

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

## Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año IV.

Madrid, 1.º de Abril de 1910.

Núm. 7.

### SUMARIO

Tifus exantemático, conclusión (de los Anales de la Real Academia de Medicina).— Tratamiento de la lepra por el Mangle rojo (conclusión), por Sebastián Lazo García.—*Prensa Médica*: Suero diagnóstico de la esporotricosis y de la actinomicosis.— Influencia de las vacunas bacterianas sobre la nutrición.—La sabromina.—Valor terapéutico de los metales coloides.—Parálisis infantil epidémica.—Métodos de inoculación para prevenir las enfermedades infecciosas en el Ejército inglés.—El tratamiento de la neumonía por el colargol.—Etiología del tifus exantemático.—*Variaciones*.—*Sección oficial*.

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

## TIFUS EXANTEMÁTICO

(CONCLUSIÓN)

En el afán de avanzar el Dr. Codina en el estudio de esta epidemia, llega con verdadero heroísmo á las autopsias, para desentrañar en el cadáver las alteraciones anatómicas que en esta epidemia se presentan; y dió á conocer su sorpresa, al encontrar en los cadáveres manifestaciones de que algo hay en este tubo digestivo que demuestra su participación en el proceso. La exulceración hallada en uno; la vascularización del mesenterio en otro; la hiperhemia constante; la fragilidad del bazo, que, conducido á mi Laboratorio un fragmento, constituía una verdadera pulpa; el aumento de volumen del hígado y la adherencia de la cápsula renal, que he tenido ocasión de ver con el Dr. Codina, no se podrán desvirtuar hasta que el Dr. Huertas, ó el Dr. Hernández Briz, ú otro, presenten

el resultado de sus autopsias en sentido contrario. La relación que existe entre las alteraciones de la secreción biliar en los procesos de orden intestinal que se observan en estos cadáveres, hasta el punto de hallarse cálculos, con cuya producción están tan ligados, súmanse á los datos expuestos.

Los frotis de hígado, bazo y riñón, como he manifestado, dan la impresión de un proceso septicémico, por la gran cantidad de gérmenes que presentan del tipo por mí aislado, con inclusión en algunos elementos celulares que duplican su valor.

No encuentra el Dr. Codina, pues, las lesiones ulcerativas eberthianas; pero éstas no acompañan á otras infecciones intestinales, cuyas lesiones quedan limitadas á las expuestas.

Dice el Dr. Codina: ¿Es que nuestro diagnóstico está mal establecido? Por lo que á mí se refiere, no veo que esté mal establecido, en atención á que en vuestro diagnóstico no prejuzgáis nada respecto de agente etiológico. Es únicamente la expresión de los síntomas culminantes: el estupor y el exantema; pero estos síntomas no son expresión de un concepto etiológico único seguramente.

A medida que la bacteriología va avanzando en sus relaciones con la clínica, van desapareciendo de los cuadros nosológicos anteriormente constituidos por la clínica multitud de procesos que se hallaban confundidos.

Las íntimas relaciones que se han establecido siempre entre la fiebre tifoidea y el tifus exantemático; la analogía de los procesos, en lo que se refiere al estupor y exantema, han sido motivo de que ambos procesos hayan sido atribuidos, á principios del siglo pasado, á agentes análogos también, dominando en época de Murchison la idea de la generación espontánea de ambos. Cuando la anatomía patológica puso de relieve la casi constante presen-

cia de lesiones características de los procesos eberthianos, pudieron diferenciarse ambos procesos; pero hoy, que se ha demostrado la existencia de procesos intestinales sin la característica de las ulceraciones eberthianas, determinados por agentes del grupo intestinal afines al bacilo Eberth, vuelve á confundirse el tifus exantemático con esos últimos procesos. La multiplicidad de formas de los procesos paratíficos con predominio del estupor y exantema, hacen pensar á muchos en la posibilidad de que el tifus exantemático se desvanezca entre los procesos paratíficos, pasando del dominio de la clínica al de la bacteriología.

Entre los de común pensar, entre los que como yo no tenemos receptores intelectuales para lo extraordinario, no nos sorprende la idea de que el tifus exantemático sea un proceso, no ya único en su etiología en el orden intestinal, sino múltiple, y pueda dividirse en tifus exantemático de tal ó cual germen, máxime si se tiene en cuenta la importancia, cada vez mayor, que en los procesos intestinales del hombre adquieren gérmenes productores de enfermedades en los animales, en los cuales producen septicemias hemorrágicas que han constituido parte del grupo de las pasteurelosis, y que hoy se van clasificando dentro del grupo de gérmenes paratíficos y paracolibacilares patógenos para el hombre.

Al pensar así, no podemos ir en alas de la fantasía á buscar los gérmenes en el aire ni en la generación espontánea: esto queda reservado á inteligencias superiores, que, por tener receptores para lo sobrenatural, tendrán reservado en el porvenir la confirmación de su idea de que dentro del tifus exantemático clínico exista una forma etiológica que se ajuste á sus aspiraciones imaginativas.

Los que, como he dicho, nos movemos en el campo

de lo ordinario, de lo corriente, tropezaremos quizá con las formas etiológicas más posibles, y acaso no nos cause extrañeza que la miseria y el hacinamiento sirvan para exaltar un germen vulgar de orden intestinal que normalmente exista en el organismo, ó que, procediendo de fuera, sea la causa de infecciones en animales que puedan transmitir las al hombre por el consumo de sus carnes, etc., etc., ó por la convivencia con ellos.

¿Es que la idea de un germen del aire se apoya en algún hecho positivo? ¿Es que el considerarlo como un germen ultramicroscópico resuelve el problema en algún sentido?

El sabio Dr. Cajal, con esa inteligencia superior, es el único que puede combatir los hechos con razonamientos propios, en términos hipotéticos, por esa fascinación que sobre todos nosotros ejerce. Invertid por un momento los términos, é imaginaos esas ideas como emitidas por mí, haciéndolas motivo de una comunicación á esta Real Academia, y estoy seguro que hubiera sido más combatido que lo soy en la actualidad, que ya es serlo, y no poco.

Concretándonos á esta epidemia, es indudable que el tubo digestivo sufre la acción del agente patógeno, y que existiendo un germen de orden intestinal, que presenta antecuerpos específicos en el suero de los enfermos, tiene en la epidemia actual una relación de causa á efecto manifiesta.

Yo no me atreveré á decir que para el germen por mí aislado haya acumulado en *absoluto* todas las pruebas de que es la causa de la epidemia; pero los que conocéis la historia de las infecciones intestinales que á diario se dan á conocer, sabéis que, en la generalidad de los casos, se ha fundamentado el diagnóstico en la aglutinación específica de un germen aislado, de heces, orina, sangre ú órganos del cadáver.

La aglutinación específica por mí observada, las múltiples experiencias de control que, para desvanecer errores, he practicado, me permiten afirmar que es específica para el germen aislado. Esto, unido á la existencia de opsoninas y amboceptores, con la presencia del germen en órganos del cadáver, creo que son pruebas muy dignas de tenerse en cuenta para concederle un papel etiológico importantísimo.

En otras epidemias han sido aportados muchos menos datos, y se han admitido como concluyentes. De modo que si á estos datos por mí recogidos aplicamos el criterio aceptado para otros, la epidemia actual sería producida por el germen de orden intestinal por mí aislado. No creo necesario para ello apelar al *Centralblatt* alemán; apelo al criterio del *Centralblatt* español, representado por el *Boletín* del Instituto de Alfonso XIII, cuyo Director es el sabio Dr. D. Santiago Ramón y Cajal. En efecto; en el núm. 7 del año II, tratando de la epidemia de La Unión, dice en la pág. 163: «En el Hospitalillo de La Unión recogimos diversos productos, tomados de tres enfermos que presentaban el cuadro tipo de la infección en el período de mayor gravedad, remitiéndolos á la sección de Bacteriología del Instituto, etc., etc.»

Por el momento, concretándonos al objeto actual, basta exponer los caracteres del microorganismo que encontramos en las heces de los enfermos núms. 14 y 9 de hombres y 3 de mujeres.

Describe los caracteres encontrados en la bacteria. Después, y en la pág. 164, dice: «Se practicaron pruebas de aglutinación con el suero de *los mismos enfermos* (es decir, de los tres enfermos en que se halló la bacteria, y no de otros de la epidemia), viéndose que el bacilo en cuestión sufría la reacción aglutinante al 1 por 200, mientras que un cultivo de bacilo Eberth, tratado por el mis-

mo suero, necesitaba menores diluciones (1 por 30). Por consiguiente, la epidemia de La Unión era el paratífus.» Este informe fué elevado á la Superioridad por el Instituto de Alfonso XIII, en una epidemia diagnosticada clínicamente de tifus exantemático.

La aplicación de este criterio, con la circunstancia á mi favor de ser hallado el germen en heces y orina de varios enfermos, en hígado, bilis, bazo y riñón, y aglutinado el germen aislado de esos productos por el suero, no sólo de los mismos enfermos, sino por el de 40 tipos elegidos de la epidemia á títulos superiores al 1 por 500 y 1 por 1.000, con demostración de existencia de ópsoninas y amboceptores específicos, obligan al Instituto de Alfonso XIII á considerar el germen aislado como causa de esta epidemia, y considerarla como de orden intestinal, por ser dicho germen del grupo *Eberth-coli*, intermedio entre el paratífus *B*, de Briz y Scollmuller, y el *coli*.

Yo estimo que, en el pensar y razonar para los demás, hay que ser consecuente con el modo de pensar para lo propio; y al observar que sin presentar pruebas en contrario se niega, no ya valor, sino que se niega toda consideración á lo que debe ser juzgado, *por lo menos*, de igual manera, no acierto á interpretar esto que llamaré inconsecuencia.

Tal ha sido la hostilidad manifestada por todos desde el primer momento, que, podéis creerme, sólo el convencimiento de que pongo de manifiesto hechos observados repetidamente, y á cuya exposición me ha guiado solamente el deseo de contribuir, acertada ó desacertadamente, el estudio de la epidemia, ha podido mantenerme y me mantendrá en el terreno de la lucha.

El sabio Dr. Cajal, acreditándose de hábil, me presenta á la consideración de todos, ó como el presuntuoso que cree haber hallado la causa del tifus exantemático, ó

como el que quiere demostrar que los clínicos no han sabido diagnosticar. Desde el primer punto de vista, la imputación es infundada, porque dado mi modo de pensar sobre la posible y múltiple etiología del tifus exantemático, sería una generalización mal aplicada; y respecto de considerar que los clínicos no han sabido diagnosticarla, queda destruído con sólo tener en cuenta que, al presentar mi comunicación, preguntaba: ¿Qué diagnóstico clínico hacéis de esta epidemia, para ajustar á ella los hechos observados?

Al preguntároslo quedaba obligado á aceptar vuestro diagnóstico, y lo acepto con los distingos que habéis manifestado. A este diagnóstico he de ajustar los hechos observados de influencia etiológica de un germen intestinal; pero haciendo notar, como vosotros bien claramente lo habéis dicho, que es con relación á una forma *especial* de tifus exantemático, porque nadie puede ver otra cosa después de las declaraciones de los clínicos, sintetizadas en la humanización del Dr. Huertas; en el predominio de manifestaciones intestinales clínicas y anatomo-patológicas del Dr. Codina, y en la diferente sintomatología de esta epidemia con la anterior, revelada por el Dr. Hergueta con tanta sinceridad.

Ved, pues, cómo vuestro diagnóstico está bien establecido, porque es clínico, representando una modalidad del estupor y el exantema, tomados como base.

En lo bacteriológico, esta modalidad de tifus exantemático tiene un representante etiológico en el grupo de los gérmenes *Eberth-coli*, intermedio entre el paratífus *B* y el *coli*. Debe, pues, considerarse como un proceso de orden intestinal.

Esta es la expresión de los hechos que sigo viendo confirmados, y que podrán ser comprobados por los mismos clínicos, que son los llamados á dar su sanción por el

suero-diagnóstico: hechos que no han sido refutados, y que serán anulados el día que existan pruebas en contrario.

En tanto esto llega, y no respondiendo á apasionamientos que perturban la tranquilidad de espíritu, tan necesaria para juzgar de hechos científicos, que han de ser los únicos que muevan á discusión, dediquémonos todos á sacar fruto del estudio que esta epidemia nos ofrece.

Si por mi parte he ocasionado molestia á alguien, entienda que no ha sido intencionadamente ni con animosidad alguna.

A todos quedo reconocido, y al sabio Dr. Cajal he de manifestarle que mi veneración hacia él no ha disminuído en lo más mínimo.

---

## Tratamiento de la lepra por el Mangle rojo.

---

(CONTINUACIÓN)

Se alardea demasiado de lo positivo de nuestros conocimientos, y se pretende proteger bajo el nombre de científico todo lo que quiso expresarse como verdadero y definitivamente comprobado. Con sobrada ligereza se olvida que lo fundamental en nuestra ciencia es anárquico conjunto de vagas hipótesis, suposiciones arriesgadas y absurdas teorías, que no por serlo fueron menos apasionadamente adoptadas. La inestabilidad de nuestros conocimientos debiera hacernos más cautos en la apreciación de las cosas, más prudentes en los juicios. De continuo estamos asistiendo á la variabilidad de lo conocido, y hoy



consideramos como falso lo que no más hasta ayer creíamos verdadero.

Nada más científicamente demostrado, *à priori*, por deducción, cómo era la eficacia de los sueros antitóxicos y bactericidas: una vez demostrada la del suero antidiftérico, era muy lógico esperar análogo éxito de todos los demás sueros. Y, sin embargo, en la memoria de todos los médicos, en los registros de las clínicas, y en los diarios de laboratorio, se hallan consignados los fracasos de infinidad de sueros antitóxicos que aumentaron la ya pesada y agobiadora serie de medicamentos punto menos que inútiles. Tan sólo los sueros antitetánico y antidiftérico han conservado su puesto, y no sólo porque los fundamentos científicos les sirvieran de base, sino porque la observación clínica demostró con hechos, sintetizados en estadísticas, su indiscutible eficacia.

Se ha reprochado á los Dres. Moreno y Duque el afirmar, en sus conclusiones acerca del uso terapéutico del Mangle rojo, «que al cabo de un año próximamente se obtiene la curación social, y después en otro período igual ó más largo, la curación médica, pues ésta depende del estado del enfermo y del tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad».

Esta conclusión ha sido impugnada en todas sus partes. El término *curación social* es — se dice — vago, indeterminado, no expresando un criterio exacto de las cosas. Es cierto que al decir curación social se expresa un concepto vago, confuso; pero es cierto también que en Medicina pocas veces podemos afirmar las cosas expresándolas en su exacto valor.

Curación social de un enfermo quiere decir obtener un grado tal de curación de su enfermedad, que el enfermo continúe siéndolo sólo para el médico; para los demás es un individuo sano. Medicamento es á un enfermo: social-

mente un individuo sano. Algún ejemplo hará más fácilmente comprensible este concepto.

Un enfermo mental puede, mediante oportunas sugerencias, por una reeducación médica racional, por tratamiento médico é higiénico adecuado, ser modificado en sus manifestaciones morbosas psíquicas de tal modo, que en la vida social, de relación, su conducta sea irreprochable, y nadie podrá calificarle de enfermo; pero un médico, reconociéndole, explorándole detenidamente, descubre las alteraciones de su psiquismo, los estigmas de su degeneración, comprobando la existencia del proceso mental: este es un enfermo socialmente curado.

Otro individuo es víctima de la sífilis, y en pleno período secundario, eruptivo, las sífilides pustulosas, maculosas, etc., que cubren su cuerpo, las placas mucosas que asientan en su lengua y laringe, la afonía, etc., revelan al enfermo. Interviene el médico y prescribe un tratamiento mercurial. Poco después, las anteriores manifestaciones han desaparecido; el enfermo queda socialmente curado. Pero no curado para el médico, que puede apreciar en él los infartos ganglionares, y sabe que el treponema Schaudin continúa habitando aquel organismo, por lo que comprende la necesidad de continuar periódicamente la administración del mercurio.

Un caso análogo puede presentarse con el leproso. Su cara brutal, deformada; la infiltración de la piel y los tubérculos que alteran la regularidad de sus facciones; sus orejas de forma grosera, gigantesca á veces; sus labios abultados, depiladas cejas y pestañas, etc.; en suma, la vista sólo de su rostro, denuncia de lejos á un enfermo, y á un enfermo repugnante que inspira asco y terror. Supongamos que este enfermo es sometido á un tratamiento eficaz que hace desaparecer los tubérculos, reduce la infiltración del tegumento, cicatriza las úlceras y limpia el co-

lor bronceado del rostro, recobrándose la regularidad y armonía de las facciones. Este enfermo estará curado socialmente, porque nadie que lo vea puede decir que es un enfermo, y menos un leproso. Pero el médico que analiza bacteriológicamente su linfa y encuentra en ella el bacilo de Hausen-Neisser, que reconoce la persistencia de placas anestésicas, engrosamiento del nervio cubital, etc., puede afirmar que su curación es sólo aparente: la lepra existe aun cuando no se manifieste. Este es el concepto de curación social que expresan los Dres. Moreno y Duque.

En el informe rendido el 1.º de Julio de 1904 por la Comisión del Gobierno de Cuba, que finalizó la primera serie de investigaciones realizadas por los Dres. Moreno y Duque, se decía que «en cuatro enfermos han desaparecido casi por completo las manifestaciones leprosas de la piel y las mucosas; la sensibilidad se ha restablecido, aunque no por completo, en todos los enfermos—en algunos sí;— los pelos y cejas han reaparecido. El bacilo de Hausen se encuentra en la linfa de todos estos enfermos...»

La Comisión no declaraba, sin embargo, como socialmente curados á estos enfermos. ¿Qué entendía, pues, la Comisión por curación social?

Si todo vestigio de lepra ha desaparecido; si el individuo se halla en estado de perfecta normalidad; si el bacilo de Hausen no se encuentra en su linfa y tejidos, entonces... entonces el enfermo hay que considerarle absoluta, definitivamente curado, porque nadie, ni aun recurriendo á los más exquisitos y delicados medios de investigación, puede demostrar que el individuo es un leproso.

Por esto creemos que á los enfermos de referencia, la Comisión debió declararles socialmente curados, pues que el diagnóstico sólo podía fundamentarse en el análisis bacteriológico, habiendo desaparecido toda manifestación externa de la enfermedad. En esta divergencia de criterio, la

razón se halla de parte de los autores del procedimiento.

Combatiéndole en todo, se reprocha al método de tratamiento propuesto por dichos doctores, que han señalado los plazos de uno y dos años para alcanzar las curaciones social y médica respectivamente, procediendo al hacerlo de un modo muy absoluto: estos plazos son muy largos y revelan además una precisión no compatible con las diarias enseñanzas de la práctica clínica.

Si la lepra se manifestase igualmente en todos los enfermos; si su curso fuese uniforme, rectilíneo; si todos reaccionaran de la misma manera y la duración de la enfermedad fuere siempre la misma, podríamos afirmar, si los hechos clínicos no estuvieran conforme con ella, que era falsa la conclusión de los Dres. Moreno y Duque que se refiere á la duración del tratamiento. Pero la lepra, como todas las enfermedades, y más que muchas, es eminentemente variable en sus manifestaciones, es anestésica ó tuberculosa, á trofoneurótica, etc.: en unos enfermos dura el proceso hasta veinte y aun treinta años (1), y en otros sólo unos meses; en suma, puede decirse que no hay dos leprosos en los que la enfermedad evolucione exactamente de la misma manera. Además, hay enfermos que reaccionan pronto y bien al tratamiento; otros, tarde y mal, y otros que no reaccionan; hay enfermos en los que la lepra es reciente y muy manifiesta, y otros en que es antigua y de escaso relieve. Sería absurdo pensar que en tan distintos enfermos, un mismo régimen y tratamiento va á dar, en plazo fijo, señalado de antemano, idénticos resultados. Hay enfermos—y tomamos los datos de las observaciones de los Dres. Moreno y Duque—en los que se ha hecho preciso un tratamiento de seis años para obtener la curación definitiva, que otros enfermos

---

(1) Hemos conocido una enferma, leprosa siringomiélica, recientemente fallecida, que hacia cerca de treinta años se encontraba en el Hospital de San Lázaro, de Sevilla.

han logrado en sólo seis meses; bien es verdad que en el primer caso se trataba de un leproso muy avanzado y en el segundo de un leproso que empezaba á serlo.

Confunden los impugnadores del método el concepto abstracto con la realidad individual clínica. Estamos ya hartos de escuchar y cansados de comprender, que al hablar de lepra no se habla de este ó aquel leproso, de igual modo que al ver un leproso no se ve toda la lepra. En la imposibilidad absoluta de conocer todas las infinitas variantes clínicas de cualquier proceso, nos vemos obligados á crear los tipos clínicos abstractos, que son representación sintética de lo que se ve en grupos de enfermos que tienen de común la unidad del proceso y de distinto la forma especial, individual, en que éste se manifiesta. De igual modo, al determinar el tratamiento de una enfermedad, no precisamos el de determinado enfermo; y así se dice, por ejemplo, que la sífilis se cura merced á un tratamiento mercurial y yodurado, prolongado al menos durante cuatro años. Y, sin embargo, sífilíticos hay que curan al primer ensayo de tratamiento, y aun se asegura que sin él, y otros hay á quienes un tratamiento riguroso y largo no libra de fatal terciarismo. Son unos sífilíticos especialmente sensibles al tratamiento mercurial por las fricciones ó por las inyecciones; hay quienes son más sensibles al yoduro que al mercurio y más á los arsenicales, etc. Además, se trata unas veces de sífilíticos recientes, de poca fecha, que tratan su enfermedad desde que aparece el chancro—tratamiento abortivo de Jullien,—y otros en los cuales la sífilis es antigua y muy arraigada, y á los que hay que imponer los que Fournier ha llamado *traitements en retard*. A pesar de tanta variedad, se está en lo cierto al afirmar que la sífilis exigirá un tratamiento de cuatro años, porque esta afirmación expresa una conclusión general, un término medio abstracto, independiente

de un caso aislado individual. Por esto se cometerá un error considerando como falsa la anterior afirmación, por el solo hecho de que un enfermo ha curado antes ó después del plazo marcado.

En rigor, es muy probable que los plazos señalados por los Dres. Moreno y Duque sean muy estrechos, y que ordinariamente sea preciso más tiempo para obtener el resultado apetecido. Hay á quienes han parecido muy largos los plazos señalados, y dudan por ello de la eficacia del Mangle, sin tener en cuenta que esta duración se halla impuesta por la índole misma de la enfermedad que, eminentemente crónica, requiere también tratamiento crónico. Basta conocer, aun cuando sea ligeramente, la anatomía patológica de la lepra, para adquirir la convicción de que esas lesiones, tan profundas, tan intensas y tan extensas, no pueden desaparecer sino al cabo de mucho tiempo.

El Mangle rojo no es, en nuestro concepto, el agente curativo específico de la lepra, como han pretendido los doctores Moreno y Duque. Los resultados de su aplicación se resuelven en una estadística, en la que los fracasos no son raros y los éxitos pueden ser debatidos; pero sería injusto negar al Mangle toda acción sobre la lepra, porque allí donde han fracasado los esfuerzos de todos los clínicos y donde los más diversos agentes terapéuticos no han conseguido más que pasajeras mejorías y alguna muy excepcional y discutible curación, no va á exigirse una infalibilidad de acción curativa que no se pide á ningún otro medicamento ni en ninguna otra enfermedad.

Cuando R. Koch dió á conocer su primera tuberculina, y él y otros médicos pretendieron haber logrado la curación de tuberculosos aun en último período, hubo por parte de muchos médicos un movimiento reaccional de protesta á que les impulsaba sus convicciones médicas, y les movió á negar la realidad de las observaciones de Koch,

por ser opuestas á lo que sus conocimientos y prácticas habían enseñado. En esta, como en todas las enfermedades, hay un período llegado el cual, la curación, el *resstitutio ad integrum* es imposible, por causa de la naturaleza é intensidad de las lesiones ya existentes.

Es así, que el tuberculoso con formaciones cavernosas, cuyos pulmones se hallan infiltrados por la invasión bacteriana cual si formaran un enorme tubérculo pletórico de sustancia caseosa, en los que la oxigenación es apenas suficiente á mantener una vida lánguida y miserable, en que las fiebres elevadas y los sudores profusos van acabando de agotar su organismo esquelético, en este enfermo se podrán mitigar los dolores con la morfina, buscar el sueño con el cloral; se podrá moderar la fiebre con los antitérmicos, robustecer y activar los movimientos cardíacos con la digital, el estrofantó, la cafeína, etc.; se podrá quizás aumentar el índice de combustión por las inhalaciones de oxígeno, moderar los accesos dolorosos de tos por la heroína y estimular la nutrición general y reparar las pérdidas con los arseniales, glicero-fosfatos y lecitinas... Pero lo que no se podrá conseguir con todo eso, ni con cinamatos y creosotas y tuberculinas, tulasas, sueros tuberculínicos, ni con el más perfecto régimen higiénico naturalista, será la curación, pues para eso sería preciso hacer órganos nuevos, sustituir aquellos pulmones, y aquel corazón, y aquel cerebro; hacer, en fin, un organismo nuevo y sano, y eso no lo ha hecho ni lo hará jamás la Medicina. En estos casos la Medicina que cura, debe ceder el puesto á la Medicina que consuela. *Divinum opus est calmare dolore*, decían los antiguos sacerdotes de una ciencia heroica.

Se comprende que un régimen severo, adecuado, bien dirigido y bien seguido, puede curar á un tuberculoso que empieza á serlo, pero no otra cosa. Aun en la enfer-

medad que mejor responde á determinados tratamientos se observa esto: hay períodos de la enfermedad y hay enfermos en los que fracasa el mejor tratamiento, y marchan recta, inflexiblemente hacia la muerte. Muchos sifilíticos, y sifilíticos terciarios sobre todo, no reaccionan al mercurio y al yoduro, y mueren porque el tratamiento *en retard* se aplica ya sin eficacia. Y lo mismo ocurre con el suero Berhing respecto de la difteria, y la quinina respecto al paludismo.

En la tuberculosis y en la sífilis—y nos referimos á estas enfermedades porque son tipos de infecciones crónicas las más semejantes á la lepra—todos los clínicos, con una muy notable uniformidad de criterio, han insistido en la conveniencia de un tratamiento precoz, único que cuenta con sólidas garantías de éxito. Pero ese tratamiento no puede establecerse sin que se adquiera antes la certidumbre diagnóstica; de aquí la extraordinaria importancia concedida á los medios de investigación—reacciones de Calmette (1), Widal, Wasserman, etc.—que permiten hacer el diagnóstico precoz de estas enfermedades. Diagnosticar precozmente á un leproso, es colocarle en análogas condiciones, para lograr la curación, que si el canceroso fuera calificado como tal apenas se inicia la aberrante proliferación de sus epitelios; el enajenado, desde sus primeros y esbozados trastornos psíquicos aun imperceptibles; el cardíaco, desde el insidioso y bien compensado origen de su cardiopatía; el palúdico, desde las primeras evoluciones intraglobulares del hematozoario, etc.; es, en suma, adquirir un juicio exacto y prematuro que permita intervenir á la terapéutica desde que la enfermedad empieza; es, en una palabra, llegar á tiempo para curar pronto y curar bien.

---

(1) De la oftalmorreacción en la tuberculosis. J. S. Covisa y S. Lazo. *Revista de Especialidades Médicas*, Febrero-Marzo 1908.



Que un enfermo no cure porque no se somete el tiempo necesario al adecuado tratamiento, no dice nada en contra del valor del agente terapéutico empleado. Por corta que sea nuestra experiencia clínica, todos hemos visto tabéticos, paralíticos generales, oftalmopléjicos, etc., sífilíticos terciarios, que lo son precisamente porque no han tratado su sífilis ó la han tratado mal. ¿Dudaremos por esto de la eficacia terapéutica del mercurio y el yoduro, cuyos brillantes éxitos estamos presenciando de continuo?

Tocamos aquí un punto de gran importancia á considerar, cual es la necesidad por parte del Médico de conocer *cómo*, *cuándo* y en *cuánto* debe establecer un tratamiento, por ser el único que puede precisar su duración, intensidad, etc. Exigir la curación de todos los leprosos, por el hecho de existir un agente que cura la lepra, es exigir un absurdo. El leproso se curará—cuando se cure—si el tratamiento se establece en una época en que la curación es aún posible, y nada más.

Hay que haber visto leprosos para convencerse de los obstáculos, muchas veces insuperables, que han de ofrecerse á un tratamiento, aun cuando éste fuese verdaderamente específico. Leprosos que llevan de serlo diez y quince años, leprosos terciarios, con graves y grandes lesiones, cardíacas, renales, pulmonares, nerviosas y tegumentarias; enfermos en cuyo organismo puede decirse no hay una célula que no se halle profundamente afectada, en estos enfermos la curación será un hecho tan excepcional, tan admirable, que difícilmente podemos creer en él. Pedir la curación de estos enfermos, es pedir á la ciencia el milagro de Lázaro, y la ciencia no hace milagros; apenas si podemos pedirle que sea lógica en sus fundamentos y honrada en sus aplicaciones.

Un detenido estudio crítico de comparación entre los

resultados obtenidos con el Mangle y los alcanzados con otros medios de terapéutica antileprosa nos ocuparía muchas páginas, que, faltas de una sólida base de experimentación clínica, tendrían muy escaso valor para juzgar de las excelencias de este ó cualquier otro método de tratamiento.

Pocos problemas son tan difíciles de resolver en la práctica como los que se refieren á la valoración terapéutica de los nuevos agentes que los progresos de la química, la bacteriología y aun la observación vulgar y el empirismo ponen en manos del Médico.

Es la Medicina una ciencia en la que todo concepto que en lo más mínimo se aparte de la verdad es siempre de fatales consecuencias. La interpretación de un síntoma, la dosificación de un medicamento, el tiempo oportuno de una intervención, etc., todo ello tiene una importancia tan considerable como que, en último término, se resuelve en muertes prematuras ó en vidas arrancadas á la muerte. La rectificación de los conocimientos médicos tiene lugar en el laboratorio, en la clínica y en el anfiteatro. Y las rectificaciones *post-mortem* revelan el daño cuando es ya irreparable.

No quisiéramos ni aun recordar á los que cegaron por el atoxil administrado sin tasa; á los que vieron su tuberculosis reavivada por el influjo de la tuberculina; á los que vanamente esperaron del radio la curación de sus epitelomas, ó los que entregaron su tejido al bisturí de cirujano obseso en un liberalismo quirúrgico tan irracional como atrevido. En este martirologio científico había que colocar también á muchos Médicos, ingenuos mártires de un dogma falso, que, víctimas de un entusiasmo tan justificado como noble, entregaron su vida por doctrinas

que reputaron buenas, pues fueron creyentes irreflexivos de la palabra del maestro ú obtusos servidores de la ciencia escrita.

El Médico que coloca en la balanza de sus juicios el dorado agradecimiento de las fábricas productoras de medicamentos; el que, al influjo de apasionamientos espontáneos ó inducidos, sacrifica la verdad de los hechos en aras al triunfo de sus ideas; el que cede á requerimientos del afecto y olvida el supremo interés colectivo de sus semejantes, y el que deja correr una pluma henchida de meridional *adjetivomanta laudatoria*, no vacila en pregonar las excelencias de un medicamento, la infalibilidad de un medio diagnóstico, el éxito de alguna intervención, etcétera, se hace cómplice y autor de grave delito de lesa humanidad, delito que es tanto más grave cuanto más elevada es la categoría científica del autor. Sólo por el influjo del patrocinio de ciertas eminencias médicas se comprende el corto y fatídico reinado de medios terapéuticos que tienen á su cargo muchas vidas. Y hoy el mal se halla tan extendido, es tan general, que hacen falta muy sólidas convicciones y mucha fe para no perderse en este terreno de falsedades y creer á la Medicina fecundo campo de explotación de ajenas credulidades.

---

Ingenuamente confesamos que nos resistimos á creer en la eficacia terapéutica del Mangle rojo en la lepra. Formamos en el grupo, muy numeroso, de los que, para creerlos, necesitan comprobar personalmente hechos como los relatados; convenimos en que este tratamiento tiene como base el empirismo, y necesitamos por ello la prueba viva para llegar á la convicción; nuestra cortísima experiencia médica nos ha enseñado á desconfiar mucho de toda novedad científica; el continuo fracaso del casi infi-

nito número de agentes empleados en combatir la lepra nos ha hecho muy pesimistas en cuanto al pronóstico en esta odiosa enfermedad; quizás por irresistible prejuicio nos rebelamos á creer en su curación, aun cuando debamos esperarla del progreso de la ciencia... Pero lo que nosotros no podemos dudar, sino que necesariamente tenemos que reputar como exacto, es que algunos leprosos han sido definitivamente curados por los Dres. Moreno y Duque con el Mangle rojo. Negarle sería inferir grave ofensa á numerosos ilustres y sabios Médicos, que han ligado la respetabilidad de sus nombres científicos á esta obra, afirmando, como hombres de honor y de ciencia, la verdad contenida en los informes que han suscrito.

Podrá discutirse el número, la proporción de enfermos curados entre los sometidos al tratamiento; pero quedará un hecho que no puede negarse, y es la curación de algunos enfermos. Poco importa para juzgar el fondo de la cuestión que este número sea muy limitado, que los casos de curación sean excepcionales; el hecho fundamental, repetimos, es que algunos enfermos han curado.

Sin permitirnos negar estas curaciones, séanos permitida alguna consideración sobre ellas. Si en los dos casos—Daniel Enríquez y Juan González—dados de alta, curados por las Comisiones de Cuba y Colombia, no hubieran precedido los análisis bacteriológicos positivos, no hubiéramos creído muy arriesgado pensar que estos enfermos no eran leprosos, porque sus manifestaciones clínicas no son de tal relieve y claridad que el diagnóstico estuviese libre de toda duda. Positivos los análisis bacteriológicos, sería absurdo impugnar el diagnóstico.

El curso clínico de la lepra no es continuo. De ordinario—y nos referimos sobre todo á la lepra tuberculosa—se presentan tratos eruptivos, acompañados de exacerbación de la fiebre y de toda la sintomatología en gene-

ral, y seguidos de períodos de mejoría, de calma, durante los cuales la enfermedad parece suspender su evolución. Pues bien; enfermos hay en los que estos tratos eruptivos, estas agravaciones son repetidas, subintrantes, y los enfermos mueren pronto. Pero hay otros casos, y no son raros, en los que tras un período de agudización, sobreviene otro de calma, tan largo, tan absoluto, que en algunos casos ha llegado á pensarse en la curación espontánea de la enfermedad. Desgraciadamente, el leproso no ha dejado de serlo, y al fin muere siendo leproso, aunque lo mate cualquier accidente ó enfermedad intercurrente. En las leprosis de forma nerviosa - siringomiélica, Morvan, etc.,—estos períodos de remisión se observan con frecuencia y pueden durar muchos años.

Que el bacilo de Hausen no se encuentre en la linfa tomada á estos enfermos, no es un hecho demostrativo de su curación. Se encuentran muchos enfermos de lepra nerviosa, quienes la investigación bacteriológica es siempre negativa. Y así debe suceder, pues el bacilo de Hausen puede localizarse en determinadas regiones y tejidos, especialmente en el nervioso, y no se le encuentra en la linfa aunque se le busque con verdadera tenacidad. Se deduce de aquí la posibilidad, clínicamente demostrada, de que un enfermo de esta índole experimente larga y acentuada mejoría en sus síntomas durante un período de remisión de la enfermedad; y coincidiendo esto con la ausencia del bacilo, ¿podemos asegurar firmemente la curación de este enfermo? La clínica dice que no. Tras un período más ó menos largo la lepra recobra su dominio, las lesiones se hacen más profundas y extensas, y el enfermo muere siendo lo que no dejó de ser, un leproso.

Estas reflexiones deben tenerse presente para cuando nos encontremos en presencia de un caso de ¿curación? de lepra.

Tenemos noticias de muchos casos de lepra curados por diferentes procedimientos y métodos, pero nos inspiran poca confianza. Son en su mayoría casos de observaciones incompletas, de curaciones muy discutibles.

Porque son casos de curación definitiva, *probados*, es por lo que el método de los Dres. Moreno y Duque, ha logrado llamarnos poderosamente la atención.

Fuera nuestro deseo estampar aquí una fórmula concreta, definitiva, que, á modo de práctica conclusión, expresara exactamente el valor del Mangle rojo en el tratamiento de la lepra. Nuestros conocimientos actuales son demasiado escasos para arriesgarnos á hacerlo. Juzgando serenamente todo lo expuesto, creemos necesario aguardar más tiempo y pedir á la experimentación clínica la conclusión que nosotros no nos atrevemos á formular hoy.

---

Cuando llegó á nosotros el conocimiento del Mangle rojo empleado por los Dres. Moreno y Duque en el tratamiento de la lepra, hacía ya algún tiempo nos preocupaba el estudio de esta enfermedad tan desconocida como frecuente en nuestro país. No vacilamos en dirigirnos inmediatamente al Dr. Duque, interesándole los datos que deseábamos adquirir acerca de tan interesante y nuevo asunto de terapéutica antileprosa.

Grande fué nuestra satisfacción al recibir en Sevilla, en el verano de 1908, la visita personal del Dr. R. Carrera, comisionado por el Dr. Duque para hacernos entrega de los trabajos que había publicado y en darnos una lección viva sobre este asunto. Muy agradecidos á los Doctores Duque y Carrera, nos complacemos en manifestar nuestro sincero reconocimiento.

En la actualidad hemos conseguido que el Mangle

rojo sea ensayado en algún leproso, cuyo tratamiento se sigue bajo la competente dirección de un distinguido compañero. Estos ensayos son aún muy deficientes é incompletos para permitirnos formular juicio alguno: más adelante esperamos hacerlo.

SEBASTIÁN LAZO GARCÍA,

Oficial Médico Alumno.

Madrid 3 Febrero de 1910.

---

## PRENSA MÉDICA

---

**Suero diagnóstico de la esporotricosis y de la actinomocosis.**—En los *Anales del Instituto Pasteur*, número 1.º de este año, aparece un estudio interesante sobre este punto. En la sangre de los enfermos con esporotricosis y actinomocosis se encuentran aglutininas y sustancias complementófilas que pueden servir al diagnóstico de estas enfermedades. Para el diagnóstico de la esporotricosis se usan cultivos de *Sporotrichum Beurmanni* que tengan de seis semanas á tres meses de sembrados; el suero de los enfermos aglutina estos esporos á una dilución de 1 por 200 hasta 1 por 400. Para la fijación del complemento se pueden usar además cultivos jóvenes. El suero de los enfermos de actinomocosis aglutina igualmente los esporos del *Sporotrichum Beurmanni*; pero sólo á la dilución del 1 por 50, y cuando más al 1 por 100. La aglutinación con los gérmenes de la actinomocosis es difícil, y únicamente se puede uti-

lizar, para llegar al suero diagnóstico de este padecimiento, mediante la reacción de grupo que da el suero de los enfermos de actinomocosis con los cultivos del *Sporotrichum Beurmanni*.

\* \* \*

**Influencia de las vacunas bacterianas sobre la nutrición.**—El Dr. Lewis Campbell ha estudiado la influencia de las inyecciones de vacuna bacteriana sobre la nutrición (*Brit. Méd. Journ.*, 19 de Febrero). El autor ha hecho numerosas observaciones de inyecciones de vacuna, sobre todo de vacuna estreptocócica, en enfermos crónicos de un manicomio, y ha podido observar una beneficiosa influencia sobre la nutrición de los individuos, revelada por el aumento de peso y la mejora del estado general.

Para esclarecer este fenómeno, se funda el autor en la misma teoría de Ehrlich, de las cadenas laterales,

por la cual se comprende que por el tratamiento con las vacunas se estimula la producción molecular de las cadenas laterales, y con ella una mayor aptitud para la combinación ó asimilación de los principios inmediatos de los alimentos á las células mismas.

\* \* \*

**La sabromina.**— En 1907 Emilio Fischer y Mering prepararon una sustancia, que es una sal de calcio con ácido dibromínico, que contiene el 29,5 por 100 de bromo. Es un polvo blanco, sin olor y sin sabor, insoluble en el agua y de reacción neutra. Se dice que se desdobra en el estómago bajo la influencia del jugo gástrico, y es absorbido por el intestino. El mejor tiempo de darlo es una hora después de la comida, cuando la digestión gástrica está en su apogeo. El autor lo emplea en los casos de epilepsia, en la neurastenia, en el histerismo y en otras varias afecciones nerviosas. La acción de la sabromina es evidente favorable en esta clase de enfermos, y se administra ordinariamente á la dosis de un gramo. Hay que tener en cuenta que no se trata de un medicamento caro, y que puede entrar perfectamente en la práctica ordinaria.

\* \* \*

**Valor terapéutico de los metales coloides.**— Todos los metales favorecen las oxidaciones, sobre todo si se usan en pequeñas dosis; y esta propiedad es todavía más marcada cuando los metales se encuentran en estado coloidal. Existen dificultades prácticas para la preparación y conservación de las soluciones de

metales coloides; pero el Dr. Pesci (*Rif. Méd.*, 10 de Diciembre de 1909) ha hecho experimentos sobre este punto con preparados de oro, plata, platino y paladio, y de ellos deduce que las soluciones de platino son las más eficaces. El autor ha usado soluciones de 0,5 en inyecciones hipodérmicas, en cantidad de 10 cm. c., y cuando la inyección es intravenosa, á la dosis de 5 cm. c. de la solución. Sin embargo, recomienda que esta dosis sea menor porque suele producir algunos efectos de intoxicación. El autor da detalles de doce casos clínicos de enfermos padeciendo fiebre tifoidea y pulmonía. Los efectos más marcados son la reducción de la temperatura y el aumento de urea y de sales alcalinas de la orina. Entre los enfermos tratados obedecieron mejor á la medicación los de pulmonía, en los cuales la influencia favorable del medicamento fué evidente.

\* \* \*

**Parálisis infantil epidémica.**— El Dr. Paul H. Römer, en una comunicación preliminar (*Munch. Méd-Woch.*, número 49 de 1909), refiere los resultados de su estudio sobre algunos casos de parálisis infantil, ocurridos en Marburgo durante la reciente epidemia de esta enfermedad en Alemania. De las observaciones clínicas resulta indiscutible que la enfermedad es una infección contagiosa, sin que hasta ahora se haya podido determinar el germen que la ocasiona. Algunos investigadores han encontrado un diplococo que, según Römer, no puede estimarse seguro. Como la epidemia iba acompañada por síntomas de garganta, el autor comenzó por exa-



minar la secreción faríngea y de las amígdalas, sin encontrar más que bacterias saprofitas. La punción lumbar proporcionaba un líquido claro, conteniendo gran número de células mononucleares, pero sin mostrar ninguna bacteria que no pudiera ser referida á una contaminación accidental. Semejantes resultados fueron obtenidos con la emulsión de medula y cerebro recogidos después de la muerte. Las inyecciones de líquido raquídiano y de la emulsión antedicha resultaron sin efecto en los pequeños animales del laboratorio. En cambio, un mono, inyectado en el cerebro, murió á los ocho días después de haber presentado signos de paresia, y los centros nerviosos presentaron las lesiones típicas de la poliomielitis aguda anterior. Un segundo mono, que fué inyectado con material obtenido del primero, murió con síntomas de parálisis, quedando demostrada la transmisión de la enfermedad. El autor llama la atención sobre la analogía que existe entre esta enfermedad y la rabia, y concluye que el virus de aquélla es un organismo que no puede ser fácilmente teñido ni cultivado por nuestros métodos actuales.

\* \* \*

**Métodos de inoculación para prevenir las enfermedades infecciosas en el Ejército inglés.**— Los medios de inoculación utilizados en un sentido preventivo pueden ser clasificados de la manera siguiente: 1.º Métodos empleando un virus viviente, ya sea obtenido directamente sobre el organismo de un huésped anterior, ya sea obtenido por cultivo. 2.º Métodos empleando un virus

contenido en cultivos puros, muertos por el calor, y también con ó sin empleo concomitante de una solución de sus exo-toxinas. 3.º Método empleando las endo-toxinas ó las núcleo-proteides, obtenidas por vía mecánica ó química de los cuerpos de los microorganismos.

La vacunación antivariolosa, la vacunación antirrábica y la vacunación anticolérica de Haffkine, pertenecen al primer grupo.

En el segundo grupo entran la vacunación antipestosa de Haffkine, la vacunación antitífica de Wright, de Pfeiffer y de Kolle.

Como ejemplo de métodos perteneciente al tercer grupo, se puede citar la inoculación contra la peste por la núcleo-proteína extraída del bacilo pestoso por Lustig y Galleotti.

Las primeras pesquisas de Haffkine, respecto al cólera, se remontan á 1890, y las inoculaciones fueron emprendidas en la India desde 1893. Del mes de Abril 1893 al mes de Julio 1895, 42.197 personas fueron inyectadas, y en 1896 hubo 30.000.

En 1896, un centro de vacunación se estableció en Panilla, y de 1896 á 1904, 45.760 fueron inoculadas.

Es difícil calcular la significación de las inoculaciones anticoléricas en la disminución de la morbilidad y de la mortalidad colérica, en razón de la influencia de otras medidas profilácticas establecidas paralelamente á la vacunación. Sin embargo, en Calcuta, Simpson ha hecho constar que el cólera era 32 veces más frecuente entre los individuos no inoculados que entre los otros, pero que esta diferencia de proporción no se mantenía más que unos dos años, después de los cuales la fre-

cuencia de los casos de cólera observados era sensiblemente la misma en los dos casos. Además, la inoculación ejerce poco ó ningún efecto sobre la mortalidad.

*Peste.*—La vacuna de Haffkine se obtiene calentando, durante quince minutos á 55 grados, un cultivo de peste en estalactitas obtenidas en el caldo, cubierto de una cepa de aceite de coco.

Los resultados de la vacunación son más satisfactorios, como lo testimonian las estadísticas extraídas del trabajo del Capitán Condon, *La peste en Bombay*, 1900.

*Fiebre tifoidea.*—En 1901 Wright hizo conocer su método de vacunación antitífica. Se servía al principio de un caldo de cultivo de varias clases de *B. typhosus*, muy virulentos, que databan de un mes, y esterilizado durante quince minutos á 62° C. El contraste de la vacuna es obtenida por un método especial debido á Wright, que consiste en la adición á un volumen dado de vacuna, un volumen dado de fluido inerte, que tiene en suspensión glóbulos rojos que provienen de la sangre de un hombre sano. Un poco de formalina se añade para inmovilizar los gérmenes tifoideos; el número de glóbulos rojos y de bacilos se determina bajo el microscopio en una serie de láminas. El número relativo de bacilos y de glóbulos se determina en seguida, y por una sencilla regla de tres se calcula el número de bacilos por milímetro cúbico, sabiendo que el número de glóbulos rojos en la sangre es de 5 millones por milímetro. Con un poco de costumbre, es posible corregir el error de tal estimación á menos de 10 por 100; la dosis para una inoculación representa la dosis mortal

minima por 100 gramos de cobayo.

El efecto inmediato de la inoculación es disminuir primeramente la resistencia del individuo á la infección tífica (fase negativa); pero pasados diez días se observa un aumento de poder bactericida y de poder aglutinante de la sangre (fase positiva) que se mantiene, por lo menos, durante dos años.

Los síntomas observados después de la inoculación son del mismo orden que los observados después de la inoculación de la vacuna antipestosa (sensibilidad, en lugar de infección; estado febril, acompañado de decaimiento, cefalea, anorexia, náuseas, etc.).

La vacunación antitífica ha sido ensayada en una muy grande escala entre las tropas inglesas de la India y del Transvaal; pero en razón de variaciones de las estadísticas y del hecho que el profesor Carl Pearson ha rehusado siempre conocer la validez de los resultados de estas estadísticas, las inoculaciones antitíficas fueron abandonadas algún tiempo.

En 1903 una Comisión del War Office, compuesta del Lientenante-Colonel Leishman y el doctor Bruce-Lou, fué encargada de proceder á una información sobre este sujeto, y de su parte el Director general del Servicio de Sanidad del Ejército ha publicado una Memoria que prescribe el empleo de la vacuna usada hasta ahora y con el tratamiento de cada enfermo por medio de una vacuna especial preparada, partiendo de la clase particular del bacilo tífico del que está infectado.

**El tratamiento de la neumonía por el colargol.**—El Dr. Breuer (*Journ. de Bruxelles*, núm. 6) llama la atención sobre los notables resultados obtenidos en el tratamiento de la pulmonía por el uso del colargol. El autor refiere la historia de algunos casos, entre ellos la de un viejo de setenta y ocho años, curado por el influjo de este medicamento. En la mayor parte de los casos se observa una disminución de la temperatura, y simultáneamente la regularización del pulso bajo la influencia del colargol, habiéndose reconocido la facilidad con que sobreviene el periodo crítico acompañado de una gran mejoría en el estado general de los enfermos. La forma en que el autor administra el medicamento en los adultos

es en píldoras á la dosis de 5 centigramos, tres veces al día. En los niños es suficiente un centigramo, y de ordinario usa el medicamento en solución.

\* \* \*

**Etiología del tífus exantemático.**—El Dr. Rabinowitad (*Ardiv. f. Hygiene*) describe un parásito que tiene la forma de un bastoncito corto con extremos redondos, que se presenta á menudo en grupos de á dos y que ha encontrado en la sangre que circula y en las manchas rosadas en la piel. El cultivo de este organismo aglutinable por el suero de los enfermos es capaz de determinar entre los animales jóvenes una enfermedad que presenta ciertas semejanzas con el tífus.

---

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

---

*Queratoplastia.*—Esta operación, la primera que se realiza en España, fué practicada el último viernes en el Instituto del Doctor Rubio, de Madrid, por el Doctor D. Rodolfo del Castillo Ruiz, en una enferma que padecía un estafiloma total de la córnea. Una vez separado éste, se le implantó una córnea de conejo, siguiendo en todo los últimos procedimientos que aconseja la ciencia.

Los Profesores del Instituto que asistieron al acto operatorio felicitaron al joven Doctor por su habilidad y destreza quirúrgica, deseándole un éxito completo en tan difícil como arriesgada operación.

Hemos tenido el gusto de leer un trabajo, redactado por nuestro distinguido compañero el Médico mayor don Alberto Ramírez Santaló, acerca de la *Importancia médico-social de la oto-rino-laringología en el Ejército*. En él se propone la creación, en los hospitales militares de cada una de las Regiones, de una clínica de la especialidad y de una consulta para individuos del Ejército y sus familias, tomando por base la existente en el Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, á cargo de dicho Profesor, y al que acuden los lunes, miércoles y viernes, de nueve á diez, gran número de Jefes, Oficiales y clases de tropa y personas de sus familias.

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

- 5 Marzo.—Real orden (*D. O.* núm 54) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Rafael Catalán y Castellano y D. Ramón Fiol y Jiménez, y al Médico segundo D. Alberto Conradi Rodríguez.
- 8    »    »    Idem id. (*D. O.* núm. 55) dictando disposiciones para la formalización de las hojas de servicios y de hechos de los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios provisionales.
- »    »    »    Idem id. (*D. O.* núm. 56) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Juan Ristol y Canellas y D. Francisco Soler y Garde; á los Médicos primeros D. Pedro Farreras Samper, D. Francisco Conde Albornoz, D. Juan Garcia Rojo, D. Amador Hernández Alonso y D. José Luis Saavedra, y al Médico segundo D. Francisco Piñero Casola.
- 10   »    »    Idem id. (*D. O.* núm. 56) disponiendo que el Médico mayor D. Enrique Pedraza y Vivanco pase destinado á la Ordenación, Intervención y Vicariato castrense, continuando

en su comisión en la Academia del Cuerpo, y que el de igual empleo D. José Potous y Martínez pase al Hospital de Madrid-Carabanchel en plaza de plantilla, cesando en su comisión.

- 11 Marzo.—Reales órdenes (*D. O.* núm. 57) disponiendo que diversas adquisiciones de material que no pudo realizar el Parque de Sanidad Militar en el año último por falta de consignación suficiente, las efectúe con cargo á lo que le asigna el presupuesto vigente.
- 12 » Real orden (*D. O.* núm. 57) destinando al hospital del Peñón al Farmacéutico segundo, de nuevo ingreso, D. Gabriel Matute y Valls.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 58) nombrando vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Almería al Médico primero D. Juan Serrano Terradas.
- 14 » Reales órdenes (*D. O.* núm. 59) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Esteban Gutiérrez del Olmo y al Farmacéutico primero D. Juan Seirullo Ferrés.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 60) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Francisco Magdalena y Murias, y á los Médicos primeros D. Alfredo Pérez Viondi, D. Braulio Reino Soto, D. Matias Navarro Sancho, D. Manuel Iñigo Nougues, D. Melchor Camón Navarro y D. Rafael Chicoy y Arreceiger.
- 15 » Real orden (*D. O.* núm. 59) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Edmundo Fuentes Serrano.
- 17 » Idem id. (*D. O.* núm. 62) disponiendo la clausura del hospital de evacuación de Bonanza (Cádiz), y que el personal que en él prestaba servicio se incorpore á sus destinos de plantilla.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 62) disponiendo se haga extensivo al personal de la Brigada del Cuerpo que presta servicio en el Laboratorio sucursal de Málaga de lo prevenido en la Real orden circular de 18 de Mayo de 1901 (*D. O.* núm. 107), por estar en las mismas condiciones que el del Laboratorio Central.
- 18 » Idem id. (*D. O.* núm. 62) disponiendo que los Jefes y Oficia-

les que se relacionan pasen á la situación ó á servir los destinos que se expresan:

*Subinspector Médico de segunda clase:* D. Ricardo Iglesias Diaz, al hospital de Gerona, de Director.

*Médicos mayores:* D. Salvador Sánchez Iznardo, al hospital de Lérida, de Director; D. Cándido Navarro y Vicente, á excedente y en comisión al hospital de Gerona; D. Antonio Ramirez de Vergar y Gómez del Pedroso, á excedente, y D. Benito Villabona y Soriano, al hospital de Santoña, de Director.

*Médicos primeros:* D. Ramón Anglada y Fuxá cesa en su comisión, incorporándose á su destino de plantilla; D. Alberto Fumagallo y Medina, al Real Cuerpo de Alabarderos; D. Juan Romeu y Cuallado, al primer batallón de Vergara, en comisión, hasta que se incorpore el nombrado de plantilla; D. Juan Ceniga y Erquiaga, al primer batallón de Vad-Rás; D. Eduardo Delgado y Delgado, á eventualidades en la primera Región; D. Olegario de la Cruz y Repila, á la Inspección de establecimientos de Instrucción é Industria; D. Emilio Martínez y Oppelt, al décimo montado de Artillería; D. Eduardo Sánchez Vega y Malo, al primer batallón de la Princesa; D. Carlos Amat y Pintado, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Pamplona, y D. Juan Roche y User, al Regimiento Caballería de Almansa.

*Médicos segundos:* D. Miguel Roncal y Rico, al hospital de Melilla, en comisión, sin perder su destino de plantilla; D. Antonio Cordero y Soroa, al segundo batallón de Cuenca, y D. Francisco Piñero y Carolá, á la primera sección de la sexta compañía de la Brigada del Cuerpo.

*Médicos provisionales:* D. Fermín Palenzuela y Martín, al Colegio de María Cristina (sección de varones); D. Delfín Camporredondo y Fernández, al segundo batallón de Soria, y D. Carlos Sastre y Alba, á la clínica de urgencia de esta corte.

18 Marzo.—Real orden (D. O. núm. 62) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen destinados al hospital de Ceuta.

*Médicos mayores:* D. Antonio Constanti y Bager y D. Eusebio Martín y Romo.

*Médicos segundos:* D. León Romero y Corral, D. Juan Alonso y Muñoyerro y D. Alberto Conradi y Rodríguez.

- 18 Marzo.—Real orden (*D. O.* núm. 63) disponiendo transporte de material á los hospitales de Valencia y Mahón.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 63) disponiendo se aumenten dos Médicos mayores y tres segundos en la plantilla del hospital de Ceuta, cubriéndose las plazas desde luego.
- 20 » Real decreto (*D. O.* núm. 63) creando la medalla denominada de Melilla.
- » » Real orden circular (*D. O.* núm. 63) dictando reglas para la concesión y condiciones de la medalla de Melilla.
- 21 » Idem id. id. (*D. O.* núm. 63) concediendo recompensas á los Oficiales que se expresan, por los méritos que contrajeron en la segunda caseta, Atalayón, Sidi-Ali é Hipódromo, del 21 al 31 de Junio último.

*Médicos primeros:* D. Eliseo Rodríguez Sayans, cruz roja pensionada; D. José Gich Puigdollers, D. José Sueiras Olave y D. Rogelio Vigil de Quiñones, cruz roja.

- » » Idem id. id. (*D. O.* núm. 63) concediendo recompensas al Jefe y Oficiales que se relacionan, por su comportamiento en el combate del Zoco de Jemis el 30 de Septiembre de 1903.

*Subinspector Médico de primera clase:* D. Gregorio Ruiz Sánchez, cruz roja pensionada.

*Médicos primeros:* D. Francisco Maranges del Valle, cruz de María Cristina; D. Carlos Gómez Moreno y Martínez, D. Mariano Gómez Ulla, D. Quintín Aracama y Alava, D. Alberto Fumagallo Medina, D. Nemesio Agudo Nicolás, D. Vicente Vidal Frenero, D. Justo Carmora y Ruiz, D. Germán Sorni Peral y D. Manuel García Sánchez cruces rojas pensionadas; D. Angel Calvo Flores, D. Heliodoro Palacios Gallo y D. José Andújar Solana, cruces rojas.

*Médicos segundos:* D. Pedro Lombana Rañada y D. Justo Díez Tortosa, cruces rojas pensionadas; D. Mariano Navarro Moya, D. José Ruiz Jaén y D. Enrique Gallardo Pérez, cruces rojas.

- 22 » Real orden (*D. O.* núm. 64) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Manuel Vicioso y Martínez cese en su comisión del hospital de la Misericordia, de Málaga, incorporán-

- dose á su destino en la farmacia militar núm. 1, de esta corte.
- 22 Marzo. — Real orden circular (*D. O.* núm. 65) disponiendo que los hospitales militares se encarguen del lavado y limpieza de las ropas pertenecientes á los individuos que ingresen en los mismos.
- » » Idem id. id. (*D. O.* núm. 65) declarando aptos para el ascenso á los 22 Médicos segundos comprendidos en una relación que comienza con D. Ildefonso de la Villa y Sanz y termina con D. Isidro López Pabón, en la que figuran por el orden en que se hallan en la escala de su clase.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 65) concediendo licencia para contraer matrimonio al Farmacéutico primero D. José Ríos Balaguer.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 65) disponiendo que el Médico D. José Alvarez Yáñez cause baja en el Cuerpo, como provisional.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 66) concediendo las indemnizaciones solicitadas por el Médico primero D. Jesús de San Eustaquio y San Ciriaco.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 66) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Armando Costa Tomás, D. Maurelio Belsol Oria y don José Huesa Bueno, y al Farmacéutico primero D. Juan Seirullo Ferris.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 66) disponiendo que se abone al Médico segundo D. Enrique Gallardo Pérez la gratificación que solicita.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 66) disponiendo que los Médicos mayores que se relacionan pasen á servir los destinos que se expresan: D. Antonio Constanti Bager, al hospital de Lérida, de Director; D. Bernabé Cornejo y Garcia, al hospital de Ceuta; D. Salvador Sánchez é Iznardo, á excedente, y don Aurelio Salceda y Salceda, al hospital de Cádiz.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 66) concediendo tres meses de licencia por asuntos propios para Cuba al Farmacéutico primero D. Faustino Ortiz Montero.
-