

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO V. MADRID 15 DE MARZO DE 1891. NÚM. 90.

## BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ICTIOSIS

Hemos sido impulsados á publicar estas notas sobre la curiosa dermatopatía, cuyo nombre encabeza estas líneas, por el hecho de haber tenido ocasión de tratar á una desgraciada familia que arrastra sobre su piel, durante varias generaciones, el estigma de tan rara enfermedad.

El día 19 del pasado mes de Febrero se presentó en la consulta particular del Dr. D. Amalio Jimeno, una mujer del pueblo, con dos niños de pocos años, á consultar acerca de una enfermedad que el menor de ellos padece en la vejiga urinaria, llamándonos poderosamente la atención desde el primer momento, más que el cálculo vesical que sospechamos existía en su vejiga, el estado de la piel de ambos hermanos. Interrogada la madre sobre el particular, nos manifestó que desde el tatarabuelo de los niños y bisabuelo suyo, viene presentándose la misma enfermedad de la piel en todos los varones de la familia, respetando constantemente á los individuos del sexo femenino, sin que una vez haya dejado de cumplirse esta especie de selección de la enfermedad en favor exclusivamente de un sexo.

La familia procede de un pueblo de la provincia de Madrid, Arganda del Rey, donde el tatarabuelo, primero en el que la tradición familiar recuerda que padeció la enfermedad, ejerció la profesión de cirujano á principios de siglo.

En todos los individuos de esta familia se ha iniciado la enfermedad de los tres á los seis meses después del nacimiento, y según los datos suministrados por la madre, parece que en el transcurso de las generaciones se ha modificado algo la intensidad de la dermatosis, en el sentido de ser menos abundantes y espesas las escamas epidérmicas; conclusión que sacó de comparar á su padre con sus hermanos y sus hijos, convertidos todos ellos en *besugos*, según la propia y feliz expresión de la mujer.

En estos niños, de cuatro y siete años respectivamente y en un tío de ellos y hermano menor de la madre, de diez años, que también tuvimos ocasión de observar, y en todos los cuales ha podido seguirse la evolución de la dermatosis, se ha visto iniciar ésta por una des-

camación furfurácea de pequeñas y finas escamas, una verdadera pitiriasis, y á medida que han avanzado en edad han sido mayores y más fijas las escamas epidérmicas, hasta el momento de nuestra observación en que la enfermedad tiende á pronunciarse más cada día.

Toda la superficie de la piel, excepto la cara, se halla cubierta de escamas de un color gris obscuro, imbricadas en muchos puntos y separadas en otros por surcos muy superficiales, de tal manera que, sin formar verdaderas placas, toman las escamas formas diversas, rectangulares y poligonales variadas. Esta producción epitelial es algo más acentuada en las extremidades inferiores que en el resto del cuerpo, y más todavía en la cara externa y posterior de los miembros, viéndose la piel casi limpia ó con ligera descamación furfurácea en las corvas, flexuras de los codos, surcos inguinales y regiones interdigitales. La piel es al tacto seca y áspera, comparable á la piel de una culebra. En las papilas del dermis no se aprecia gran desarrollo.

Las funciones de la piel están muy poco modificadas, pues las distintas formas ó modalidades de la sensibilidad no han sufrido alteración apreciable, y sólo las secreciones aparecen algo disminuidas. El desarrollo general bueno, y la nutrición y estado de fuerzas regular.

La producción y renovación de las escamas epidérmicas es constante, pero se observa que empieza la caída del epidermis en el mes de Mayo, continúa durante el verano y termina en Septiembre, quedando casi limpia la superficie de la piel, para renovar su aparición al comenzar el invierno.

No creemos exista duda alguna para formular un diagnóstico directo; se trata de una ictiosis, pues las distintas deformidades y enfermedades escamosas, si así pueden denominarse, difieren mucho por los síntomas racionales y objetivos de la que acabamos de exponer. La pitiriasis, el psoriasis y la lepra vulgar ó escamosa, son las únicas enfermedades que tienen algún punto de contacto con la ictiosis, por lo cual se les estudia en un mismo grupo. Pero en la pitiriasis las escamas son tan finas y pequeñas que se parecen al salvado fino y dejan la piel limpia al desprenderse; en el psoriasis las escamas descansan sobre pápulas rojas ó cobrizas, y si bien son de mayor tamaño, resultan brillantes y fuertemente adheridas á las pápulas; y por fin, en la lepra vulgar ó escamosa, que viene á ser una forma del psoriasis, hay círculos de escamas alrededor de porciones de piel sana. No hay que pensar tampoco en un último período de descamación de dermatosis crónicas, porque hemos seguido á la enfermedad en toda su evolución.

Excusamos también el diagnóstico diferencial entre todas las variedades de ictiosis, pues por los síntomas apuntados se comprende

á primera vista que se trata de una *ictiosis simple en su variedad serpentina*, denominada por algunos autores con el nombre de *sauriosis* ó *sauriderma* (de *saura*, lagarto).

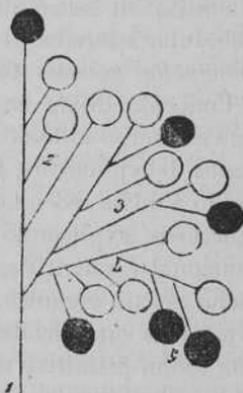
La etiología de la ictiosis, en este caso como en todos, es uno de los capítulos más oscuros de su historia. El único hecho incontestable, bajo este respecto, es la influencia hereditaria que lo informa y el carácter congénito que reviste en la inmensa mayoría de los casos.

Esto no supone, sin embargo, de una manera absoluta, que un ictiósico tenga siempre su filiación en los ascendientes directos ó colaterales, como es muy cierto también que muchas veces burlan las leyes de la herencia hijos de padres ictiósicos. Los casos que tenemos el honor de exponer á la consideración de los lectores de la REVISTA, son de los más curiosos que registra la historia de la enfermedad, no sólo por marcarse en ellos de una manera notable y persistente el influjo de la herencia, sino por la forma especial de esta transmisión, presentándose, como hemos dicho, sólo en los varones, á pesar de haber existido numerosas mujeres en las cinco generaciones en que ha podido seguirse; hecho tanto más notable cuanto que los dermatólogos afirman que el sexo no parece ejercer influencia alguna en la aparición de la enfermedad.

El examen del adjunto esquema demuestra: que el tatarabuelo, enfermo, tuvo cuatro hijas, ninguna de las cuales reprodujo la enfermedad. Una de ellas tuvo tres hijas, limpias también, y un hijo\* en fermo que se casa y no deja sucesión. De las tres hijas de la abuela, dos tienen familia, una un hijo enfermo y la otra cuatro hijas sanas y un hijo enfermo. De estas cuatro hijas una tiene familia, dos niños enfermos, que son los que hemos observado, juntamente con el hermano de la madre.

El hecho más curioso que se cita en este sentido es la observación aportada por Nayer, de una familia de ictiósicos, en la que la transmisión hereditaria se cumplió sin interrupción durante seis generaciones; pues la célebre familia Lambert, citada en todas las obras de dermatología y que tanto llamó la atención de los dermatólogos á fines del siglo pasado por el carácter córneo de la ictiosis, sólo reprodujo la enfermedad durante cuatro generaciones.

Terminemos ya estas notas con algunas consideraciones acerca de



Las ramas terminadas por un círculo negro, indican, en este gráfico genealógico, los varones y enfermos; las otras ramas corresponden á las hembras. Los números señalan las distintas generaciones.

la naturaleza, y lo que podríamos llamar fisiología patológica de la enfermedad.

Si la ictiosis, bajo el punto de vista anatomo-patológico, merece considerarse como una hiperqueratosis, en una clasificación etiológica debe colocarse más bien entre las deformidades cutáneas, al lado del nevo, moluscum léntigo, como hacen los dermatólogos franceses. En efecto, la ictiosis podemos muy bien decir que no es una enfermedad de la piel, en el concepto fisiológico y general de la enfermedad; es más bien una anomalía persistente, un vicio de desarrollo, un caso teratológico del tegumento ó una deformidad de la piel, como dice Thibierge en su artículo del Diccionario de Dechambre.

Ahora bien, ¿cuál es la lesión anatómica fundamental, el punto de partida primitivo y el mecanismo interior de la génesis de esta misma lesión? ¿Hemos de aceptar con Wilson diversas alteraciones primitivas de las glándulas sebáceas en relación con las distintas formas de la enfermedad? No, desde el momento en que los análisis histológicos han demostrado que esta teoría exclusivista no puede aplicarse á ningún caso y está fundada en una observación errónea de las lesiones anatómicas. No puede aceptarse tampoco la opinión de Brüchner que atribuye la formación de las escamas á una adherencia íntima de las células epidérmicas, determinada por una secreción glandular alterada; ni la de Schobel, que la hace consistir en una degeneración grasosa de las células epidérmicas.

Conocido desde los trabajos de Ranvier el papel preponderante que el cuerpo mucoso de Malpigio tiene en la génesis normal y patológica del epidermis, no es extraño que los dermatólogos hayan atribuido á dicha red mucosa una importancia capital en el proceso de la ictiosis, explicando su génesis por una alteración, un trastorno funcional y nutritivo, no bien determinado aún, de las células de dicho estrato orgánico. Pero ¿por qué esta evolución anómala de las capas más superficiales de la red de Malpigio? ¿Hay que atribuirla á una lesión primitiva del sistema nervioso periférico, como defienden unos, ó hay que ir más allá y localizar la lesión en las raíces posteriores medulares, como afirman otros?

Insistiendo en la idea de que la ictiosis tiene lesiones anatómicas persistentes, con el carácter casi siempre congénito y hereditario, nos creemos autorizados á formular la siguiente pregunta:

¿Será la ictiosis una enfermedad parasitaria, que á manera de otras enfermedades de la piel, hereditarias, congénitas é incurables como aquélla, transmite á través de las generaciones la enfermedad misma, el germen específico ó el terreno abonado para su desenvolvimiento?

R. MOLLÁ,  
Médico segundo.

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

**Cardiopatías.—Atropina.**—El Dr. Carderelli ha publicado en la *Gazzetta degli Ospedali* uno de los estudios más prácticos y detallados que se conocen acerca del uso de la atropina en las enfermedades del corazón. En este trabajo se condensan los resultados obtenidos en 65 observaciones minuciosamente hechas por el autor citado, utilizando, al efecto, el conógrafo de Verdin, el esfigmomanómetro de Bosch, el regulador Foucault, el polígrafo clínico de Verdin y el esfigmógrafo directo de Marey, continuando la observación de los enfermos mucho tiempo después de su salida del hospital.

Las principales conclusiones formuladas por el Dr. Carderelli, son las siguientes:

1.<sup>a</sup> La atropina empleada á dosis medicinal, uno y medio ó dos miligramos por inyección hipodérmica, ejerce una acción directa sobre el corazón, demostrada en los 75 casos sometidos á observación.

2.<sup>a</sup> La acción de la atropina sobre el corazón se manifiesta casi constantemente por una depresión más ó menos considerable de la acción inhibitoria del pneumogástrico.

3.<sup>a</sup> Como consecuencia de esta parálisis de la acción moderadora del pneumogástrico cardíaco, se nota constantemente aceleración del ritmo, precedida algunas veces de mayor lentitud en los latidos cardíacos.

4.<sup>a</sup> La presión arterial baja á medida que los latidos del corazón son más frecuentes.

5.<sup>a</sup> En las formas ligeras de irritación del pneumogástrico, en las cuales no se nota otra cosa que mayor lentitud en los latidos cardíacos, está indicada la atropina, sobre todo, cuando á la lentitud constante del pulso acompañan vértigos casi epileptiformes y síncope graves.

El Dr. Carderelli termina su trabajo estudiando el modo de obrar la atropina en los distintos casos de arritmia, y fundándose en sus numerosas observaciones, divide en tres clases distintas estos trastornos del ritmo cardíaco. Coloca en el primer grupo los que cedén rápidamente merced á la acción de la atropina; constituyen la segunda clase los que aumentan mediante la administración del medicamento, y forman la tercera los que no sufren, mediante éste, modificación alguna apreciable.

(*Bull. gen. de Therap.*)

\* \* \*

**Tuberculosis pulmonar.—Gaíacol.**—El Dr. Weill ha sometido durante seis meses un considerable número de enfermos asistidos en el hospital Rothschild al tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de la siguiente solución:

Gaíacol puro.....	2 gramos.
Vaselina líquida.....	100 »

Las inyecciones fueron practicadas en distintas regiones, pero se obtuvieron mejores efectos de las hechas en la región abdominal ó en la parte an-

terior del muslo. La absorción es rapidísima, puesto que pocos segundos después de inyectado el gañacol notan los enfermos el sabor especial del medicamento, y por otra parte, nada anormal se observa en la función renal.

La mayor parte de los enfermos sometidos á observación, pertenecía á la clase menos acomodada, y continuó viviendo durante el tratamiento en malas condiciones higiénicas. A pesar de esto, en un grupo de treinta enfermos, más de veinte mejoraron, y algunos parecían curados; y en la otra tercera parte hubo casos en que la enfermedad quedó estacionada, y los hubo también que se agravaron. En este último grupo había enfermos muy graves, en los cuales se consiguió que se modificaran ventajosamente la tos y la expectoración y que cedieran los sudores, la fiebre activa, los trastornos digestivos y el enflaquecimiento progresivo.

(Bull. gen. de Therap.)

\* \* \*

**Diatésis úrica. — Piperazidina.** — Ladenburg y Abel han conseguido transformar la espermina (1) en su polímero, al cual han dado los nombres de *diétilenimina*, *dispermina* ó *piperazidina*. Actualmente se prepara la piperazidina en Alemania por la vía sintética; se presenta bajo la forma de un polvo blanco cristalino; su clorhidrato cristaliza en pequeñas y brillantes agujas muy solubles en el agua, que tienen el sabor de la sal amoníaco y que no son tóxicas.

El clorhidrato de piperazidina tiene la notable propiedad de disolver grandes cantidades de ácido úrico; en igualdad de peso, su poder disolvente es doce veces mayor que el del carbonato de litina. El urato de piperazidina, que se obtiene por ebullición con un exceso de ácido úrico, es siete veces más soluble en el agua que el urato de litina. No se forma urato ácido de piperazidina, cualquiera que sea la cantidad de ácido úrico que se ponga en presencia de esta substancia.

La citada propiedad de la piperazidina incitará seguramente á emprender ensayos terapéuticos cuyos resultados no tardarán en comunicarse por la prensa médica.

(Pharm. Journal.)

\* \* \*

**Úlcera de la córnea. — Benzofenoneido.** — Sabido es que las ulceraciones atónicas de la córnea se curan muy bien por medio de las soluciones de pioctanina, la cual es un producto de descomposición de la anilina. Pero siendo imposible fabricar dicha substancia fuera de Alemania, el Dr. Galezowsky ha hecho preparar otro producto de descomposición de la anilina que tiene casi todas las propiedades físicas y químicas de la pioctanina.

Esta nueva substancia la ha denominado el autor *benzofenoneido*, y la ha recomendado, como muy ventajosa, en las úlceras asténicas de la córnea, en las queratitis supurativas ulcerosas, en las queratitis flictenulares crónicas sin vascularización, en las queratitis ulcerosas del glaucoma, úlceras traumáticas, etc., etc.

---

(1) Véase el tomo IV de esta REVISTA, páginas 317 y 347.

La fórmula es la siguiente:

Agua. . . . .	10 gramos.
Benzofenoneido. . . . .	10 centígs.

La solución se deposita abundantemente sobre la córnea con un pincel grueso, repitiéndose los lavados cada dos horas.

(*La Terapia Moderna.*)

\* \* \*

**Antipiresis.—Inyecciones intravenosas de agua salada.** — El Profesor A. Kirstein refiere una observación que demuestra que las inyecciones intravenosas de agua salada (por las que se acostumbra á reemplazar actualmente la operación mucho más complicada de la transfusión de la sangre) pueden ejercer una acción antipirética inmediata de las más enérgicas, hecho que no había sido expuesto hasta el presente.

Se trata en dicha observación de un enfermo ingresado en el hospital de Colonia en la sala del Profesor Leichtenstern al vigésimo día de una fiebre tifoidea. Después de dos hemorragias abundantes sobrevenidas una tras otra, el enfermo presentaba una temperatura de más de 40°, y los signos de un colapso cardíaco hacían esperar su muerte próxima. Para satisfacer una indicación vital, M. Kirstein procedió á inyectar en la vena mediana cefálica unos 600 gramos de una solución de cloruro de sodio á la temperatura de la sangre. Esta intervención dió por resultado, no solamente hacer desaparecer el colapso, si que también produjo un descenso considerable del calor. El autor, en efecto, se sorprendió al encontrar en el enfermo al siguiente día una temperatura de 37°,5.

Dos días después la fiebre se elevó nuevamente á 41°, y se procedió á una inyección intravenosa de 750 gramos de agua salada, después de la cual la temperatura descendió á 38°.

El enfermo curó, y el autor cree que sin las inyecciones referidas habría fallecido con toda seguridad.

Ahora bien: ¿cuál ha sido el mecanismo de la acción antipirética de las inyecciones intravenosas de agua salada en este caso? M. Kirstein no da una explicación satisfactoria, y se concreta á someter esta observación á la consideración de sus lectores.

(*Zeits. f. klin. Med.*)

\* \* \*

**Sarna. — Creolina.**—M. De Laller emplea con éxito en el tratamiento de la sarna una pomada compuesta de 5 partes de creolina y 100 de vaselina. A los cuatro días de tratamiento, consistente en fricciones generales, se puede obtener la curación completa.

La creolina debe preferirse á los demás medicamentos empleados, sobre todo al azufre, porque no determina eccema y no mancha la piel ni las ropas.

(*Journ. de Med. et de Chir. prat.*)

\* \* \*

**Adenitis.—Inyecciones de benzoato de mercurio.**— El Dr. Welander asegura que los bubones francamente inflamatorios que se presentan al mismo tiempo que los chancros blandos, abortan cuando se recurre á las inyecciones de benzoato de mercurio antes de que la fluctua-

ción sea muy marcada; y que, aun en este último caso, haciendo las inyecciones en la infiltración periférica, es menor la supuración y se abrevia la curación del padecimiento.

El citado autor practica dos inyecciones, en puntos diferentes del bubón, con una solución que contiene un 1 por 100 de benzoato de mercurio y un 0'30 por 100 de clorato de sosa.

(Sem. Med.)

**Determinación del límite inferior del hígado.—Auscultación.**—La percusión combinada con la palpación es y será siempre el medio más seguro y exacto para determinar la situación del borde inferior del hígado; pero este medio no puede utilizarse cuando está muy dolorosa la región hepática. En estas condiciones, podrá recurrirse al procedimiento ideado por el Dr. Verstraeten, que consiste en la auscultación.

La densidad del hígado y su proximidad á la punta del corazón favorecen la transmisión de los ruidos cardiacos, que se perciben perfectamente colocando el estetoscopio encima del hígado; pero tan pronto como se salva el borde inferior de esta víscera, se debilitan y hasta dejan de percibirse los latidos del corazón.

Se comprende, por supuesto, que lo mismo en los casos en que sean muy débiles los ruidos cardiacos, ó cuando una lámina del pulmón se interponga entre el corazón y el hígado, que cuando la ascitis ó una violenta timpanitis permitan la transmisión de los latidos cardiacos, no podrá utilizarse este procedimiento de exploración.

Además de esto, como una simple contracción de los músculos del abdomen basta para aumentar la transmisibilidad de las paredes abdominales para los ruidos del corazón, aun cuando no haya ascitis ni timpanismo, deberá procurarse la relajación de dichas masas musculares, cuando se trate de marcar el límite inferior del hígado.

La auscultación de la región hepática puede servir también para la determinación del borde superior del hígado cuando la auscultación y la percusión de la base del torax no suministren signos seguros y precisos.

(Sem. Med.)

---

## SECCIÓN PROFESIONAL

### RESUMEN

DE LA

## ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJERCITO ESPAÑOL.

Año de 1888.

EXCMO. SR.:

Al tener la honra de presentar á V. E. la estadística sanitaria del Ejército de la Península, islas adyacentes y provincias de Ultramar, correspondiente al año 1888, es muy grato consignar que se ha amino-

rado la mortalidad en nuestro Ejército y se han realizado las halagüeñas esperanzas que indicaba este Negociado en el resumen de la estadística del año anterior. Ya que en los últimos años hemos expresado amargas consideraciones al comparar nuestra estadística con la de los Ejércitos extranjeros, justo es que dejemos consignado que merced á diversas causas, y no debemos omitir entre ellas el celo y solicitud de esta Inspección General, de la que es V. E. dignísimo Jefe, la presente estadística puede competir sin notable desventaja con las últimas que hemos estudiado correspondientes á diversos Ejércitos extranjeros, y esta circunstancia nos corrobora en la profunda convicción que poseemos de que, á pesar que el alojamiento de nuestras tropas deja mucho que desear, es posible reducir la mortalidad, persiguiendo con afán incansable la producción de enfermedades infecciosas, investigando las causas de la alteración de la salud en los diversos distritos militares, estimulando el riguroso cumplimiento del deber de los Jefes y Oficiales de Sanidad Militar y ordenando severamente en todo caso las medidas higiénicas conducentes á evitar el desarrollo y propagación de las enfermedades infecciosas.

Resulta, Excmo. Sr., que la fuerza en revista fué, por término medio, de 93.394 hombres, de los que fallecieron 843, lo que da la proporcionalidad de 9'02 de mortalidad por cada 1.000 hombres del Ejército.

Para poder formar juicio más exacto acerca de nuestra estadística, debemos consignar los últimos datos de las estadísticas de mortalidad en algunos Ejércitos extranjeros, según los acabamos de recibir. La mortalidad en el Ejército ruso es de 14'2 por 1.000 hombres de fuerza en revista. El Ejército francés da la mortalidad de 9'2. El inglés, de 8'4 y el prusiano, de 5'7.

Estableciendo relaciones de comparación con el ejército francés, observamos que es igual la mortalidad, pues la diferencia que existe en nuestro favor de nueve dos décimas á nueve dos centésimas, es insignificante; pero para estudiar con un poco de profundidad la estadística y darla su verdadero valor, deduciendo la genuina significación de los datos, es necesario analizar las condiciones de los dos ejércitos y las causas que pueden influir en la mayor ó menor mortalidad, toda vez que, fácilmente se comprende, si los soldados de ambos ejércitos son de la misma edad, están sometidos á iguales condiciones de alojamiento y alimentación, sufren el mismo trabajo corporal, habitan zonas de clima semejante ó igual, y sufren á su ingreso en las filas un reconocimiento facultativo bajo las exigencias de un cuadro de exenciones análogo, solamente causas accidentales ó individualmente intrínsecas, pueden determinar el aumento de la mortalidad en uno de los dos ejércitos.

Del estudio que venimos haciendo, hemos observado que existen principalmente dos razones que deben influir en favor de la menor mor-

talidad del ejército francés, y son las siguientes: 1.<sup>a</sup> Todos los soldados que ingresan en las filas del ejército de Francia son previamente reconocidos, mientras que por la ley de reclutamiento y reemplazo del ejército en España sólo sufren reconocimiento los que alegan enfermedad ó defecto físico. De esta diferencia de legislación, resulta que en España ingresan todos los años en filas un número de reclutas enfermos con lesiones de los aparatos circulatorio y respiratorio que dan un contingente de mortalidad que podemos calcular en 50 cada año, según los datos que hemos registrado, y este aumento de mortalidad no la tiene el ejército francés: 2.<sup>a</sup> La legislación francesa respecto de los soldados en quienes se inicia una enfermedad tuberculosa es tan severa, que son excluidos inmediatamente de las filas, y son muy pocos los que fallecen en los hospitales militares, mientras que en España, á pesar de que son declarados inútiles muchos tuberculosos, fallecen, por término medio cada año, 200 individuos de la clase de tropa de esta enfermedad, sucediendo el caso de que algunos de los fallecidos han sido previamente declarados inútiles y no han marchado á sus casas, ya por el grave estado en que se hallan, ó ya porque se acogen al derecho que les está concedido de disfrutar asistencia hospitalaria durante seis meses después de la inutilidad. Esto no sucede ni puede suceder en Francia, porque las disposiciones ministeriales que rigen en la materia previenen rigurosamente, no sólo la separación de las filas de los tuberculosos, sino también de los hospitales militares para evitar todo contagio. Por esta razón, dice en su obra de higiene Mr. Rochard, que es una tarea completamente inútil tratar de averiguar los enfermos de tuberculosis en el ejército francés, porque son despedidos de las filas y no hay ningún tuberculoso.

Las defunciones por la viruela son menores en número por regla general en el ejército francés, y esto tiene su explicación. Lo mismo en España que en Francia son vacunados los reclutas al ingresar en las filas, pero la mayor parte de los soldados españoles no han sido vacunados cuando eran niños, mientras que el mayor número de los reclutas franceses fueron vacunados en la primera infancia y á su ingreso en el ejército sufren una verdadera revacunación: esto es, el mayor número de reclutas españoles sufren la vacunación y pocos la revacunación: el mayor número de reclutas franceses sufren la revacunación y pocos la vacunación. Esto mismo sucede en los ejércitos italiano, belga, inglés y alemán, y por esta razón nuestro ejército da un contingente de mortalidad por la viruela muy superior á el de todos los ejércitos. En una estadística publicada cinco años hace sobre la vacunación y revacunación del ejército italiano se hace constar que de 87.000 reclutas reconocidos facultativamente al ingresar en las filas, tenían señales evidentes de vacunación 84.000. Esto no lo podemos conseguir en España mientras no se decrete la vacunación obligatoria.

En Alemania, merced á la ley de vacunación obligatoria promulgada en 8 de Abril de 1874, se ha conseguido eliminar la viruela de sus estadísticas, como causa de mortalidad. En Baviera snfre todavía la población civil la pérdida de 50 individuos cada año á consecuencia de la viruela, y lo atribuyen los higienistas á su proximidad á Austria, en cuyo imperio no es obligatoria la vacunación. Hamburgo, Breslau, Dresde y Munich, no tienen más que dos defunciones anuales por cada 100.000 habitantes en la población civil, en la que es obligatoria la vacunación, mientras que en París y en San Petersburgo sufren la pérdida de 100 á 136 casos de mortalidad al año por cada 100.000 habitantes.

Veamos de qué manera va desapareciendo la viruela del ejército francés, á medida que se exige mayor exactitud en la práctica de las vacunaciones y revacunaciones, presentando los datos consignados en sus estadísticas oficiales.

#### Ejército francés.

Años.	Casos de viruela.	Defunciones.
1880	714	73
1881	576	41
1882	551	42
1883	371	15
1884	166	15

Ya hemos manifestado en resúmenes anteriores la disminución de la mortalidad por la viruela en el ejército italiano. La mortalidad por la viruela en el ejército austriaco es muy semejante á la de nuestro ejército; pero en cambio, el ejército alemán no ha sufrido más que la pérdida de un sólo soldado por viruela durante los últimos siete años (1).

De las consideraciones expuestas se deduce que, en igualdad de circunstancias, la cifra de mortalidad de nuestro ejército, es menor que en varios ejércitos extranjeros, y que si dedujéramos de nuestra suma de mortalidad los que ingresan con lesiones de los aparatos respiratorio y circulatório, los tuberculosos y el exceso de mortalidad por la viruela, obtendríamos la proporción de un 5 por 1.000.

Pudiera presentarse la observación de que los soldados franceses están sometidos á un trabajo corporal muy superior al de los españoles, pues las maniobras militares y ejercicios son muy frecuentes en nuestra vecina nación y no sucede esto en España. Esta objeción no tiene fuerza alguna, en nuestro concepto, porque nos consta por la experiencia de los muchos años que servimos en el ejército, que nunca es mejor la salud

(1) Popper.

de éste que en las épocas de las maniobras, ejercicios militares, y en campaña: y hemos observado constantemente que si en la vida de guarnición tienen nuestros batallones un 5 ó 6 por 100 de enfermos, tan pronto como salen á campaña ó se dedican á maniobras, disminuye la enfermería á el 3 y aun á el 2 por 100, y al poco tiempo de volver á habitar los cuarteles y adquirir las costumbres de la vida sedentaria de guarnición, nuevamente aumenta la enfermería.

Consideramos de nuestro deber insistir, sin embargo, llamando la atención de las autoridades militares, acerca de los medios que deben emplearse para disminuir aún más la cifra de mortalidad, especialmente por enfermedades infecciosas.

Las fiebres tifoideas ocasionaron en el año 1886 el total de 213 fallecidos de la clase de tropa; en el año de 1887 murieron 272, y en el año de 1888 produjeron 181 fallecidos de dicha clase. Nosotros sabemos de qué manera se ha conseguido en el ejército francés la disminución de la fiebre tifoidea, y el Dr. Collin, ilustre Jefe de Sanidad Militar, expresa en su obra, que se ha desterrado de las fortificaciones y plazas fuertes la fiebre tifoidea, que causaba un gran número de defunciones, sin haber empleado otro procedimiento que el de conducir agua canalizada de buenas condiciones para las necesidades de la guarnición, saneando además y desecando los terrenos contiguos á los fuertes y cuarteles. Conocido como es, porque ha llegado á la categoría de verdad demostrada, que el germen de la fiebre tifoidea se adquiere por el agua, procede se examine este necesario líquido, de que hace uso la tropa en los diversos cuarteles y guarniciones, y se emplee el mayor cuidado y esmero por los jefes de los cuerpos y los médicos para evitar que los soldados beban agua que haya adquirido malas condiciones. Hemos observado en los años anteriores que Burgos y Navarra se han distinguido por dar mayor contingente de mortalidad de fiebre tifoidea, y siguiendo la observación, hemos notado que esta enfermedad se produce en determinados meses. Deber es de las autoridades militares y de los Jefes y Oficiales de Sanidad Militar prevenir este desgraciado suceso, adelantándose á proporcionar agua de buenas condiciones reconocidas á los cuarteles, en que la experiencia nos enseña que se produjeron fiebres tifoideas. En la estadística actual, los distritos de Navarra, Valencia, Cataluña y Castilla la Vieja, presentan un extraordinario aumento de mortalidad por fiebre tifoidea, hecha comparación con los años anteriores, y esto demuestra que en dichos distritos se ha producido la alteración del agua y no se ha remediado con la oportunidad debida, sin que pueda servir de excusa la circunstancia de que dicha enfermedad existía en la población civil, puesto que esto sólo prueba que eran varias las fuentes cuya agua se había alterado; pero se debió acudir inmediatamente á la provisión de buena agua para la tropa, aun cuando hubiera

necesidad de transportarla de alguna distancia, esto es, de los pueblos circunvecinos en que no se hubiera alterado la salud pública, y que, hecho el análisis bacteriológico, no presentase el bacilo de Eberth.

El total de 34 fallecidos de viruela en el ejército de la Península é islas adyacentes durante el año de 1883, parece que ha sido un triunfo, si establecemos comparación con la cifra de 95 fallecidos en 1886, y los 165 en 1887; pero á nosotros no nos lisongea, porque debemos aspirar á que se reduzca el número de fallecidos por viruelas, de la misma manera que se ha reducido en los ejércitos extranjeros, con especialidad los de algunas naciones que, contando más de 400.000 hombres en servicio activo, solamente tienen tres ó cuatro fallecidos cada año, y Alemania ninguno (1). Para lograr este fin, debemos insistir como en años anteriores, acerca de la necesidad de que se estime como servicio preferente á todos el de la vacunación y revacunación, y que antes de entregar á los reclutas el vestuario, equipo y armamento, sean vacunados. Si se cumple con exactitud lo dispuesto en la Real orden de 5 de Marzo de 1890, irá disminuyendo en lo sucesivo la mortalidad por las viruelas y se extinguirá esta cruel enfermedad de las filas de nuestro ejército.

La cifra de 95 fallecidos á consecuencia de pulmonías y pleuro-pneumonías, es inferior á la de los años anteriores, pues en el año de 1886, fallecieron 143 individuos de tropa de esta enfermedad, y en el año de 1887 se elevó la cifra de mortalidad á 213.

De tuberculosis pulmonar han fallecido en el año de 1888, solamente 178 individuos de la clase de tropa, habiendo sido declarados inútiles 446, lo que da un contingente total de 624 tuberculosos. Si comparamos el número de fallecidos con el de los años anteriores, resulta una proporción ventajosa para la presente estadística, pues que en el año de 1887 fallecieron 272 y en el año de 1886 fallecieron 268.

A consecuencia del paludismo hemos tenido durante el año de 1888 la pérdida de 33 individuos de la clase de tropa, y estableciendo comparación con los años anteriores, resulta que en el año de 1887 fallecieron 63, y en el año 1886 igual cifra que la del año actual, esto es, 33 fallecidos. Sabido es que el paludismo reina en determinados meses en los distritos de Extremadura y Valencia, con especialidad en la plaza de Cartagena, y pudiera disminuirse notablemente el número de invadidos y muertos por esta enfermedad estableciendo licencias temporales á los soldados tan pronto como son atacados de las primeras fiebres intermitentes, y aun sin ser atacados, á los que las padecieron en los años anteriores. De esta manera habría de disminuir considerablemente la cifra de 2.408 enfermos de fiebres palúdicas que han sido asistidos en este año en nuestros hospitales.

(Continuará.)

(1) Dujardin-Beaumetz.

## BIBLIOGRAFÍA

**Altabás Arrieta.**—*Cirugía abdominal.*—*Tumores del ovario.*—*La ovariotomía en Barcelona, con un apéndice sobre la laparotomía por traumatismo.*

A juzgar por el epígrafe, podría creerse que el Sr. Altabás ha tratado de dar á su monografía un sabor local marcado, con perjuicio tal vez de cuanto acerca de la ovariotomía se ha trabajado y conseguido fuera de Cataluña. Pero basta recorrer las primeras páginas de este notable estudio de Cirugía abdominal, para convencerse de que el pensamiento principal de nuestro ilustrado compañero ha sido recabar para España, en primer término, la parte de gloria que le corresponde por los éxitos alcanzados la mayor parte de las veces que se ha practicado la ovariotomía, aunque para conseguir su objeto resulten los Cirujanos catalanes como favorecidos por la casualidad que les ha proporcionado más ocasiones que á los demás para acometer esta arriesgada operación, contando ya de antemano con la pericia necesaria para aspirar al éxito más completo.

La escasez relativa de ovariotomías practicadas en España desde que en 1863 hizo la primera el Dr. Federico Rubio, lejos de demostrar la poca resolución de los cirujanos españoles, puede y debe atribuirse entre otras causas, á la menor frecuencia de los padecimientos que exigen esta operación; y la estadística demuestra que la Cirugía abdominal está en tan buenas manos en España como en los demás países.

Los datos recogidos por el Sr. Altabás permiten separar la historia de la ovariotomía; y el estudio que hace de la *laparatomía por lesiones traumáticas*, y que modestamente coloca como apéndice de su obra, contiene cuanto se conoce hoy acerca de la intervención quirúrgica en los traumatismos de los órganos contenidos en la cavidad abdominal.

El autor del trabajo que nos ocupa, merece, pues, nuestros más sinceros plácemes; y á nuestro aplauso—tributado tácitamente desde que empezaron á aparecer en *El Siglo Médico* algunos de los artículos coleccionados hoy en el tomo á que nos referimos—va unido el deseo que nos anima de señalar á nuestros compañeros obras útiles, como ésta, en la biblioteca de todo Médico militar, y de que tenga imitadores la laboriosidad de los que cuentan con las aptitudes y los alientos y entusiasmo que animan al Sr. Altabás.



## FÓRMULAS

### 135

Benzoato de sosa. . . . .	) áá. . . . .	5 gramos.
Salicilato de sosa. . . . .		
Polvo de ruibarbo. . . . .		
Polvo de nuez vómica. . . . .		5 decígs.

M. y divídase en 20 sellos medicinales. Para tomar un sello á cada comida durante uno ó dos meses.

En la **litiasis biliar.**

(Huchard.)

### 136

Acido benzóico. . . . .	15 decígs.
Alcanfor. . . . .	1 gramo.
Alcohol. . . . .	12 gramos.

M. Para inyectar por la vía hipodérmica el contenido de una jeringuilla de Pravaz.

En el **colapso.**

(Rhodes.)

### 137

Mentol. . . . .	12 gramos.
Glicerina. . . . .	8 »
Agua. . . . .	120 »

M. para uso externo.

En el **prurito.**

(Corlett.)

## VARIEDADES

La Dirección de Beneficencia y Sanidad ha publicado en la *Gaceta* el resumen de los nacimientos y defunciones ocurridos en esta corte durante el pasado año de 1890; y como datos de este género pueden ser frecuentemente objeto de consulta, por cuanto es muy común establecer comparaciones entre las cifras de mortalidad que ofrecen ciudades diferentes ó padecimientos distintos, consideramos conveniente transcribirlos íntegros por la utilidad que puedan reportar á nuestros lectores.

Del citado resumen resulta que los nacimientos legítimos fueron 12.424: 6.372 varones y 6.052 hembras, y los ilegítimos 4.411: 2.207 varones y 2.204 hembras.

El mes que hubo menos nacimientos fué el de Septiembre: 1.093; y el que más el de Diciembre: 1.786.

La proporción por 1.000 en relación con la población (481.816 habitantes), resulta de 34,87.

Veamos las defunciones:

La muerte causó más víctimas en los hombres que en la mujeres: 11.197 y 10.449. En los solteros hizo 14.761 bajas; en los casados 4.053, y en los viudos 2.832.

De la clasificación por edades, resulta casi la mitad de las defunciones en los niños: hasta cinco meses, 2.944; de cinco meses á tres años (primera dentición), 5.132; de tres á seis años (transición), 1.926; de tres á 13 (segunda dentición), 981.

Después, las cifras más elevadas corresponden: al período de virilidad creciente, 2.312; al descendente, 3.000, y al de senectud, 3.215.

No fueron pocos lo que murieron en la decrepitud: de 80 arriba, 393.

Como siempre, las enfermedades infecciosas y contagiosas y las del aparato respiratorio fueron las que causaron más víctimas. Entre las primeras, la viruela produjo 2.712 víctimas, y la tuberculosis 1.838, el sarampión 291 y la difteria 680.

En las del aparato respiratorio figuran la bronquitis con 2.127 y las pulmonías con 2.692, y de las demás enfermedades de esa clase 1.197.

En las del aparato cerebro-espinal, las mayores cifras corresponden á la meningitis, 1.087, y á la apoplejía, 740.

Por intoxicación fallecieron 11, y de muerte violenta, accidente, homicidio, suicidio y pena capital, 204.

El mes de mayor número de defunciones fué el de Enero, 3.187, y el de menos el de Junio; 1.215.

---

Los últimos correos llegados de Ultramar nos han comunicado noticias de desgracias sensibles para el Cuerpo.

Escriben de Filipinas, que el 26 de Diciembre dejó de existir nuestro ilustrado y muy querido amigo el Farmacéutico primero **Don César Fernández Minguez**, que hace poco tiempo pasó á aquellas islas y se hallaba destinado en el Hospital militar de Zamboanga. Se dice que la muerte fué ocasionada por suicidio.

A la vez hemos sabido que el Médico primero de la Isla de Cuba, **don Máximo Salcedo y Villarino**, falleció en Puerto-Príncipe el 26 de Enero último á consecuencia de tuberculosis pulmonar.

Enviamos nuestro sentido pésame á las familias de dichos infortunados compañeros.

---

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

**Memoria descriptiva del establecimiento de aguas sulfhidricas y sulfurosas artificiales**, por el Dr. D. José Olavide y Malo.

**Nuevo formulario enciclopédico de Medicina, Farmacia y Veterinaria**, por D. Mariano Pérez Minguez. Jaime Seix, editor, Barcelona. Cuaderno 18.

**Electricidad industrial al alcance de todos**, folleto escrito por D. Felipe Mora. Madrid, 1891.