

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

## Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año IV.

Madrid, 1.º de Agosto de 1910.

Núm. 15.

### SUMARIO

*La taquicardia con hipotensión como signo precoz de la tuberculosis pulmonar*, por J. de Bartolomé Bellmpio.—*Cirugía vascular experimental*, por D. Octavio García Burriel y D. Manuel Íñigo Nougues.—*La lepra de la Edad Media*, por D. Sebastián Lazo García.—*Necrología*: D. Alejandro Reino y Soto.—*Varietades*.—*Prensa Médica*: Los baños duchas en el Ejército.—*Hallopeau*: Tratamiento del epiteloma de la cara por el formol.—La atropina en el tratamiento de la gonorrea.—Las inyecciones de mentol eucaliptol en el tratamiento de las bronquitis crónicas y la tuberculosis. La parálisis espinal infantil.—Tratamiento del sudor de los tísicos.—*Bibliografía*: Esfigmogramas, por E. Rojo Villanova.—Cuerpo de Sanidad Militar, por D. Manuel Íñigo Nougues.—El tífus exantemático de Madrid en el invierno de 1909, por el Dr. José Codina Castelli.—Elementos de Dermatología, por D. Luis Romero Ruiz.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Agosto de 1910.

### NOTA CLÍNICA

## LA TAQUICARDIA CON HIPOTENSIÓN

COMO SIGNO PRECOZ DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

El determinar y descubrir con acierto la entidad morbosa sometida á nuestra observación, es uno de los puntos más difíciles de la práctica médica, y á la vez el más importante de todos: he ahí el secreto del gran clínico.

Alejar causas extrañas á la enfermedad, instituir un tratamiento apropiado, evitar la indicación terapéutica contraria: he aquí las ventajas que nos aporta.

Y es indudable que si en Patología general tiene suma importancia el establecimiento de tales juicios diagnósticos, igual ó mayor la tiene en las especialidades; sin él, la oportunidad terapéutica sería un mito, y por ende muchos de los éxitos curativos.

Mas cuando el éxito es real y positivo, y dependiente del período en que podamos diagnosticar la enfermedad, su importancia se acrecenta, y llega á constituir el único ideal en que el clínico cifra sus esperanzas.

Tal pasa con la tuberculosis pulmonar; demostrado en los tiempos modernos que su curabilidad está en razón directa de la rapidez con que fijemos el diagnóstico, los trabajos de investigación tienden á dirigirse por estos derroteros, ya que al encauzarlos por otros sólo desengaños dieron el entusiasmo é ilusiones de laboratorio.

El descubrimiento de un remedio específico preocupa y preocupará al mundo médico en general; pero en la actualidad, más preocupaciones y noches de insomnio ocasiona el buscar un modo de hacer el diagnóstico exacto de la primera expresión del asiento del bacilo tuberculoso en la mucosa del árbol respiratorio.

No debe causar extrañeza el que con tanto afán y constancia se busque el signo precoz que con certeza nos descubra la enfermedad: tan solapada se desarrolla ésta en su principio, que es preciso que, en medio de la vaguedad y escasez de síntomas, procuremos descubrir el que nos lleve de un modo más directo á la verdad, pudiendo entonces combatir al enemigo con probabilidades de triunfo, ya que, en estos períodos, sólo muy débil y deficientemente se encuentra atrincherado.

Peró la inconstancia de unos, la vaguedad de otros, y la dificultad de observación en los más, han hecho que uno por otros vayan cayendo en descrédito, y sean en la actualidad de muy dudoso valor, dignos de tenerse en cuenta sólo á título de acompañantes para corroborar ó afirmar el de más valía, que venga á disipar nuestras justas vacilaciones acerca del juicio que formemos.

El diagnóstico prematuro de la tuberculosis pulmonar no debe ser exclusivo de esos grandes laboratorios de in-

vestigación clínica; hay más tuberculosos en las pequeñas ciudades, en las villas y aldeas que allí donde se dispone de excelentes medios de diagnóstico: ¿de qué servirá un determinado método de exploración, aun de resultados positivos, si para su aplicación se necesitan aparatos especiales de los que no todos podemos disponer? ¡Preguntad al Médico de aldea, que la mayoría de las veces sólo dispone de sus sentidos y de un excelente espíritu de buena fe!

La tuberculosis debe diagnosticarse en todas partes; por lo mismo que ha penetrado en los más recónditos pliegues de la sociedad, allí debe descubrirse; no ha de constituir monopolio exclusivo del Médico dueño de complejísimo arsenal clínico; para poder hacer un diagnóstico temprano de aplicación práctica, y más que nada adaptable á la realidad, aspiremos á que en el *modus faciendi* no se precise un instrumental, cuya adquisición no está al alcance del que, viviendo oscurecido en un mal pueblo y siendo tan clínico como el primero, un dispendio sería para él, que ni materialmente puede hacer ni le compensaría lo mezquino de su retribución.

Por medio de los rayos Röntgen pueden descubrirse las primeras lesiones pulmonares, pero el gasto que trae consigo una instalación (aparte de estas dificultades materiales imposibles de vencer), ¿pueden hacerlo la mayoría de los Médicos?

Gran cosa es que la ciencia médica disponga y nos ofrezca tan preciado elemento; mas teniendo en cuenta lo dicho, creo que todos estamos obligados á investigar, yendo á la observación de otros signos que muy precozmente nos anuncian que en el aparato pulmonar ha hecho irrupción el bacilo de Koch; signos que no fallan y que, aunque ya anunciados, han sido tomados tan en poca consideración, que su importancia está relegada á un lugar muy secundario; en mi concepto, y por la razón antedi-

cha, conviene estudiarlos en mayor número de casos, para determinar si realmente merecen ó no fijar la atención del Médico.

Entre los signos más precoces en aparecer, más constantes y que abren la escena al proceso tuberculoso, aun antes de que ningún otro signo lo denuncie, figuran dos de idéntica patogenia, de un valor diagnóstico enorme, primera manifestación de la impregnación del organismo por las toxinas microbianas.

La hipotensión arterial y la taquicardia figuran ya, desde hace algún tiempo, como de gran valor desde el punto de vista sintomático; puedo afirmar que en alguno de los casos por mí observados, fueron tales signos los que únicamente me hicieron diagnosticar tuberculosos muy en su principio, sin que ningún síntoma de auscultación me revelase la menor alteración en las funciones respiratorias.

No es en el hospital en donde el Médico ha de buscar material de estudio sobre esta cuestión; cuando el enfermo voluntaria ó forzosamente ingresa, sus lesiones están en un grado de avance tal, que la hipotensión y taquicardia pierden todo su valor, habiéndolas de considerar entonces como uno de tantos fenómenos que adornan el complejísimo síndrome clínico.

Auscultando á muchos individuos de una edad aproximada y que se hallen en las mismas condiciones de vida, como los procedentes de las grandes agrupaciones, obreros en sus talleres, presos y, mejor aún, soldados en los cuarteles, es como se van descubriendo estas alteraciones en el aparato circulatorio.

En los múltiples reconocimientos que los Médicos militares tenemos que practicar á cada incorporación de reclutas, hallamos, á poco que fijemos nuestra atención, esas aceleraciones del pulso que deben servirnos para hacer

una selección minuciosa y someter al soldado que esté en estas condiciones á rigurosa observación. El Ejército nos ofrece un vastísimo material de estudio, que aunque con amarga pena lo veamos señalado en las estadísticas con guarismos que aterran, no hemos de desmayar por eso, y cada día con más esfuerzo, con mayor desinterés y constancia, procuremos llevar al convencimiento de quien corresponda, la inmediata realización de algunas medidas que tiendan á aminorar los estragos de la más mortífera infección.

El soldado, por su procedencia, por el ambiente cuartelario y por las circunstancias especiales de la vida militar, se encuentra en condiciones desastrosas de tuberculización; en él, la impregnación orgánica por las toxinas microbianas es rapidísima, ofreciendo su evolución caracteres tan especiales de agudeza, que podemos decir le son propios, siendo por ello de transcendencia suma y de absoluta necesidad su diagnóstico precoz, pues de él depende la única condición que se exige para la curación radical de la enfermedad.

He visto desfilar por mi consulta del Real Dispensario antituberculoso Victoria Eugenia, un sinnúmero de tuberculizables y tuberculosos, y tengo la convicción firmísima de que los éxitos que he obtenido de lesiones pulmonares cicatrizadas (algún día publicaré el resultado comparativo de los diversos tratamientos empleados), han dependido en mucho de haber sentado prematuramente el diagnóstico cierto de la afección; por esto, al publicar estas observaciones mías—sin mérito ni pretensión ninguna en lo que de mí tienen propias,—hechas primero en cuarteles y salas de comprobación, y más tarde en una clínica particular, sólo persigo la idea de someter á la consideración de mis distinguidos compañeros el juicio que he sacado del análisis de los hechos y la interpretación que

creo debe darse á la hipotensión y taquicardia como signos precoces de la tuberculosis pulmonar.

La patogenia de tales síntomas es distinta—á mi modo de ver,—según el período de la infección y grado de las lesiones; su mecanismo de producción varía, por lo que no es de extrañar que cada observador tenga descrita una variedad de taquicardia; considerada ésta como síntoma general, habríamos de admitir una taquicardia por excitación del nervio vago, sea debida esta excitación á una adenitis tráqueo-bronquial ó, por el contrario, á la mediastinitis secundaria.

La taquicardia de origen gástrico, la que reconoce por causa inmediata la tuberculización del miocardio y la ocasionada, en fin, por neuritis tóxica del pneumo-gástrico no las negamos en esencia; mas nos cuesta trabajo admitir que en un período en el que la enfermedad se halla en sus albores y, por consiguiente, la verdadera lesión material no existe, fuera ésta á producir tales manifestaciones.

Las alteraciones taquicárdicas, dependientes de esas diversas causas que señalan los autores, caben en los casos de lesiones avanzadas, y en aquellos en los que la siembra microbiana denuncia ya los preludios de la impregnación tóxica; á éstos las debemos referir, y de aquí nuestra creencia de una dualidad esencial de patogenia.

Entendemos nosotros que es más lógico, y creo firmemente, que la aceleración del pulso en el período, tal y como la consideramos en este estudio, como verdadero síntoma premonitorio, es debida única y exclusivamente á una acción especial producida por los venenos bacilares sobre los centros vaso-motores; acción que nos demuestra doblemente la sutilidad de estas toxinas y la impresionabilidad de los centros.

Los caracteres particulares del pulso le prestan un sello tan especial, que no es posible confundirse á poca



práctica que se tenga; es un pulso propio, que yo llamaría *ruboroso* por la facilidad en impresionarse; una ligera emoción, el variar de posición el enfermo, sea de rodillas, tendido ó de pie, una palabra de reprensión, etc., etc., le producen aceleraciones tan acentuadas que no pueden pasar desapercibidas, y siendo lo que más sorprende el apagamiento en la energía arterial; pulso flácido, y perezoso dentro de su misma aceleración (aunque parezca utópico), como producido por ondulaciones de la corriente sanguínea, que de un modo burdo podríamos comparar á la marcha de un reptil, sin ese tono especial, enérgico y propio del vaso arterial.

Y, sin embargo, el llamado «pulso de Wells», tan magistralmente estudiado por Papillon, y que consiste «en una aceleración del pulso que no pueden hacer variar las diferentes posiciones tomadas por el enfermo», no es el que acabo de describir; como se ve, éste se caracteriza por su estabilidad, aquél por su inestabilidad; ¿cuál es el verdadero? Los dos; todo estriba en la oportunidad de observación, en el período de enfermedad en que lo consideremos; en ambos casos hay taquicardia, mas no se olvide que la atribuímos distinto origen según el grado de lesiones, y por consiguiente, hemos de creer que la manera tan opuesta de desenvolverse el pulso obedece á la misma causa; en la fase premonitoria no hay lesión franca y determinada; es funcional más que material, es un organismo *tuberculizado* (sirva esta denominación para diferenciarle). Pues bien; aquí tendremos el pulso que antes me permití llamar *ruboroso*; por el contrario, cuando se trata del individuo *tuberculoso* con lesiones más ó menos extensas, pero bien descriptas, materiales más que funcionales, estaremos en presencia de la taquicardia con «pulso de Wells».

Diferencia notable, que no he visto mencionada por ningún autor, y que he tenido ocasión de comprobar, no

extrañándome que Papillon sea tan categórico en sus afirmaciones, desde el momento en que todas sus observaciones tal vez estén tomadas en enfermos de hospital en los que la enfermedad está francamente establecida, mientras que las nuestras lo han sido en individuos en condiciones enteramente opuestas. Para resumir: en ambos hay taquicardia, pero en los primeros la aceleración se caracteriza por la *estabilidad*, y en los segundos por la *inestabilidad*; he aquí la diferencia.

Esta taquicardia del período prefímico, aunque suele manifestarse más interesante por accesos, es constante, y á cualquier hora del día ó de la noche, y guardando á veces relación con las oscilaciones fisiológicas, se puede apreciar un número de pulsaciones mayor que el que corresponde al estado normal; lo que ocurre es que, como decía antes, se trata de un pulso eminentemente *susceptible*, y cualquier causa que en estado fisiológico produce un aumento de cinco ó diez pulsaciones, en estos enfermos las mismas causas las hacen subir por cima de aquellas cifras.

He visto soldados en los que la simple vista del *fonendoscopio* les producía un acceso de taquicardia; bastaba esta sencilla causa emotiva para que el número de pulsaciones aumentase 25 ó 30 por minuto.

Fenómeno que no negaré que la simple emoción del explorado (en ausencia de toda infección bacilar) puede provocar; pero la diferencia es grande, siendo fácil poderla distinguir de la verdadera taquicardia; para ello basta explorar el estado de la presión vascular; en aquélla el pulso es fuerte, lleno, de amplitud; en ésta todo lo contrario, blando, fácilmente depresible, como deslizándose bajo la yema del dedo; en una palabra, el primero es hipertensivo, el segundo hipotensivo.

El número de pulsaciones oscila dentro de límites no



muy extensos, siendo por lo general de 90 á 95, fuera del acceso taquicárdico en que el pulso llega á 130, 140 y más por minuto, acompañándose en este caso de palpitaciones y disnea.

Tales son, en rápido resumen, los caracteres que presentan modalidad clínica especial á esta taquicardia sintomática de la tuberculosis precoz; para hacer este estudio, me han servido de base observaciones en sujetos de veinte, veintiuno y veintidós años, pertenecientes en su mayoría al Ejército, y muchos diagnosticados de lesión orgánica de corazón, siendo incluidos más tarde en el grupo de tuberculosos, una vez que la enfermedad se manifestó con más claridad.

Individuos cuya desnutrición era palpable, y en los que la taquicardia é hipotensión eran la única manifestación anormal, ó iban acompañadas tan sólo de algún pequeño roce ó muy ligera alteración de la función respiratoria, siendo desechados los que presentaban estas últimas de un modo ostensible, descartadas otras causas que pudieran darla origen, y como tales no reunir las condiciones exigidas para esta investigación.

Los pertenecientes al Ejército, ó fueron sometidos á comprobación ó directamente propuestos por inútiles; en unos y otros la evolución del proceso vino á corroborar el juicio que precozmente habíamos formado; fueron observados en un período realmente premonitorio, justificándolo más tarde la certeza de la enfermedad.

Sin embargo, debo hacer constar que no en todos los casos que he visto de tuberculosis pulmonar, he observado en sus albores la taquicardia con hipotensión vascular; han sido los menos (un 15 por 100); pero, en cambio, en los observados con los caracteres propios del pulso, que he descrito, no faltó nunca la corroboración de las lesiones tuberculosas.

Es decir, que, aun alardeando de exigentes, pudiéramos sentar como base que no sea síntoma constante que acompañe forzosamente á la infección; pero cuando lo observemos se debe tomar muy en consideración, pues nos anuncia la próxima ruina de un organismo por la enfermedad que ha conseguido, en la actualidad, preocupar seriamente á médicos y á profanos.

Por esto le concedo importancia absoluta; por esto, y porque para su estudio no se precisa ningún complicado instrumental ni el empleo de procedimientos especiales de exploración; así es, que el diagnóstico de la enfermedad está al alcance de todos los médicos, y como aquél no admite dilaciones ni prórrogas, cuanta mayor rapidez en establecerlo, mayores probabilidades habrá para la salvación de una víctima.

Es de notar y digna de llamar la atención, la marcha y evolución rapidísima con que se desenvuelve la enfermedad en el soldado; hay muchos casos en el cuartel, bajo la forma de tuberculosis latentes, focos circunscritos y cerrados, que á cualquier causa hacen explosión; compréndase, pues, la importancia que tiene el descubrir aquéllos sin aguardar á que el soldado, por necesidad sentida, vaya á reconocimiento; no olvidemos que las causas debilitantes son muchas, que el enemigo lo tenemos siempre acechando y que ambos elementos están constantemente influenciándole; entiendo que al soldado debe reconocérsele con relativa frecuencia, y al observar en él una ligera aceleración del pulso, acompañada de pérdida de peso y demacración (no imputable á causas manifiestas), no hay que titubear, y por lo menos colocarle en condiciones de observación y de vida distintas á las del cuartel, para que al mismo tiempo que aquélla se verifica, se atienda á su curación con probabilidades de éxito; porque la verdadera solución social, médica y moralmente hablando,

no está en la propuesta de inutilidad, sino en otras medidas que serán objeto de trabajos posteriores.

J. DE BARTOLOMÉ RELIMPIO,

Médico primero.

Profesor del Real Dispensario «Victoria Eugenia»

---

## CIRUGÍA VASCULAR EXPERIMENTAL

---

(CONCLUSIÓN)

Carrel coloca previamente y equidistantes tres puntos que llaman de apoyo, con los cuales afronta los extremos del vaso que va suturando por costuras continuas á punto por encima. Frouin ha modificado ligeramente el *modus faciendi*. En lugar de tres puntos de apoyo, pone cuatro, pero el procedimiento en sí queda invariable. Glüch, después de suturar con puntos en el interior de la luz arterial, enfundaba la anastomosis en un trozo de otro vaso que cubría y reforzaba la unión quirúrgica.

Clermont, Jaboulay y Briau han empleado puntos en U., pretendiendo el adosamiento y contacto de ambos segmentos por su cara endotelial. Murphy realiza la invaginación del extremo central en el periférico, previa incisión de la pared de éste, para aumentar las dimensiones de su orificio. Pasa tres ó cuatro hilos en asa por el segmento central, atravesando en algunos milímetros el espesor de las capas vasculares sin perforar la endotelial. Con estos hilos, conducidos por el interior del vaso periférico, se atraviesan de dentro á afuera todas las capas que lo constituyen, y entonces, tirando cuidadosamente, se logra el enchufe, y sólo resta anudar.

Renunciamos á describir las tentativas de Abbé, Payr y otros, para conseguir la unión, mediante piezas protési-

cas intermediarias, entre los segmentos de vasos, porque es lógico que no den buen resultado y porque, con nuestro procedimiento, se pueden resolver todos los problemas de anastomosis arterial.

Nosotros, sin conocer la técnica de Murphy, pensamos en que el enchufamiento del segmento central en el periférico era el único procedimiento lógico de arterio-anastomosis, pues en los de Carrel, Gluck y demás autores presagiábamos la hemorragia ó la trombosis. Efectivamente, en nuestras manos tales procedimientos han sido invariablemente seguidos de fracaso, quizá por falta de habilidad operatoria, en parte también por lo defectuoso de los procedimientos. Si los puntos se hacen claros cogiendo poco en el vaso, la sangre se escapa; si los puntos se hacen un poco apretados, el vaso se frunce y el trombus aparece en seguida. La técnica nuestra consta de los siguientes tiempos: 1.º Aislamiento del vaso. 2.º Interrupción circulatoria por medio de pinzas de resorte enfundadas en caucho para que el bocado no mortifique. 3.º Sección de vasos y lavado con suero fisiológico á 38°. 4.º Prehensión del extremo central por medio de un punto perforante metálico. 5.º Introducción de la aguja atravesando, de dentro á afuera, la pared del segmento periférico á cosa de un centímetro de la sección, según el calibre. 6.º Adaptación de ambos segmentos y fijación del punto por medio de un plomo de Galli. Las adjuntas figuras facilitan notablemente la comprensión de la técnica, que no puede ser más sencilla y breve, pues se termina siempre antes de quince minutos y da un 93 por 100 de éxitos persistentes, según ha resultado de varios cientos de operaciones, realizadas en arterias tan pequeñas como las de los calibres 11 y 9 de Chalot, ó sean 3 y 4 mm.

Este procedimiento es aplicable en casi todos los casos de herida arterial, pues estos vasos son flexnosos y muy

elásticos, y, por lo tanto, dan mucho de sí y pueden afrontarse é invaginarse, aun cuando los extremos seccionados aparezcan á larga distancia uno de otro. Cuando la herida arterial sea incompleta, recomendamos hacerla completa y proceder inmediatamente á la reparación de la continuidad por nuestro procedimiento de enchufe directo, que tiene la ventaja de armonizar con las leyes de la mecánica hidráulica, pues la misma presión intravascular coopera á la adaptación del fragmento central contra el periférico, y esto hace que la sangre siga normalmente su curso. El punto metálico sirve únicamente de fiador que impide la separación de los fragmentos y pronto se enquista.

Para cuando un aneurisma, una pérdida, en fin, de sustancia vascular, haga irrealizable el procedimiento antes descrito, hemos ensayado el aditamento de trozos de vaso homólogo, esto es, el injerto arterial propiamente dicho.

Para resolver este problema hemos operado siempre sobre la aorta abdominal, seccionándola inmediatamente por debajo de las renales, en cuyo punto, como hemos dicho, corresponde ordinariamente al calibre 6, es decir, unos 7 mm. El trozo añadido era separado asépticamente de otro perro que nos veíamos forzados á sacrificar. Ligadas cuidadosamente todas las colaterales, sumergíamos ese trozo en aceite de vaselina á 38° mientras laparotomizábamos al sujeto á la intervención. Luego, la técnica era la misma descrita anteriormente; pero, en lugar de emplear un punto metálico, poníamos dos y con seda, pues el mayor calibre nos permitía usar material más grueso. Además, como la corriente sanguínea es en la aorta muy violenta y como el trozo añadido no tiene ningún elemento que le sirva de sostén, reforzábamos la unión con puntos perforantes entrecortados circunferenciales, en número de 15 á 17 en cada una de las dos anastomosis. En estas condiciones hemos operado sobre 13 perros, de los cuales tres mu-

rieron por hemorragia en el acto operatorio, pagando con su vida nuestro desconocimiento del campo quirúrgico. Dos murieron á los dos días, á consecuencia de trombosis en el segmento periférico, con anemia del cuarto posterior del animal; otros dos por peritonitis, sin que en éstos se hubiese alterado ya para nada el curso sanguíneo, restablecido y no interrumpido después de la intervención. Cuatro han vivido siete, nueve, once y doce días, falleciendo por hemorragia consecutiva á la mortificación del injerto, según nos demostró la necropsia que con todo cuidado hacíamos á cada uno de estos pobres mártires sacrificados á la ciencia. Uno vivió trece días y murió á mano airada, pues bajó á la calle alegre y contento; y perezoso después para volver á su encierro, lo cogió el sirviente por debajo del brazo, subió con él en esa forma sesenta y tantos escalones, sin que le apiadasen los ladridos de dolor, y cuando llegó á la habitación no parecía el mismo animal que poco antes corría satisfecho. Comprobamos el desgarró *violento* del segmento inferior del injerto, y decidimos encargarnos personalmente de cuidar el próximo operado, que fué la perrita que llamamos P., y á la cual le hicimos la operación el 24 de Diciembre de 1909. Esta vive todavía, habiendo curado por primera intención, sin más accidentes que algunos espasmos vasculares dolorosos, por insuficiencia de riego, que aparecían en los primeros días consecutivos á la operación, y para eso siempre se presentaban después de algún ejercicio violento.

Actualmente el estado de salud de la perrita es completo, como lo prueba el que todas sus funciones son regulares, incluso las del aparato genital, pues se halla muy próxima á dar á luz; razón, entre otras, por la cual no la hemos traído á Valencia, pero en Zaragoza está á la disposición de los señores Congressistas y Médicos en general que tengan interés en verla y examinarla.



Cuando este animal muera, se hará con todo cuidado la disección de la pieza anatómica, y con un estudio completo de las particularidades que ofrezca, se publicará el resultado de lo que haya sucedido.

¿Podremos considerar como útil y factible el procedimiento de injerto por nosotros preconizado? Analicemos nuevamente las circunstancias de la muerte de las doce víctimas, y observaremos la evolución de la técnica hasta su total perfeccionamiento. Los muertos por hemorragia, por trombosis y por peritonitis lo fueron á causa de deficiencias del acto operatorio; pagaron su tributo los unos á la escasez de medios, los otros á la falta de habilidad. De los seis restantes, cuatro murieron por desprendimiento de un punto de sutura que había mortificado los tejidos en él aprisionados. ¿Puede esto evitarse? Ciertamente que sí, como lo evitamos en los dos últimos operados, de los cuales la perra vive y el muerto lo fué por accidente. La mortificación del injerto se evita peritonizándolo en todo su alrededor. La peritonización, además de ser un elemento contentivo, sirve para nutrir el trozo sobrepuesto, porque ya sabemos la propiedad que tiene el peritoneo de establecer rápidamente adherencias con las superficies cruentas, llevando de este modo, en un principio, la impregnación plasmática, y en seguida, su exuberante vascularización. Estos son nuestros trabajos experimentales de cirugía vascular, que no deben merecer la honra de terminar con otra conclusión que la de ofrecer á los prácticos un proceder más de que poder echar mano cuando se hallen en condiciones adecuadas para ello, pero un proceder lógico y hacedero. La perrita P. es un caso vivo, que sirve para demostrarlo, y si algún señor Congresista quiere cerciorarse viéndola practicar, en Zaragoza se ofrecen á servirles el interesante experimento,

OCTAVIO GARCÍA BURRIEL.—MANUEL ÍÑIGO NOUGUÉS

## LA LEPROA DE LA EDAD MEDIA

(ALGUNOS DATOS HISTÓRICOS)

---

(CONCLUSIÓN)

Posteriormente se ha dicho, y sostenido por muchos médicos, que la lepra es una enfermedad que *fué*, y se ha pretendido explicar su rápido decrecimiento invocando interpretaciones ó hipótesis, muchas de las cuales no convienen con la realidad de los hechos.

Por otra parte, enfermedades como la sífilis no pueden carecer de un remoto abolengo. *Si hasta el siglo xv no fué conocida la sífilis, era porque con anterioridad al sitio de Nápoles se la conocía con otro nombre*, lógica conclusión que los hechos han venido á confirmar.

Todo juicio ó noción vulgar encierra siempre un fondo científico verdadero. Desde antiguo la lepra fué y aún lo es, por tradición, considerada como enfermedad eminentemente contagiosa. Esta creencia pugna con lo que los observadores más experimentados han podido comprobar; esto es, que la lepra es una enfermedad de contagio difícil. Y es tanto más de admirar esta discrepancia entre el criterio vulgar y el más elevado científico, cuanto que precisamente aquellos médicos que mejor conocen la lepra, por haberla estudiado en todo sus aspectos, y sobre todo desde el punto de vista clínico, son los más opuestos al contagio leproso.

Como hemos de tratar en otro artículo, y con algún detalle, de esta cuestión del contagio leproso, nos limitaremos ahora á expresar que Danielsen, Boeck, Méndez-Alvaro, Zambaco y Hernando habrán quizás expresado

sus convicciones en términos demasiado absolutos; pero es indudable, porque la observación clínica lo demuestra de continuo, que en la lepra, el factor herencia tiene marcado predominio sobre el factor contagio.

La Medicina moderna, salvo excepciones muy raras y en casos discutibles, ha expresado el pronóstico de la lepra fallando por la terminación fatal. Esta no es tampoco la creencia vulgar, y hasta un médico tan eminente como nuestro Gaspar Casal aseguraba la curabilidad de la lepra. También esto invita á suponer que la lepra curable de que Casal habla no era realmente lepra, sino cualquiera de las dermatosis con que era confundida.

Todas estas discrepancias y oscuridades parecen estar hoy afirmativamente resueltas, y es de desear que todos los problemas de la historia médica pudieran ser solucionados como éste lo ha sido.

La explicación de todos los hechos anómalos expuestos se halla en que antiguamente, la sífilis, la tiña, la sarna, el psoriasis, lupus, etc., y en general, todas las dermatosis, eran conocidas bajo la denominación común de lepra.

La sífilis ha sido una enfermedad de todos los tiempos, y se halla descripta en los documentos más antiguos que se conocen, en los que se la confunde con la lepra. Exponer aquí, siquiera fuera brevemente, todos los argumentos que demuestran la antigüedad de la sífilis, sería dar una extensión desmedida á este artículo y apartarnos del fin á que se dedica (1).

En la historia médica de los asirios, babilonios y hebreos está anotada la sífilis. Inscripciones latinas, encontradas en las ruinas de un lupanar de Pompeya; los manuscritos de Galeno, Aecio, Dioscórides, Pablo de Eginés, etc.; los médicos de la escuela árabe española Avice-

(1) A la obra de A. Buret, *La Syphilis à travers les âges*, 1891, remitimos al lector que desee informarse detalladamente de este asunto.

na, Aberroes, etc., los de la escuela de Salerno, Roland, Miguel Seat, Guillermo de Salicet, Lanfrac de Milán, y muchos otros, describen la sífilis, confundiéndola con enfermedades venéreas, con la lepra, y en general, con las dermatosis. Además, antropólogos tan distinguidos como Broca, sifilógrafos tan expertos como Parrot y leprólogos de tan universal renombre como Zambaco-Pachá, han observado en esqueletos hallados en las ruinas de antiguas leproserías, de fechas anteriores al descubrimiento de América, lesiones típicas de sífilis terciarias. Lancereaux ha repetido la observaciones de Broca, Zambaco y Parrot, y realizado algunas más, igualmente demostrativas.

En la India era conocida desde los más remotos tiempos una enfermedad venérea, llamada Bão, cuya curación se obtenía con el mercurio. También Frascator, en un manuscrito que cita, prueba que, con anterioridad á Colón, se empleaban las fricciones mercuriales para la curación de la enfermedad llamada Scabiés crassa, ó sarna espesa, y que, verosímilmente, no era otra cosa que sífilis. Guido de Chauliac, en 1360, habla de la «fórmica», enfermedad venérea de pústulas virulentas y contagiosas, y Juan de Salicet, que conoció la epidemia de 1492 á 96, de mal francés, dice que la fórmica, el asafati ó lepra y el mal francés eran una misma enfermedad. Gaddesden, en 1320, describe el contagio de la sífilis, é indica precauciones para evitarle, y llama á la sífilis lepra. Buret ha probado que la sífilis era padecida por los americanos, y que en todos los pueblos de América se padecía con anterioridad al arribo de Colón.

Estos datos conviene tenerlos presente, porque constituyen la base sobre que se funda una conclusión de la mayor importancia, que destruye un error largo tiempo mantenido: *la memorable epidemia leprosa de la Edad*

*Media no pudo ser una epidemia de lepra, mejor dicho, sólo de lepra.* Recuérdese que esta enfermedad se propaga con relativa lentitud, en razón de la dificultad de su contagio y del largo período de su incubación. Favorecida por las Cruzadas, la lepra pudo difundirse, se pudieron crear focos numerosísimos en todo el largo itinerario seguido por aquellos ejércitos de hambrientos y enfermos; pero lo que no pudo hacer la lepra fué propagarse con tal rapidez que en breve plazo alcanzara la horrible difusión que describen los médicos de aquel tiempo. Y es que á la lepra se la confundía principalmente con la sífilis y, además, con casi todas las dermatosis.

Hasta el sitio de Nápoles persistió la confusión. Fué entonces cuando Juan de Vigo hizo notar algunas características de la sífilis, siguiéndole Pedro Maynard. La entonces llamada lepra se trataba por el mercurio. Finalmente, en 1530, Frascator (1) termina de separar los dos procesos, y crea el nombre de sífilis.

Se explica fácilmente que los médicos de la Edad Media confundiesen la lepra y la sífilis. Buena prueba de ello es que hoy, después de cuatro siglos más de incesantes progresos científicos, después de ser conocida la lepra y la sífilis en todas sus variedades clínicas, en Europa, y por médicos al corriente de los conocimientos actuales, se confunden con mucha frecuencia las dos enfermedades, y pocas serán las leproserías en las que no se encuentran sífilíticos, lúpicos, etc., que por error diagnóstico ingresaron allí como leprosos. Jeanselme, Sauton, Zambaco (2), Danielsen, etc., han comprobado repetidas veces tales errores: nosotros hemos observado en uno de nuestros hospitales de San Lázaro á tres enfermos—dos sífilíticos y un lúpico—que habían sido diagnosticados de leprosos.

(1) Frascator: *De morbis contag.* Lugduni, 1° 85.

(2) Dr. Zambaco-Pachát: *Voyages chez les lépreux.* Masson, 1891, Paris, y otras publicaciones.

Por motivo de la confusión que los médicos antiguos hacían de las dermatosis con la lepra, nació la noción vulgar, híbrida, de la lepra, que tomó de la sífilis, la sarna, etc., el concepto de su contagiosidad extrema, y de estas y otras enfermedades el de su posible curación. En nuestro sentir, analizados los datos expuestos, creemos lógico pensar, con Lancereaux, que las tres cuartas partes de los leprosos no lo eran sino por el nombre: sólo así puede interpretarse la histórica epidemia de lepra de la Edad Media.

Pensamos con Azúa (1) que Europa, que hoy considera la lepra como enfermedad histórica, debe agradecer al error de los médicos de aquella época el no ser hoy víctima de la horrible enfermedad, cuyos progresos fueron atajados por la creación de las leproserías y la enérgica profilaxia social que fué entonces realizada.

SEBASTIÁN LAZO GARCÍA,

Oñcial Médico alumno.

Madrid, 24-4-10.

---

## NECROLOGÍA

---

D. Alejandro Reino y Soto.

*Médico primero.*

Nació en Santiago (Coruña), el día 13 de Noviembre de 1879, y en Octubre de 1899 se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía.

En Septiembre de 1900, y previos los ejercicios de oposición, fué nombrado Médico-Alumno de la Academia

---

(1) Dr. J. de Azúa: *Demografía dermatológica y sifilográfica de Madrid*, 1901.



Médico-Militar, y en Junio de 1901 fué promovido al empleo de Médico segundo.

En Julio de 1905 ascendió, por antigüedad, á Médico primero, prestando sus servicios en diferentes Cuerpos de la Península y Canarias. En Octubre último se incorporó á su destino en el Batallón Cazadores de Cataluña, que se encontraba en Melilla en operaciones de campaña, permaneciendo en la misma hasta Mayo último que regresó en concepto de enfermo, marchando á Panticosa, en cuyo Balneario falleció el día 14 del corriente mes de Julio.

¡Descanse en paz nuestro ilustrado compañero!

---

## V A R I E D A D E S

---

### CONGRESO DE HIGIENE EN BRUSELAS

Las personas amantes de la Higiene que deseen asistir al II Congreso Internacional de Higiene alimenticia, que se verificará en Bruselas los días 4 al 8 del próximo Octubre, podrán inscribirse en el Decanato de la Facultad de Medicina, Atocha, 104, todos los días no festivos, de diez á doce de la mañana.

La inscripción para los congresistas titulares vale 20 francos ó 24 pesetas, y para los congresistas titulares asociados, 10 francos ó 12 pesetas. Son asociados las personas de las familias de los titulares.

\*  
\* \*

Mucho agradecemos las pruebas de simpatía hacia esta publicación, dadas por numerosos y distinguidos Jefes y Oficiales del Cuerpo, á propósito de las recientes vicisitudes por que ha pasado, estimando en lo que representan sus valiosos consejos.

Asimismo hemos de manifestar profundo reconocimiento á los Excmos. Sres. Inspectores Jefe de la Sección y Vocal de los Esta-

blecimientos de Instrucción é Industria (antiguo y prestigioso Director, este último, de la REVISTA), por el decidido apoyo demostrado en pro de la misma.

En reciprocidad á tan señaladas muestras de afecto y consideración, la REVISTA DE SANIDAD MILITAR procurará seguir siendo el eco de los intereses profesionales del Cuerpo, bajo sus distintos aspectos, y á este fin, no duda alcanzar el concurso, tan necesario, de sus suscriptores y colaboradores.



Se halla próxima á terminar la construcción del local para la instalación del servicio de desinfección de esta Plaza, y muy pronto serán colocados la estufa Geneste, el Laboratorio y la cámara para el empleo de desinfectantes.



Le ha sido concedida la cruz roja de primera clase del Mérito Militar á la distinguida dama inglesa Alejandrina Wolf.

Su constante solicitud para con los soldados heridos y enfermos en los Hospitales de Melilla, traducida por espléndidos rasgos de generosidad, y, lo que es aún más de agradecer, por un verdadero derroche de cariño hacia aquéllos (sin que fuera obstáculo para ella el tener que descender á los detalles más molestos é ingratos de la asistencia), dieron á su figura excepcional relieve. Y comprendiéndolo así el Ministro de la Guerra, impuso por su propia mano las insignias de la referida orden á la que, como decimos, constituyó una de las notas más simpáticas de la reciente campaña.



La prensa médica de provincias dedica sentidos artículos neerológicos á nuestro malgrado compañero Dr. Larra.

La familia del finado, respondiendo á elevados sentimientos de filantropía, ha hecho cesión á la Academia del Cuerpo de mil y pico volúmenes que constituían la biblioteca del que fué entusiasta Director de esta publicación.



El cólera, que, como saben nuestros lectores, se ha extendido por Rusia, ha ocasionado en una semana más de dos mil invasiones, cifra que, aun descontando la enorme extensión del Imperio, tiene gran importancia.

En Alemania, en cambio, dos casos importados de aquella nación y seguidos de defunción, fueron tan perfectamente aislados, que después de transcurridos muchos días desde la extinción del foco, no se tiene noticia de nuevas invasiones.

\* \* \*

Ha sido objeto de atención en las Cámaras el aumento de sueldo á los Jefes del Ejército, proponiéndose el Ministro de la Guerra llevarlo á los próximos presupuestos.

\* \* \*

Es muy crecido el número de Médicos provisionales que aspiran á tomar parte en las próximas oposiciones para Médicos alumnos de la Academia del Cuerpo, siendo de aplaudir esta determinación en quienes, compartiendo las responsabilidades del servicio desde la campaña, han sabido desempeñar con celo y entusiasmo su misión, dignificando el uniforme que seguramente muchos de ellos lucirán en breve de una manera definitiva.

\* \* \*

Los Cuerpos de Sanidad Militar y de la Armada han respondido, como era de esperar, á la suscripción iniciada para regalar á D. Angel Pulido las insignias de la gran cruz del Mérito Militar que recientemente le ha sido concedida.

Tenemos entendido que el presente, que no tardará en serle entregado, será digno de quien tanto se ha esforzado por el progreso de nuestro Cuerpo.

\* \* \*

En el Hospital Militar de Carabanchel, y colocadas en precioso marco de caoba, ostentando el emblema del Cuerpo, hemos tenido ocasión de admirar unas magníficas fotografías, ejecutadas por nuestro compañero Sr. Martí y Lis, que representan el vestíbulo y

escalera, el salón japonés; el de actos y de Isabel II, y la lápida conmemorativa de los individuos del Cuerpo muertos en campaña, que tan justamente llamaron la atención por el gusto y riqueza artística que supo acumular la Comisión organizadora de la fiesta.

\*  
\* \*

Con motivo del regreso periódico que se ha ido verificando de las Ambulancias de Sanidad Militar afectas á las unidades armadas de Melilla, hemos oído comentarios muy favorables á propósito del brillante estado de su material y ganado.

\*  
\* \*

La creación del Colegio del Carmen para huérfanos de la Armada ha sido recibida con gran júbilo; y se nos ocurre, como de pasada, insistir en la necesidad de impulsar las actividades de los individuos de nuestro Cuerpo para conseguir la unión con el de Artillería é Ingenieros, por ejemplo, por razones de mayor afinidad.

La subvención que para estos casos da el Estado aumentaría con nuestra incorporación, y el auxilio pecuniario individual habría de ser compensado con creces en los indiscutibles beneficios que tan hermosa obra reportaría.

Es asunto que merece pensarse y discutirse, y seguramente daría ocasión al digno Jefe de la Sección de Sanidad Militar á emplear sus fecundas iniciativas.

\*  
\* \*

Se encuentra enfermo, y probablemente sufrirá una operación quirúrgica, el Médico mayor Sr. Pérez Noguera, Profesor de la Academia del Cuerpo.

Celebraremos la mejoría del distinguido compañero.

\*  
\* \*

A nuestros corresponsales y suscriptores de provincias agradeceremos cuantas noticias nos remitan sobre asuntos de interés profesional, sobre todo las referentes al Cuerpo.

\*  
\* \*

Ha sido ascendido á Inspector Médico de segunda clase, y destinado á la Capitanía General de Melilla, el Sr. D. Joaquín Cortés, quien, al frente de aquellos servicios, sabrá imprimir la brillante huella que dejó en Málaga cuando estuvo encargado de la Jefatura de Sanidad en el período de la campaña.

---

## PRENSA MÉDICA

---

**Los baños-duchas en el Ejército.**—El baño-ducha es el procedimiento del lavado corporal que conviene más á la población militar, porque es el que permite lavar, en un tiempo relativamente corto y con la menor cantidad de agua, el mayor número posible de hombres. Una instalación de baños-duchas es necesaria en cada cuartel, así como en el campo de instrucción. En Francia fué donde por primera vez tuvieron á su disposición baños por aspersión. En todos los sistemas empleados hasta el día, la calefacción es larga y dispendiosa, y la temperatura del agua no es igual; el aparato ideal se tiene que encontrar.

La instalación de los baños-duchas se compone de dos salas. Una grande, que sirve para desnudarse; la segunda, donde varios hombres pasan juntos á la ducha. Esta disposición es defectuosa desde el punto de vista moral, y defectuosa también desde el punto de vista sanitario, porque el vestuario, que siempre se quiere hacer grande para que se pueda preparar al mismo tiempo un gran número de soldados, está, en general, nada ó mal calentado; también la temperatura

del vestuario es notablemente inferior á la de la sala de duchas, y el soldado está expuesto á coger un resfriado en las idas y venidas que hace de la una á la otra.

Para remediar estos inconvenientes, es necesario reemplazar la instalación actual de los baños-duchas por baños-duchas con departamentos individuales. Desde 1905 funciona en Burdeos un sistema de baños-duchas con departamentos individuales, que da los mejores resultados.

Existen 10 grupos de departamentos. Cada grupo comprende un departamento de baños y dos departamentos para desnudarse, que comunican entre sí por arriba, y que miden 1,05 m. de largo por 1,10 m. de ancho.

Mientras que un hombre se baña, otro se desnuda; el que se baña, cuando termina, se retira al departamento donde se ha desnudado, y es en seguida reemplazado. Estos movimientos se operan al mismo tiempo, al toque de corneta.

Esta manera de proceder permite bañar 100 hombres en cincuenta minutos.

Las ventajas de este sistema de

baños-duchas pueden resumirse en éstas: calefacción rápida y menos onerosa; temperatura del baño obtenida al grado que se quiere, de una manera constante; deterioro de los aparatos absolutamente evitado; posibilidad de bañar un gran número de hombres en el mismo día; supresión de idas y venidas del bañista, pasando del vestuario á la sala de baño, y viceversa; en fin, separación completa de los bañistas entre sí.

Los gastos de instalación y compra se han elevado á un total de 4.500 francos. El regimiento de Infantería núm. 144 es deudor de esta instalación á un generoso filántropo de la villa de Burdeos.

Este es el sistema que actualmente parece el mejor y el menos costoso. Adoptando las conclusiones de la Sección militar, el Congreso ha emitido los votos siguientes:

En lo que concierne á los urinarios.—Que los urinarios sean afectos á cada unidad administrativa (compañía), y que la limpieza incumba á esta unidad, con exclusión del servicio de semana.

Que los departamentos de higiene sean consultados en las cuestiones de instalación de urinarios.

Que en lo que concierne á la purificación biológica de las materias excretadas, la Autoridad militar se entienda con las municipales para ver de realizar instalaciones comunes, que sirven á la vez á la población civil y á la militar, más bien que ejecutar en los cuarteles ú otros establecimientos instalaciones particulares.

Que los urinarios en uso en el Ejército estén provistos de un alumbrado de día y de noche suficiente, y que el ancho de cada urinario sea

por lo menos de 90 centímetros.

Que se instalen urinarios próximos al campo de tiro.

Que para sacar del empleo de las cubetas movibles todas las ventajas que hay derecho á esperar, en el cuadro de advertencias debe ser especificado claramente:

1.º Que los recipientes deben estar provistos de materias, no solamente secas, sino pulverulentas, á fin de ser absorbentes.

2.º Que su levantamiento debe hacerse antes que las cubetas se rebosen.

3.º Que es indispensable proceder á su desinfección.

En lo que concierne á los baños-duchas.—Sabiéndose que la limpieza individual es la base de la higiene del soldado,

El Congreso emite el voto siguiente:

Que la instalación de baños-duchas con departamentos individuales, cuyo principio ha sido establecido por la Circular ministerial de 30 de Mayo de 1907, se comience lo antes posible, no solamente en los cuarteles, sino que también en los campos de instrucción, conforme á las disposiciones de la Circular ministerial de 6 de Mayo de 1909.

Que se ponga á la disposición de los hombres, además de la prenda de baño de que están dotados actualmente, toallas en cantidad suficiente.

Que para las instalaciones actuales y las del porvenir, un local suplementario y especial á los baños-duchas se instale de tal manera que produzca una temperatura de 22º á 25º en la sala de duchas y el vestuario.

Que siempre que se pueda, cuando estén reunidos varios cuerpos en



el mismo cuartel, se establezca una instalación común.

Que se abra un concurso para determinar cuál es el aparato para calentar el agua más práctico y más ventajoso para el Ejército, por analogía con el que ha sido hecho para los hornos de cocina ó los aparatos de simple ebullición.

\*\*\*

**Hallopeau.—Tratamiento del epiteloma de la cara por el formol.**—

(*Bull. Ac. de Méd.*)—El Profesor Hallopeau emplea un tapón de algodón hidrófilo impregnado de una solución de formol puro (solución acuosa del comercio á 40 p. c.), tapón que renueva cada cuatro días. El inconveniente de esta medicación es el vivo dolor que sigue durante algunas horas á la aplicación del tóxico, y el cual se ataja con inyecciones reiteradas de *novocaina*. La ausencia de recidiva, indica que muy probablemente la acción del formol se extiende á distancia de la región sobre la que ha sido aplicado, sin destruir los tejidos.

Es necesario notar en este tratamiento la ausencia completa de reacción local, los caracteres especiales de la costra, que forma una espesa masa viscosa, de adhesión tan íntima, que no se consigue desprenderla á menos que se arranque para poner á desnudo la ulceración, hasta que termina con rapidez la acción curativa.

Las aplicaciones de formol encuentran igualmente su indicación en el tratamiento de las verrugas. Laurente (de Bruselas) las ha empleado en el carcinoma; otros, en el tratamiento de la erisipela.—G. D.

**La atropina en el tratamiento de la gonorrea.**

El Dr. Adolfo Herdós da cuenta de sus experiencias con el uso de la atropina en el tratamiento de la gonorrea. El autor cree que en los casos de gonorrea rebelde, el tratamiento por la atropina disminuye la secreción de la uretra y favorece el retorno de la membrana mucosa á sus condiciones normales; administra el medicamento en píldoras conteniendo medio miligramo; después de dos semanas de tratamiento en varios enfermos, ha podido observar la disminución de la secreción y la rebaja del número de gonococos.

\*\*\*

**Las inyecciones de mentol-eucaliptol en el tratamiento de las bronquitis crónicas y la tuberculosis.**—

El Dr. Berliner de Breslau (*Berl. Klin. Wochenschr.*, número 21) ha demostrado, basándose en numerosas observaciones de casos de bronquitis crónica, gangrena del pulmón y tuberculosis, la eficacia de las inyecciones intramusculares de una emulsión 10 por 100 de mentol-eucaliptol en aceite de ricino. En muchos casos obtuvo ya, después de la segunda inyección, una disminución de los esputos, la desaparición del mal olor de ellos, y el mejoramiento de los síntomas físicos del pulmón hasta venir á su estado normal. En los casos en que no se pudo llegar á una curación definitiva, se obtuvo, sin embargo, una mejoría indiscutible de la afección. La dosis puesta en cada inyección fué de 5 centímetros cúbicos de la emulsión en inyección intramuscular en los glúteos.

**La parálisis espinal infantil.**— F. Kreuzer (*Méd. Klin.*, 1909, n.º 52) dedica un estudio de conjunto á esta enfermedad, sobre la que tan interesantes trabajos se han realizado en estos últimos años. El autor tenía en cuenta más especialmente los de Wikmaun (1906), Harbitz y Scheel de Noruega, Nentra y Zappart de Viena, Sataw de Nueva York y los suyos de la policlínica nerviosa de Breslau. En ésta ha observado 196 casos, casi todos entre el primero y tercer año de vida. Corroboran la opinión de Wikman de que no se trata de una enfermedad de los cuernos anteriores de la medula, si no de la mayor parte del sistema nervioso. Frecuentemente aparecen en el comienzo síntomas de meningitis y de lesión de las vías piramidales. La gravedad de la parálisis no está en relación con la sintomatología general. Hay casos abortivos en los que apenas queda lesión, y que deben observarse cuidadosamente en las epidemias. En algunas de éstas se han observado alteraciones gastrointestinales previas.

Las parálisis afectan muy distintamente á los músculos, siendo más respetados los del tronco que los de las extremidades, y en éstas más los flexores y estensores de los dedos.

El pronóstico, según los nuevos estudios, debe considerarse más grave *quod vitam* y más leve *quod sanationem* que lo que hasta la fecha se había creído. La muerte sobreviene por parálisis ascendente análoga á la de Landres.

Para la terapéutica hay que tener muy en cuenta el reposo; el niño debe permanecer en la cama

dos semanas después de haber cesado la fiebre. Durante ésta, aconseja los diaforéticos. La punción lumbar no daría resultado beneficioso. Contra las parálisis y defectos funcionales recomienda la electricidad, masaje y, en último caso, el tratamiento quirúrgico.—G. D.

\* \* \*

**Tratamiento del sudor de los tísicos.**—El Dr. Levi (*Gazz. degli Osped.*, 8 de Marzo de 1910) ha experimentado en la clínica un considerable número de medicamentos contra el sudor de los tísicos, principalmente la tropina, la infusión de salvia, el fosfato de calcio y ácido gálico, el telurato de sosa y alcanfor por la boca, así como también las fricciones con alcohol alcanforado. De estos medicamentos, el alcanfor en dos dosis diarias es el que da mejor resultado. La atropina algunas veces produce buenos efectos, pero no sirve; lo mismo pasa con la infusión de salvia y el fosfato de calcio. El telurato de sodio, á la dosis de 2 centigramos, no da resultados satisfactorios, y tiene un sabor muy desagradable. El alcanfor sólo falla en raras ocasiones, y debe ser considerado como el mejor medio de tratamiento. Las fricciones externas con alcohol alcanforado son un gran auxiliar de este medio, pero no es bastante por sí solo para combatir el sudor. El autor da detalles de veinte casos donde ha usado con éxito el alcanfor, después de haber fallado todos los otros medicamentos que se recomiendan contra el sudor de los tísicos.

## BIBLIOGRAFÍA

---

**Esfigmogramas.**—*Crónicas médicas*, por R. Royo Villanova. Zaragoza, 1910.—3 pesetas.

El Dr. Royo ha recopilado en este tomo trabajos publicados anteriormente en diversos periódicos, principalmente en la *Correspondencia de España*. Como en una de ellas advierte, se trata de crónicas, no de otra cosa, y por lo tanto la figura del médico se eclipsa muchas veces tras la del literato y aun la del hombre. Tal ocurre en la titulada *El termómetro de la Virgen* y en alguna otra. Pero las más de las veces, literato, hombre y médico aparecen en conjunto como en las dedicadas á la neurastenia, á la insolación y á los médicos del hotel, quizá las mejores de la colección. En todas ellas se ve al médico sagaz, al estilista y al hombre bueno, que une la espiritualidad del fervoroso creyente en un milagro, con la protesta contra las injusticias sociales y la piedad para el desvalido.

Nada de eso debe sorprender á quienes conozcan al sabio maestro de la Universidad de Zaragoza, cuya intensa y original personalidad aparece en todas las producciones.



**Cuerpo de Sanidad Militar.**—5.<sup>a</sup> Región: 2.<sup>o</sup> Curso de ampliación de estudios quirúrgicos. (Real orden de 1.<sup>o</sup> de Octubre de 1908.) Memoria acerca de los trabajos practicados en la Facultad de Medicina de Zaragoza, por el Médico primero D. Manuel Íñigo Nongués. Jaca, 1910.

El mejor elogio que puede hacerse de la Real orden para ampliación de estudios de 1.<sup>o</sup> de Octubre de 1908, es la lectura de las Memorias que publican los médicos que disfrutaron los beneficios de dicha disposición. En la presente, el Dr. D. Manuel Íñigo da cuen-

ta de sus trabajos en las clínicas de los doctores García Burriel y Cristino Muñoz, y acredita su competencia y laboriosidad de que dió gallarda prueba en el Congreso de Valencia.

Sinceramente felicitamos al Médico primero Sr. Íñigo, y hacemos votos por que el ejemplo de publicar estas Memorias se extienda á todos los compañeros.

\*  
\* \*

**El tífus exantemático de Madrid en el invierno de 1909.** *Investigaciones clínicas*, por el Dr. José Codina Castellví, *Médico numerario, por oposición, del Hospital Provincial y Académico de la Real de Medicina.* Madrid, imprenta del Hospicio, 1910. Folleto de 80 páginas, publicado por la Excm. Diputación provincial.

Bien conocida es la campaña del Dr. Codina al frente del pabellón octavo del Hospital de San Juan de Dios, verdadero sitio de peligro en la recién pasada epidemia de tífus exantemático, que puede considerarse endémico, fuera de sus reerudescencias repetidas, desde el año 1903.

El autor declara que su estadística de asistencia de casos en el Hospital y la población alcanzó la crecida cifra de 600.

Describe luego, amplia y tan concienzudamente como él acostumbra á redactar estos trabajos, el cuadro clínico, que divide en: *comienzo del proceso, sistema nervioso, líquido céfalo-raquídeo, erupción, temperatura, frecuencia de pulso, aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo, sangre y orina.*

Todo está admirablemente tratado; pero merecen señalarse las consideraciones diagnósticas, la interesante descripción de la localización bucal, tan característica en los casos graves, la erupción y la marcha termométrica, acompañada de gráficos muy característicos. En cerca de la mitad de los casos catalogados (106) la lisis duró tres días, en 83 cuatro, en 17 cinco, en 6 once y en

7 ocho, y la duración febril osciló entre ocho días como mínimo y veinte como máximo.

Manifiesta el Dr. Codina que en los casos graves la disnea ha sido intensísima casi siempre, sin lesión pulmonar ó pleurítica que la justificara; la epístasis de los tifoideos eberthianos es rarísima en el exantemático. El meteorismo se observó en todos los casos; el infarto del bazo en el 26 por 100 de ellos, sufriendo poca variación el número de hematíes y aumentando generalmente los leucocitos en el período eruptivo. Son interesantes los datos relativos á la orina de los tíficos, en la cual se encontró albúmina en el 40 por 100 de los casos.

La mortalidad global, bruta, dice el autor, ha sido del 15 por 100, detallándose la proporcionalidad según el día, permanencia en la clínica, edad, temperatura máxima observada y relación de ella con los tratamientos. Del cuadro resulta que los tratamientos más eficaces fueron el suero de convaleciente, la inyección intravenosa de electro argol y la punción lumbar, que no dieron ninguna mortalidad, y el suero artificial, que sólo dió la del 7 por 100, y los menos las inyecciones hipodérmicas de electro argol. Pero el pequeño número de casos en que se empleó alguno de estos medios y su gravedad extrema á la entrada en la clínica, disminuye el valor de las observaciones. Termina afirmando que, en el orden terapéutico, los medicamentos que han aumentado la leucocitosis son los que deben merecer mayor confianza y la preferencia. Entre ellos figuran las inyecciones de suero de convaleciente, los intravenosos de colargol y las inyecciones de suero artificial.

La importancia del problema actual del tífus exantemático, nos ha hecho convertir esta Bibliografía en una reseña de las opiniones del ilustre clínico, maestro en asuntos de males infecciosos, Dr. Codina, por considerarlas de verdadero interés para los prácticos:

**Elementos de Dermatología**, por los doctores L. Brocq y L. Jacquet, Médicos de los Hospitales de París, miembros de la Sociedad de Dermatología. Traducción de la tercera edición francesa, por D. Luis Romero Ruiz, Licenciado en Medicina y Cirugía, ex-interno, por oposición, de las Clínicas de San Carlos.

La necesidad sentida, no sólo por los alumnos de Medicina, sino por los Médicos en general, de una obra concisa y metódica que tratase, dentro de límites no muy extensos, las enfermedades de la piel, está resuelta, indudablemente, con la aparición de estos *Elementos de Dermatología*, obra que ha sido traducida concienzudamente por el ilustrado profesor Sr. Romero Ruiz, quien ha puesto en su trabajo todo el celo que corresponde á la importancia del asunto y á su propio prestigioso nombre.

A fin de facilitar la adquisición de esta obra, y con el objeto también de hacer muy metódico su estudio, se ha dividido en cinco volúmenes, en cierto modo independientes; de este modo cada uno puede cultivar sus particulares aficiones dentro del extenso campo de la Dermatología, sin necesidad de adquirir la obra completa si no le es necesaria.

Cada uno de los cinco volúmenes lleva su título propio, referente al asunto de que se trata, á saber:

I. *Patología general cutánea*.—Contiene este tomo todas las nociones indispensables para fundamentar un diagnóstico y un pronóstico, y formular un tratamiento racional de las lesiones elementales de la piel, nociones deducidas de la etiología y la patogenia, las que á su vez sirven de base á la *clasificación*, objeto del primer capítulo, acaso el más original y sugestivo de este libro.

II. *Deformidades cutáneas, erupciones artificiales; dermatosis parasitarias*.—Las dermatosis parasitarias constituyen hoy un importante capítulo de la Dermatología; su interés para el Médico es de indiscutible valor, y su estudio, contenido en este libro, ha sido hecho inspirándose los autores en una tendencia eminente-



mente práctica, á fin de que el clínico, sin necesidad de llevar á cabo investigaciones y estudios especiales, pueda reconocer, diagnosticar y tratar metódicamente estas afecciones tan frecuentes.

III. *Dermatosis microbianas y neoplasias cutáneas.*—Este volumen contiene todas las dermatosis de origen microbiano cuyos agentes, microbios patógenos, son ya conocidos, y aquellas cuya naturaleza microbiana es sólo probable.

IV. *Dermatosis inflamatorias* —La denominación de *inflamatorias* es ciertamente poco precisa: la tendencia que la anima en este libro es la de suministrar algo así como una pauta, una rúbrica general que sirva de guía indicadora. Está aplicada á los *eczemas, pénfigos, psoriasis, pitiriasis, eritemas, seborreas*, etc., etc.

V. *Dermatosis de origen nervioso. Formulario.*—En este volumen se estudian todas las enfermedades de la piel imputables, directa ó indirectamente, á lesión ó perturbación del sistema nervioso; así, los *líquenes*, el *prurigo*, el *prurito*, la *urticaria*, las *esclorosis de la piel*, las *trofodermatosis*, etc., han sido estudiados en este libro desde un punto de vista esencialmente práctico, tendencia que, como hemos dicho, es la que domina en toda la obra.

El *Formulario* que aparece al final es completo y de gran utilidad práctica.

La actividad de la casa Calleja, al realizar con verdadero entusiasmo la divulgación de tanto libro médico de carácter práctico y reconocida autoridad, merece sinceros elogios.

Es también digno de ella el director técnico de la Biblioteca, Dr. D. Angel Avilés, por el acierto en la elección de las obras y su intervención inteligente en muchas de ellas.

## SECCIÓN OFICIAL

- 14 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 153) disponiendo que el Médico mayor encargado de la observación de los presuntos dementes militares en el Manicomio de San Baudilio de Llobregat, pase en igual concepto al de «Pedro Mata», de Reus, al cual han sido trasladados dichos presuntos dementes.
- 16 » Real decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros (*D. O.* núm. 156) creando como condecoración oficial la Medalla conmemorativa del Centenario de la Constitución de 1812 y Sitio de Cádiz, y dando reglas acerca de su descripción y derecho á solicitarla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 156) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase D. Mateo Andreu Domenech; Médicos mayores D. Emilio Martínez Ramírez, D. Esteban Gutiérrez del Olmo y D. Pedro León Jiménez, y Médicos primeros D. Eulogio del Valle Serrano, D. Francisco Escapa Bravo, D. Rafael Merino Lorenzo, D. Marcos García García, D. Leopoldo García Torices y D. León Romero Corral.
- 18 » Real orden (*D. O.* núm. 155) disponiendo se incorporen á sus destinos de plantilla los Médicos primeros D. Mariano Gómez Ulla, de la primera compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, y en comisión, en la Ambulancia de montaña afecta á la primera División expedicionaria, y D. Cosme Azuares Jiménez, de la quinta compañía de dicha Brigada, y en comisión en la primera, cesando el último de los referidos en la expresada comisión, y continuando en la citada Ambulancia de montaña el primero de los mencionados, sin perjuicio de su destino.
- 19 » Real orden (*D. O.* núm. 157) concediendo dos meses de licencia por enfermo para Vichy (Francia) y Madrid al Médico primero D. Luis Rubio Janini.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 157) concediendo un mes de licencia para asuntos propios, para Burgos y Paris, al Médico primero D. Gregorio Gonzalo Martínez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 158) aprobando y declarando indemni-

zables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Pedro Prieto de la Cal; á los Médicos primeros D. Antonio Valero Navarro, D. Carlos Amat Pintado, D. Braulio Reino Soto, D. Rafael Chicoy Arreceigor, D. Antonio Horcada Mateo, D. Ildelfonso Escalera Gómez, D. Melchor Camión Navarro, y Médico segundo D. Salvador Sanz Pérez.

19 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 161) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Francisco Molinos Romeo.

22 » Real orden de Subsecretaria (*D. O.* núm. 158) transcribiendo otra de la Presidencia del Consejo de Ministros en la que se inserta el acuerdo de gratitud del Senado al General Marina, Generales, Jefes, Oficiales y tropa que hayan luchado contra los rifeños, venciéndoles, y aumentando nuestra legítima influencia en Marruecos.

22 » Real orden (*D. O.* núm. 159) concediendo la baja en el Cuerpo, solicitada por el interesado, al Médico provisional D. Francisco Nevot y Muñoz, y disponiendo continúe figurando en la Reserva gratuita hasta cumplir su compromiso con el Ejército.

23 » Real decreto (*D. O.* núm. 159) ascendiendo á Inspector Médico de segunda clase al Subinspector de primera D. Joaquín Cortés Bayona.

» » Real decreto (*D. O.* núm. 159) nombrando Inspector de Sanidad Militar de Melilla al Inspector Médico de segunda clase D. Joaquín Cortés y Bayona.

» » Real orden (*D. O.* núm. 159) concediendo la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo rojo, libre de gastos, al Médico titular de la Junta de arbitrios de Melilla, D. José Álamos García, por su distinguido comportamiento y extraordinarios servicios prestados cooperando á la cura de heridos durante el mes de Julio último en la campaña de Melilla.

26 » Real orden (*D. O.* núm. 161) disponiendo que los Jefes y Oficiales de Sanidad Militar que se expresan á continuación pasen á servir los destinos que también se señalan:

*Médicos mayores:* D. Justo Muñoz García, excedente en la tercera Región y en comisión en el Hospital de la Misericordia de Málaga, á la Academia de Artillería, cesando en la expresada comisión, y D. Ramón Olmos y Belert, de la Aca-

demia de Artillería á situación de excedente en la primera Región y en comisión en la Inspección general de las Comisiones liquidadoras del Ejército.

*Médicos primeros:* D. Aurelio Solís y Jacinto, del Regimiento Infantería de Tenerife, 64, al Batallón Cazadores de Reus, 16; D. Luis Gabarda Sitjar, del Batallón Cazadores de Gomera-Hierro, 23, al Regimiento Infantería de Tenerife, 64; D. José de Céniga y Ezquiaga, del Regimiento Infantería de Vad-Rás, 50, al Batallón Cazadores de Gomera-Hierro, 23; D. Mario Gómez y Gómez, del Batallón Cazadores de Reus, 16, al primer Batallón del Regimiento Infantería de Vad-Rás; D. Wenceslao Bravo y Fernández, del Batallón Cazadores de Alfonso XII, 15, al Hospital Militar del Peñón, como Director; D. Adolfo Rincón de Arellano y Lobo, del Hospital Militar del Peñón al Batallón Cazadores de Alfonso XII, 15.

*Médicos segundos:* D. Manuel Bastos y Ausart, del Regimiento Infantería de Vad-Rás, 50, al segundo Batallón del de Asturias, 31; D. Antonio Muñoz Zuazo, del Regimiento Infantería de Cantabria, 39, al segundo Batallón del de Gerona, 22.

*Médicos provisionales:* D. Mariano Anfruns Armengol, del Regimiento Infantería de Vergara, 57, al Instituto de Higiene Militar; D. Miguel Baena Martínez, del Hospital de Valencia al segundo Batallón del Regimiento Infantería de la Princesa, 4; D. Luis Boada Saliente, del Regimiento Infantería de Córdoba, 10, al segundo Batallón del de Vergara, 57 y D. José Bouzón Rosales, del Regimiento Infantería de Asturias, 31, al segundo Batallón del de Vad-Rás, 50.

27 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 161) nombrando Director de la Academia Médico-Militar al Subinspector Médico de primera clase D. Jaime Sánchez de la Presa, que actualmente desempeña el cargo de Director del Hospital Militar de Algeciras, y en comisión el de Jefe de Sanidad Militar de la provincia de Málaga.

---

Con este número repartimos un prospecto del medicamento TANÍGENO, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Barcelona.