

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año IV.

Madrid, 15 de Febrero de 1910.

Núm. 4.

SUMARIO

Banquete á los compañeros del Ejército de operaciones de Melilla.—Toxifrenias de origen eberthiano, por **Antonio F. Victorio**.—Tifus exantemático, continuación (de los Anales de la Real Academia de Medicina).—Tratamiento de la lepra por el Mangle rojo, por **Sebastián Lazo García**.—*Prensa Médica*: La sífilis extra-genital.—Septicemia gonocócica.—Experimentos clínicos sobre las inyecciones intravenosas de adrenalina en los colapsos graves del corazón y de los vasos.—Examen bacteriológico de la conjuntiva.—La sero-anaflaxia clínica y experimental.—Las miositis gonocócicas.—*Necrología*: D. Ramón Ventué Navarrete.—D. Eleccario Benot y Rubio.—D. Manuel Puigvert Borrell.—D. Clemente Senac y Vicente.—*Varietades*.—*Sección oficial*.

BANQUETE A LOS COMPAÑEROS DEL EJÉRCITO DE OPERACIONES DE MELILLA

Por iniciativa de unos cuantos Jefes y Oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar, acogida y secundada con entusiasmo por considerable número de compañeros, se celebró, en la noche del sábado 5 de los corrientes, un banquete en el restaurant Tournié para obsequiar á los Médicos y Farmacéuticos militares recién llegados á esta corte, procedentes del Norte de África.

Presidió la fiesta el General Jefe del Estado Mayor Central, Excmo. Sr. D. Julián González Parrado, al que acompañaban en la mesa presidencial los excelentísimos Sres. General Orozco, Subsecretario del Ministerio de la Guerra; Inspectores de la escala activa, Gómez Florio, Lacalle y Fernández Guijarro; Inspectores de la sección

de reserva, Castro y Camisón; el Subinspector Médico de primera clase, D. Jaime Sánchez de la Presa, y el Dr. D. Angel Pulido; el Médico militar, hoy Teniente Coronel de Inválidos, D. Felipe Trigo; el distinguido Médico y periodista Dr. Ruiz Albéniz, y el Subinspector Médico Sr. Zapico. En las mesas laterales ocupaban los asientos preferentes los compañeros llegados de Melilla, y en los demás puestos se colocaron, indistintamente, los demás Jefes y Oficiales.

Reinó durante la comida la mesurada animación propia del caso, y al servirse el champagne hizo uso de la palabra el General González Parrado, el cual manifestó que saludaba al Cuerpo de Sanidad Militar en nombre y representación del Sr. Ministro de la Guerra; prodigó elogios á dicha colectividad en general, y especialmente á los que tan dignamente la han representado en la campaña de Melilla, y terminó brindando por la Patria, el Rey, el Ejército y el Cuerpo Sanitario castrense.

Acto seguido habló el Subinspector Médico Sr. Coll, que ha presidido la Comisión organizadora del banquete, expresando el alcance y fines de éste, puntualizando la significación de las ilustres personalidades que honraban el acto con su presencia, dedicando un sentido recuerdo al Farmacéutico segundo Méndez Pascual, muerto gloriosamente en el combate, y proponiendo se diese por telégrafo cuenta del referido acto á S. A. el Infante Don Luis Fernando de Baviera, Inspector honorario del Cuerpo, y al Comandante en Jefe del Ejército de operaciones, General Marina.

Cuando terminó el Sr. Coll, se dió lectura por algunos Jefes y Oficiales á telegramas y cartas de los Inspectores de Sanidad de las Regiones y de otros individuos del Cuerpo, asociándose con entusiasmo al acto que se celebraba.

A continuación se levantó el Sr. Lapresa á dar gracias efusivas, en nombre de los obsequiados, exponiendo que lo hacía arrogándose la representación de todos ellos, no por su modesta significación, sino por haberle correspondido la jefatura del Cuerpo en Melilla; envió un cordial saludo á los que aún se encuentran en África, y expresó á todos su gratitud y reconocimiento en términos elocuentes y sentidos.

Recogiendo las alusiones de que había sido objeto, se levantó el Dr. Pulido, y dijo que, con el carácter que le daba su representación como Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, saludaba, en nombre de la clase médica civil, al Cuerpo de Sanidad castrense, encomiando su incesante progreso, las nuevas formas de desarrollar sus servicios y, en general, la misión científica y militar que cumple, aduciendo ejemplos de la importancia de la Sanidad en paz, y singularmente en campaña, tomados de las últimas guerras, y sobre todo de la ruso-japonesa; recordó los hechos gloriosos de la Sanidad española en los combates, y citó, entre otros, los nombres de los señores Orad, Castells, Durán y Trigo, que hoy pertenecen al Cuerpo de Inválidos, y que escribieron brillantes páginas en la historia de nuestra Corporación. Terminó ofreciendo, en períodos elocuentísimos, su concurso personal y su significación profesional y política para coadyuvar al desenvolvimiento de la Sanidad española y á la defensa de sus prestigios, escuchando prolongados aplausos.

El Dr. Ruiz Albéniz cerró los brindis con un elocuente discurso, en el que, apoyándose en su doble carácter de periodista y médico, hizo patentes los consuelos materiales y morales prestados por los individuos del Cuerpo á los enfermos y heridos; encomió la asistencia facultativa castrense y abogó por la publicación de la estadística de la campaña, que, seguramente, entrañará enseñanzas

que podrán servir de base á ulteriores perfeccionamientos y demostrarán la importancia de la labor realizada. Recibió aclamaciones de todos los concurrentes.

En suma: el acto realizado por el personal de Sanidad Militar que se encuentra en Madrid, constituyó un homenaje á los compañeros que lo han representado tan dignamente en la campaña del Norte de África; demostró la confraternidad que reina en la Corporación; dió margen á que se hicieran más patentes las relaciones cordialísimas que unen á los profesionales civiles y militares; evidenció el interés que inspira á las autoridades superiores de la Milicia, y probó, con la fuerza incontrastable de los hechos, que el Cuerpo, siempre que se trata de sus prestigios y de los intereses colectivos, sabe mostrarse unánime, poniendo de manifiesto sus bien definidos ideales de progreso y la solidaridad que une á todos en bien del Ejército y de la Patria.

TOXIFRENIAS DE ORIGEN EBERTHIANO

En la Clínica de infecciosos, á mi cargo, del Hospital de la Misericordia, de Málaga, existe buen número de enfermos de tifus abdominal, procedentes de Melilla, que, en su mayor parte, resumen, dentro del ciclo evolutivo de la referida enfermedad, el variadísimo conjunto de complicaciones que pueden presentarse en el curso de la misma.

Entre estos enfermos, con manifestaciones llamadas secundarias, y las cuales no representan en suma sino la

mayor ó menor electividad de la infección por determinados órganos ó aparatos, merecen mencionarse tres casos que han ofrecido, dentro del síndrome clásico de toda psicosis tóxica, que, sinónima y más brevemente, podemos denominar *toxifrenia*, distintas modalidades semiológicas.

Tratábase en el primero de ellos de un individuo en plena evolución de la fiebre tifoidea, con curva térmica de oscilaciones estacionarias, y tipo continuo y alto, 39°,4 á 40 por las tardes y ligeramente remitente por las mañanas; postración, pulso lento en discordancia con la temperatura; lengua seca rojiza y fuliginosa, meteorismo, dolor abdominal, especialmente en la zona ilíaca derecha; diarrea, color de ocre y alguna mancha roseólica ó petequial en la base del tórax. Durante los dos primeros días de su permanencia en la Clínica, no ofreció el sensorio otra perturbación que la pereza reaccional que es propia de las formas adinámicas de la enfermedad. Mas al tercer día llamó nuestra atención la vivacidad del semblante, el lenguaje profuso é incoherente del enfermo y la tendencia á la agitación psico-motriz. Se encontraba perfectamente curado; se le retenía en la cama sin motivo alguno; sus obligaciones estaban desatendidas; se hacía preciso que le permitiesen ir al campo á trabajar. Él era muy rico, y no tenía miedo á nada; además, le habían encomendado los puestos de mayor peligro en la campaña del Rif; la hora había sonado, y ya verían en su pueblo lo que iba á hacer para sacar á la tierra tres cosechas seguidas de trigo... Y en el curso de este monólogo ininterrumpido é incoherente, y acompañando la acción al pensamiento, ora hacía grandes esfuerzos para arrojarse fuera del lecho, sin poderlo enteramente conseguir por el estado de sus fuerzas, bien expresaba su semblante la distinta tonalidad emotiva adecuada á las ideas emitidas, ya sustituían á la logorrea

diversas fases de gritos, cantos, risotadas, actitudes de violencia, etc., etc.

En tal situación, sin que apenas se lograra algún corto período de reposo, merced al tratamiento farmacológico, transcurrieron cuatro días, y pasados éstos, la excitación mental fué paulatinamente disminuyendo hasta restablecerse la normalidad, no sin coincidir esta mejoría con la de la curva térmica, que descendió hasta 37°,2, con remisión también de los fenómenos gastro-intestinales propios de la dolencia.

De este sujeto no fué posible obtener antecedentes de familia, porque, según manifestó, desde muy joven era huérfano de padres, ignorando de qué habían muerto éstos, y no tenía hermanos ni parientes próximos.

El análisis clínico del caso no puede ser más sencillo: perturbación de la higidez mental en el curso, y con motivo de una infección eberthiana de altos vuelos en lo que respecta sobre todo á la curva térmica. En primer término, *hiperfrenia* (circunscribiendo el significado de esta palabra á la sobreexcitabilidad del funcionalismo intelectual), que se manifestó por atención móvil, percepción un tanto difícil, ideación profusa y desordenada, cuyo estímulo se hallaba principalmente en las impresiones de orden exterior; fuga é incoordinación de las ideas por exceso de asociación; memoria aumentada, si así puede decirse, para las impresiones antes adquiridas, las cuales se evocaban con rapidez y atropelladamente, pero muy escasa en cuanto á la fijación de las imágenes actuales por efecto de la inestabilidad de la atención, es decir, hipermnésia de reproducción con amnesia anterógrada ó actual, é insuficiencia en la formación de juicios adecuados, como función que necesita esencialmente la normalidad en el enlace de los nexos ideativos. Además de la hiperfrenia, así exteriorizada, *hipertimia*, es decir, aumento del coeficiente

emotivo, en el caso de que se trata, puesto en evidencia por la fácil irritabilidad del carácter y las bruscas transiciones de la tonalidad de los sentimientos de alegría, pesar, etc., etc. Y, últimamente, la *hiperpraxia*, ó, lo que es lo mismo, agitación psico-motriz en directa relación de coincidencia con la sobreexcitación intelectual y afectiva.

Hiperfrenia, hipertimia é hiperpraxia, he aquí el síndrome ofrecido por nuestro enfermo. Se ha tratado, por consiguiente, del cuadro clínico de la manía aguda, episódica ó sintomática de la infección, y con ésta y cuando ella, evolucionando en sentido favorable.

En el segundo caso, el cuadro de conjunto se ha separado un tanto del patrón clínico antes expuesto. Se trataba de un individuo que, al iniciarse los fenómenos de infección endo-digestiva, comenzó á manifestar confusión en las ideas, amnesia y desorientación. No recordaba hechos de alguna fecha ni, sobre todo, los de época reciente; apenas conocía el nombre de sus allegados, ni el día, mes y año corrientes, ignorando además la población y establecimiento en que era asistido. Había perdido asimismo la noción de su propio estado de enfermedad, creyéndose completamente sano, y en fin, era en un todo indiferente á las impresiones de orden exterior y en extremo sugestible á cualquier solicitud. Una semana después de presentar tales síntomas, y á pesar de que la curva térmica no descendió, sosteniéndose en un promedio de 39°,8, se fué restableciendo, de modo bastante rápido, la normalidad mental, que posteriormente no volvió á perturbarse.

La definición del síndrome descrito entra de lleno en el concepto clínico de la confusión mental ó amencia, á la cual no faltó, si bien fuesen muy poco acentuados y fugaces, el delirio onírico, ni alguna fase alucinatoria, de índole visual especialmente.

El tercer toxifrénico observado en la Clínica, y al con-

trario que los de los dos grupos anteriores, único en su modalidad patológica, convalecía de fiebre tifoidea, y cerca de dos semanas después de hallarse completamente bien, y reponiendo fuerzas con visible rapidez, de modo bastante súbito empezó á manifestar grandes temores de hallarse muy próximo á la muerte, que le anunciaban á cada momento multitud de espectros que veía ante sí, y de los cuales no podía verse libre, sobre todo por la noche. Con esta fase alucinatoria coexistieron ideas de autoacusación, de humildad y las hipocondríacas á que antes se hace referencia. Merecía morir como justo castigo á sus innumerables faltas; él tenía la culpa de las dolencias que padecían cuantos estaban á su alrededor; además, no se había portado bien en la campaña, porque no había entregado, como otros, su vida en defensa de la Patria; sentíase muy grave con el cuerpo destrozado y los intestinos convertidos en sangre podrida; sus horas eran contadas, é iba á morir derramando sangre por la boca y por los ojos...

En este enfermo, la memoria, la orientación y aun la voluntad permanecieron ostensiblemente normales. El proceso patológico se localizó con visible preferencia en la esfera de la emotividad, y secundariamente extendía su radio de acción al funcionalismo intelectual. Latrística activa, depresión del humor ó cacoforia; las ideas de carácter depresivo, el delirio de humildad, auto-inculpación, hipocondría y cenestésico, exteriorizado éste por las falsas sensaciones endógenas ya indicadas, y, por último, las alucinaciones visuales, definieron bien acabadamente el síndrome melancólico agudo padecido por el enfermo, y tan fugaz en su evolución, que duró apenas dos días, sin acompañarse por los demás de otros síntomas somáticos que una ligera elevación de temperatura ($38^{\circ},2$) durante dichos dos días.

Para formar juicio de conjunto acerca de los casos tan sumariamente expuestos, notemos, ante todo, que los tres individuos de referencia presentaban, singularmente el último, signos ó estigmas numerosos de viciosa configuración. Eran tres degenerados, no sólo desde el punto de vista morfológico, sino en lo que al desarrollo de su mentalidad se refiere. El examen de su psiquismo, efectuado después de la completa evolución de la fiebre tifoidea, en avanzada convalecencia, permitió calificar á los dos primeros como disgenésicos mentales nada dudosos, y comprobar en el último, al lado de una intelectualidad bastante desenvuelta, rasgos anormales del carácter, movilidad de sentimientos, ignorancia ó equivocado concepto de las leyes éticas más rudimentarias con perturbaciones de orden afectivo, singularmente el egoísmo y la indiferencia patológica, que retrataban el tipo del alienado moral.

Además de la conclusión bien comprobada en estos enfermos de ser las psicosis tóxicas patrimonio de predisuestos ó degenerados, hasta el extremo de admitirse por la mayoría de los mentalistas que la estabilidad del funcionalismo psíquico tiene su piedra de toque en la resistencia ó predisposición al delirio, bien sea de causa endógena (infecciones), ya exógena (alcoholismo, etc.), puede obtenerse otra enseñanza de los casos clínicos esbozados: la de que, en ocasiones, los trastornos mentales se presentan con posterioridad al ciclo evolutivo de los fenómenos agudos de la infección, después de terminada ésta, en plena convalecencia, son post-infecciosos, hecho clínico señalado, por lo demás, por algunos autores modernos, y sin explicación satisfactoria.

Por último, y como lógico corolario de las citadas observaciones, hay que convenir en la no individualidad morbosa de las toxifrenias endógenas, no obstante se hallen subyugadas á una misma causa. Y así como en las

psicosis de origen exotóxico el síndrome clínico se ajusta más ó menos completamente á un conjunto semiológico bien definido, en las perturbaciones mentales de índole endotóxica, aun encontrándose en directa relación con el mismo agente etiológico (el bacilo de Eberth Gafky en los tres casos objeto de nuestro estudio). puede aquél provocar distintos síndromes mentales, el maníaco, el melancólico y el amencial, como hemos visto, no siendo raro que en otras ocasiones determine la modalidad psico-morbosa, de autonomía clínica muy en litigio, denominada delirio alucinatorio, ó alucinosis aguda.

ANTONIO F. VICTORIO,

Médico mayor.

TIFUS EXANTEMÁTICO

(CONTINUACIÓN)

El Sr. Hernández Briz, Académico corresponsal, dijo: Que es tan sencillo el diagnóstico del tifus, que al ingresar 10 ó 12 enfermos, en veinticuatro horas, procedentes del Asilo Tovar, en el Hospital General de Madrid, nadie dudó de la enfermedad que padecían; que, por de pronto, se les aisló en el pabellón de la Carpintería, hasta que se habilitó el Hospital de San Juan de Dios; que el tifus exantemático tiene estrechas analogías con el sarampión y con la escarlatina, y pocas con la fiebre tifoidea y el paratífus, que se transmiten por las aguas y por los ingestas; que el viaje de aguas de la Castellana está en comunicación, en gran parte de su trayecto, con pozos negros, resultando inficionado; que el tifus, el sarampión,

y la escarlatina se parecen en la fiebre que les caracteriza (de unos quince días de duración), en el exantema, en la crisis con que terminan y en ser de carácter contagioso; y que en la Sala 13 del mencionado Hospital, que está á su cargo, ocurrieron seis ó siete casos de contagio, en el poco tiempo que permanecieron en ella enfermos procedentes del Asilo de Pellejeros.

Después manifestó: Que en el Refugio de esta corte, adonde acudieron pobres por socorro, se contagiaron diferentes personas, muriendo el Capellán y tres Hermanos; que hasta ahora no se ha encontrado el germen del tifus exantemático; y que debe ser análogo ó igual al del sarampión y al de la escarlatina, igualmente desconocidos.

El Sr. Hergueta sostuvo que, al discutirse las *Enfermedades reinantes en Madrid en la estación de invierno*, ha debido tratarse de la *grippe*, que ha atacado á toda la población, adoptando diversas formas y localizándose, especialmente en el sistema nervioso, con neuralgias y neurosis, en el aparato digestivo y en los oídos; y agudizándose toda la patología crónica, y, sobre todo, las tuberculosis y las cardiopatías.

A continuación manifestó: Que las relaciones entre la bacteriología y la clínica no pueden ser más íntimas y necesarias, debiendo ejercerse, siempre que sea posible, por una misma persona; que la bacteriología sola pocas veces puede formular un diagnóstico, como sucede en la tuberculosis, y en fiebres de cinco ó seis meses de duración, en que no se ha encontrado alteración alguna en la sangre, esmeradamente examinada; y que la clínica es el juez supremo, especialmente en cuestiones de diagnóstico y de tratamiento.

Respecto al *tifus exantemático*, aseguró el Sr. Hergueta que la epidemia actual era más benigna que la de otras

épocas, curándose mayor número de enfermos; que el principio de la enfermedad ha sido rápido, con mirada apagada y brillante, temperatura de 40 ó 41°, bajando á las cuarenta y ocho horas á 39, y vacilación, y durando la enfermedad unos catorce días; que las erupciones han sido generalmente punteadas, apareciendo y desapareciendo con facilidad; que, además de las náuseas y de los vómitos, se ha observado la lengua húmeda y cubierta de capa blanquecina, y poca sed, en lugar de la lengua muy seca, roja y encendida, como en otras epidemias; abultamiento de vientre sin timpanización, cefalalgia, fenómenos adinámico-atáxicos, delirio unas veces y otras inteligencia torpe, pocas veces albúmina en la orina, y crisis del décimocuarto al décimoquinto días.

Respecto al tratamiento, alabó la ventilación y la limpieza, así como el cambio de ropas; los baños generales, por su acción sedante, no como antitérmicos; una cucharada de solución de sublimado al 1 por 1.000, cada cuatro horas; y en algunos casos de delirio, la fórmula de Graves, de tártaro emético y opio.

El Sr. Ramón y Cajal usó de la palabra para aclarar algunas afirmaciones que hizo en su discurso de la sesión anterior, y que habían extrañado á algunos compañeros, proclamando la más íntima armonía entre el laboratorio y la clínica, que tienen la misma relación que la fuente y el río, y citando el hecho de que los clínicos son los que han descubierto los microbios de muchas enfermedades, si bien dejando á los bacteriólogos las investigaciones sobre antitoxinas, opsoninas, aglutininas y otras particularidades que exigen tiempo prolijo.

Añadió que, con motivo de la epidemia de que se trata, se dió carácter oficial á un Centro, en que se analizaron y diferenciaron el tifus, la fiebre tifoidea y el paratífus, encargándose de esta función el Dr. Mendoza, que

no pudo dividir el Laboratorio de la Beneficiencia provincial, de que es jefe, auxiliándole los Ayudantes necesarios; que no habiéndose descubierto el microbio del tifus, la investigación bacteriológica tenía que resultar negativa; que en su discurso no tuvo intención de molestar á persona alguna, aunque empleara alguna vehemencia ó calor exterior; que aconseja al Sr. Durán y Cottés que repita sus investigaciones y experimentos; que quizá pueda tratarse de infecciones mixtas, en que haya habido mezcla de paratífus, de tifus y de fiebre tifoidea; y que las investigaciones del Sr. Durán sólo se refieren á cuatro casos, que es número insuficiente.

Terminó manifestando: Que para hallar algo especial en esta materia, es necesario contar con un método diverso del corriente; que el Sr. Durán ha cultivado heces y orina, no sangre, hallando un microbio que no ha encontrado el Sr. Mendoza; que en la epidemia de la Mandchuria, á que se ha aludido, se trataba de una *enfermedad que recordaba el tifus exantemático*; que, en su opinión, el microbio del tifus no será un microbio de las heces, sino de la sangre; que el sarampión, la escarlatina, la viruela y la roseola tienen gran parecido entre sí y con el tifus, porque se transmiten por el aire, hay escamas cutáneas, y no son transmisibles á los animales; que en estas enfermedades puede tratarse de un *germen ultramicroscópico*, que resista á la desecación, siendo muy pequeño, y cuya técnica no se ha encontrado hasta el presente; que, en su opinión, el día en que se halle el germen del sarampión, se hallará el de las enfermedades mencionadas; y que sólo tiene pasión por la ciencia y por el brillo de la Medicina patria, deseando al Sr. Durán los mayores éxitos y descubrimientos.

El Sr. González Campo, Corresponsal, después de saludar á la Academia por ser la vez primera vez que tiene

el honor de tomar en ella la palabra, justifica su intervención en el debate, por haber visto multitud de enfermos de tifus exantemático en su servicio de la Beneficencia municipal.

Dice que basta haber leído lo que los autores han escrito del tifus, para, al ver estos enfermos, diagnosticarlos de tíficos; no detalla los síntomas de la enfermedad, por ser muy conocidos, y haberse repetido aquí; pero manifiesta que la invasión, la curva térmica, los caracteres del exantema, la duración, la terminación, etc., concuerdan con lo asignado al tifus.

Añade que no en todos los sujetos evoluciona de igual modo la infección; pero los por él observados se parecen, en su mayoría, más á los citados por el Sr. Codina que á los referidos por el Sr. Hergueta.

En la epidemia anterior era común á todos los casos el estreñimiento; en la actual se observa algunas veces diarrea, lo cual ha sido ya hace muchos años señalado por los clínicos, coincidiendo con lo que enseña la anatomía patológica, puesto que lo encontrado por el Sr. Codina en las autopsias que practicó, ha sido descrito por los clínicos.

Además, en favor del diagnóstico de tifus, depone la facilidad del contagio de médicos, internos, hermanas de la Caridad, enfermeros y enfermos de dolencias comunes, que se hallan en la sala de Hospital en que entra un tífico, así como el enfermar, como él ha observado, individuos que ocuparon la habitación que dejó desalquilada la familia de un tífico después de desinfectada; la aparición casi simultánea de la enfermedad en cuatro ó cinco sujetos de la misma familia, y su no propagación hídrica, que permite desechar la idea de que se trate de una dolencia semejante á la tifoidea, porque si fuese de este tipo se transmitiría por el agua; siendo lo cierto que, conteniendo

más gérmenes de este grupo la de los viajes antiguos que la del Lozoya, se recrudeció la epidemia estando cerrados los viajes antiguos.

El Sr. Durán, en virtud del hallazgo de cierto microorganismo y de determinadas reacciones características del grupo *Eberth-coli* en la orina ó en la sangre de estos enfermos, piensa que no se trata de tifus, sino de una afección paratífica.

El laboratorio y la clínica deben ir de la mano en la investigación de la verdad, pero sin que el laboratorio haya podido, ni pueda, invalidar la clínica. El tifus tiene, desde hace muchos años, un sitio en la nosografía, y no es capaz de arrojarlo de él un hallazgo de laboratorio; si se encuentra siempre, como cree haberlo encontrado el señor Durán, un germen cualquiera, no podrá por esto rechazarse el diagnóstico de tifus; si se demostrase que este germen es su causa, aunque el bacilo fuese el de *Eberth* ó un paratífico, estaríamos autorizados para decir que ese germen, en determinadas circunstancias, ocasiona fiebre tifoidea ó paratífica, y en otras tifus exantemático; pero no autorizaría á negar la autonomía de una enfermedad, sancionada por la observación de muchos años.

Termina felicitando al Sr. Durán por sus brillantes trabajos, y afirma, como síntesis de lo expuesto, que la enfermedad que se debate es, sin ninguna duda, el tifus exantemático.

El Sr. Alonso Sañudo sostuvo la necesidad imprescindible de las investigaciones bacteriológicas en la clínica, esperando de ellas grandes progresos, y declarando que no puede dudarse del diagnóstico del *tifus exantemático*, cuando se han visto algunos enfermos, así como de que su causa está en los Asilos de noche.

A continuación dijo: Que en Inglaterra han muerto 550

médicos del tifus en distintas epidemias; que la fiebre tifoidea no es tan diferente del tifus como se ha pretendido, sucediendo otro tanto con el paratífus; que el *coli* es un bacilo, cuya importancia no ha aumentado en los últimos tiempos; que en muchos casos de colibacilosis hay manchas rosáceas, infarto del bazo y hemorragias, y que los síntomas del tifus son característicos.

Añadió: Que los alumnos de su Clínica han cultivado las investigaciones bacteriológicas; que todas las epidemias se combaten con inspección, aislamiento, desinfección y vigilancia; que así procedió diferentes veces en Barcelona, cuando era Inspector general de Sanidad exterior, logrando en pocas horas la extinción de la *peste bubónica*, de que llegaron á presentarse hasta 30 casos; y que en determinadas circunstancias debe apelarse á la destrucción de los edificios por el fuego.

(Continuará.)

Tratamiento de la lepra por el Mangle rojo.

A los Directores de la «Revista de Sanidad Militar».
Dres. J. Clavero, A. de Larra y M. M. Salazar, en testimonio de sincera consideración y respeto.

Primum non nocere.

El Dr. Matías Duque, de la Habana, Coronel de Sanidad Militar, al servicio del ejército de Cuba, durante la última guerra separatista tuvo ocasión de observar que los indígenas de la parte central de la Isla, entre los cuales existían no escaso número de leprosos, trataban empíricamente su enfermedad con cocimientos de una

planta conocida por ellos con el nombre de Mangle rojo (*patetuvier* de los franceses). Al mismo tiempo que el Dr. Duque obtenía este conocimiento, el farmacéutico de Cayo-Hueso, Mr. Sainard, las comunicaba al doctor D. Antonio Moreno, insistiendo cerca de él para que lo experimentase.

Terminada la guerra, el Dr. Duque regresó á la Habana, donde encontró en lamentable estado á una amiga muy querida, á la que esta terrible enfermedad había atacado hacía veintidós años. De acuerdo con el Dr. Moreno, comenzó á administrarle, sin ninguna esperanza de su parte—según él mismo confiesa—píldoras de extracto blando de Mangle rojo. Cuatro meses más tarde, la enferma era todavía una leprosa muy marcada, pero su estado general había mejorado considerablemente, y su peso aumentado; la supuración de las úlceras y lepromas ulcerados (en número de 150 de diversos tamaños) había disminuído, observándose una manifiesta tendencia hacia la cicatrización; la infiltración de la piel y de los lepromas no ulcerados había disminuído; los dolores musculares (lepralgias) y la fiebre pertinaz, desaparecido; la enferma se sentía ágil y dispuesta; la sensación constante de sueño y sopor que antes experimentaba había cesado; en una palabra, la enfermedad parecía yugulada.

No obstante, temía el Dr. Duque, en calidad de médico y amigo de la enferma, que aquella mejoría no fuese sino una de tantas que, á modo de tregua, se presentan en las enfermedades crónicas, y que son frecuentes en la lepra; pero persistió en continuar decididamente su tratamiento, que bajo tan favorables auspicios se presentaba, ampliando al mismo tiempo su aplicación á otros varios enfermos de su clientela y de la del Dr. Moreno.

No obstante haber sido las investigaciones muy irregularmente seguidas, por razones de que es ocioso tratar

aquí, al cabo de dos años se llegaba á la conclusión de que todos los enfermos estaban notablemente mejorados, y algunos, aquellos que se encontraban en mejores condiciones para el tratamiento, por el poco tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad, estaban casi curados, y entre ellos se encontraba aquella enferma, primer caso tratado por el Mangle, por el Dr. Duque, y de la cual éste dice que “sobre su cuerpo se cuentan hoy las 150 cicatrices de sus úlceras y lepromas; las cejas y pestañas han vuelto á nacer; su cara es normal, alegre y dichosa, y cuando pasea por las calles de la Habana, nadie puede pensar que ha sido víctima de la más cruel y odiosa de las enfermedades,,.

No sin mucho recelo por nuestra parte, nos decidimos á publicar el estudio crítico de este nuevo tratamiento de la lepra, ateniéndonos, al juzgar sobre él, á las publicaciones del Dr. Duque, valoradas por el testimonio de muchos eminentes médicos cubanos, á los casos presentados por dicho doctor en Academias médicas, y á los informes rendidos por las Comisiones oficiales delegadas por los Gobiernos en las Repúblicas de Cuba y Colombia, para comprobar experimentalmente la eficacia del nuevo tratamiento propuesto por los Dres. Moreno y Duque.

A partir de la observación que queda relatada en las primeras páginas de este artículo, los Dres. Moreno y Duque hicieron aplicación del nuevo tratamiento á otros muchos leprosos. Estas observaciones se encuentran detalladamente consignadas en la obra del Dr. Duque, *Traitement de la lepre par le patetuvier ou Manglier rouge*, presentadas en 1905 á la Academia de Medicina de París. Resumiremos en breves líneas estas observaciones. Divi-

de el Dr. Duque los enfermos en tres grupos, admitiendo la clásica división según el estado de evolución clínica de la enfermedad.

1.º 7 leprosos en primer período.—5 curaciones definitivas y 2 mejorías.—Duración media del tratamiento, un año. Los dos enfermos en que sólo se obtuvo una mejoría más ó menos apreciable, abandonaron el tratamiento á poco de comenzarlo.

2.º 23 leprosos en segundo período.—14 curaciones definitivas.—4 curaciones sociales.—5 mejorías.—Duración media del tratamiento, dos años. Los 9 enfermos á que se refieren los casos de curaciones sociales y mejorías, abandonaron el tratamiento antes de lograr la curación total.

3.º 5 leprosos en tercer período.—Una curación definitiva.—4 mejorías.—Hay que tener presente, que de estos 4 enfermos, uno se encontraba en período de caquexia cuando comenzó el tratamiento; otro fué víctima de lesiones cardíacas y renales anteriores; otro fué agravado en su enfermedad por dos embarazos—partos con fetos de término sanos—y el otro sufrió grave complicación pulmonar, y abandonó el tratamiento. Este duró cuatro años en el caso en que se obtuvo la curación definitiva.

Total: 36 enfermos, que dan 20 curaciones totales, 4 curaciones sociales y 11 mejorías.

En 14 de los casos de curación definitiva, el análisis bacteriológico comprobó la curación clínica. En estos enfermos existían bacilos de Hansen en la linfa antes de comenzar el tratamiento, y habían desaparecido al terminar éstos.

Sintetizadas de este modo las observaciones de los Dres. Moreno y Duque, preciso es confesar que ningún otro tratamiento logró nunca en esta enfermedad más brillantes resultados.

Pero no todas las observaciones se hallan al abrigo de la crítica, y al lado de algunas, científicamente irreprochables, hay otras que no pueden en rigor ser admitidas en el sentido en que lo hacen los autores.

Trataremos de algunas.

Hay una observación, que se refiere á una niña de diez años, cubana, afecta de lepra desde la edad de siete años. Clínicamente, el caso no es dudoso: se trata de una leprosa, pues sus manifestaciones son claras y precisas, y sin embargo, la investigación del bacilo de Hansen en la linfa, practicado muchas veces, dió siempre resultado negativo. "Porque—dice el Dr. Duque—no he encontrado el gérmen específico.—Porque no he dado con colonias de estas bacterias al hacer las extracciones de linfa. No he pensado que se tratase de siringomielia, porque dudo mucho de la existencia de dicha enfermedad. He visto á nuestros más renombrados clínicos diagnosticar de siringomielia, casos de lepra anestesia, como se demostró por la presencia del bacilo de Hansen en la linfa, tomada en las regiones anestésicas atrofiadas y en el pabellón de la oreja„. Al cabo de veinte meses de tratamiento, esta enfermita recobró la sensibilidad en todas sus partes anestésicas, excepto en algunas zonas de la mano izquierda, que se encuentra atrofiada; se da el alta, por definitivamente curada.

Esta observación es discutible. No es para nosotros nada nuevo que la siringomielia pueda confundirse, y de hecho se confunde frecuentemente, con la lepra. Hemos visto también á clínicos eminentes, sufrir iguales errores de diagnóstico que los aludidos por el Dr. Duque. Pero no hemos llegado á ser tan absolutos como este doctor, ni negamos mucho ni poco la existencia de la siringomielia, como entidad nosológica bien establecida, y separada de las enfermedades que dan síndromes semejan-

tes al suyo. En nuestro concepto, la siringomielia es á la lepra lo que la tabes dorsal es á la sífilis; siringomielia y tabes son estados patológicos, á los que se llega, de ordinario, recorriendo un camino principal—lepra, sífilis,—pero á los que puede también llegarse por caminos secundarios, por veredas, infecciones é intoxicaciones crónicas. El que se demuestre que muchos casos de siringomielia no son otra cosa que formas de lepra tropo-neurótica, no basta para afirmar que todos los siringomiélicos son leprosos, del mismo modo que cometeríamos un error al calificar de sífilítico á todo tabético. La tabes, como la siringomielia, no representa otra cosa que complejos síndromes, en los que dominan determinadas lesiones nerviosas centrales, que si bien son de ordinario producidas por sífilis y lepra, pueden también hacerse por otros procesos y otras causas. Las irrefutables demostraciones de Souza-Matín, de Lisboa (Congreso Internacional de Medicina de Roma, 1892), de Pitres (Academia de Medicina de Burdeos, 1892), Zambaco-Pachá (Sociedad Dermatológica de París, 1895), de Chauffard (Sociedad Médica de los Hospitales de París, 1893), etc., han servido para evidenciar la naturaleza leprosa de muchas siringomielias, pero no para demostrar que la siringomielia sea siempre fatalmente leprosa. Hay siringomielias—reconocemos son las menos—que no son leprosas, como hay tabes que no son sífilíticas.

En el caso que venimos considerando, se trataba de una leprosa clínicamente diagnosticada. El fracaso de los análisis bacteriológicos practicados, demuestra que este análisis no tiene un valor absoluto para establecer el diagnóstico; pero nos obliga á pensar que, si dicho análisis no revela siempre el bacilo de Hansen, en los enfermos en que, por ser leprosos, debe revelarlos, es muy posible, y aun es forzosamente lógico admitirlo, que en enfermos

clínicamente curados, aun cuando el análisis bacteriológico arroje negativo resultado, no podemos, sin embargo, afirmar categóricamente la total curación del enfermo, precisamente por la misma razón que invoca el Dr. Duque para explicar el fracaso de las investigaciones bacteriológicas en este caso.

Distinto es el problema, cuando un enfermo clínico y bacteriológicamente diagnosticado de leproso, es sometido á tratamiento, y se comprueba también clínica y bacteriológicamente la curación; resulta entonces muy difícil explicar la ausencia de bacilos de Hansen en la linfa, y es lógico inclinarse á admitir la curación, pues que todos los elementos de juicio de que podemos disponer coinciden en afirmarla. Pero no queda excluída la posibilidad, aunque remota, de que el leproso continúe siéndolo de un modo latente, sin manifestación apreciable; estos hechos no son raros en otras infecciones crónicas.

Muchos de los casos relatados por el Dr. Duque son de enfermos que clasifica entre los socialmente curados, siendo así que abandonaron el tratamiento antes de alcanzar este grado de curación.

No dejaremos de señalar, que un grupo de cinco enfermos—observaciones del Dr. Moreno—se encuentran colocados entre los leprosos, en segundo período, definitivamente curados. Son estas observaciones tan vagas é incompletas, que no podemos aceptarlas ni concederlas valor alguno. Faltan los datos de análisis bacteriológicos; además, según el mismo Dr. Moreno declara, estos enfermos “está en plena convalecencia,,”, “me parece curado,,”, “espero darle de alta dentro de cuatro ó cinco meses...”. Es lamentable que se haya colocado á estos enfermos entre los definitivamente curados, pues como esto no es verdad, hacen dudar mucho de la veracidad que ha presidido á la relación de los casos y clasificación de la estadística.

Algunas otras objeciones de menor importancia podríamos hacer á las observaciones de los Dres. Moreno y Duque; pero daríamos á este artículo una excesiva extensión; con la apuntado basta.

SEBASTIÁN LAZO GARCÍA,

Oficial Médico, alumno.

(Continuará.)

PRENSA MÉDICA

La sífilis extra-genital.—(*Journal des Prat.*) De los notables estudios realizados por Jeanselme sobre este asunto, deduce que una séptima parte de los casos de sífilis se contraen por vía extragenital.

Las manifestaciones se localizan por orden de frecuencia en la extremidad cefálica, 78 por 100 (labios, lengua, amígdalas, velo del paladar, y rara vez en las encías), y en las regiones anal y perineal. Una ligera escoriación basta para que aparezca un accidente primitivo: la contaminación puede efectuarse en todos los periodos, pero las placas mucosas son las que más contribuyen á la propagación del mal.

• La evolución de la sífilis extragenital es generalmente más rápida que la de la sífilis genital, y es común en la primera que aparezcan las manifestaciones secundarias antes de la definitiva curación del accidente primario. Las erupciones entonces son también en ella más confluentes y más papulosas, observándose asimismo en estos sífilíticos, con suma frecuencia, la apari-

ción de accidentes nerviosos precoces.

El tratamiento en la sífilis extragenital debe ser muy intensivo.

* * *

Septicemia gonocócica.—El doctor Dieulafoy, fundado en los trabajos de Neisser y en los datos clínicos, considera la gonococia como una infección que puede interesar todos los órganos. No sólo se extiende la acción del gonococo á las proximidades de la uretra, sino que se localiza también en el epididimo y en las trompas, y difundido por la sangre, determina lesiones tales como endocarditis, pericarditis, broncopneumonias, infartos pulmonares, peritonitis, pleuresias, meningitis, artritis agudas y crónicas y todo género de manifestaciones septicémicas.

El Dr. Dieulafoy refiere historias clínicas de enfermos que presentaban síndrome que hacía sospechar una fiebre tifoidea, en los que resultaba negativa la suero-reacción de

Widal, y, en cambio, por hemoculturas, se aisló el gonococo, siendo tratados con éxito estos pacientes por repetidas inyecciones de vacuna gonocócica.

Asimismo, da cuenta de otros casos de afecciones cardio-pulmonares, pleuríticas y de artritis, las más de ellas curadas con la citada vacuna, por reconocerse claramente su origen gonocócico.

Termina su trabajo recomendando que en los casos dudosos, especialmente en aquellos donde resulta negativa la suero-reacción de Widal, y que presentan cuadro tífico, se investigue cuidadosamente la uretra, pues en ella puede encontrarse el elemento que sirva de guía para establecer el diagnóstico, especialmente cuando se trata de enfermos jóvenes, que, en su mayoría, están más expuestos á contraer la blenorragia (*Arch. Med. Belges*).

* *

Experimentos clínicos sobre las inyecciones intravenosas de adrenalina en los colapsos graves del corazón y de los vasos.—M. John refiere, en *Munich. Méd. Woch.*, una serie de observaciones, de las cuales deduce que en el colapso grave del corazón y de los vasos produce la inyección intravenosa de adrenalina efectos mucho más beneficiosos que los otros remedios usuales, tales como la estrofantina, cafeína, aceite alcanforado, etc. Aconseja el empleo de la solución oficial de adrenalina pura, á la dosis de 0,5 á 1 c. c., ó bien una dilución al décimo de ésta solución, en agua fisiológica. Afirma que á dosis menos elevadas (0,2 á 0,4 c. c.) ha visto también buenos resultados.

Los efectos inmediatos de la inyección intravenosa de adrenalina son muy marcados: una palidez súbita, especialmente de los labios, se extiende por el rostro, la que desaparece á los dos ó tres minutos; la tensión arterial aumenta; disminuye la frecuencia del pulso, persistiendo su irregularidad; pasados algunos minutos, la tensión arterial disminuye y el pulso se acelera de nuevo. Al cabo de tres horas, próximamente, se nota evidente mejoría.

Los enfermos á quienes ha tratado por este medio el Dr. John, fueron en su mayoría pneumónicos. En el mayor número de casos dice que obtuvo éxito con una sola inyección, si bien en algunos se vió precisado á repetirla. (*Archives Médicales Belges*.)

* *

Examen bacteriológico de la conjuntiva.—(*Wein. Mediz. Woch.*) Schmeichler afirma que el examen bacteriológico de los fondos de saco conjuntivales, proporciona datos prácticos importantes. Los microbios que se hallan con más frecuencia son pneumococos, estafilococos y el bacilo de la xerosis. La investigación de que se trata tiene valor, entre otras razones, porque estando llena la córnea de gérmenes patógenos, conviene diferir las intervenciones quirúrgicas y especialmente la operación de la catarata.

Cuando la conjuntiva está inflamada, sobre todo en fase aguda, un sencillo frote es suficiente para tomar los gérmenes, debiendo tenerse en cuenta que la presencia del bacilo de Koch-Weks, el gonococo y el diplobacilo de Morax-Axeufeld,

es signo de que ellos han producido y sostienen la afección, lo que no ocurre con otros que son circunstancialmente patógenos, tales como el pneumococo, el estafilococo dorado y aun el propio bacilo diftérico.

El diagnóstico etiológico de una conjuntivitis, dice fundadamente el autor, tiene una gran significación para elegir el tratamiento adecuado, y proporcionar indicaciones de valor para el pronóstico y la profilaxis.

* * *

La sero-anafilaxia clínica y experimental.—(*Sem. Méd.*) Según los doctores Weill-Hallé y Lemaire, el estado de anafilaxia aguda ó virtual atenúa la acción del suero y puede abreviar considerablemente la duración de su efecto. Para evitar esos inconvenientes es preciso impedir la anafilaxia, y si se produce, neutralizar sus efectos. Con tal objeto, consideran juicioso prescindir de las seroterapias que llaman inútiles, ó sea de aquellas que se practican sin fines específicos. Aluden principalmente á las inyecciones que tienden tan sólo á favorecer una leucocitosis defensiva. En cuanto á las seroterapias que denominan justificados, afirman que el empleo de dosis pequeñas de suero no evitan la anafilaxia, sino que, por el contrario, las grandes dosis son las que menos sensibilizan en tal sentido al organismo, y las que desde luego deben emplearse. Los anticuerpos, y por consecuencia la hipersensibilidad, no se desenvuelven de un modo muy notable antes del décimo ó décimoquinto día, á partir de la primera inyección; se

podrá, pues, repetir las inyecciones en este primer periodo sin temor de provocar accidentes anafiláxicos.

Sabiendo que el accidente determinado por el suero resulta del encuentro del antígeno y del anticuerpo en determinadas proporciones, debemos evitar la reunión de una pequeña cantidad de suero y una gran cantidad de anticuerpos, para lo cual conviene elevar la cantidad de suero que se inyecte.

* * *

Las miositis gonocócicas.—(*Archiv. de Méd. experimentale.*) Según Chauffard y Fiessinger, estas miositis aparecen en el tercer septenario en los músculos más fatigados. Evolucionan, según su gravedad, ya hacia la resolución espontánea, ya hacia la atrofia muscular y aun á la supuración (abscesos musculares múltiples). Las formas atenuadas se traducen clínicamente por la rigida contractura, y anatómicamente por la coagulación en la fibra muscular, que unas veces conserva su coloración normal y otras veces palidece, llegando á ofrecer el músculo un aspecto macerado y verdoso.

De las investigaciones experimentales practicadas por los autores, resulta una conclusión patológica clara, á saber: que la alteración muscular es más bien debida á las toxinas que al propio microbio. La afección no es específica del gonococo; pueden también determinarle otros gérmenes piógenos, y en particular los estafilococos virulentos, correspondiendo, no obstante, el primer lugar al gonococo.

NECROLOGÍA

D. Ramón Ventué Navarrete,

Farmacéutico segundo.

Ingresó en el Cuerpo, con el empleo de Farmacéutico segundo, en 4 de Octubre de 1909, siendo destinado al Hospital Militar de Archena. Falleció en Granada en 6 de Diciembre último.



D. Elceario Benot y Rubio,

Médico mayor.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de Médico segundo, en Febrero del año 1888, prestando servicios en varios regimientos. En Abril de 1891 se le concedió el empleo de Médico primero, con destino al Ejército de Filipinas, donde permaneció hasta Agosto de 1897. En 1902 ascendió á Médico mayor, desempeñando destino en las Comisiones liquidadoras, Plana Mayor de la Brigada sanitaria y, por último, en el Hospital de Ceuta, falleciendo en dicha plaza el día 18 de Diciembre próximo pasado.

Se hallaba en posesión de una cruz roja de primera clase del Mérito Militar, por servicios de campaña en Filipinas.



D. Manuel Puigvert Borrell,

Subinspector Farmacéutico de segunda clase.

Ingresó en el Cuerpo, con el empleo de Farmacéutico segundo, en 13 de Enero de 1876, ascendiendo á primero

en 1885, á mayor en 1895 y á Subinspector de segunda en 1904.

Prestó sus servicios en los Hospitales Militares de Haro, Vigo, Melilla, Peñón, Vitoria, Bilbao, Sevilla, Ceuta y otros; en el Laboratorio Central de Medicamentos y en el Sucursal de la Habana; en las Farmacias de Madrid, y últimamente en los Hospitales de Valencia y Sevilla.

Fué declarado “Benemérito de la Patria,” por la campaña carlista, y se hallaba en posesión de varias cruces del Mérito Militar con distintivo rojo, dos de ellas pensionadas, y de la medalla de Alfonso XIII.

Falleció en Sevilla en 24 de Diciembre último.

* * *


D. Clemente Senac y Vicente,

Subinspector Médico de segunda clase.

En Noviembre de 1873 entró en el Cuerpo, como Médico segundo, previa oposición, y prestó servicio en varios Cuerpos y enfermerías militares durante la guerra carlista. Ascendió á Médico primero en Julio de 1878 y á mayor en 1895, pasando á Cuba, donde permaneció hasta Septiembre de 1898, que regresó á la Península, siendo destinado al Hospital de Zaragoza. En Noviembre de 1904 se le confirió, por antigüedad, el empleo de Subinspector de segunda, destinándole á la Secretaría de la Inspección de Sanidad de la 5.^a Región, en la plaza de Zaragoza, donde falleció el 19 de Enero último.

Poseía dos cruces rojas de primera clase, tres de segunda, la de Isabel la Católica, cruz blanca de segunda clase y las medallas de la guerra civil, Cuba, Alfonso XII y Alfonso XIII.

¡Descansen en paz nuestros distinguidos compañeros!



VARIEDADES

Comité de Organización del III Congreso de Médicos Prácticos, que se celebrará en París del 7 al 10 de Abril de 1910.—Programa del Congreso.—Los asuntos que hasta ahora figuran en la orden del día para el mismo son los siguientes:

La ley de 1902 sobre la salud pública; ponentes: Dr. Declerq (Lille) y Dr. Wicart (París).

Aumento de los honorarios médicos; ponente: Dr. Bresselle, Le Vésinet (Seine et Oise).

El aborto desde el punto de vista médico-social; ponente: Dr. Bertillon, Maisons Laffitte (Seine et Oise).

Ejercicio ilegal de la Medicina. Las sustituciones médicas; ponente: Dr. Levassert (París).

Organización administrativa de los hospitales en el extranjero y Francia; ponente: Dr. León Archambault (París).

El hospital y los indigentes; ponente: Dr. Régis (París).

Libre elección del Médico y Sociedades de socorros mutuos; ponente: Dr. Bolliot, Lyon (Rhône).

Libre elección y grandes administraciones; ponente: Dr. Vallat, Joinville (Seine).

¿Debe limitarse ó no el número de los estudiantes en las Escuelas de Medicina?; ponente: Dr. Tourtourat (París).

Consejo médico superior; ponente: Dr. Le Fur (París).

Diríjense las comunicaciones relativas al Congreso al Dr. Loreddo, Secretario, rue de la Bootic, 31, París. Las adhesiones, con un envío de cinco francos, al Dr. Quidet, Tesorero, rue Bonaparte, 54, París.

Asociación de la Prensa Médica Española.—Esta Sociedad celebrará Junta general el día 16 de Febrero corriente, á las seis de la tarde, en el local del Colegio de Médicos (Mayor, 1), para resolver acerca de la celebración de la Asamblea Nacional de la Prensa Médica.

Los periódicos de provincias deberán hacerse representar en la misma, designando, al efecto, la persona en quien deleguen dicha representación.

SECCIÓN OFICIAL

27 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 22) concediendo la gratificación anual de 720 pesetas, correspondiente á diez años de efectividad en su empleo, al Farmacéutico mayor D. Gregorio Olea y Córdoba.

28 » Idem id. (*D. O.* núm. 23) disponiendo de remesas de material á los hospitales de la Coruña y Tenerife.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 23) concediendo la gratificación de 1.500 pesetas anuales al Director del Parque de Sanidad Militar, D. Jaime Bacle y Costadellas, por reunir las condiciones que determina la Real orden de 1.º Julio 1878, hecha extensión al personal de dicho centro por otra de 18 de Enero de 1909 y con arreglo á lo prevenido en la de 31 de Diciembre último.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 23) concediendo la gratificación de 1.500 pesetas anuales á los Jefes y Oficiales destinados en el Parque de Sanidad Militar por reunir las condiciones que se citan en la disposición anterior.

Subinspector Médico de segunda clase: D. Victor Zugasti y Aguirre.

Médicos mayores: D. Maximino Fernández Pérez y D. Vicente Esteban de la Reguera y Bauzá.

- Médico primero:* D. Luis Fernández Valderrama y Fernández.
- 29 Enero.—Real orden (*D. O.* núm. 23) disponiendo que el Médico mayor D. Eduardo Colt y Sellarés quede en situación de excedente, siendo destinado á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de primera clase D. Alfonso Pérez Dolmán.
- 31 » Idem id. circular (*D. O.* núm. 24) concediendo á los Oficiales que se relacionan las recompensas que se expresan por los méritos contraídos en el ataque y ocupación de Tahuimá y Nador el día 25 de Septiembre último.
- Médicos primeros:* D. Victor Herrero y Díez de Ulzurrun, cruz roja pensionada; D. Mariano Gómez Ulla, don Diego Brú Gomis, D. Antonio Sánchez Reyes y D. Alberto Jumagallo y Medina, cruces rojas.
- Médicos segundos:* D. José Palanca y Mantínez Fortún, cruz roja pensionada, y D. Manuel Bastos y Ausart, cruz roja.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 24) disponiendo que los Oficiales que se relacionan pasen á servir los destinos que se expresan:
- Médicos segundos:* D. Felipe Rodríguez y Martínez Tolédano, al 2.º batallón de Burgos, y D. Elio Díez y Mato, á la 8.ª compañía de la Brigada.
- Médicos provisionales:* D. Olegario Llamazares y Olmo, al tercer batallón de Burgos, y D. Bernardo Velarde y Blanco, al 2.º batallón de Isabel la Católica.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 24) concediendo el retiro al Subinspector Médico de segunda clase D. Pedro de la Cruz Serrano.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 25) resolviendo favorablemente instancia promovida por el Farmacéutico primero D. Miguel Iborra Gadea, en súplica de prórroga de pasaje para traslado de su familia.
- » » Reales órdenes (*D. O.* núm. 25) disponiendo causen baja en el Cuerpo los Médicos provinciales D. Pedro López y Piña, D. Gregorio Dorado y García, D. Severiano Andrés Unceña, D. José Martínez Urquiza y D. José del Álamo y Tejada.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 25) concediendo ingreso en la Reserva facultativa gratuita del Cuerpo al Licenciado en Medicina y Cirugía D. Francisco Torrás y Rabarté.
- 31 » Idem id. (*D. O.* núm. 30) aprobando y declarando indem-

nizables las comisiones conferidas al Médico primero don Rafael Chicor Arreceique y al Médico segundo D. Babil Coiduras Maza.

3 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 27) desestimando instancia promovida por el Subinspector Médico de segunda clase D. Pedro de la Cruz y Serrano, en petición del sueldo de Subinspector de primera clase.

» » Idem *id.* circular (*D. O.* núm. 27) concediendo al Jefe y Oficial que relacionan las recompensas que se expresan por comportamiento en la toma de la Alcazaba de Zeluán el día 27 de Septiembre último.

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

Médico primero: D. Manuel García Sánchez, mención honorífica.

» » Idem *id.* *id.* (*D. O.* núm. 27) concediendo á los Oficiales que se relacionan las recompensas que se expresan por su comportamiento en la defensa del Zoco el Had, de Benisicar, el día 28 de Septiembre último.

Médicos primeros: D. Virgilio Hernando Quevedo y don Benjamín Tamaro Santos, cruces rojas pensionadas; D. Gaspar Araujo Lences y D. Juan Luis Subijana, cruces rojas.

Médicos segundos: D. Joaquín González Alberdi y D. Alberto Blanco Rodríguez, cruces rojas pensionadas; D. Rafael Llorente Federico, cruz roja.

» » Idem *id.* (*D. O.* núm. 27) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos á los Jefes y Oficiales siguientes:

Médicos mayores: D. Juan Benedit y Borao y D. Máximo Martínez y Miralles.

Médicos primeros: D. Bernabé Cornejo y García y D. Antonio Constanti y Bager.

Médicos segundos: D. Juan Romo de Oca y Galindo y D. Gregorio Fernández y Lozano.

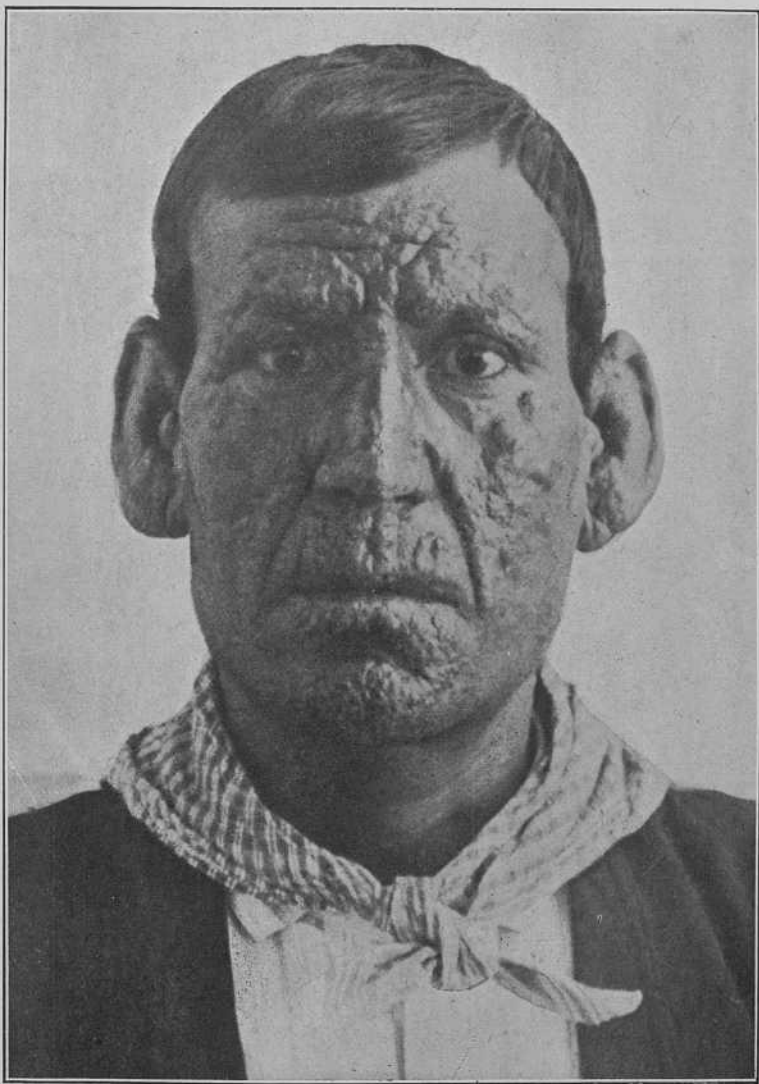
» » Idem *id.* (*D. O.* núm. 27) concediendo el empleo superior inmediato en propuesta ordinaria de ascensos al Jefe y Oficiales siguientes:

Farmacéutico mayor: D. Cecilio Bonal y Lorenz.

Farmacéutico primero: D. Enrique Izquierdo Febra.

- Farmacéutico segundo:* D. Félix Ruiz Garrido y Sancedo. Asimismo se concede el empleo de *Farmacéutico segundo* al opositor aprobado D. Jaime Blanch Vila.
- 7 Febrero. — Real orden (*D. O.* núm. 29) destinando al Ministerio de la Guerra al *Farmacéutico primero* D. Blás Alfonso Ramírez.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 29) disponiendo la supresión del tren-hospital núm. 1 y que el personal que en él presta servicio se incorpore á su destino.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 29) disponiendo se proceda á la clausura del hospital de evacuación de Almería, quedando en situación de excedencia el Médico mayor D. Cándido Navarro y Vicente.
- 9 » Idem id. (*D. O.* núm. 30) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á las situaciones ó á servir los destinos que se señalan:
- Subinspector Farmacéutico de segunda clase:* D. Cecilio Bonel Lorenz, al hospital de Sevilla.
- Farmacéutico mayor:* D. Enrique Izquierdo Febra, á la Farmacia militar de Madrid, núm. 3.
- Farmacéuticos primeros:* D. Manuel Vieioso Martínez, al hospital de la Misericordia de Málaga, en comisión, sin ser baja en la de eventualidades; D. Felipe Sánchez Tutor, á excedente y en comisión á la Farmacia militar de Madrid, núm. 4; D. Faustino Ortiz Montero sigue excedente, cesando en su comisión, y D. Félix Ruiz Garrido y Saucedo, á excedente, y en comisión, á la Farmacia sucursal de Sevilla.
- Farmacéuticos segundos:* D. Justino Turiño Campano, al hospital de Mahón, y D. Jaime Blanch Vila, al hospital de Badajoz.
- 10 » Idem id. (*D. O.* núm. 26) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico primero D. Alfredo Pérez Viondi.

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



Número 3.—J. J. P., de treinta y cuatro años.—Natural de Arcos de la Frontera (Cádiz).—Enfermó hace cinco años.—Vivió dos meses en el campo en compañía de un tío paterno leproso.—A los veintitrés años, sífilis.—Lepra tuberculosa muy generalizada; los tubérculos y placas infiltradas cubren todo el cuerpo.—Lesiones profundas de lengua.—Tubérculo en la bóveda palatina.—(*Observación personal.*)

