

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

## Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año IV.

Madrid, 1.º de Febrero de 1910.

Núm. 3.

### SUMARIO

De la lepra en España (conclusión), por **Sebastián Lazo García**.—Tifus exantemático, continuación (de los Anales de la Real Academia de Medicina).=*Prensa Médica*: La urticaria considerada como un fenómeno de anafilaxia.—El corazón en las enfermedades infecciosas.—Tratamiento, por la acetona, del cáncer inoperable.=*Variadas*.=*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Febrero de 1910.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

## DE LA LEPRA EN ESPAÑA

(CONCLUSIÓN)

Deseando hacer algo completo el estudio de la lepra, teníamos interés en estudiar algunos enfermos en los primeros períodos de la enfermedad. Nos fué muy difícil conseguirlo. Los leprosos existentes en los Hospitales de San Lázaro son, por regla general, leprosos muy avanzados, padeciendo ya lesiones viscerales graves, con manifestaciones cutáneas muy generalizadas, cubiertos de úlceras y tubérculos, con el rostro horriblemente deformado; en suma, son leprosos en período terciario. Y esto ocurre así, porque los leprosos van acogerse á los Hospitales de San Lázaro, únicamente cuando sus lesiones son tan visibles y repugnantes, que su presencia se hace odio-

sa para sus vecinos y aun para sus familias; rehuyen su trato, les abandonan y les persiguen, obligándoles, por la fuerza ó el hambre, á abandonar las poblaciones, no quedándoles otro recurso que, ó buscar un protector refugio en el Hospital ó vivir en el campo, miserables y aislados como fieras.

Hay, además, otro factor que contribuye á dificultar más aún la adquisición de los datos necesarios para formar una buena estadística demográfica de la lepra en España. La sinceridad que nos hemos impuesto al trazar estas líneas, nos obliga á confesar que, en general, siendo en este asunto muy limitada la cultura de la clase médica española, es un hecho muy frecuente entre nosotros el no ser diagnosticados muchos leprosos sino en fases avanzadas de la enfermedad, y aun esto, cuando se trata de lepra tuberculosa, cuyos caracteres son tan ostensibles que no pueden ser ignorados. *Pero existe mucha lepra que no se ve.* Cuando Da Silva (1867) describió el aïnum, Schultze (1882) la siringomielia y Morvan (1883) el panadizo analgésico, se estaba muy lejos de pensar que estas tres nuevas entidades morbosas que la perspicacia de los citados autores logró desentrañar del resto de la patología, dándoles caracteres propios, no eran sino formas, aspectos, manifestaciones, en fin, de un mismo proceso fundamental. Posteriormente, la mórfea, la esclerodermia y la esclerodactilia, la enfermedad de Raynaud y la atrofia muscular progresiva Aran-Duchène, han sido también, aunque con justificadas reservas por parte de algunos, incluidas en el cuadro general de la leprosis.

Estas formas de lepra son tan distintas de la lepra que pudieramos llamar *clásica* ó tuberculosa, que sólo el análisis bacteriológico es capaz de demostrar sus relaciones de identidad etiológica. Estas leprosis, degeneradas ó atenuadas, según los criterios, sólo excepcionalmente son

diagnosticadas entre nosotros; la inmensa mayoría de los afectos de ellas mueren sin conocer jamás el nombre de la enfermedad que los mata. Si consideramos, como es lo exacto, que estas leprosis, y particularmente la siringo-mielia y la Morvan, son frecuentes en España, nada nos quedará por añadir, para que llegue al conocimiento de nuestros lectores la convicción de que el número de leprosos que en España se diagnostican como tales es muy inferior al que en realidad existen.

Unicamente con el deseo de dar á conocer la diversidad de criterios que informa á algunos de los trabajos publicados acerca de la estadística demográfica de la lepra en España, y á título de información, transcribimos los siguientes:

Según los Sres. Remy y Rayneaud (Argelia), el número de leprosos comprendidos en las provincias de Valencia y Alicante excede de 200.

La estadística oficial realizada en España en los años 1851 y 1852, relativa sólo á diez provincias, arroja un total de 284 leprosos.

El Dr. Zuriaga, en un trabajo publicado en 1888 en los *Annales de Dermatologie*, etc., cita el caso notable de la villa de Parcent, donde la lepra era desconocida en 1849, y donde en 1887 existían ya 60 enfermos.

El Dr. Olavide (comunicación al Congreso Internacional de Higiene, Madrid) calculaba en 1.500 el número de leprosos de España.

Durante los cuatro cursos comprendidos de 1875 á 79, el Dr. B. Hernando estudió en Granada 117 leprosos.

La Oficina Sanitaria Imperial de Berlín conocía, en 1893, en 20 distritos de la provincia de Valencia, 120 leprosos.

El Dr. Mendez Álvarez, muy optimista en su cálculo, asignaba á España un total de 500 enfermos de lepra.

20 Para el Dr. Sauton, la lepra se halla en muy reducidos focos diseminados por toda la Península; Jeamsseme sólo expresa que existen algunos casos en Valencia, Alicante y Asturias.

20 El Dr. J. González Castellanos (Jávea, Alicante) nos ha comunicado el total de sus observaciones personales practicadas en la región en que ejerce; comprende 127 casos.

Y para terminar esta parte de nuestro trabajo. Goza nuestro país el triste privilegio de ser conocido en el extranjero sólo por lo que de censurable pueda existir en él, permaneciendo ignorado lo que es digno de alabanza, y siendo con frecuencia calumniado aun en el terreno científico, en el que debiera prescindirse de todo apasionamiento.

Muchos médicos extranjeros refieren sus conocimientos acerca de la lepra en España, limitados casi exclusivamente á lo publicado por los médicos de Argelia, Remy, Rayneaud (1896 y 1994) y Brault (1908). Para estos médicos, la lepra apenas si existe en España, aparte de las provincias de Alicante y Valencia, fundándose en que muchos de los leprosos que han observado eran españoles procedentes de las citadas provincias. Dicen, además, que el desarrollo de la lepra en Argelia se halla alentado principalmente por la considerable emigración española, que lleva allí buen número de leprosos; finalmente, no vacilan en afirmar que la lepra era desconocida en Argelia antes de la conquista de Orán (1509) por los españoles.

Ignoran, por lo visto, los citados autores, que mucho antes de que Orán fuese conquistada, existían allí judíos procedentes del Egipto, y que á esa raza, por razón de herencia ancestral ó étnica, va ligada la lepra. Por otra parte, desde tiempos remotos, la lepra es conocida entre los árabes, que la llaman *Bara* y *Diuzam*, y hoy, los mé-

dicos militares que ejercen en Argelia y posesiones españolas del Norte de Africa, habrán visto con frecuencia la lepra en los árabes indígenas de estas regiones.

Los mapas de distribución geográfica de la lepra, publicados por los doctores Sautón, Jeansselme, Hutchinson y *Un missionnaire*, en sus respectivas obras *La leprose*, *Precis de maladies exotiques*, *On leprosy and fish eating* y *La lèpre est elle contagieuse?*, revelan gráficamente la ignorancia de estos autores en lo que á España se refiere. Bastará, para evidenciarlo, el decir que en estos mapas no figura ni una sola provincia del interior como afecta de lepra, y en cambio, todas las costeras lo están.

Por último, es lastimoso que nos veamos obligados á dar á conocer el siguiente dato: En la Memoria sobre geografía de la lepra, presentada por los doctores Elhrs, de Copenhague, y Verdier, de París, á la Conferencia Internacional de la lepra, celebrada en Bergen (Noruega), en Junio del corriente año, al ocuparse de España, escriben:

“La lepre s'étend en Espagne; la plupart des provinces fourmillent des lepreuse. On n'a rien fait pour contrecarrer la marche toujours progressive du fleau. Seules les villes de Málaga, Grenade et Seville (40 malades), possèdent des hopitaux speciaux pour lepreux.”

“Les autres provinces en sont totalemet depourvues. Les pauvres lepreux sont expulsés des centres d'habitation et forcés de vivre à l'écart dans la montagne ou dans des lieux retires comme des paries. Ceux qui sont hospitalisés manquent des soins.”

Como, en general, es cierto lo que en estas líneas se expresa, excepto la existencia de leproserías únicamente en las ciudades de Málaga, Granada y Sevilla, nos dispensamos de hacer su crítica, lamentando no podamos negar hechos tan vergonzosos para nuestro país.

Actualmente, la evolución progresiva de la organización social de los pueblos cultos va señalando á la Medicina y la Política un nuevo derrotero, ante el que se divisa horizonte de inmensa utilidad social. Va comprendiéndose la absoluta necesidad de hacer *medicina política*, esto es, de inspirar las leyes en un elevado y racional concepto higiénico, reglamentando dentro de él todos los diversos aspectos de la vida individual y colectiva. Toda nación que vele por su propio progreso, se halla en el deber de dictar leyes higiénicas, pues de lo contrario, perderá inmensa cantidad de energías, restadas por la enfermedad y muerte prematura de sus individuos. Y como todo individuo tiene dos valores, uno propio ó intrínseco individual, y otro social, por razón de la colectividad de que forma parte, y á la cual cede determinada cantidad de trabajo, en justa reciprocidad á los beneficios que la vida social le reporta, es lógico y es necesario que las clases directoras se preocupen de la salud de los individuos y estudien la manera de conservarla. Nunca deberán olvidar los Gobiernos que no basta dictar buenas leyes, sino que, además, es preciso hacerlas cumplir, obligando ó castigando á los que, por ignorancia ó desidia, faltan á ellas: *la tolerancia, en cuestiones de higiene, es, por los inmediatos perjuicios que á la sociedad produce, uno de los más graves cargos que en nuestra época puede hacerse á un Gobierno.*

Lo que la lepra fué, á la historia pertenece; lo que hoy es, se halla en estudio; evitar lo que pueda llegar á ser, es misión del médico higienista, y como tal, político, pues que es la medicina política la racional y amplia orientación de la medicina moderna.

Es creencia muy generalizada entre nosotros, que la lepra es enfermedad poco menos que legendaria, histórica, sin ninguna importancia actual, reducida á limitados

y pequeños focos é insignificante número de enfermos, pudiéndosela, por tanto, considerar como enfermedad ya pasada, de la que sólo quedan vestigios sin interés ni importancia alguna.

Según el criterio de muchos, esta paulatina desaparición de la lepra es consecuencia del mejoramiento actual de las condiciones higiénicas en que la vida social se desarrolla; para otros, es resultado del aislamiento á que fué sometido el leproso en la Edad Media; es atribuída por algunos á específica inmunidad adquirida por el hombre, mediante la exaltación y perfeccionamiento de sus medios de defensa antimicrobiana; y, finalmente, suponen algunos pueda ser debida á la atenuación del bacilo Hansen-Neisser, obrada por su paso á través de muchas generaciones humanas. Lo que de todo esto hay de cierto y positivo es, sin duda, lo que se refiere al aislamiento del leproso en las anteriores épocas, y el mejoramiento de las condiciones higiénicas de la vida en la actualidad.

Dentro del lógico exponer justificado por lo que ocurre con otras enfermedades infecciosas, está pensar en el posible resurgimiento de la lepra, alcanzando la difusión y malignidad que logró en anteriores tiempos, y podemos, por lo tanto, preguntar con Alibert (*Dic. sciences médicales*, etc.): ¿Quién se atreverá á asegurar que no ha de reaparecer la lepra con toda su intensidad y con sus más aparatosos síntomas? A mediados del siglo pasado escribía el sabio médico español F. Méndez Alvaro: “No sólo se conserva vivo entre nosotros el germen de la lepra, sino que hay fundados motivos para esperar un nuevo y formidable resurgimiento. Muéstrase amenazadora esta horrible enfermedad en todos los terrenos abonados para su germinación, y reclama con energía muy especial atención por parte de los hombres de ciencia y de la alta Administración de los Estados. Manténganse los Gobiernos

indiferentes é inactivos, contemplando con frialdad la reaparición é incremento del monstruo, y es muy probable que nuestros descendientes lleguen á verle alcanzar las proporciones mismas que en siglos anteriores ostentara, y que entonces maldigan la imprevisión de estos tiempos, y adopten apresuradas disposiciones, cuyos frutos no pueden llegar á sazón sino tras largos años de observancia rigurosa.,

Estas líneas no sólo conservan hoy toda la oportunidad de la época en que fueron escritas, sino que están próximas á confirmarse. De no muchos años á la fecha, la lepra ha invadido rápidamente numerosos pueblos españoles, Parcent (Valencia), Cavá (Lérida), etc., y aumentado en intensidad—como hemos comprobado—en algunos donde ya existía.

Ante la lepra, como ante todas las enfermedades, la acción médica puede dirigirse en un doble sentido: á curarla ó á evitarla, que son, en síntesis, los ideales fines de la Terapéutica y la Higiene.

La curación de la lepra no deja de ser hasta hoy una hermosa ilusión acariciada por muchos, y que algunos creen haber conseguido; pero acerca de ello, la ciencia médica no ha pronunciado su fallo definitivo, permaneciendo aún como exacto el antiguo concepto de su incurabilidad. Es cierto que Gaspar Casal admitía la curación de algunas variedades de lepra—seguramente porque nuestro gran médico confundía la lepra con otras dermatosis;—que Sota y Lastra (7) ha descrito un caso de ¿curación? verdaderamente notable; que el Dr. Alfonso, Director del Hospital de San Lázaro, de la Habana (8), dice haber logrado la curación, clínica y bacteriológicamente comprobada, de un individuo tratado por el tanino; que Unna, de Hamburgo, ha dado á conocer éxitos brillantes obtenidos por el ictiol; que Rosini ha publicado,

no ha mucho, un caso de curación lograda con la finsentencia; que Carrasquilla (9) obtuvo también curaciones con el suero antileproso por él preparado; que los doctores Moreno y Duque (10) creen haber superado estos éxitos con el empleo del Mangle Rojo; que, finalmente, muchos han considerado al aceite de chaulmoogra, al Hong-Nan, al eurofeno, etc., poco menos que como específicos curativos de la lepra; pero es exacto también, que la eficacia de estos distintos medios, como la de otros muchos, que no citamos para no hacer interminable la relación, no ha sido general y evidentemente comprobada.

Donde fracasa la Terapéutica, puede hallar la Higiene sus más brillantes éxitos. Algunas enfermedades infecciosas podrán no ser accesibles á una intervención médica curativa; pero todas, en mayor ó menor grado, son yuguladas en su propagación por una conducta rigurosamente adaptada á lo que la Higiene exige. Pero de todas, en ninguna otra enfermedad infecciosa como en la lepra, se encuentra esa conducta más absolutamente indicada, ni ninguna ofrece, en más corto espacio de tiempo, resultados tan radicales y definitivos.

Algo se ha intentado hacer en nuestro país para impedir la propagación de la lepra; pero el buen deseo de muchos ha quedado en gran parte esterilizado, por la ignorancia de los más y la desidia de algunos.

*En el aislamiento, verdaderamente entendido y practicado como tal, se funda todo el problema de la profilaxis anti-leprosa; y si, como en España ocurre, el número de leprosos no es excesivamente elevado, la realización de tal profilaxis, cuya inmediata consecuencia sería la absoluta desaparición de la lepra, dista mucho de ser un magno problema.*

Entre la secuestación brutal é inhumana que en muchos países se realiza con los leprosos, y la inaudita y

criminal libertad de que gozan en nuestro país, existe un justo término medio que, ofreciendo todas las ventajas de aquella conducta, no presenta los grandes é irreparables perjuicios de ésta. El aislamiento de los leprosos en colonias agrícolas especialmente dispuestas, donde los enfermos reciban los beneficios de la caridad y la ciencia, como compensación á la pérdida de libertad que la sociedad se ve obligada á imponerles para salvaguardia suya, constituye, en nuestro sentir, el ideal de la profilaxis antileprosa.

Tenemos en España una Legislación sanitaria sobre la lepra, á la que bastaría añadir las disposiciones relativas al aislamiento obligatorio, interdicción del matrimonio, etc., y modificarla en algunos detalles, para que pudiera ser considerada como ley modelo de su género. Es lástima que esta ley no encuentre exacto cumplimiento por médicos y gobernantes.

Únese á esto la incultura popular, que es uno de los mayores obstáculos que se oponen á una seria profilaxis, siendo capaz de aniquilar toda buena obra inspirada en un elevado altruísmo. Por eso creemos oportuno repetir, que á quienes, por razón de su barbarie, son incapaces de comprender los beneficios de la Higiene, ésta les debe ser impuesta aun por la fuerza. ¡Pobre de España! si tuviésemos que aguardar á que consiguiesen todos sus individuos el grado de cultura necesario para comprender los beneficios de las modernas prácticas de Higiene y su espontánea realización.

Los hechos que vamos á referir justifican sobradamente nuestro criterio.

En 1901, dos hombres de corazón, el R. P. Ferris, jesuíta, y D. J. Ballester Lloret, concibieron el noble propósito de fundar una Colonia Sanatorio Nacional para leprosos, en el que éstos recibieran los auxilios de la caridad y de la ciencia. Constituída la Comisión organizadora

y realizados los trabajos preliminares, fué elegido en Fontilles, distrito de Pego (Alicante), por el Dr. Jaime González Castellanos, nuestro buen amigo, el terreno en que debía emplazarse la Colonia.

Comenzó la edificación con arreglo á los planos ejecutados por los arquitectos Sres. Belda y Peris, y cuando todo parecía favorecer la realización de esta obra, modelo de caridad, un desdichado médico, cuyo nombre nos reservamos, publicó en diarios políticos algunos artículos, en los que se manifestaba contrario al proyecto, y denunciaba la existencia de la Colonia como peligrosa para los habitantes de la región, á la que habrían de acudir leprosos de toda España. Suspendiéronse las obras temporalmente, y aunque continuaron después con mayores entusiasmos, la mala especie había encarnado en el cerebro de muchos ignorantes, y varios habitantes de los distritos de Pego y Denia elevaron *razonada* protesta al Ministro de la Gobernación, en que se oponían á que la Colonia fuese Nacional y solicitaban que únicamente pudiesen ingresar en ella los leprosos de dichas regiones. ¿Consiguieron su objeto?... Existe hoy en Fontilles la Colonia Sanatorio Regional, de San Francisco de Borja.

Por fortuna para nosotros, no somos el único pueblo donde semejantes ejemplos de barbarie tienen lugar.

En Francia, el Dr. Dom. Sauton, después de consagrar muchos años al estudio de la lepra, visitando los principales focos del mundo, y habiendo publicado la obra más completa que conocemos sobre esta enfermedad, pretendió crear en Neufchateau (Vosgos) el magnífico Sanatorio San Martín, sobre el cual había informado favorablemente y por unanimidad el *Comité Consultif d'Hygiene Publique* de Francia, siendo el proyecto premiado con medalla de oro en la Exposición Universal de 1900. A pesar de esto, médico de la localidad hubo que publicó

artículos excitando á los habitantes de la región á oponerse, *aun por la fuerza*, á la realización del proyecto. El Alcalde de Neufchateau prohibió continuar las obras comenzadas.

En Grecia, un rico filántropo griego, Mr. Maurogordatos, creó una gran leprosería en el valle de Moraton, pero los habitantes del lugar se opusieron á su apertura.

En Turquía, el Dr. Zambaco-Pachá logró del Gobierno la cesión de un Hospital construído en la montaña, á media hora de distancia de Emirghian, pequeño pueblo del Bósforo, para establecer en él una leprosería modelo. Toda la población de los alrededores protestó contra el proyecto, y éste se hizo irrealizable.

En Colombia, el Dr. Carrasquilla luchó con análogas dificultades al intentar la creación de un Sanatorio donde ampliar los estudios clínicos y bacteriológicos sobre la lepra.

Hechos como los relatados no necesitan comentarios: basta conocerlos para juzgarlos cual merecen, y para formar un desdichado concepto de los Gobiernos que lo consienten.

Que el peligro existe, no pueden dudarlo quienes hayan estudiado la lepra en nuestro país; que este peligro es evitable—fácilmente evitable,—bien se ha demostrado en Noruega y Alemania, donde los leprosos han sido rigurosamente aislados, y los focos van paulatinamente reduciéndose, á la par que el número de enfermos: y que el peligro es grave, lo evidencia la historia moderna en el hecho que á continuación exponemos. En Colombia, la lepra era desconocida antes de su conquista por los españoles: los dos primeros enfermos de que se conservan noticias, son los españoles Diego de Santibáñez Brochero (1564) y Gonzalo Jiménez de Quesada, muerto en Mariquita en 1568. En 1627 se fundó en Cartagena de Indias el primer Hospi-

tal de San Lázaro. Hoy, Colombia es reputada—ya lo hemos visto anteriormente—como el más importante foco leproso del mundo.

¿Qué se ha hecho en España para impedir la propagación de la lepra? Nada ó casi nada. Entre nosotros, la lepra se eterniza allí donde un foco se establece. En 1726 se conoce la lepra en el pueblo de Lebrija; han pasado cerca de dos siglos, y nosotros hemos visto leprosos procedentes de este mismo pueblo. En 1877, el Dr. Hernando estudió en Pastrana (Guardalajara) un pequeño foco leproso: los enfermos observados por Hernando murieron mucho tiempo ha; pero otros han surgido, manteniendo el mismo foco que está siendo estudiado en la actualidad, por un distinguido compañero nuestro. En 1870, el doctor Jaüser, repasando los libros registros del Hospital de San Lázaro, de Sevilla, nota la frecuencia con que se consiguan en el mismo enfermos procedentes de los pueblos de Lepe y Alosno (Huelva), en los que existen focos leproso: en el corriente año, nosotros hemos observado leproso originarios de dichos pueblos. En 1851, el Dr. Méndez Alvaro cita un pueblo de la provincia de Sevilla—Villalba del Alcor,—donde conoció un pequeño foco de lepra: nosotros hemos estudiado enfermos del mismo foco... El hecho se repite. Donde la lepra existía, persiste, y con frecuencia, aumentada. Muchos lugares han sido afectos de pocos años á la fecha. *Nada se hace para impedir la propagación y aislar los focos.*

Nuestras convicciones acerca de la eficacia del aislamiento en la profilaxis anti-leprosa, son tan profundas y se hallan tan justificadas, que por lo mismo nuestra pluma se resiste á escribir lo que hoy, en pleno siglo xx. ocurre en España. Que una Diputación provincial acuerde prohibir al médico de un Hospital de San Lázaro realizar en los leproso en él acogidos las investigaciones necesarias

encaminadas á conseguir la curación ó alivio de sus dolencias; que se funde un colegio de niños en una parte del mismo edificio destinado á Hospital de San Lázaro, y que alberga numerosos enfermos; que se autorice el matrimonio de leprosos avanzados con mujeres sanas; que sea permitido á los leprosos ejercer su profesión de vendedores ambulantes, panaderos, etc.; que, tolerada su libertad, circulen á capricho por las ciudades, frecuenten los sitios públicos y sean admitidos por módico estipendio en miserables prostíbulos, donde sífilis y lepra, blenorragia y sarna reúnen en florecientes asociaciones de inverosímil morbosidad; que los sirvientes sanos, anexos á alguna leprosería, en repugnante promiscuidad, compartan aún el lecho con los leprosos; y, finalmente, que éstos ocupen los ocios de su vida de reclusión hospitalaria trabajando en tejer con esparto pleitas y cuerdas, que son después, á cambio de insignificante retribución, dadas al comercio público, infiltradas como están con el pus de sus úlceras... son todos éstos hechos ante los que se revela nuestra dignidad de médico y de español, y nos obligan á pedir á quien corresponde hacerlo, en nombre de la ciencia y del decoro patrio, la represión de estas vergüenzas y la promulgación y cumplimiento de las leyes, necesarias para evitar que se repitan.

Creemos llegada la hora de realizar una enérgica y sostenida campaña antileprosa, que á los médicos conviene dirigir, á los gobernantes proteger y á los pueblos adoptar.

Mantenernos como hasta ahora, sin oponer nada á la progresiva marcha de la epidemia, es hacer universal alarde de nuestra ignorancia é inutilidad, y es contribuir á merecer un justificado desfavorable concepto. Y de esto protestamos y protestaremos siempre en nuestra doble condición de médico y de español.

Cuando hayamos plenamente demostrado, como esperamos no tardar en hacerlo, que España es de todas las naciones de Europa la más castigada por la terrible enfermedad, quizás veamos ya realizados algunos de los trabajos que la campaña antileprosa exige. Por hoy nos daríamos por muy satisfechos si estos breves apuntes, mal trazados al correr de la pluma, pudieran contribuir á fijar la atención de algunos médicos sobre un asunto que tiene para nuestra patria una importancia considerable.

Al terminar, cumplimos con un grato deber manifestando desde aquí nuestro profundo reconocimiento á los doctores M. F. Alfonso y D. Matías Duque, de la Habana; al Dr. J. Carrasquilla, de Bogotá (Colombia); al Dr. Jaime González de Castellanos, de Jávea (Alicante), y al Dr. Camilo González (Sevilla), por las publicaciones que nos han remitido, ó las observaciones personales que han tenido la extrema bondad de comunicarnos.

SEBASTIÁN LAZO GARCÍA,

Oficial Médico Alumno.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

(1) Joaquín Villalba: *Epidemiología española*. Madrid, 1803.

(2) José Velázquez: *Reseña histórica de las enfermedades contagiosas en la ciudad de Sevilla*. Sevilla, 1866.

(3) Gaspar Casal: *Historia natural y médica del Principado de Asturias*.

(4) Fernández Iglesias: *La Beneficencia en España*. Madrid, 1876.

(5) Collantes: *Memorias históricas en los establecimientos de caridad de Sevilla*.

(6) Haüser: *Estudios médico-sociales de la ciudad de Sevilla*. 1870.

(7) R. de la Sota y Lastra: *Manual práctico de las enfermedades de la piel.*

(8) M. F. Alfonso: *Memoria presentada en la Junta de Patronos del Hospital de San Lázaro, en la Habana.* 1906.

(9) J. Carrasquilla: *Lema-Communications sur les travaux du Docteur J. C. L.—Sérothérapie de la lèpre.* Colombia, Bogota, 1897.

(10) Dr. Matías Luque: *Traitements de la lèpre par le Paletuvier ou Manglier rouge.* París, 1905.

---

## TIFUS EXANTEMÁTICO

---

(CONTINUACIÓN)

El muy competente é ilustrado Dr. Codina puede seguramente darnos resuelto el problema con su gran competencia.

Para terminar, debo dirigiros un ruego, y es que no veáis en este trabajo el deseo de molestar á nadie, y sí únicamente una débil labor, nacida del deseo de no permanecer inactivo, ante una epidemia que interesa á toda la clase médica; labor que no tiene más alcance que el de indicar lo interesante que sería seguir aunados la Clínica y el Laboratorio el curso de la epidemia, investigando sus orígenes, su desarrollo y medios de tratamiento, generales y específicos. A éste límite mis aspiraciones: á que todos os ocupéis con interés de su estudio. Por mi parte, acaso no avance más, porque os confieso ingenuamente que me hallo fatigado, y no es que el trabajo rea-

lizado tenga valor alguno. Creo, por lo contrario, que bastaba unos días para haber hecho un estudio bacteriológico completo de la epidemia, pero no en las condiciones en que yo le he llevado á cabo. Para que podáis formaros idea de ello, debo deciros que, gracias á la bondad de los compañeros todos del Hospital de San Juan de Dios, se me ha facilitado ingreso en las Clínicas, poniendo á mi disposición los enfermos; pero todas sus atenciones y buenos deseos no podían evitar el grave defecto de no existir allí Laboratorio, y ser mis trabajos puramente oficiosos. Esto ha requerido, por mi parte, la necesidad de llevar, cada vez que he ido á recoger productos, el material estéril: número limitado de jeringuillas, tubos con medios de cultivo, hacer extracción de sangre de tres enfermos, á lo más en un día, trasladarme al Laboratorio Municipal, y allí ampliar el número de siembras, examinarlas detenidamente con las contingencias del traslado de los productos patológicos recogidos por sí mismo, solicitando blusas, mendigando favores á cada momento, que, por fortuna, no me han negado. Imposibilitado de hacer autopsias, que tenía pedidas desde el comienzo de la epidemia, sin que fuera posible practicarlas, por necesitarse autorización del Decano, y no poderse pedir hasta averiguar si había ó no entierro. Ultimamente, encargado de la dirección del Hospital el ilustrado Dr. Bombín, y gracias á sus bondades y amplio criterio de fomentar cuanto al estudio pueda referirse, y por intervención del Dr. Bejarano, conseguí la primera autopsia, que ya me había ofrecido el Dr. Codina, por estar en su ánimo el practicarlas, á quien nunca agradeceré bastante su benevolencia para conmigo, así como al Dr. Olivares, que tantas facilidades también me ha dado.

Hago referencia á estos extremos para que, siendo yo el de menos títulos y méritos de cuantos se dedican á tra-

bajos de Laboratorio, veáis en mí la encarnación del Laboratorio en sus relaciones con la Clínica, tal como son hoy en España.

Nadie acude á él, ni aun en los casos en que su misión es reconocidamente necesaria. En unos centros no existe, porque más vale no existir que como existe en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina, donde en cada Clínica se encuentran tres ó cuatro aparatos, que á lo más sirven para diagnósticos histológicos y de orinas. En otros puntos existe; pero no se le pide su autorizada opinión, como ocurre en el Hospital General; dándose el lamentable caso de que hayan salido de ambos centros cientos de enfermos, de un proceso infeccioso, sin estudiarlos bacteriológicamente, para ser trasladados á otro centro, donde sería conveniente el Laboratorio, no ya sólo para el diagnóstico, sino para el estudio de la epidemia. Claro se está, que si nadie le llama, si nadie siente la necesidad de él, tenéis que tolerar que, teniendo vida, se asome á las Clínicas, quiera saber algo, y en la realización de este capricho científico procede con temores, temiendo despertar recelos con la inquietud del que penetra en cercado ajeno, tomando datos como por sorpresa..... Hoy lleva algo útil; pero se suceden diez asaltos infructuosos, la labor se hace interminable y el cansancio llega. Este es mi estado, por una labor á la que no podía asociar á nadie sin incurrir en responsabilidad, en el caso de un contagio posible.

El concurso de los Sres. Remy, Varela y García, que en la actualidad me ayudan en la clasificación del germen en el grupo intestinal, me facilita esta parte de la labor, y me obliga gustoso á darles público testimonio de agradecimiento, así como al Director del Laboratorio Municipal, Dr. Chicote, que con tanta generosidad me facilita los medios de realizar este estudio.

Como comprendéis, la falta de afición al Laboratorio, el desdén con que es mirado, y la pretensión de que la Clínica no lo necesita, no existe más que en España; y es preciso modificar este modo de ser de la profesión médica, y nadie puede conseguir su modificación más que los clínicos, llamando al Laboratorio, poniendo de manifiesto en todas partes su imperiosa necesidad, convencidos de que, para el estudio de las infecciones, sois, entre el enfermo y el Laboratorio, el amboceptor de que antes hablábamos; que sólo en unión del Laboratorio, que es el complemento, podéis avanzar en esa función de lisis, para conocer las causas de los procesos infecciosos.

A nadie mejor que á esta dopta Corporación, que representa el título más alto dentro de las jerarquías médicas, deben hacerse llegar los lamentos del Laboratorio en sus justísimas quejas.

Sea, pues, mi voz, la menos autorizada, la que reclame vuestro concurso para una enérgica protesta del estado actual, y una firme resolución de modificarnos para el porvenir.,,

El *Sr. Durán y Cottés*, Corresponsal, presentó diferentes tubos de análisis suero-diagnóstico, en que se marca la cantidad de aglutinina formada, según el período de los enfermos del Hospital de San Juan de Dios, pabellón de tíficos, á cargo del Dr. Codina. Después declaró que estaba persuadido de las excelentes condiciones científicas de los Laboratorios de esta Facultad de Medicina.

El *Sr. Huertas* habló como profesor del Hospital General, recordando que en 1903 ingresaron más de 100 pordio-seros, afectados de tifus exantemático, en dicho establecimiento, habiéndose hecho autopsias, análisis y numerosas observaciones, sin encontrar alteraciones intestinales; siendo evidente el contagio, y la ninguna influencia hídrica ni de los alimentos.

Añadió, que desde el mes de Octubre del año anterior han ingresado en el mencionado Hospital cuatro ó cinco enfermos diarios de tifus, procedentes del Asilo Tovar, creciendo el número sucesivamente; que en el Refugio y en el Hospital ha sido evidente el contagio, y que el germen del padecimiento no ha logrado encontrarse por las investigaciones bacteriológicas.

Después dijo: que el tifus empieza por malestar, cansancio, vómitos, lengua seca y saburrosa, y temperatura de más de 39°; que del tercero al cuarto día aparece la erupción, no en la cara, con estupor, inyección de la conjuntiva y falta absoluta de lesiones intestinales; que no ha habido manifestaciones de paratifus, ni lo que se observa cuando las aguas están contaminadas; que el tifus se ha modificado en su intensidad, comparado con el que se observó en otras épocas; que actualmente debe afirmarse la existencia del tifus, que termina por crisis del 14.º al 15.º día, y no ofrece recaídas, como sucede con la fiebre tifoidea.

El Sr. *Codina* empezó declarando que en Madrid existe el *tifus exantemático*, y elogió el celo, la constancia y la inteligencia de los alumnos internos de San Juan de Dios, especialmente del Sr. *Coca*, que ha prestado servicios muy apreciables en el Laboratorio.

Estimó necesario, por tratarse de enfermedades infecciosas, el estudio clínico y bacteriológico de los enfermos, único procedimiento para llegar á la preservación; y respecto á la comunicación del Sr. *Durán* y *Cottes*, encontró motivos de reparo y las mismas dudas que antes existían.

Los reparos son: que la aglutinación á 1 por 10 en la serie *Eberth-coli* es poco concluyente para determinar el grupo, porque se observa hasta con el suero fisiológico; que son pocos cuatro ó seis ensayos para la investigación del índice opsónico; que la fijación del complemento sólo

se ha hecho en un caso, y que falta la presencia del germen en la sangre.

El Sr. Ramón y Cajal dijo:

“Al pedir la palabra en la pasada sesión, no fué para exponer observaciones propias ni para contradecir las doctrinas sentadas por el Dr. Durán y Cottes, sino para referir los experimentos y observaciones de un bacteriólogo que no tiene asiento en la Academia.

En esta discusión, los clínicos han aportado datos valiosos, que nos han persuadido de que la enfermedad reinante es el tifus exantemático. En ella deben aportar también los hombres de los Laboratorios sus observaciones para ilustrar el problema. Y así lo ha hecho, con aplauso de todos, el Sr. Durán y Cottes. Parecíame, pues, que, imitando la generosa conducta de éste, debieran colaborar en esta información cuantos hubieran practicado algún trabajo micrográfico sobre el asunto, tales como el Dr. Pittaluga y el Dr. Mendoza. Ausente aquél, por motivos de todos conocidos, y sin puesto en la Academia, el Dr. Mendoza, maestro de toda la bacteriología de Madrid y autoridad suprema en la materia, parecióme que no caería de interés que nos comunicara sus observaciones recaídas en nuevos enfermos, pues es de advertir que el Dr. Mendoza, por deberes de su cargo del Hospital, está encargado de estudiar bacteriológicamente.

He aquí los datos que me comunica:

### **Experimentos del Dr. Mendoza.**

1.º *Experimentos de aglutinación.*—Se han practicado en 1.200 enfermos (tres veces por enfermo, y, por tanto, unas 3.600 veces), usando de una parte el suero sanguíneo tífico, y por otra el bacilo de Eberth, el paratífus *B* y el paratífus *A*.

En la inmensa mayoría de los casos no hubo aglutinación, ni específica ni de grupo. Sólo en un corto número de ensayos se comprobó un fenómeno aglutinante, poco marcado en presencia del bacilo de Eberth.

2.º *Examen directo de la sangre, de la orina albuminosa y de los exudados, heces, etc.*—Se ha practicado en cientos de casos típicos, sin haber hallado germen alguno específico.

CULTIVOS: a. *Siembra de sangre de típicos en diversos terrenos: caldo con bilis agar, con sangre, etc.*—Sin resultado las 20 veces que se ensayó.

b. *Siembra de orinas, en iguales condiciones.*—No dió colonia alguna, á pesar de haber ensayado 420 veces.

c. *Auto-cultivos sangre.*—Se ensayó cuatro veces. En dos casos vegetó un diplococo que no era igual á otro que se presentó, sembrando la sangre del bazo. Este diplococo corresponde verosímilmente al hallado, hace tiempo, por Toinot y Calmette, y visto en España durante la pasada epidemia, por el Dr. Durán y el Dr. Pittaluga.

d. *Jugo del bazo.*—Sembrado cinco veces, en dos ocasiones demostró contener un estreptococo diferente, según dejamos dicho, del hallado en la sangre.

Por lo accidental de su presentación y otras razones, ninguno de dichos microbios se puede estimar como el agente específico del tifus exantemático.

e. *Siembra de esputos.*—Se efectuó 40 veces, sin que provocara la aparición de ninguna colonia específica.

*Inyecciones de productos morbosos en los animales.*—Las inyecciones de sedimentos urinarios efectuadas, ya en las venas, ya en el peritoneo de conejos de Indias, quedaron sin efecto.

*Autopsias.*—Realizáronse en cinco casos típicos. En ellas faltaron las lesiones intestinales mesentéricas y esplénicas, propias de la fiebre tifoidea y estados parati-

foideos, salvo un caso dudoso, en que se comprobó hiperhemia de la mucosa.

La sangre, el líquido céfalo-raquídeo, etc., de los autopsiados carecía de bacterias específicas.

Como se ve, las observaciones del Dr. Mendoza son negativas, tanto con relación al encuentro de un microbio especial, cuanto á la hipótesis de que la enfermedad reinante pueda ser otra cosa que el tifus exantemático.

Respecto del trabajo del Dr. Durán y Cottes, nada tengo que decir. Sólo insinuaré que mientras el Dr. Mendoza, negativo y todo, se armoniza con los datos de la clínica, pues deja el paso franco á la suposición de un microbio de la sangre, todavía desconocido, que sería el agente de la epidemia, el del Sr. Durán y Cottes se halla en contradicción, como demuestra muy elocuentemente su eminente amigo el Dr. Codina. (La ausencia en la sangre, la de lesiones intestinales, el modo de contagio, etc.)

Mas por inverosímil que parezca una hipótesis, puede ser verdad, y no debe ser contradicha con palabras, sino con experimento de laboratorio.

Yo creo que el Dr. Durán, que no dice qué busca aún, y no tiene seguridad de resolver el problema, debió no traer este asunto á la Academia hasta su plena madurez.,

Después añadió: Que el trabajo del Sr. Durán debe volver al Laboratorio; que en el momento presente le considera poco verosímil, porque no armoniza con los resultados de la clínica, la cual exige, como agente patógeno, una bacteria en la sangre que pase al pulmón y salga al exterior; que hace tres años aseguró el Sr. Durán, que el agente patógeno del tifus era un *diplococo*, afirmando ahora que se trata de un bacilo, y pudiendo admitir más tarde un espirilo; y que en casos como el actual debe acudirse con Notas bien fundamentadas á los técnicos extran-

jeros, y aguardar los resultados de las investigaciones de la generalidad.

El Sr. *Codina* reanudó su interrumpido discurso de la sesión anterior, y dijo: Que hasta ahora no podemos confiar en el diagnóstico bacteriológico; que no se han demostrado los bacilos paratíficos, *A* ó *B*, en el agua; que los clínicos han hecho el diagnóstico del tifus exantemático, y que es lamentable que en el Hospital de San Juan de Dios no haya podido contarse con un Laboratorio bacteriológico, siendo preciso acudir al de Alfonso XIII, situado á tan larga distancia.

Citó casos que no podían ser sino de tifus exantemático, y en los cuales se observó decúbito supino; temblores de miembros y lengua, que estaba roja, obscura y seca; ojos inyectados; erupción en todo el cuerpo, que consistía en manchas y petequias; incoherencia de ideas; pulso frecuente; temperatura de más de 40° ó más de 37°; habiendo empezado con escalofríos, cefalalgia y raquialgia; temperatura de más de 39°, estreñimiento casi siempre, orina escasa, con albúmina y cilindros muchas veces, y muriendo los enfermos al noveno ó décimo día.

Añadió: Que sólo ha observado la crisis en 42 enfermos, de 267; que de 351 pacientes, han muerto 50, resultando una mortalidad de 15 por 100; que han fallecido 14 en las primeras veinticuatro horas, 32 durante el primer septenario, ó sea el 10 por 100; el tercio en el sexto día, y los dos tercios entre el quinto, sexto y séptimo día; y que la mortalidad del tifus es de 7 por 100 hasta los treinta años, y de catorce en adelante.

Respecto á autopsias, el Sr. *Codina* manifestó que ha practicado 14, no habiendo hallado nada característico; que sólo en un caso vió una mancha en los intestinos que no correspondía á verdadera ulceración, y que generalmente observó inyección arterial extraordinaria; que el

peritoneo se hallaba generalmente inyectado; que el bazo estaba abultado en la mitad de los casos y normal en otros; que en los riñones había congestión; que la vesícula biliar contenía bilis oscura, y que en la cavidad torácica nada se encontró de anormal:

Aseguró que ni se ha tratado de fiebre tifoidea ni de paratífus, y que, en cambio, se han encontrado los cuatro siguientes rasgos, que asigna Peter al tifus: que la enfermedad se transmite al personal próximo al enfermo, como enfermeros, médicos, alumnos y hermanas de la Caridad, como ha sucedido, por desgracia, en los Hospitales de esta Corte; que se desarrolla generalmente en los adultos y rara vez en los niños; que su predominio sea en la estación fría, y que haya empezado por pobres ó por dioseros.

Terminó manifestando: Que la enfermedad reinante no ha podido ser sino el tifus exantemático; que hasta ahora no se ha encontrado el germen específico en los intestinos, ni en la sangre, ni en parte alguna; que la enfermedad ha ofrecido variedades notables, habiéndose visto erupciones limitadas á los brazos ó miembros y discretas; que se ha observado á veces erupción papulosa que ha dejado su lugar á las manchas; que ha habido cuadros de la fiebre tifoidea y del paratífus con manchas; que nadie podrá extrañarse de que la bacteriología descubra algún día el germen específico del tifus; y que la clínica y la bacteriología deben marchar unidas, y en la mejor armonía.

(Continuará.)

## PRENSA MÉDICA

**La urticaria considerada como un fenómeno de anafilaxia.**—C. Bruck (*Arch. f. Dermatol. n. Syph.*) Wolff-Eissner emitió recientemente la hipótesis de que la urticaria podría ser efecto de una hipersensibilidad del organismo (anafilaxia) determinada por los albuminoideos heterogéneos. M. C. Bruck instituyó una serie de experiencias para comprobar si ciertos de estos protehidos, que en el hombre producen erupciones urticarianas, son verdaderamente susceptibles de determinar en los animales trastornos anafiláxicos. De dichas experiencias dedujo que los conejos ordinarios y conejillos de Indias, tratados previamente por suero sanguíneo de puerco, presentan, después de algunas inyecciones, fenómenos típicos anafiláxicos (disnea, diarrea y muerte en un plazo de cuarenta á setenta minutos), y que su suero sanguíneo, inyectado á conejos y conejillos normales, determina en ellos manifestaciones de anafilaxia.

El autor expone su convencimiento de que, en el hombre, la urticaria *ab ingestis* representa una reacción anafiláxica. Un joven padeció una indigestión por el abuso de comer salchichas, y á partir de ese trastorno, y hasta dos años después, no podía ingerir carne de cerdo sin que se le presentara una extensa urticaria. La inyección de suero sanguíneo de este individuo daba lugar, en el conejillo de Indias, á una anafilaxia igual á la

derminada por el suero sanguíneo del puerco.

Así, la urticaria *ab ingestis* parece entrar en el cuadro de las erupciones urticarianas tóxicas, pues, como ellas, supone la acción de un veneno que se forma en un organismo anteriormente anafiláxico.

\* \* \*

**El corazón en las enfermedades infecciosas.**—El Dr. Gritz Meyer (*Wien. Méd. Klin.*, 15 de Agosto de 1909), discutiendo las enfermedades de corazón con relación á las infecciones, las divide en dos formas bien mareadas: aquellas que ocurren en el transcurso agudo de la infección y las que sobrevienen en la convalecencia. Los síntomas clínicos del primer grupo son rápidos, representados por lipotimia, disnea; las extremidades se ponen frías, la cara palidece, los labios se tornan azules y la temperatura muestra una tendencia á descender; la presión sanguínea oscila y gradualmente baja; el corazón se dilata, y los latidos son frecuentes y débiles; el pulso es pequeño, irregular, y, según Leyden, al principio el galope rítmico es una condición característica. El pronóstico de esta forma de afección del corazón es excesivamente grave, y de ordinario el colapso es rápido.

Las afecciones de corazón, correspondientes al segundo grupo, son aquéllas que aparecen durante la

convalecencia. A veces, puede sobrevenir la muerte rápidamente como primer signo; pero en la mayor parte de casos hay síntomas reveladores de la afección. En aquellos de presentación brusca se presentan síntomas parecidos á los del primer grupo, aunque menos intensos, y el pronóstico no es tan desfavorable.

Las complicaciones cardíacas de origen diftérico son las más frecuentes y más graves. Dorendorff observó esta complicación en el 20 por 100 de los casos graves de diftéricos. El 10 por 100 de los casos de reumatismo poliarticular infectivo tienen complicaciones cardíacas. En la escarlatina, aunque con menos frecuencia, se presenta también esta complicación. Las afecciones gonorreicas de corazón son usualmente reveladas por síntomas de endocarditis.

Por regla general, puede decirse que todo los venenos microbianos interesan el corazón y los vasos durante la infección, y los más claros síntomas se revelan en la convalecencia.

El tratamiento de estas afecciones cardíacas en un principio es el específico, como pasa con el suero en la difteria.

#### **Tratamiento, por la acetona, del cáncer inoperable.**

—El Dr. Towey (*Med. Record*, November 1909) da cuenta del resultado del tratamiento de 15 casos de carcinoma inoperable del útero por medio de la acetona. Aunque no produce, según el autor, una evidente cura, mejora extraordinariamente los síntomas y prolonga la vida de los enfermos. El olor terrible, los flujos, las hemorragias, son notablemente mejorados.

La acetona obra sobre los tejidos enfermos, endureciéndolos y momificándolos como las piezas cadavéricas.

El tratamiento es precedido de un ligero raspado con la cucharilla.

Los toques con la acetona se hacen mediante un espéculum que impida tocar á la vagina. La sensación que produce en la vagina ó en la vulva es de una intensa quemadura.

Cuando el tejido, endurecido por la influencia de la acetona, es desprendido, y el flujo comienza de nuevo, puede repetirse la cura con la acetona.

La influencia del tratamiento sobre el dolor es escasa.

No se trata más que de un medicamento paliativo.

---

## VARIETADES

---

Agradecemos á la *Revista Sanitaria de Jaén* la reproducción del artículo *La iniciativa en la guerra*, que apareció en el número de 15 de Noviembre de nuestro periódico.

---

## SECCIÓN OFICIAL

- 5 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 7) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros don Manuel Ocaña y López y D. Francisco Mora y Caldés.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 10) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico segundo D. Florencio Herrer y Mengijón.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 20) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Marcial Martínez Capdevila, á los Médicos primeros D. Amador Hernández Alonso, D. Adolfo Azoy Alcalde, D. Pedro Farreras Samper y D. Ignacio Cornet Palá; á los Médicos segundos D. Rafael Mira Periu y D. Francisco Piñero Carolá, y al Médico provisional D. Francisco Estopé Panellas.
- 10 » Idem id. (*D. O.* núm. 8) concediendo ingreso en la Reserva gratuita facultativa del Cuerpo al Licenciado en Medicina y Cirugía D. Juan Pomar y Taboada.
- 12 » Reales órdenes (*D. O.* núm. 10) disponiendo que causen baja en el Cuerpo los Médicos provisionales D. Alfonso Arjona Gutiérrez, D. Juan Cuñat y Laguarda y D. Joaquín Amiguetti y Debesa.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 10) disponiendo quede suprimido el tren-hospital núm. 3, y que el personal que en él presta servicio se incorpore á sus destinos de plantilla.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 10) disponiendo que por el Parque de Sanidad Militar se adquiera un coche automóvil, núm. 1, modelo Van-Baumberghen-Breñosa.
- 13 » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 11) concediendo derechos pasivos á la viuda del Subinspector Médico de segunda clase D. Federico Martínez Soto.
- 17 » Reales órdenes (*D. O.* núm. 13) dando de baja en el Cuerpo á los Médicos provisionales D. Francisco Soler y Fabregat, don Ramón Fernández Salazar y D. Ricardo Gaudioso y Tocón.
- 18 » Real orden (*D. O.* núm. 15) disponiendo transporte de material al hospital de Madrid.
- 19 » Idem id. (*D. O.* núm. 15) concediendo á los Oficiales que se relacionan las recompensas que se expresan por los méritos

contraídos en el combate sostenido en Taxdirt el día 20 de Septiembre último:

*Médicos primeros:* D. Germán Sorni Peset, D. Gustavo Prieto Muñoz y D. Carlos Gómez Moreno y Martínez, cruz roja pensionada; D. Francisco Moreno Sáenz, D. Vicente Vidal Frenero, D. Manuel Meléndez Castañeda, D. Víctor Manuel Nogueras y D. Manuel García Sánchez, cruz roja.

*Médicos segundos:* D. Justo Díez Tortosa y D. Norberto Olózaga Bahamonde, cruz roja.

19 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 15) concediendo cruz roja al Médico segundo D. Pedro Lombana Rañada por el mérito que contrajo en el combate sostenido en las lomas de Jafet y Taurit el 20 de Septiembre próximo pasado.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 16) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Médicos segundos siguientes: D. Ramón Anglada y Fuxá, D. José de Céniga y Erquiaga, D. Rafael Mira y Perriú, D. César Antón y Arnáiz y D. Pedro Lombana y Rañada.

20 » Idem id. (*D. O.* núm. 16) disponiendo que el Subinspector Médico de primera clase D. Joaquín Cortés y Bayona cese en su comisión, incorporándose á su destino de plantilla, y que el de la propia categoría D. Jaime Sánchez de la Presa pase á desempeñar, en comisión, el cargo de Jefe de Sanidad Militar de la provincia de Málaga, conservando su destino de plantilla.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 16) disponiendo que el Jefe y Oficiales que se relacionan cesen en sus comisiones y se incorporen á sus destinos de plantilla:

*Médico mayor:* D. Felicísimo Cadenas y Gutiérrez.

*Médicos primeros:* D. Pascual Pérez Carbonell, D. Manuel Díez y Bádenas, D. Manuel Ocaña y López y D. Domingo Maiz y Eleicegui.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 16) disponiendo que los Oficiales que se relacionan cesen en las comisiones que desempeñan, pasando á los destinos ó situaciones que se les señalan:

*Farmacéuticos primeros:* D. Juan Castells Pecamins, á la Farmacia militar núm. 4 de esta corte, en comisión, en plaza de segundo; D. Enrique Calatrava Torres, á la Farmacia número 2 de esta corte, en comisión; D. Amaranto Calvillo y Guijarro, á la Junta facultativa del Cuerpo, en comisión, y D. Enrique Fernández de Rojas y Cedrún, á excedente.

21 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 18) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir efectos de material sanitario.

23 » Reales decretos (*D. O.* núm. 18) concediendo la Gran Cruz del Mérito Militar á los Inspectores Médicos de segunda clase D. José Chicoy y Ferrer y D. Pedro Martín y García.

25 » Real orden (*D. O.* núm. 19) disponiendo que los Oficiales que se relacionan pasen á la situación de excedencia y sirvan en comisión los destinos que se expresan.

*Médicos primeros:* D. Fernando Muñoz y Beato, al grupo de escuadrones de caballería de Ceuta; D. Servando Barbero y Saldaña, á la compañía mixta de Sanidad de Ceuta; D. José Aguilera y Sabater, á la Comandancia de tropas de Administración Militar de dicha plaza, y D. Emilio Fuentes y Sáenz Díez, á la Comandancia de tropas de Administración Militar de Melilla.

*Médicos segundos:* D. Francisco Gómez y Arroyo, D. Manuel Romero y García y D. Mariano Navarro y Moya, á la compañía mixta de Sanidad Militar de Ceuta, y D. Gerardo Pastor y Fernández, D. José Ruiz y Mozo y D. Francisco Cid y Fernández, á la compañía mixta de Sanidad Militar de Melilla.

» » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 20) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Antonio Carreto y Navarro.

27 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 21) concediendo á los Oficiales que se relacionan las recompensas que se expresan por los méritos contraídos en el ataque del Zoco-el-Had, de Benisicar, el día 22 de Septiembre último.

*Médicos primeros:* D. Virgilio Hernando Quevedo, D. Enrique Obregón Cappa, D. Manuel Pérez Martorell, D. Manuel Arnao Suffo, D. Olegario de la Cruz Repila y D. Benjamín Tamayo Santos, cruces rojas.

*Médico segundo:* D. Joaquín González Alberdi, cruz roja.

» » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 21) concediendo á los Oficiales que se relacionan las recompensas que se expresan por su comportamiento en el combate en Hidum el 22 de Septiembre último.

*Médicos primeros:* D. José Picó Pamiés, cruz roja pensionada, y D. Santiago Carballo Sarasúa, cruz roja.

28 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 22) disponiendo que los Jefes y Oficiales

que se relacionan pasen á servir los destinos que se les confieren.

*Subinspector Médico de segunda clase:* D. Jenaro González Rico, al hospital de Gerona, de Director.

*Médicos mayores:* D. Isidro García Julián, cesa en su comisión; D. Luis Torres Ibarra, al hospital de Ceuta; D. Salvador Sánchez Iznardo, D. Ignacio Gato Montero, D. Rodrigo Moya Litrán, D. Eduardo Cisneros Sevillano, D. Francisco Braña Bermúdez, D. Victor García Iparraguirre, D. Santiago Pérez Sáinz, D. Antonio Fernández Victorio y Cociña, D. José Romero Aguilar, D. Antonio Casares Gil y D. José González Granda, cesan en sus comisiones; D. José Calleja Pelayo, en comisión, al hospital de la Coruña; D. Carlos Vieites y Pérez, á excedente, y D. José Potous Martínez, cesa en su destino del Depósito de sementales, continuando en su actual comisión.

*Médicos primeros:* D. Francisco Moreno Sáez, á la milicia voluntaria de Ceuta; D. César Antón Arnaiz, á Secretario de la Jefatura de Sanidad de Melilla; D. Rafael Mira Periú, al primer batallón de Ceuta; D. Dacio Crespo Alvarez, á Cazadores de Tarifa; D. José Andújar Solana, al Colegio de Huérfanos de la Guerra; D. José Ceniga Erquiaga, á eventualidades en la quinta Región; D. Rafael Llorente y Federico, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Melilla; D. Pedro Lombana Rañada, al primer batallón de Africa; D. Angel Morales Fernández, cesa en su comisión; D. Aurelio Díaz y Fernández Fontecha, al tercer regimiento de Ingenieros; D. José Huesa Bueno, al primer batallón de Mallorca; D. Francisco Ortega Gómez y D. Leopoldo Queipo Llanos, cesan en sus comisiones; D. Antonio Moreno Palacios, al grupo de escuadrones de Melilla; D. Ramón Anglada Fuxá, al sexto Depósito de sementales, y D. Juan Romeu Cuallado, al Colegio de María Cristina (varones).

*Médicos segundos:* D. José Fernández de las Casas, al segundo batallón de Menorca; D. Jerónimo Forteza Martí, al segundo batallón de San Fernando; D. Felipe Rodríguez y Martínez Toledano, á la octava compañía de la Brigada; D. Fidel Pagés Mirabé y D. Norberto Olózaga Bahamonde, cesan en sus comisiones; D. Ignacio Granado Camino, al tercer batallón del Serrallo; D. Luis Ruiz Mozo, al ter-

cer batallón de Ceuta; D. Manuel Sánchez Barriga, al segundo batallón de Ceriñola; D. Práxedes Llisterri Ferrer, al segundo batallón de Guadalajara; D. Félix Bertrán Heredia, al segundo batallón de Saboya; D. Eduardo Delgado y Delgado, á la primera sección de la sexta compañía de la Brigada; D. José Palanca y Martínez Fortún, á la Ambulancia de montaña núm. 1, y D. Juan Alonso Muñoyerro, á la Clínica de urgencia.

*Médicos provisionales:* Sres. Bouzón, al Colegio de María Cristina (hembras); Manso, al tercer batallón de San Fernando; Rivas Barro, al tercer batallón de Ceriñola; Hidalgo, al segundo batallón de Pavia; Castillo Calvo, al segundo Depósito de sementales; Jurado Arcila, al hospital de Vitoria; Miralles, al segundo batallón de Mallorca; García Miguel, al segundo batallón de la Reina; Lamarque, al segundo batallón del Infante; Llamazares, al segundo batallón de Burgos; Sieiro, al segundo batallón de Tetuán, y Rodríguez Pascual, al segundo batallón de Sicilia.

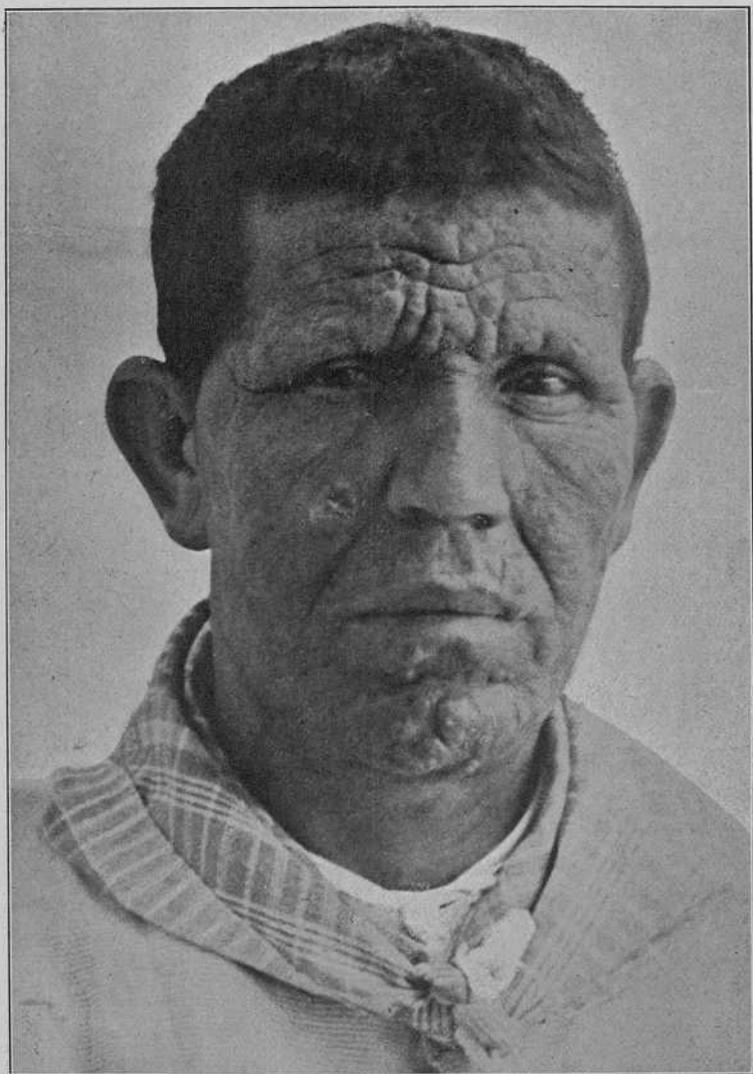
28 Enero.—Real orden (D. O. núm. 22) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á servir los destinos que se les señalen.

*Subinspector Farmacéutico de segunda clase:* D. Ricardo García Segond, al hospital de Valencia.

*Farmacéuticos mayores:* D. Andrés Carpi Torres, al Laboratorio Central; D. Pablo Rodríguez Vázquez, á excedente y en comisión á la Junta Facultativa del Cuerpo; D. Cesáreo de los Mozos Salvador, al hospital de la Coruña, y D. Francisco Aracaña y Alava, á excedente y en comisión al hospital de Vitoria.

*Farmacéuticos primeros:* D. Gabriel Lupiañez Martín, al hospital de Segovia; D. Francisco Sánchez Laborra, al hospital de Tenerife; D. Enrique Fernández de Rojas, á eventualidades en las farmacias de Madrid, y D. José Ríos Balaguer, al hospital de Vitoria.

*Farmacéuticos segundos:* D. Manuel Dronda Surio, al hospital de Madrid; D. Enrique Díaz Martínez, al hospital de Vigo; D. Joaquin de Cortada y Gaya, al hospital de Chafarinas; D. Fernando Jiménez Martí, al hospital de Archena y D. Francisco Aparicio Llorente, al hospital de Zaragoza.



Número 2.—J. S. R., de cuarenta y dos años.—Natural de Espejo (Córdoba).—Hace tres años comenzó la enfermedad.—Sin antecedentes de lepra en su familia.—Casado, dos hijos: uno de ellos muerto de pocos meses; dos abortos.—Lepra tuberculosa.—Lesiones ulcerosas en las piernas.

