intestinos.....	1
Idem del seno.....	11
Idem otros.....	5
Reumatismo.....	12
Gota.....	1
Diabetes.....	4
Enfermedad de Addison.....	1
Anemia, clorosis.....	2
Otras enfermedades generales.....	5
Alcoholismo.....	1

II. *Del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos:*

Encefalitis.....	2
------------------	---

Meningitis simple.....	51
Congestión y hemorragias cerebrales.....	100
Reblandecimiento cerebral.....	17
Parálisis general.....	1
Otras formas de enajenación mental.....	1
Convulsiones de los niños.....	43
Otras enfermedades del sistema nervioso.....	13

III. *Del aparato circulatorio:*

Pericarditis.....	2
Endocarditis.....	30
Orgánicas del corazón.....	126
Angina del pecho.....	4
De las arterias.....	20
Embolia.....	7
Otras varias.....	10

IV. *Del aparato respiratorio:*

De la laringe y tiroides.....	10
Bronquitis aguda.....	145
Idem crónica.....	87
Bronco-pneumonia.....	153
Neumonía.....	72
Pleuresia.....	11
Congestión pulmonar.....	5
Gangrena del pulmón.....	1
Asma y enfisema pulmonar.....	3
Otras varias.....	18

V. *Del aparato digestivo:*

De la faringe y esófago.....	2
Úlcera del estómago.....	4
Varias del estómago.....	5
Diarrea infantil, atrepsia.....	31
Disentería.....	15

Hernias, obstrucciones intestinales	9	De los huesos.....	18
Varios del intestino.....	2	X. <i>Vicios de conformación:</i>	
Hidátides del hígado.....	1	Varios.....	6
Cirrosis del hígado.....	11	XI. <i>Primera infancia:</i>	
Cálculos biliares	1	Debilidad congénita.....	4
Varios del hígado.....	5	Otras varias.....	1
Peritonitis	3	XII. <i>Vejez:</i>	
Flemón de la fosa iliaca.....	2	Debilidad senil.....	20
VI. <i>Del aparato génito-urinario:</i>		XIII. <i>Por causas exteriores:</i>	
Nefritis aguda	5	Suicidio por sumersión .. .	1
Mal de Bright	20	Idem por armas de fuego. . .	4
De la vejiga	2	Fracturas	1
De la próstata.....	1	Otros traumatismos acciden-	
Del útero.....	1	tales.....	8
VII. <i>Estado puerperal:</i>		Quemaduras por el fuego....	1
Hemorragia	2	Inanición.	1
Septicemia	1	Absorción de gases deletéreos	2
Metro-peritonitis.	4	XIV. <i>Enfermedades mal defi-</i>	
Albuminuria y eclampsia ...	1	<i>nidas:</i>	
VIII. <i>De la piel y del tejido ce-</i>		Embarazo gástrico... ..	2
<i>lular:</i>		Fiebre inflamatoria	3
Erisipela.....	3	Hidropesía	1
Gangrena	5	Tumores.....	1
Flemón	1	Varias.....	5
Otras varias.....	2		
IX. <i>De los órganos de la loco-</i>			
<i>ción:</i>			
Absceso por congestión.....	1		

La mortalidad media diaria fué de 60'42, cifra superior á la de Febrero de 1899, que fué de 44'25.

En Febrero de 1900 hubo 1.315 nacimientos, cuya relación con la población es de 2'54 por 1.000 habitantes. En igual período del año anterior la cifra total de nacimientos fué de 1.234, esto es, de 2'38 por 1.000. Clasificados por sexos resultan 664 varones y 651 hembras.

Los matrimonios realizados fueron 440, en la siguiente forma: soltero con soltera, 360; soltero con viuda, 21; viudo con soltera, 50, y viudo con viuda, 9. En Febrero de 1899 hubo 411 matrimonios.

* * *

El Tribunal que ha de juzgar los ejercicios para el ingreso en la Academia Médico-militar, en el presente año, ha quedado constituido en la forma siguiente: *Presidente*, el Subinspector Médico de primera clase D. Alfredo Pérez Dalmau; *Vocales*, el Subinspector Médico de segunda clase D. Antonio Hermida y Alvarez y los Médicos mayores D. Jerónimo Pérez Ortiz, D. José Alabern y Raspall, D. José Clavero y Benitoa y don Manuel Martín y Salazar; *Secretario*, el Médico primero D. Miguel Slocker de la Pola; *Suplentes*, el Médico mayor D. Angel Larra y Cerezo y el Médico segundo D. Francisco Fernández Cogolludo.

Toman parte en el concurso veintiún Profesores Médicos.