

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX

Madrid 15 de Agosto de 1905

Número 436

## ESTADISTICA

de las operaciones quirúrgicas practicadas  
durante la campaña de Cuba en el hospital militar  
de Alfonso XIII. Años 1896-97-98.

(Continuación).

73. *Francisco Baños Carrillo*, natural de Canterillo (Murcia), perteneciente al batallón expedicionario de España, número 46. Fué herido en el combate habido contra fuerzas enemigas el 22 de Junio de 1897 en las lomas del Salto del Chivo (Jaruco), formando parte de la columna mandada por el Teniente Coronel Vicario. Herida de bala, que penetró por la cara externa de la articulación húmero-cubital derecha, atravesó horizontalmente el espesor del miembro, abrió la articulación, produjo la fractura conminuta de los huesos cúbito y radio y salió por la cara interna de la misma región. El 12 de Julio siguiente se hizo la dilatación, hacia abajo y paralela al eje del miembro, de las aberturas producidas por la bala, extrayendo numerosas esquirlas sueltas; se practicó la resección subperióstica de las epifisis del cúbito y radio, dejando del primero parte del olécranon como sostén de la atadura del triceps; se estableció el desagüe y la sutura y se inmovilizó el miembro; curado, fué propuesto para Inválidos.

74. *Clemente Serrano Abad*, natural de Valdepeñas (Soria), pertenecía al batallón expedicionario de Guadalajara, número 20.

De guarnición en Jaruco, se hirió casualmente estando limpiando su fusil en la compañía el 19 de Junio de 1897. El proyectil le mutiló los dedos índice y medio de la mano derecha, el primero por la segunda falange y el otro por la tercera; unidos sus bordes por puntos de sutura, fué invadido por fiebre amarilla en el curso del proceso traumático, esfacelándose los pequeños muñones. El 13 de Julio siguiente se practicó la amputación de las segundas falanges de los dedos índice y medio por la contigüidad y tercio inferior de las mismas, con colgajo externo obligado; curado, volvió á las filas.

75. *Emilio Castellet Barreda*, natural de Cuevas Quirón (Castellón de la Plana), perteneciente al regimiento Caballería de Pizarro. Fístula de ano ramificada, ciega y extensa, cuya etiología no fué posible precisar. El 14 de Julio de 1897 se practicó el desbridamiento de los trayectos y raspado de las paredes de los mismos; curado, volvió á las filas.

76. *Pedro Calvo Balbuena*, natural de Torreperogil (Jaén), pertenecía al batallón expedicionario de Granada. Dice que fué herido el día 16 de Diciembre de 1896 en el combate sostenido contra el enemigo en las lomas de Oliver (Santa Clara), formando parte de la columna mandada por el Teniente Coronel Álvarez. Antigua herida de bala en las articulaciones tibio-tarsiana y medio-tarsiana del pie izquierdo, con caries necrósica consecutiva del maleolo externo, astrágalo, escafoides y calcáneo. El 17 de Julio de 1897 se practicó la amputación supramaleolar á dos colgajos, anterior corto y posterior largo; curado, fué propuesto para Inválidos.

77. *Valentín Aballa Arao*, natural de Navazola (Barcelona), pertenecía al batallón Cazadores de Cataluña. Encontrándose en el campamento del Gavilán, se le disparó casualmente su fusil, ofreciendo cuando ingresó en nuestra clínica una caries necrósica del tercer metacarpiano de la mano izquierda, consecutiva á la herida de bala que le había perforado la mano, de la palma al dorso. El 20 de Julio de 1897 se practicó la extirpación total del metacarpiano con el dedo correspondiente, suturando y dejando esta-

blecido el desagüe necesario; curado, fué propuesto para el retiro.

78. *Francisco García Gutiérrez*, natural de Victoria (Tenerife), del batallón provisional de Canarias. Fué herido el 24 de Junio de 1897 en combate con el enemigo en las inmediaciones de San José de las Lajas, formando parte de la fuerza mandada por el Teniente D. Sebastián Vela. Herida de machete en la cara dorsal de la mano derecha, en dirección transversal y de 5 centímetros de longitud, que seccionó los tendones extensores de los dedos índice y medio y abrió totalmente sus articulaciones metacarpo-falangianas; el 21 de Julio siguiente se refrescó la herida con una incisión dorsal para buscar los extremos superiores de los tendones; se hizo la tenorrafia, coaptación articular y sutura cutánea, inmovilizando la mano sobre una manopla. Ofrecía este individuo otras tres heridas incisas en la cabeza, producidas por la misma arma: una en el vértice, de 4 centímetros, en dirección de delante atrás, interesándole el espesor del cuero cabelludo; otra, de la misma profundidad y forma curva, de 5 centímetros, en la región fronto-parietal derecha, y finalmente una tercera en la región opuesta, semicircular, de 5 centímetros y medio de extensión, que hendió el cráneo hasta las meninges, con separación de los bordes óseos y arista cortante del externo, apareciendo abiertos en forma de tajada, y estando las heridas en supuración se limpiaron y refrescaron éstas, legrando el hueso, rebajando la arista cortante á escoplo y martillo, y practicando la sutura; curado, fué propuesto para el retiro.

(El número 79 está representado por la segunda intervención que se hizo al número 78).

80. *Bartolomé Vázquez Ferrer*, natural de Artá (Baleares), pertenecía al regimiento Infantería de San Quintín, séptimo peninsular. Se hirió casualmente estando limpiando su fusil el 21 de Julio de 1897 en el potrero la Luisa, en las inmediaciones de Guanajay (Habana). Herida de bala á quemarropa, cuyo proyectil penetró por el centro de la cara palmar de la mano izquierda, salió

por el dorso, produciendo la fractura conminuta del segundo metacarpiano y la del tercero en pico de flauta, y considerables destrozos de tejidos blandos. A los dos días se practicó la resección del cuerpo del segundo metacarpiano, respetando ambos extremos; se hizo la coaptación de los fragmentos del tercero, que se hallaban separados por un haz muscular interpuesto; se practicó la ablación de los tejidos mortificados, regularizando la herida con una autoplastia por deslizamiento de cuatro colgajos triangulares, dos grandes laterales y dos pequeños, superior é inferior, quedando una sutura en forma de doble horquilla; se estableció el desagüe palmar y la inmovilización de la mano sobre una manopla; curado, fué propuesto para el retiro.

H. PELÁEZ,  
Médico mayor.

(Continuará).

---

## Prensa y Sociedades médicas.

---

**El rocío del mar en la transmisión de las enfermedades infecciosas.** — Las investigaciones expuestas en este trabajo tienden á demostrar que en el litoral los rocíos del mar pueden ser portadores de los gérmenes patógenos, y, por consecuencia, desempeñar un papel activo en la transmisión de las enfermedades infecciosas.

Los experimentos de que se trata han sido efectuados en Argel, en la playa arenosa de Babel-Oned, en un punto adonde van á desembocar dos alcantarillas, y donde, además, los ribereños dejan acumularse en abundancia toda especie de desechos. Esos experimentos consistieron esencialmente en dejar expuestas al aire unas cajas de Petri, durante un lapso de tiempo determinado, y esto repetidas veces, en condiciones de viento enteramente distintas; luego se hacía el recuento de las colonias que se habían desarrollado, así como la determinación de los microbios, con el fin de investigar las especies patógenas.

El Sr. Busquet pudo cerciorarse de este modo de que, con un viento ligero, viniendo de tierra ó de mar, el número de los gérme-



nes es próximamente dos veces más considerable que en tiempo de calma y sin viento; tan luego como el viento se vuelve bastante violento para determinar el oleaje del mar sobre la orilla y la proyección del agua bajo forma de rocío, se ve que la proporción de los microbios aumenta de una manera considerable. Así, por ejemplo, en un mismo punto llegaron á contarse, después de dos minutos de siembra, 32 gérmenes acrobios en cada caja de Petri con buen tiempo, mar y atmósfera tranquilos; 60 con un viento ligero; 254 con un viento bastante fuerte, que daba algún rocío poco denso; finalmente, 1.694 con mar muy agitado, viento violento y rocío abundante. Durante los dos primeros experimentos la flora bacteriana no se componía sino de los saprofitos habituales del aire, sin ninguna especie patógena; en el tercero, cada caja de Petri contenía de 8 á 22 colonias de colibacilo; el número de estos últimos varió de 44 á 144 cuando se hizo el cuarto experimento reinando un viento violento. El colibacilo en cuestión tenía una virulencia bastante marcada, puesto que, inoculado en el peritoneo ó en las venas de conejillos de indias y de conejos, mataba á estos animales al cabo de dos ó seis días.

Otras dos series de investigaciones, efectuadas en puntos diferentes de la misma playa, dieron resultados absolutamente idénticos.

Conviene añadir que el número de las colonias disminuye muy rápidamente (de cuatro á ocho horas) después de la desaparición de los rocíos, al mismo tiempo que el colibacilo desaparece por completo.

A pesar de esta circunstancia favorable, los hechos observados por el autor no dejan de imponer, como medida profiláctica de interés general, el saneamiento de las playas, y especialmente su protección contra la circulación de las aguas de alcantarilla.

(*Ann. d'hyg. publ.*)



**Teoría parasitaria del cáncer.**—El Dr. *V. Leyden* se declara partidario de la teoría parasitaria del cáncer, la más antigua de todas, habiendo sido defendida, entre otros, por *Sidenham*. Todo el cuadro clínico del cáncer y la manera cómo éste consume las fuerzas del enfermo, despiertan en el observador la idea de que debe tratarse de una enfermedad parasitaria.

Las teorías que pretenden explicar el cáncer como procedente del interior del organismo, no tienen ningún fundamento. Tampoco puede sostenerse la de *Cohnheim*, y lo mismo sucede con la de *Ribbert*. Es indudable que el traumatismo, lo mismo que en otras enfermedades infecciosas, prepara el terreno para el desarrollo de un cáncer, pero no provocarlo de un modo inmediato. Tampoco se hereda el cáncer mismo, sino tan sólo la predisposición á contraerlo.

Uno de los hechos que apoyan la teoría infecciosa es el de que el cáncer se presenta generalmente en órganos que comunican con el mundo exterior.

Entre los animales sólo se observa el cáncer en los domésticos;

primitivamente es una enfermedad del hombre, y es más frecuente donde hay mayor hacinamiento humano. Entre los negros del Africa es desconocido, y no porque no se le diagnostique allá, sino porque no se presenta, según nos refieren viajeros y Médicos fidedignos. En cambio se observa en los negros de América, que viven en continuo contacto con blancos. Vemos, por lo tanto, que la raza no confiere una inmunidad absoluta. Los datos relativos á la aparición de epidemias de cáncer hay que someterlos á una revisión radical, y tampoco tenemos datos de confianza respecto al cáncer de dos.

Es verdad que hasta la fecha la transmisión del cáncer sólo se ha conseguido con las células cancerosas; sin embargo, cree el autor que no se puede ni debe establecer entre los conceptos de trasplatación y de infección una diferencia tan radical como lo pretende el preopinante. Lo que hay que exigir es que la célula cancerosa, siempre que se trasplante, engendre de nuevo un cáncer. Ahora bien, Michaelis ha conseguido de este modo provocar el desarrollo del cáncer en cinco generaciones sucesivas de ratones. También se observan transmisiones del cáncer en animales que viven en la misma jaula.

Todos estos hechos, y lo mismo la anatomía del cáncer, se pueden poner muy bien de acuerdo con la teoría infecciosa.

Lo que sí es dudosa es la naturaleza de los parásitos.

El autor expone y explica con una serie de figuras, presentadas por medio del aparato de proyecciones, las inclusiones celulares que han encontrado y estudiado Michaelis y él, inclusiones que él llama ojos de pájaro, y que está muy propicio á relacionar con la etiología del carcinoma.

(Soc. de Med. de Berlin).



**Tratamiento de la blenorragia.**—En la blenorragia aguda de la parte anterior de la uretra, el Dr. S. G. Brown recomienda el tratamiento siguiente: Se limpia perfectamente la parte anterior de la uretra con una disolución de ácido bórico, empleando un irrigador y procurando que no pase líquido á la parte posterior del conducto uretral. Después, con una jeringa de punta cónica y de 24 gramos de capacidad, se distiende seis veces, mañana y noche, la parte anterior de la uretra con una disolución de permanganato de potasa al 1 por 3.000, á la que se añade un 10 por 100 de extracto fluido de *hydrastis canadensis*. Al interior toma el enfermo 2 gramos 40 centigramos de salol. Es necesario guardar quietud, emplear un régimen nada excitante y beber agua en abundancia. Con este tratamiento la orina no contiene ni pus ni gónococos á los ocho ó diez días.

En la blenorragia crónica de la parte anterior de la uretra debe emplearse el tratamiento siguiente: Una vez en las veinticuatro horas, durante diez días, se lava la uretra con un retro-inyector y una disolución saturada caliente de ácido bórico. Después se introduce un endoscopio, todo lo más grueso posible, y al extraerlo se

cubre la mucosa uretral con una mixtura á partes iguales de extracto fluido de hydrastis, agua destilada de hamamelis y glicerina. En los casos más rebeldes se aplica de igual manera, cada tercer día, una mixtura á partes iguales de tintura compuesta de benjuí y bálsamo del Perú.

Con este tratamiento ha curado el autor 11 casos de blenorragia crónica en cuatro semanas, 4 en cinco y 1 en seis.

(*The Therap. Gaz.*)

\*  
\* \*

**Incompatibilidades de la antipirina.**— Se recomienda no se prescriba la antipirina asociada á los siguientes medicamentos:

Acido fénico, tanino, tintura de iodo, cloruro mercúrico, por formarse precipitado.

Nitrito de etilo y amilo, alumbre amoniacal, ácido clorhídrico, cloruro férrico, sulfatos ferroso y férrico, sulfato de cobre, ácido nítrico y todas las preparaciones que puedan desprender ácido nítrico, porque estas mezclas se colorean.

Cloruro mercurioso (calomelanos), por formarse una combinación mercurial venenosa.

Hidrato de cloral, que da una consistencia aceitosa.

Naftol B, que produce una combinación delicuescente.

Bicarbonato de sosa, que desprende olor de ácido acético.

Ortoformo, que da un producto de consistencia pastosa.

En cambio se favorece la solubilidad en agua de la cafeína y soluciones de quinina.

En general, se debe recomendar el prescribir la antipirina sola.

(*Gac. Méd. del Norte.*)

\*  
\* \*

**La obesidad: su tratamiento.**— De un trabajo muy completo publicado por el Dr. Ch. Hauser, extractamos lo siguiente: «El aumento de la grasa y del tejido adiposo constituye una reserva de fuerza; mas cuando la sobrecarga grasosa invade no solamente las células del tejido conjuntivo subcutáneo, epiploico y mesentérico, sino también las fibras musculares, las atrofia, determina una disminución en la energía de las contracciones y una dificultad en el funcionalismo de los demás órganos, constituye una especie morbosa: la obesidad.

Esta afección comienza en el momento en que el individuo pierde sus formas estéticas, cuando la grasa cubre los contornos musculares. En este caso la obesidad es aún compatible con el funcionamiento normal del organismo, pero puede considerarse como la primera etapa de la enfermedad y llamarla período prodrómico. Cuando aparecen trastornos del aparato digestivo ó del sistema nervioso, se constituye el período de estado, en el que la enfermedad puede quedar estacionada durante más ó menos tiempo, para entrar después en el último período, el de degeneración. En el período de degene-

ración, la grasa invade el tejido conjuntivo intersticial, que prolifera á expensas de los parénquimas; las células hepáticas y las fibras cardíacas se infiltran de gotitas grasosas; la existencia del individuo pelagra.

La sobrealimentación y el reposo exagerado son dos importantes factores etiológicos de la obesidad; pero ya Bouchard dejó establecido que no son, ni con mucho, los únicos. La herencia se encuentra en la mitad de los casos, y es necesario admitir un retardo en el movimiento molecular intersticial, en las oxidaciones, que hacen se acumule la grasa. Bouchard llamó la atención sobre la influencia que parecen tener los trastornos del sistema nervioso en la producción de la obesidad, y últimamente G. Leven ha reunido una porción de observaciones que prueban es el sistema nervioso el regulador de los procesos de asimilación y desasimilación del organismo, teniendo una capital importancia en el trastorno del equilibrio nutritivo que manifiesta la obesidad. G. Leven admite también como causa de esta enfermedad la dispepsia, que se encuentra en los obesos casi constantemente.

Por lo anteriormente expuesto se ve cuán compleja es la patogenia de la obesidad, no pudiendo, en consecuencia, reducirse el tratamiento á una fórmula única, pues si desde el punto de vista de su fisiología patológica presenta una fisonomía característica propia de una enfermedad de la nutrición, en la clínica la obesidad, lejos de ser uniforme en sus manifestaciones, presenta muchas variedades: cada obeso hace la enfermedad á su manera, según su temperamento y constitución, su tara hereditaria y sus condiciones de vida.

Según estas consideraciones, el tratamiento debe tener por objeto: Primero. Modificar el régimen según los principios de la energética alimenticia. Segundo. Combatir la causa patógena individual. Tercero. Acelerar y hacer más intensas las oxidaciones. Cuarto. Restablecer el equilibrio de las funciones orgánicas trastornadas. Quinto. Restituir, ante todo, las fuerzas nerviosas, que presiden á la nutrición general del organismo. Así, pues, dividiremos los obesos, desde el punto de vista del tratamiento, en cuatro categorías: Primera. Los enfermos jóvenes, vigorosos, que comen abundantemente y tienen aptitud para los ejercicios corporales. Segunda. Los neurópatas con apetito caprichoso, que tienen predilección por los feculentos y azucarados, que soportan mal los ejercicios físicos. Tercera. Los obesos artríticos, en los que son frecuentes las congestiones hepáticas, los accesos de litiasis biliar y úrica, pero con integridad funcional de los centros circulatorios. Cuarta. Aquellos en que el miocardio ha perdido su energía funcional.

A los obesos de la primera categoría recomienda el autor uno cualquiera de los regímenes alimenticios conocidos, el de Banting, Elestein, Bouchard, etc.; el objeto es disminuir los ingresos alimenticios y aumentar, por tanto, las pérdidas á expensas de la grasa almacenada en los tejidos. Además, ejercicios al aire libre durante algunas horas.



A los incluidos en la segunda prescribe el reposo corporal y mental, régimen de Bouchard, durante unos veinte días, modificándolo después en el sentido de aumentar los principios grasos y azoados, disminuyendo los hidratos de carbono. Este régimen será ayudado por la hidroterapia, el masaje, la electricidad estática ó de alta frecuencia, con objeto de aumentar la energía funcional de los órganos.

Serán sometidos los de la tercera clase á dieta láctea exclusiva: tres litros diarios de leche, durante una docena de días, mezclándola con algunas cucharadas de un agua mineral alcalina. Además tomarán todas las mañanas una ó dos cucharaditas de sal de Carlsbad. Pasados los diez días tomarán 250 gramos de carne ó de otros alimentos ricos en albúmina, como huevos y queso, 70 á 80 gramos de grasa y 180 gramos de hidrocarbonados. Una vez obtenida una disminución de peso de unos 10 kilogramos, podrá reforzarse el régimen con 300 á 400 gramos de leche por día. Serán permitidos unos 1.200 gramos de líquidos que no sean alcohólicos. Al mismo tiempo realizarán los enfermos ejercicios al aire libre.

Los obesos de miocardio débil, reposo físico, que es sustituido al principio por un masaje moderado del abdomen y piernas, permanencia al aire libre ó inhalaciones de oxígeno. Al mismo tiempo hará uso de preparaciones iodadas y aguas purgantes sulfatadas y cloruradas sódicas. El régimen alimenticio consistirá en varias pequeñas comidas de 40 á 50 gramos de carne y 300 gramos de leche, de manera que al día hagan un total de 200 á 240 gramos de carne y 1.500 gramos de leche. Se permitirán litro y medio de bebidas, sobre todo infusiones de te y café. Cuando el corazón se haya desembarazado algo de la grasa, un ejercicio moderado y permanencia en un clima de montaña serán muy útiles.

En cuanto al tratamiento medicamentoso de la obesidad, no existe ningún medicamento específico; el extracto de glándula tiroides, que con este objeto ha sido recomendado, podrá ser de utilidad cuando acompañando á la obesidad hay mixedema, pero en la mayoría de los casos será inútil, cuando no perjudicial. Algunos medicamentos modificadores de la nutrición, los que favorecen las oxidaciones, los que facilitan la desasimilación, podrán ser empleados. Los linfáticos se beneficiarán con el uso de las preparaciones iodadas; los gotosos, con los alcalinos; los obesos hepáticos, con las aguas sulfatadas y cloruradosódicas; los cardíacos, con los diuréticos y tónicos del miocardio. Los neuropatas se modificarán probablemente con los bromuros, preparaciones fosfatadas, y sobre todo los quínicos; las anémicas y cloróticas deberán recurrir á los ferruginosos, alternando con los iodados.

(*Méd. Moderne*).

\*\*\*

**El bacilo de la sífilis.**—El Dr. Pulido Martín publica la siguiente carta:

Leí en los periódicos políticos que el Dr. Metchnikoff daría

cuenta en la Academia de Medicina de sus trabajos sobre el microbio de la sífilis, y á las dos y media de la tarde del último miércoles entraba en el magnífico palacio que se han construido los inmortales de nuestra rama en la calle de Bonaparte. En el salón, que es precioso, de estilo imperio, adornado con exquisito buen gusto en el conjunto como en los decalles, no había nadie..., y la sesión empezaba á las tres. A la hora anunciada entraron unos cuantos vejetes (uno con un gorro) que se instalaron trabajosamente en la presidencia, el del gorro resultó ser Jaccoud; poco á poco, metiendo mucho ruido y no dejando oír lo que decían de prisa y corriendo los que daban cuenta de las comunicaciones, fueron acudiendo á sus sillones buen número de sabios, bastantes con gorritos; á todo eso, en la galería destinada al público, dos amigos míos (españoles) y yo; por fin vino á hacernos compañía un matrimonio ruso muy obeso, y luego algunos Médicos de distintos países.

Hacia unos veinte minutos que la sesión había comenzado, sin que nadie prestase la menor atención á lo que ocurría en el estrado, cuando el Presidente dió la palabra al Dr. Metchnikoff, á quien se escuchó en silencio.

Las investigaciones encaminadas á descubrir al agente causal de la sífilis empezaron hace muchos años; á principios del siglo último se comprobó en la serosidad de las superficies purulentas de distinta naturaleza la presencia de pequeños infusorios de forma espiral, ó si se quiere de tirabuzón, que recibieron el nombre de espirilos. Estos espirilos que existen en los sífilíticos, se encuentran igualmente en los enfermos que padecen otras enfermedades, lo que hizo se descuidaran los observadores en atribuirles un papel en la etiología de la sífilis.

Donné, entre otros, hacia el año 1850, vió, con los medios imperfectos de entonces, un espirilo fácil de reconocer y de teñir, que por estos caracteres se diferencia del que hoy nos ocupa.

Lustgarten creyó la sífilis producida por un bacilo corto, que más adelante fué reconocido como habitante saprofito de las secreciones genitales. De Lisle y Jullien presentaron en esta Academia hace cuatro años el resultado de sus estudios, y señalaron otro microbio. Siegel vió el año pasado en la sangre de los sífilíticos un protozooario que consideró causa de la sífilis, pero en las investigaciones hechas para comprobar su descubrimiento no fué posible encontrarlo.

El microbio que hoy nos ocupa parece haber sido observado por primera vez hace tres años por dos discípulos del Instituto Pasteur, los Dres. Bordet y Gengou, actualmente en Bélgica, que lo encontraron en un chancro y en una placa mucosa, sin que pudieran verlo en los otros exámenes que para ello hicieron en otros enfermos, y, fatigados, abandonaron sus investigaciones, que todavía están inéditas.

En este estado la cuestión, el Dr. Schaudinn, zoólogo agregado al Instituto sanitario de Berlín (antiguo Instituto de Higiene de Koch),

publica, en unión del Dr. Hoffmann, dos Memorias, aparecidas en el *Deutsche Medizinische Wochenschrift*.

Las investigaciones de Schaudinn ponen de manifiesto un espirilo de una tenuidad extraordinaria (4 á 14 milésimas de milímetro de longitud por un cuarto de milésima de milímetro de espesor), difícil de distinguir, aun coloreándole con los reactivos apropiados, que han sido los que han permitido su descubrimiento; esta dificultad que opone á los colorantes es la que ha servido para darle el nombre de espirilo pálido (*spirochæte pallida*).

Pertenece, pues, á la familia de los espirilos, en que figuran el microbio de la fiebre recurrente, el de una enfermedad epidémica de los pájaros y algunos otros inofensivos que se encuentran en las mucosas del hombre y que son menos largos y mucho más fáciles de colorear que el de Schaudinn.

Schaudinn ha encontrado el *spirochæte pallida* en 26 personas sífilíticas á quienes examinó: en chancros, en pápulas, en placas mucosas y, por último, lo que es más convincente, en los ganglios inguinales extirpados y en el líquido de ganglios, recogido por punción aspirante.

El espirilo pálido, que sólo se ha encontrado en las lesiones sífilíticas, y nunca en las de acné, impétigos, etc., etc., que pudieran ser confundidas con aquéllas por su morfología, muere antes de ser observado. Esta imposibilidad de obtenerse vivo obliga al Dr. Metchnikoff á servirse del virus sífilítico, y no del microbio aislado, para la preparación del suero curativo que tiene en estudio desde hace mucho tiempo.

Los Dres. Schaudinn y Hoffmann se han mostrado muy prudentes al dar á conocer su descubrimiento, y antes de publicar conclusiones solicitaron el concurso de otros sabios de Alemania y del extranjero. Se dirigieron al Dr. Metchnikoff, diciéndole que aunque habían encontrado un microbio que les parecía diferente de los conocidos, se guardaban mucho de afirmarlo en absoluto. Le enviaban preparaciones comprobantes y le indicaban la técnica de coloración, añadiendo que no habían podido comprobar el espirilo en preparaciones procedentes de los monos antropoides que tiene en Viena el Doctor Krause.

El Dr. Metchnikoff siguió el mismo método de coloración, que es el de Giemse: inmersión en una disolución metilica de azul de azul y de eosina durante varias horas, y encontró el microbio de Schaudinn en 4 casos de 6 hombres que examinó, en chancros y pápulas jóvenes. Las preparaciones fueron enviadas á Schaudinn, quien las reconoció como iguales á las suyas.

Además, el Dr. Metchnikoff ha encontrado el espirilo pálido en algunos monos, á quienes ha inoculado la sífilis en 4 de 6 examinados: en un chimpancé, en un papión y en 2 macacos; los otros 2 monos eran un macaco y un chimpancé, uno de ellos en vías de curación por el suero antisifilítico. La identidad de la sífilis del hombre y experimental del mono, que Neisser había negado y ya reconoce en su

última publicación, tiene por tanto un nuevo apoyo. Además, y es de importancia, que el Dr. Metchnikoff ha encontrado el *spirochaete* no solamente en los chancros sobre mucosas (donde como ya he dicho hay otros espirilos), sino en puntos como la arcada superciliar del mono, donde no existen.

El Dr. Marino, discípulo del Instituto Pasteur, ha ideado un método de coloración, que permite poner de manifiesto este microbio en un cuarto de hora y que facilitará el diagnóstico diferencial entre las lesiones sífilíticas y otras análogas.

El Dr. Metchnikoff, al terminar su comunicación, dice que se trata probablemente del microbio de la sífilis, pero que no lo asegura de manera positiva hasta que nuevos trabajos le impongan esa convicción.

Así terminó la conferencia, no llegó á media hora, y yo apresuré la escritura del último párrafo porque el público abandonó las tribunas.

A las cuatro menos diez ya estábamos en la calle.

Los 3 Médicos españoles que oímos la anterior conferencia, más otros 5 compatriotas, también Médicos, fuimos al Instituto Pasteur cuatro días después de la memorable sesión académica que acabo de relatar. Aprovechamos la amabilidad del Dr. Metchnikoff para pedirle algunos detalles sobre la coloración de los espirilos pálidos. Él nos expuso el primer método usado, y el Dr. Marino y un compañero suyo el del penúltimo. El Dr. Metchnikoff utiliza el reactivo de Giemse, ya preparado por el comercio, del cual vierte XXX á XL gotas en 20 centímetros cúbicos de agua esterilizada, y allí deja, durante veinte á veinticuatro horas, la laminilla en que se encuentra el producto que quiere examinar, y que ha fijado teniéndola media hora en alcohol absoluto ó en una mezcla de éste y éter. Cuando han pasado las horas necesarias, lava con agua destilada, seca y monta con bálsamo, como para los exámenes de otros microbios.

El Dr. Metchnikoff siguió sus estudios, un momento interrumpidos, después de presentarnos al Dr. Marino. El procedimiento de coloración de éste, que repitió ante nosotros, es el siguiente:

Una vez impregnada la laminilla, se fija como todas, pasándola varias veces por la llama ó sumergiéndola en alcohol absoluto ó alcohol y éter á partes iguales durante media hora. Después se añade una disolución de azul de azur, 0'04 centigramos en alcohol metílico, 20 centímetros cúbicos; el Dr. Marino deja actuar el colorante sobre el producto unos tres minutos, pero su amigo nos aconseja prolonguemos ese contacto un cuarto de hora; pasado ese tiempo se quita el exceso de azul, vertiéndolo, pero sin lavar, y se añade una disolución acuosa muy débil de eosina, unos 5 centigramos por litro de agua, que impregna la preparación durante un par de minutos; después lavar con agua, desecar y montar con bálsamo, como siempre.

• El espirilo se ha encontrado hasta hoy en la mitad de los chancros sífilíticos examinados, en pápulas, placas, mucosas, etc.; para las primeras investigaciones recomienda se busque en las pápulas aún



cerradas, raspándolas un poco, y pasando sobre ellas, así abiertas, la laminilla de cristal, sin tratar de empapar mucho para que las células no creen obstáculos á la observación del microbio; también, y con el mismo objeto, aconseja se adelgace la capa de exudado que existe en la lámina; con esto disminuyen los coágulos de fibrina, que á un observador poco perito pudieran parecer espirilos.

En el Instituto Pasteur se ha encontrado el espirilo en manifestaciones cutáneas de la sífilis hereditaria, como pénfigos de recién nacidos, en la sangre de éstos, en su hígado y bazo.

Por último, termina acompañándonos á las jaulas de los monos, donde están los chimpancés sifilíticos por inoculación experimental. En éstos el chancro no es indurado, y se presentan manifestaciones secundarias, placas en las mucosas y erupciones; en otros monos la enfermedad no pasa de la primera manifestación.

(*El Siglo Médico*).



**Valor del diagnóstico funcional del riñón.** — El Dr. *Odon Zuckerkandl* presenta las preparaciones de los dos casos á que hizo referencia el Dr. *Liechtenstern* en la última sesión, casos que obligan á poner en duda el valor del diagnóstico funcional del riñón que aconseja *Kapsamer*.

El primer caso, en el que el examen histológico demostró la existencia de un sarcoma del riñón, siendo así que en la clínica, por medio del separador, tan pronto parecía estar afectado en su función uno de los riñones como el otro, es una prueba palmaria de la inexactitud de la afirmación de *Kapsamer* de que el examen funcional del riñón permite descubrir la existencia de los tumores de este órgano por pequeños que sean.

El segundo caso prueba que un riñón atacado gravemente de tuberculosis puede suministrar una orina clara y exenta de albúmina, y aparecer, por el método de examen funcional, como un órgano sano, lo cual demuestra que si no hay que abandonar estos procedimientos de exploración tampoco hay que concederles una importancia decisiva.

El Dr. *Jorge Kapsamer* replica que no hay que fundarse exclusivamente en los nuevos métodos de investigación, sino en el cuadro de conjunto que proporcionan todos los métodos exploratorios. El autor, al tratar de los detalles de ambos casos, insiste en las ventajas de la prueba de la floridzina.

El Dr. *H. Schüller* cree que *Kapsamer* no ha rebatido las objeciones que á la prueba de la floridzina hizo *Israel* ya en 1903, á saber: que ambos riñones no segregan por igual, que su secreción es influida por el cateterismo uretérico y que dicha influencia puede ser diferente en cada uno de los dos riñones.

El Dr. *Roberto Liechtenstern* insiste en que, siempre que se practica el cateterismo uretérico bilateral, se encuentra, aun en la orina

del lado sano, sangre que á veces hasta se revela á simple vista. Esto es debido á que, por mucha habilidad con que se proceda, la mucosa de los uréteres sufre una lesión superficial.

El Dr. *Kapsamer* opina que la cirugía renal está aún en vía de formación, y que, ante todo, es preciso que se procuren cantidades fijas. Es muy posible que todavía hayamos de incurrir en algunos errores, y que á costa de estos tropiezos lleguemos por fin á la meta apetecida.

El Dr. *Ricardo Palttauf* hace notar que es muy frecuente que el anatomo patólogo tenga ocasión de observar una discordancia entre los datos clínicos y los anatómicos. El autor refiere que muy recientemente ha hecho una autopsia de un caso de nefritis purulenta del riñón izquierdo en el que faltaba el riñón derecho, y, sin embargo, la orina se había conservado durante la vida completamente clara y sin alteración alguna patológica.

El Dr. *Adolfo Zemann* describe las lesiones anatomo-patológicas que se encontraron en el caso en cuestión. Se halló necrosis y reblandecimiento de las papilas de las dos pirámides más altas del riñón izquierdo. No hay que olvidar que las vías conductoras de la orina pueden ser cerradas por procesos patológicos y volver á quedar permeables más tarde. También hay que pensar en la posibilidad de que existan uréteres dobles y pelvis renales también dobles. El caso que se discute nos enseña que los nuevos métodos de investigación del diagnóstico renal pueden tropezar con causas de error en determinadas particularidades anatómicas, y que por lo tanto, sólo permiten un diagnóstico de probabilidad.

El Dr. *Enrique Albrecht*: En este asunto, la última palabra le está reservada á la Anatomía patológica. Los datos suministrados por los nuevos métodos de investigación no pueden utilizarse más que teniendo en cuenta la experiencia y el conocimiento que proporcionan una serie muy numerosa de lesiones anatomo-patológicas del riñón observadas en el cadáver.

(*Imp. y Real Soc. de los Méd. de Viena*).

\*  
\*\*

**Rupturas del riñón.**—El Dr. *Chaput* refirió algunos casos de rupturas del riñón, que presentan las particularidades siguientes:

1.<sup>a</sup> En un hombre de cuarenta y un años, con ruptura del riñón, el Dr. *Chaput* hizo la incisión lumbar y extrajo un fragmento renal de 7 á 8 centímetros de altura; creyó haber extirpado casi todo el órgano y no prosiguió sus observaciones; pero como salió por la herida lumbar una gran cantidad de orina, hizo una nueva exploración, y pudo así extirpar un segundo fragmento del riñón, de 12 centímetros de longitud, con dos gruesos infartos. El interés de este caso se debe á la hipertrofia del riñón, producida por el proceso inflamatorio, y al error de creer que se había extirpado casi todo el órgano cuando sólo se extrajo un fragmento renal voluminoso.

2.<sup>a</sup> Un joven de diez y siete años recibió un golpe fuerte en la región lumbar contra una barra de hierro; á los quince días ingresó en el hospital con diarrea y fiebre; la orina era purulenta y el riñón estaba aumentado de volumen. El Dr. Chaput hizo la incisión lumbar y encontró un riñón enorme que medía 20 centímetros de largo, con un desgarro horizontal que interesaba todo el espesor de la cara anterior. Practicó la nefrotomía, hizo el desagüe de la pelvis renal y suturó la incisión y el desgarro. Hubo durante la operación hemorragias por la incisión renal, pero el enfermo curó perfectamente.

Lo importante de esta observación es la hipertrofia inflamatoria renal, idéntica á la del caso precedente; el desgarro de la cara anterior del riñón, producido, al parecer, por flexión hacia atrás, y, finalmente, la hemorragia prolongada de la incisión hecha al practicar la nefrotomía, que es prudente practicar más con instrumentos romos que cortantes.

3.<sup>a</sup> Una mujer de treinta y ocho años chocó contra el ángulo de una mesa, recibiendo un golpe en el vacío derecho; sobrevino una tumefacción enorme de la fosa ilíaca; el Dr. Chaput creyó que estaba roto el uréter. Hizo una incisión ilíaca vertical y encontró un derrame abundantísimo de orina y de pus, que evacuó. La persistencia de la fiebre le obligó á practicar á los pocos días la nefrectomía; la fosa lumbar estaba vacía, pero en la ilíaca había un riñón enorme, relajado hacia abajo, hidronefrótico y roto. Este caso es análogo por completo á otro de ruptura del uréter referido por el Dr. Chaput en 1889 en la Sociedad de Cirugía.

(*Soc. de Cirug. de París*).

---

## SECCION PROFESIONAL

---

### RECONOCIMIENTOS FACULTATIVOS

«Circular.—Excmo. Sr.: El artículo 3.<sup>o</sup> de las Instrucciones para la concesión de licencias temporales, aprobadas por Real orden de 16 de Marzo de 1885 (*C. L.* núm. 132), preceptúa que los Directores Subinspectores de Sanidad Militar de los distritos formen parte de la Comisión encargada de practicar los reconocimientos facultativos, mediante los cuales los Jefes y Oficiales del ejército acreditan su estado de salud. Los artículos 24 y 25 del Real decreto de 2 de Noviembre último (*C. L.* número 205) determinan las funciones del Inspector, y á fin de que al in-

formar al General del Cuerpo de ejército sobre los actos facultativos de los Jefes y Oficiales médicos que formen dicha Comisión presida la imparcialidad más absoluta, como resultado exclusivo de la inspección que le está confiada, el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer que en lo sucesivo las Comisiones para los reconocimientos facultativos á Jefes y Oficiales se constituyan por tres Médicos de Sanidad Militar y el Director del hospital respectivo, quedando derogado, en lo que al Inspector se refiere, el inciso 1.º del artículo 3.º de las mencionadas Instrucciones.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 27 de Enero de 1905.—Villar.—Señor.....»

\*  
\* \* \*

### HOJAS DE SERVICIOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Reorganizadas las Juntas facultativas de Artillería y de Ingenieros y creadas las de Administración Militar y Sanidad Militar, quedando unas y otras constituidas en la forma determinada en el artículo 10 del Real decreto de 9 de Diciembre último (C. L. número 240), el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que la redacción y conceptuación de las hojas de servicios y de hechos de los Jefes y Oficiales y sus asimilados que figuran en las plantillas de dichas Juntas, sin otro destino, estén á cargo de los Presidentes de aquellas á que respectivamente pertenezcan.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 10 de Febrero de 1905.—Martítegui.—Señor.....»

\*  
\* \* \*

### MATERIAL SANITARIO

«Excmo. Sr.: En vista de un escrito del Director general del Laboratorio central de Sanidad Militar cursando copias de acta de sesión celebrada por la Junta económica del establecimiento en 11 de Enero anterior, solicitando autorización para reclamar de los contratistas del servicio de presupuesto los artículos que en la misma se insertan, por valor de 15.840·83 pesetas, y con arreglo á la subasta en vigor celebrada en el año último, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien conceder dicha auto-



rización. Asimismo se ha servido disponer que cuando en lo sucesivo la referida Junta necesite verificar esta clase de reclamaciones de los contratistas, las practique directamente, dando cuenta al propio tiempo á este Ministerio, considerándose modificado en tal sentido cuanto se oponga á la presente resolución.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 17 de Febrero de 1905.— Martítegui.—Sr. General del primer Cuerpo de ejército».

\*  
\* \*

### CONTRATACIONES

«Excmo. Sr.: En vista del escrito que V. E. dirigió á este Ministerio en 18 de Enero próximo pasado consultando acerca de la tramitación de los expedientes de subasta en los hospitales militares, y considerando que si bien en la Real orden circular de 9 de Julio de 1884 (*C. L.* núm. 230) se consigna que la gestión económica de dichas dependencias se desempeñe por la Administración Militar, y en los incisos 9.º y 10.º del artículo 24 del Reglamento del servicio de hospitales, aprobado por Real orden circular de 15 de Junio de 1886 (*C. L.* núm. 247), se establece que al Director administrativo corresponde presidir los actos de subasta y formalizar las escrituras y convenios; como quiera que por otra Real orden circular de 8 de Marzo de 1887 (*C. L.* núm. 420) se dispuso que los Comisarios de guerra ejerzan sus cometidos como Interventores en todos los servicios, sin que esta circunstancia modifique sus facultades gestoras, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que, en armonía con la regla 14 de la Real orden circular de 9 de Diciembre último (*C. L.* número 240), la moción para iniciar las contrataciones en los hospitales militares debe partir de los Directorés de estos establecimientos, dirigiéndola por el conducto que en dicha regla se señala.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 22 de Febrero de 1905.— Martítegui.—Sr. General del segundo Cuerpo de ejército».

## NECROLOGÍA

**Don José Arcenegui y González.**—Era natural de Paradas (Sevilla), y había nacido el día 19 de Junio de 1863, graduándose de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Sevilla el 14 de Septiembre de 1886.

Ingresó en el ejército el 15 de Febrero de 1883, siendo destinado á la Brigada Sanitaria, alcanzando en ella hasta el empleo de cabo primero, y por Real orden de 16 de Diciembre de 1889 se le confirió, previa oposición, el empleo de Médico segundo del Cuerpo, siendo destinado al hospital militar de Sevilla, y posteriormente al regimiento Infantería de España y enfermería del Peñón de la Gomera.

Por Real orden de 21 de Septiembre de 1891 fué destinado al ejército de Filipinas con el empleo de Médico primero de Ultramar, llegando á Manila el 11 de Febrero siguiente, prestando sus servicios en el hospital militar de Manila y posteriormente en el regimiento de línea número 70. En Febrero de 1895 embarcó para la Península en uso de licencia por enfermo, regresando á Manila en Diciembre de dicho año, y fué destinado al regimiento de línea número 74, sirviendo después en la enfermería militar de Solano, hospital provisional de Silang y de Manila.

En Septiembre de 1897 regresó definitivamente á la Península, permaneciendo seis meses en uso de licencia por enfermo, y al cumplirla quedó en situación de reemplazo en Paradas, hasta Mayo de 1898 que fué destinado al primer Depósito de caballos sementales: pasó luego á los regimientos Infantería de Granada y Ceuta número 1, hospital militar de Burgos, situación de excedente y asistencia de las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Menorca.

Ha fallecido en Paradas (Sevilla) el 24 de Julio próximo pasado á consecuencia de un padecimiento pulmonar crónico. Alcanzó los em-

pleos efectivos del Cuerpo con las antigüedades siguientes: Médico primero, 25 de Mayo de 1895, y Médico mayor, 6 de Abril de 1904.

Estaba en posesión de cinco cruces rojas de primera clase del Mérito Militar, una de ellas pensionada, y de las medallas de Mindanao, Filipinas y Alfonso XIII.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

## VARIEDADES

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE ALICANTE.—Programa del certamen para los premios del curso actual.—Premio del Colegio.—Causas á que pueda obedecer la mayor frecuencia actual de la «diabetes sacarina» y medios que convendrá emplear para atajar dicha frecuencia y para combatir la enfermedad.

Premio costeado por el Casino de esta capital.—Cartilla de profilaxis tuberculosa, especialmente dedicada á evitar el contagio y difusión de la enfermedad en los grandes centros de reunión.

Para cada uno de estos temas habrá un premio y un accésit, consistiendo el primero en 250 pesetas en metálico y un diploma, y el segundo en el diploma solamente.

Sólo podrán tomar parte en este concurso ó certamen los Médicos de esta provincia.

Los trabajos irán redactados en castellano, letra clara, y el nombre del autor y punto de su residencia se expresará dentro de un pliego cerrado, en cuyo sobre se pondrá un epígrafe igual al que se escribirá también al principio de la Memoria.

La Memoria se dirigirá al Presidente del Colegio antes del día 30 de Septiembre próximo, y deberá presentarse sin firma ni rúbrica ni nada que pueda dar idea de quien sea su autor.

En la sesión pública inaugural del próximo curso, que se verificará en uno de los días de Noviembre del presente año, se abrirán los sobres de las Memorias premiadas, publicando el nombre de sus autores y llamándoles el Presidente, si hubieran asistido al acto, para hacerles entrega del diploma. La cantidad de metálico será entregada después de la solemnidad.—El Presidente, *E. Manero*.—El Secretario, *E. Manero, hijo*.

\*  
\*\*

Durante el mes de Julio próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.387 defunciones, que arrojan un término medio diario de 43'129 y una proporción de 2'350 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1904 hubo 1.450 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 415, de menos de un año;

256, de uno á cuatro años; 83, de cinco á diez y nueve; 124, de veinte á treinta y nueve; 220, de cuarenta á cincuenta y nueve; 238, de sesenta en adelante, y 1 sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: diarrea y enteritis (menores de dos años), 257; meningitis simple, 124; tuberculosis pulmonar, 118; pneumonía y broncopneumonía, 74; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 71; congestión y hemorragias cerebrales, 52; enfermedades orgánicas del corazón, 49; tumores cancerosos, 43; tuberculosis varias, 39; bronquitis aguda, 36; bronquitis crónica, 26; sarampión, 20; senectud, 20; fiebre tifoidea, 18; meningitis tuberculosa, 17; afecciones puerperales, 10; coqueluche, 9; debilidad congénita, 9; gripe, 8; suicidios, 7; escarlatina, 4; difteria y crup, 4; reblandecimiento cerebral, 4; otras causas de defunción, 318.



Según las estadísticas oficiales, á fines de 1904 existían en el Imperio alemán 24 personas atacadas de lepra, uno menos que en 1903. Estos 24 enfermos estaban distribuidos del modo siguiente: 19 en Prusia, 3 en Hamburgo, 1 en Meckenburgh-Schwerin y 1 en Alsacia-Lorena. Durante el año 1904 murieron 3 leprosos en Prusia y 1 en Hamburgo.

---

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

**Lo sgombero degli ammalati e dei feriti in guerra.**—Memoria dei *Dottori Luigi Bernardo é Giuseppe Brezzi*, onorata dal 1.º premio del Concorso Riberi del 1902-1903.—Roma. 1905.

**La oficina de Farmacia española según Dorvault.**—Vigésimoquinto suplemento de la segunda serie, redactado por los *Sres. D. Joaquín Omedilla y Puig y D. Filiberto Soria y Sánchez*.—Madrid. Librería editorial de Bailly-Bailliére é Hijos. 1905.

**Resumen de los trabajos realizados por la Junta técnica de salubridad é higiene del Ayuntamiento de Madrid durante el año 1904**, publicado por la Secretaría de la Junta.—Madrid, 1905. (Dos ejemplares).

**El alcoholismo.**—Conferencia dada á la tropa del regimiento Infantería de Otumba, número 49, el día 4 de Febrero último, por el Médico segundo *D. José Moreno Bastante*.—Castellón. 1905. (Dos ejemplares).

**Revista de Farmacia**—Publicación mensual, dirigida por el *Doctor Casimiro Brugés*.—Barcelona. 1905.

**La lucha contra la tuberculosis**, por el *Dr. D. Juan Manuel Mariani*.—Madrid. 1905. (Dos ejemplares).

**Revista barcelonesa de enfermedades del oído, garganta y nariz.**—Publicación trimestral, dirigida por el *Dr. Avelino Martín*.—Barcelona. 1905.

**Revista de Medicina y Farmacia.**—Publicación mensual.—Murcia. 1905.