

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII MADRID 15 DE SEPTIEMBRE DE 1898 NÚM. 270

## Un caso raro de tuberculosis generalizada

El día 12 de Abril del presente año ingresó en la sala de Oficiales del hospital de la Isabela de Sagua D. Vicente Moreno Martínez, primer Teniente del escuadrón Movilizados de Camajuaní, el cual manifestó que después de estar cuatro meses en «La Siguanea» en continuas operaciones, enfermó de paludismo, y no obstante siguió haciendo la misma clase de servicios durante dos meses más. Cinco le duró la afección malárica, dejando su organismo muy debilitado y con una sangre empobrecida por efecto de la cloro-anemia consecutiva al padecimiento sufrido. Desde entonces se dió de baja por serle imposible prestar ningún servicio y se sometió á las prescripciones y cuidados de un curandero por indicación de varios campesinos.

Con el descanso y los alimentos nutritivos y de fácil digestión fué desapareciendo la cloro-anemia, pero empezaron á manifestarse en la piel una serie de pequeños nódulos bastante consistentes, y que al poco tiempo degeneraban, quedando en su lugar úlceras de mal carácter y rebeldes á la curación; esta clase de lesiones se fueron multiplicando de una manera extraordinaria, llegando á ocupar toda la superficie del cuerpo; recomendaron entonces á este Oficial hiciera uso de la zarzaparrilla de Bristol, y no obteniendo con ella resultado alguno se decidió á ingresar en este hospital el día y mes antes citado. Después de quitar las ropas al enfermo pude observar la existencia de multitud de úlceras redondeadas, las mayores del tamaño de una moneda de dos pesetas y escasa profundidad, que segregaban un exudado sanguinolento muy fétido, quedando entre unas y otras pequeños espacios de piel sana; en la región trocantiaria izquierda hallé una profunda úlcera redondeada del tamaño de un duro próximamente; en ella se apreciaban grandes porciones de tejidos mortificados de color azul oscuro y negro, exudación saniosa sanguinolenta, y desde gran distancia se percibía el mal olor

propio del ácido valerianico. Manifestó el enfermo que sentía inapetencia, mal gusto de boca, sed intensa y dificultad en las digestiones. El pulso no acusaba fiebre y la lengua tenía una capa saburral amarillenta. Prescribí 50 centígramos de calomelanos en dos dosis con media hora de intervalo, tres gramos diarios de benzo-naftol y 100 de poción alcohólica ferruginosa quinadas; se limpiaron y desinfectaron escrupulosamente todas las úlceras con una disolución de bicloruro de mercurio templada y se curaron con vaselina yodofórmica. En la de la región trocanteriana hubo que desprender los tejidos mortificados con la tijera curva, destruyendo después algunos puntos sospechosos de infección, mediante la solución alcohólica normal de ácido fénico; luego se hizo el lavado con una disolución de sublimado corrosivo, se aplicó yodoformo finamente pulverizado y se colocó el apósito. Alimentación: sopa, cuatro huevos y jerez.

El ilustrado Médico Mayor Sr. González Alberú, que tiene á su cargo la visita de Oficiales, al encargarse de este enfermo dispuso se siguiera con el tratamiento expuesto.

Al otro día tuvo el enfermo tos, aunque no muy molesta, y por la noche se presentaron hemoptisis poco abundantes; en vista de ésto, en la visita de la mañana siguiente interrogó el Sr. Alberú al paciente si había tenido afecciones del aparato respiratorio, pero dijo que no; á pesar de ésto se reconoció detenidamente el citado aparato, hallándose cavernas en los vértices de ambos pulmones; se prescribió una fórmula de terpina, yodoformo y creosota; se administró también la ergotina; todo fué ya inútil, pues debido á la gran destrucción pulmonar, las hemoptisis se repitieron aquella noche y fueron más copiosas que en la anterior, dando lugar á síncope largos y frecuentes, falleciendo á causa de uno de ellos á las ocho de la mañana del día 17.

De la historia clínica expuesta se deduce tratarse de una tuberculosis de las más generalizadas, pues casi no ha dejado tejido sano. Además, aun dentro de un mismo órgano, la enfermedad se presentó de distinto modo é intensidad. Por otra parte, manifestaciones tuberculosas tan abundantes y bien caracterizadas como las cutáneas de este enfermo, no las habíamos visto nunca el Médico de Oficiales ni yo, ni teníamos noticia de casos iguales ó semejantes al descrito. Finalmente, el curso tan agudo que siguió el padecimiento en lo que al pulmón se refiere, parece imposible pueda tener lugar sin que al enfermo aquejase molestia alguna y sin apercibirse

de nada hasta poco antes de morir. En este Oficial también llamó la atención que con relación á lo avanzado del proceso tuberculoso, la demacración no era lo acentuada que debiera, pero ésto quizá fuese consecuencia de la marcha rápida seguida por el padecimiento, máxime cuando las hemoptisis repetidas anticiparon notablemente la muerte.

JOSÉ GONZÁLEZ GRANDA  
Médico primero.

---

## Dos casos de curación de tuberculosis pulmonar.

(Comunicación remitida á la Real Academia de Medicina.)

*Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina.*

Muy respetable señor mío: Tengo el honor de participar, por conducto de V. E., á la ilustre Corporación que dignamente preside, el hecho de haber conseguido en este hospital, que dirijo y visito, dos curaciones consecutivas de tuberculosis pulmonar generalizada y en el período cavernoso, empleando altas dosis de carbonato cálcico precipitado (creta preparada.)

Los dos enfermos curados son el moro bautizado Pedro Moral, que ingresó en el establecimiento el 4 de Julio de 1897, siendo alta el 10 de Noviembre siguiente, y el soldado indígena de la cuarta compañía del primer batallón del regimiento de línea Iberia, número 69, Rafael Macabioc, cuya entrada en el hospital tuvo lugar el 18 de Diciembre de igual año y continúa en él, convaleciendo.

Estos casos han sido típicos y de carácter gravísimo. Los enfermos vinieron al hospital en situación desesperada; tenían copiosas hemoptisis, tos incesante, expectoración de abundancia extraordinaria y casi del todo purulenta, disnea, pérdida del apetito, delgadez considerable y gran decaimiento de fuerzas; los síntomas revelados por la percusión y la auscultación demostraron la existencia en el parénquima pulmonar de vastas escavaciones supurantes.

Atento al propósito de conseguir la transformación calcárea en las lesiones bacilares del pulmón, concebí la idea de propinar á los pacientes grandes cantidades de carbonato de cal. El moro tomó hasta 20 gramos diarios en dos dosis, habiendo comenzado por cinco gramos cada una; el soldado ha llegado á 60 gramos por día, y

se repartió el medicamento en tres tomas cuando se pasó de los 30 gramos al día.

Análogo en ambos enfermos el curso de su padecimiento, he advertido durante él circunstancias dignas de ser conocidas.

La acción destructora del mal continuaba, en apariencia, no obstante lo sostenido de la medicación, y cada día notábase á los sujetos mayor gravedad. Llegué á verles casi agonizantes, por lo cual hubieron de confesarse y recibir la extremaunción. Nadie habría podido afirmar que vivirían un día más. Eran sólo esqueletos animados, sumidos en la postración y el marasmo, y ya con edemas en la cara, tobillos y piés.

Paulatinamente disminuyó la tos, se disiparon los edemas, fué menor la expectoración, desapareció al fin la primera, y, pasados algunos días, concluyó la última; vino el apetito, como sucede al declinar los males agudos, no tardando en ser muy crecido; terminó la disnea, y el cansancio sustituyose por los bríos de la salud. Pedro Moral está fuerte, robusto y de buen color, trabajando en su oficio de marinero; Rafael Macabioc, ya he dicho que sigue convaleciendo, y no tardará en restablecerse por completo, puesto que come cual no lo ha hecho en su vida, se nutre y cobra fuerzas rápidamente.

Debo puntualizar varias particularidades del tratamiento, que entiendo han contribuído en alto grado al dichoso término de mi empresa.

El carbonato cálcico lo daba yo mismo todos los días, por la mañana á cosa de las diez, y por la tarde á las seis; cuando hubo tres dosis, la primera se señaló á las siete de la mañana y las restantes á las horas antedichas.

La creta, que era de la blanca, bien pulverizada, se desleía en medio vaso de agua, y al sedimento que quedaba se iba añadiendo agua, hasta que el medicamento era ingerido en su totalidad.

No cedí en obligar á los enfermos á tomar la creta ni aun viéndoles en lo que parecían sus últimos instantes. Una noche tuvo Rafael grandes dolores lumbares que despertaron en mi ánimo sospechas de que se tratase de una nefritis calculosa. Sólo formalizándose el cólico habría suspendido el plan. Con baños templados, morfina al interior y unturas calmantes, desapareció pronto el mal-estar y no ha vuelto.

Antes de convalecer estos individuos, todos los días disponía yo su alimentación con arreglo á las predilecciones que manifestaban, siempre que no pidiesen algo que pudiera serles nocivo. Ya en la

plenitud del apetito, no traspasando los límites debidos, todo me parecía poco para ellos, y he vigilado incesantemente cómo se condimentaban y se les servían las comidas. Ahora se dá cada día á Rafael una taza de café, 200 gramos de pan, 400 de solomillo, 300 de pescado, 250 de camote cocido, un pollo, cuatro plátanos y tres cuartos de litro de arroz hecho morisqueta.

Siguiendo una de las prácticas más comunes en el tratamiento de la tuberculosis, se administró todas las mañanas á los enfermos una lavativa con una yema de huevo y de 30 á 60 gotas de creosota vegetal, á cuya acción terapéutica no atribuyo el feliz éxito de las curaciones, porque muchas veces he empleado tales lavativas sin resultado. Menciono, á pesar de ello, ese dato, que en nada altera la esencialidad del caso, pues importa poco que el buen efecto se produzca dando únicamente creta ó prescribiendo, además, el enema creosotado.

También me he valido de la ergotina y del cornezuelo de centeno para cohibir las hemorragias pulmonares. Ningún otro medicamento, fuera de los que llevo expresados, he recetado á los individuos de que me ocupo.

Considero imprescindible en este tratamiento que los enfermos tomen la preparación calcárea estando presente el Médico, pues de no hacerse así, bien pudiera ocurrir, por negligencia de los practicantes, ó por acceder éstos á los ruegos de los pacientes que piden descanso de la medicina, bajo pretexto de sentir incomodidades en el estómago y en el vientre, ó de que se les excita la tos, que el plan sufriera interrupciones y se hiciese ineficaz.

Transcurrieron dos meses sin que en Pedro notara yo mejoría. Rafael tardó unos ochenta días en ofrecer signos indicativos de tendencia á la curación.

He practicado igual experimento en tres ó cuatro tuberculosos más, y creo que los he curado; pero ni las lesiones eran considerables, ni pude, por no ser factible detenerles el alta el tiempo necesario, adquirir certeza inequívoca del favorable resultado.

Claro es que con lo observado en corto número de casos no pueden fundamentarse afirmaciones categóricas. Lamento sinceramente que se me achaque haber pecado de ligereza, dando á la publicidad asuntos que antes de hacerlos requieren muy prolijos; pero sírvame como descargo lo difícil que es encontrar enfermos experimentables visitando este hospital, donde en su reducida clínica dominan por gran mayoría las afecciones quirúrgicas y el

paludismo. Tampoco me queda el recurso de buscar en otra parte lo que aquí no haya, pues está incomunicado, á no ser por el mar, este remoto baluarte de la dominación española.

Tales razones, que estimo atendibles, me hacen acudir á la más alta representación médica de mi patria para cumplir el deber de exponerla lo sucedido, permitiéndome rogar á los esclarecidos profesores que la componen que dispongan ó aconsejen formales ensayos, capaces de dilucidar si el plan empleado por mí es siempre ventajoso en el tratamiento de la tísis pulmonar, si el beneficio sólo se alcanza en determinadas condiciones de clima, raza, temperamento, edad, período del mal y modalidades del mismo, ó si he visto dos casos sueltos y alucinadores, cual muchos de nuestra carrera, de los que parecen desprenderse consecuencias no confirmadas al hacerse las comprobaciones procedentes.

No me cuesta trabajo ni me contraría el creer que me haya pasado lo último. Estoy muy convencido de mi insignificancia, y sé que fácilmente se llega á juicios aventurados. Sin embargo, no puedo ni debo sustraerme á las vivas impresiones de los dos procesos morbosos en cuya curación he intervenido, y volveré, en cuanto tenga medios hábiles para ello, á realizar nuevas investigaciones, que procuraré hacer extensivas á los demás estados patológicos que engendran los tubérculos y á otras enfermedades crónicas y aun agudas, especialmente algunas del aparato urinario, el reumatismo, la gota, el escrofulismo y todas aquéllas en las cuales considero que pueden ejercer influjo curativo la reintegración al organismo de los principios calcáreos ó las modificaciones moleculares que éstos imprimen.

A la sublime obra de velar por la salud humana debemos contribuir cuantos desempeñamos nuestro abnegado sacerdocio: en primer término los de potente esfuerzo que difunden luz esplendorosa con la antorcha de la sabiduría, yendo por donde ellos nos conducen y practicando sus enseñanzas, los que ocupamos puesto en lugares muy secundarios.

Suplico á V. E., Sr. Presidente, que acepte afable los sentimientos de profunda veneración de su atento y afectísimo s. s.

q. b. s. m.,

JOSÉ CASTAÑÉ

Médico Mayor.

Parang (Filipinas) Abril 1898.



## REVISTA ESPAÑOLA

### Primer Congreso Hispano-Portugués de Cirugía

Decolación coxo-femoral, por el Dr. Cervera.

Las lesiones que exigen la decolación coxo-femoral, las clasifico en dos grandes grupos: en muy altas (raíz del miembro inferior), y medias ó inferiores. Procedo de distinto modo, según se trate de uno ú otro grupo. Para las medias é inferiores, en las que pueden aplicarse todos los procedimientos de hemostasia preventiva propuestos, y que yo proscribo, há tiempo que aconsejo se proceda de la siguiente manera:

1.º Incisión de Langenbeck, como para la resección, sólo que descendiendo cinco á siete centímetros por debajo del gran trocánter, y desde este punto se dirige hacia adelante, en forma semicircular, transversalmente adentro y detrás hasta llegar al punto de partida, quedando trazada así una especie de raqueta externa. En esta incisión comprendo tan sólo la piel, tejido celular y aponeurosis, ligando las venas subcutáneas si se cree conveniente.

2.º Deslizada arriba y abajo la piel de la región correspondiente á la arteria femoral, se ligan ésta y la vena, lo que se logra rápida y fácilmente.

3.º Sección perpendicular de todas las masas musculares, hasta el fémur, ligando los vasos á medida que se presentan.

4.º Abertura de la cápsula articular y desprendimiento de las inserciones musculares, trocánterianas y femorales, rasando el hueso. En esta maniobra hay que ligar algún que otro vaso de poca importancia.

5.º La hemorragia, procediendo así, es tan insignificante, que puedo afirmar es menor la pérdida de sangre que cuando se emplea cualquiera de los procedimientos de constricción elástica propuestos.

Para las afecciones altas del miembro inferior, muy especialmente las situadas sobre el triángulo de Scarpa, y en las que por ende no es posible aplicar el anterior modo de proceder, realizo la decolación como quien extirpa una neoplasia, pero previa ligadura elástica temporal ó compresión directa de la ilíaca primitiva. Hago la ligadura por el procedimiento clásico, reemplazando el hilo de seda por uno de goma, que una vez pasado por debajo de la arteria, reuno sus extremos por medio de una pinza y los voy retorciendo poco á poco, hasta que logro una constricción alrededor del vaso, suficiente para obturar su luz, pero no tan intensa que pueda romper sus tónicas. Un ayudante mantiene el hilo en esta disposición todo el tiempo que dure la desarticulación, la que puede hacerse muy rápidamente y sin perder una gota de sangre. Terminada

aquella y quedando á la vista toda la vasta superficie, se liga la femoral inmediatamente por debajo del ligamento de Falopio ó por encima, según exijan las necesidades del caso y el estado de las tónicas arteriales. Después se indica al ayudante que proceda á desarrrollar lenta y paulatinamente la ligadura elástica, y se ligan los vasos á medida que se observa la salida de sangre. Desde este momento puede retirarse el hilo de goma.

Nada digo del modo de proceder á la disección de las partes en esta segunda categoría á que me estoy refiriendo, porque depende de las condiciones del caso (relación de las lesiones con los órganos inmediatos, situación de aquéllas, parte que éstos hayan tomado en el proceso anatómo-patológico, etc.), y tiene que supeditarse á ellas el cirujano que opera y quedar todo á su iniciativa del momento.

La cirugía actual debe tender, y tiende sin género ninguno de duda, á abandonar las hemostasias preventivas, ya se obtengan con ligaduras elásticas, ya con la forcipresura por medio de las pinzas, pero sobre todo las ligaduras elásticas en masa. Y la tendencia está justificada y de acuerdo con el concepto aséptico, ya que tampoco olvida las consecuencias funestas determinadas ó provocadas por el empleo, uso y abuso de aquellos medios de hemostasia que provocan hemorragias consecutivas, edemas difíciles de corregir y congestiones por parálisis vaso-motras, que suelen, así como las neuritis traumáticas por constricción, tan bien estudiadas en la actualidad, y cuya curación no se logra tan fácilmente.

Si á lo dicho añadimos que la tan temida hemorragia en la decolación del fémur es algún tanto ilusoria, y que el temor es debido más bien que á la realidad de los hechos, á que así viene consignándose de autor en autor, llegaremos á convencernos de que se puede y debe evitar el empleo de los tantas veces mencionados medios.

No quita que guardemos todos los respetos y admiración debida á los grandes maestros que nos precedieron, para que nosotros, inspirándonos en sus obras, debamos corregir sus defectos, ya que á ello vendrán obligados también los que nos sustituyan, para que la cirugía llegue á adquirir el mayor grado de perfección en lo que tiene de Ciencia y en lo que de Arte participa.

\*  
\*  
\*

## IX CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE Y DEMOGRAFÍA

Profilaxis é higiene terapéutica de la tuberculosis pulmonar, por el Doctor  
A. Muñoz.

### CONCLUSIONES.

1.<sup>a</sup> Para producirse la tuberculosis es necesario el concurso de dos factores esenciales: la invasión del *bacilo* de Koch y un *terreno ú organismo apto* para su desarrollo.

2.<sup>a</sup> De dos maneras puede impedirse la producción de la tuberculosis: primera, evitando la invasión del bacilo (destrucción de los gérmenes y sus vehículos, esputos, carnes, leches, etc., etc., de

animales tuberculosos); y segunda, combatiendo ó corrigiendo la *predisposición* á contraer la enfermedad.

3.<sup>a</sup> Hay sujetos *sanos expuestos* á contraer la tuberculosis, los que habitan en hospitales ó viviendas de tísicos, siempre que contraen afecciones de pecho ó se debilita su organismo por enfermedades ú otras causas. Hay otros sujetos *predispuestos* por condiciones ó ley de herencia.

4.<sup>a</sup> La profilaxis de los *expuestos*, de los *predispuestos* y la *higiene terapéutica* de la *tuberculosis confirmada* es sensiblemente la misma, variando tal vez el grado, la intensidad ó el tiempo de acción de los agentes higiénicos.

5.<sup>a</sup> Estos agentes higiénicos tienen por acción principal estimular y vigorizar la vida celular del organismo del tísico, ya para resistir á la invasión, ya para contrarrestar sus efectos.

6.<sup>a</sup> El tratamiento higiénico-dietético es considerado por todos los clínicos, á falta de otro específico, como el mejor tratamiento contra la predisposición y contra la enfermedad.

7.<sup>a</sup> Los agentes principales de este tratamiento son: *el aire puro, el sol, la luz, el reposo* ó *el ejercicio metodizado*, la estancia prolongada al aire libre, *la escogida, abundante y variada alimentación*, los *climas elevados, el bosque* ó las *atmósferas marinas*, según los casos.

8.<sup>a</sup> En el domicilio particular es casi siempre imposible emplear todos estos medios.

9.<sup>a</sup> *Los hospitales generales son los más inadecuados, los más inconvenientes, los peores para la permanencia de los tuberculosos.*

10. Los hospitales especiales, y mejor los sanatorios para tuberculosos, son una conquista de la época actual, debiendo favorecerse la creación de sanatorios para tísicos pobres, así como para militares y para niños, emplazándolos en las montañas y bosques, cerca de las grandes poblaciones y vías de comunicación, ó á orillas del mar para todas las necesidades.

11. La higiene cuenta muchos triunfos con la profilaxis y tratamiento de los tuberculosos.

12. La farmacología los aumenta, con el concurso de la higiene, con medios que ésta suministra (estancias en los bosques, atmósferas marinas.)

13. En la práctica diaria hay necesidad de suplir ó asociar á dichos agentes otro farmacológico: la creosota y sus derivados, que desde hace muchos años viene siendo de empleo constante y provechoso por los clínicos de todos los países como auxiliar poderoso de la higiene profiláctica y terapéutica de la tuberculosis á falta de otro tratamiento específico, por desgracia no encontrado todavía.

14. El creosotal, derivado de la creosota (carbonato), es el que en la actualidad reúne mayor número de ventajas y goza el favor de los clínicos más eminentes como tratamiento profiláctico de los sujetos *expuestos* y *predispuestos* (catarros, bronquitis, gripe, etcétera), y de la tuberculosis confirmada.

15. Por las ventajas de su fácil administración y tolerancia, está más indicado en los refractarios á la creosota y en los niños de corta edad.

16. Estos preparados ejercen su acción directamente contra la vida de los bacilos ó sus toxinas, según opinan algunos, ó tal vez, al igual que los medios higiénicos, estimulan y acrecen la resistencia de la célula viva, desviando sus cambios nutritivos en sentido desfavorable al desarrollo microbiano y á la toxicidad de sus secreciones.

17. La práctica de muchos clínicos ha demostrado la superioridad de estos preparados. En mi clínica, durante más de diez años, he comprobado en numerosos *enfermos* y predispuestos, sus ventajas, eficacia y resultados provechosos.

18. *El llamado tratamiento higiénico-dietético, combinado con los preparados de creosota, de los cuales es hoy el más preferible el creosotal (carbonato), constituye en la actualidad, según nuestras observaciones, la mejor profilaxis y el tratamiento de mejores resultados contra la tuberculosis.*

\* \* \*

La rabia y su profilaxis por el método supra-intensivo, original del Dr. Ferrán, por el Dr. Leopoldo Murga.

#### CONCLUSIONES.

1.<sup>a</sup> La mayor parte de las mordeduras son ocasionadas por perros; siguen en importancia los gatos, los asnos, mulos, caballos y cerdos, respectivamente.

2.<sup>a</sup> No creemos que tiene importancia alguna la acción de la temperatura en la mayor frecuencia de los casos de rabia en los animales. Tratándose de una provincia como la de Sevilla, que en los rigurosos meses del verano hay muchos días en que la temperatura alcanza hasta 58° grados al sol, no hemos observado diferencias notables en el número de mordidos que han acudido á nuestro Instituto. Véase la agrupación por meses.

Enero .....	39	Abril.....	32	Julio.....	41	Octubre....	41
Febrero ....	35	Mayo.....	84	Agosto.....	28	Noviembre .	36
Marzo.....	38	Junio .....	47	Septiembre	40	Diciembre .	19

Como se vé, las cifras son bastante aproximadas. Únicamente aparece una diferencia notable en el mes de Mayo, y hay, por el contrario, disminución en el mes de Agosto, que es el de más calor.

3.<sup>a</sup> Con relación al sitio más frecuente de las mordeduras aparece un número bastante mayor de heridas ocasionadas en partes desnudas que en partes provistas de vestidos, puesto que de las primeras figuran en nuestra estadística 647 heridas, mientras que de las segundas sólo aparecen 397.

De las 647 heridas ocasionadas en partes desnudas, aparecen en nuestra estadística 16 heridas en el tronco, 39 en la cara, 96 en los miembros inferiores y 496 en las extremidades superiores, sobre todo, en las manos.

4.<sup>a</sup> La edad parece corresponder también en el estudio de la es-

tadística; así, por ejemplo, registramos 68 niños mordidos menores de 5 años, 173 de los 5 á los 15, 39 de los 15 á los 20, 78 de los 20 á los 30, 47 de los 30 á los 40, 38 de los 40 á los 50, 27 de los 50 á los 60, 6 de los 60 á los 70 y 4 con más de 70 años.

El mayor número recae en los niños de los 5 á los 15 años, ya sea ésto debido á su imprudencia, al juego con los animales, así como en los que tienen de 20 á 30 por ser generalmente trabajadores del campo, sitio en que se observa el mayor número de casos de rabia.

5.<sup>a</sup> Respecto al sexo, también es mucho más frecuente en el hombre la mordedura por estos animales. De los 480 casos tratados, 420 son varones. Esto parece debido á las mismas causas; el mayor número de trabajadores de campo, y con respecto á los niños, también los varones juegan y circulan más por las calles que las hembras.

6.<sup>a</sup> Por último, si tenemos presente que los principales observadores asignan en sus estadísticas que se presenta la rabia en un 90 por 100 de las personas mordidas por animales hidrófobos, y consideramos solamente que 144 personas figuran en nuestra estadística mordidas en partes desnudas y por animales comprendidos en el primer grupo, ó sea aquéllos en que se demostró la rabia experimentalmente en el Instituto, esto es, inoculando los conejos con la emulsión obtenida de la substancia cerebral de los perros causantes de las mordeduras, tendremos que hubieran fallecido si no se hubieran sometido á tratamiento, y según esa misma proporción, 129,60 de los 144; pero como sólo hemos tenido una mortalidad en este grupo de dos individuos, resulta que *hemos salvado la vida á 126 con 72 centésimas*, tomando por base las estadísticas de Bollinger, que son las más completas y numerosas.

---

## REVISTA EXTRANJERA

---

### **Estadística de la mortalidad por viruela en Alemania, comparada con la de los demás países de Europa desde 1886 á 1894.**

—En un estudio sobre la viruela y la vacunación en Alemania, publicado por el *Centro Imperial de Higiene de Berlín*, en el cual se trata de hacer patente los beneficios obtenidos para la salud pública con la Ley de 1874 sobre la vacunación obligatoria, se consignan los siguientes datos estadísticos comparativos, que hacen por cierto poco honor á nuestra Patria en punto tan interesante como el de la profilaxis de la viruela. Durante nueve años, desde 1886 á 1894, la mortalidad por viruela en Alemania ha sido de 2 1/2 por millón de habitantes; en Inglaterra, 13; en los Países Bajos, 11; en Francia, 147; en Hungría, 175; Italia, 180; Bélgica, 252; Austria, 313, y España, 638!

Este éxito obtenido contra la viruela en Alemania, débese principalmente á la aplicación de la Ley de 1874. Después de la epidemia de viruela que siguió á la guerra franco-prusiana, se decidió el

nuevo Imperio alemán á instituir la vacunación obligatoria para todos los niños de dos años y la revacunación á la edad escolar, ó sea á los 12 años. Esta Ley, cumplida con rigor desde su promulgación, ha dado tan excelentes resultados, que en realidad ha sido desde entonces prácticamente abolida la viruela en Alemania. Solamente en las pequeñas poblaciones próximas á la frontera se ha presentado algún foco epidémico insignificante, pero en realidad la mortalidad es hoy casi nula. En el ejército sólo ha ocurrido una muerte por viruela desde 1874, y esa fué debida á un caso en que la revacunación resultó estéril. Desde 1884 la Comisión de vacunación recomendó el uso de la linfa de ternera con preferencia á la vacuna humana, y desde entonces casi es usada exclusivamente aquélla. Hay 25 Institutos del Estado encargados de obtener y distribuir vacuna para tres ó cuatro millones de niños que se vacunan anualmente. Ni un solo niño escapa á la vacunación obligatoria, para lo cual las autoridades llevan registros escrupulosos de los niños que nacen; y exigen á los padres la presentación del certificado de vacunación de sus hijos, bajo penas pecuniaria ó aflictiva.

\*  
\*  
\*

Con arreglo al reglamento de alimentación del ejército alemán, publicado en el mes de Marzo último, la ración del soldado se compondrá en adelante de los siguientes elementos:

EN CAMPAÑA.	Gramos
Carne cruda de vaca, carnero ó cerdo...	250
Grasa.....	60
Legumbres ..	250
Sal.....	25
Café.....	15
<i>Total</i> .....	600

La carne cruda podrá ser reemplazada por 200 gramos de carne en conserva ó de tocino, y los 250 de legumbres por 1.500 de patatas ó 125 de arroz.

EN GUARNICIÓN.	Gramos
Carne cruda de vaca, carnero ó cerdo...	180
Grasa.....	40
Legumbres..	250
Sal.....	25
Café.....	10
<i>Total</i> .....	505

Podrá sustituirse la ración de carne por 100 gramos de conserva ó por 120 de tocino.

(*Militär Zeitung*, 30 de Abril.)

\*  
\*  
\*

**Erupciones debidas á la antipirina.**—El Dr. W. Vechselmann llama la atención sobre la dificultad de distinguir algunas veces el ras debido al uso de la antipirina. Puede presentarse de una vez, invadiendo todo el cuerpo, ó en áreas más ó menos limitadas de la piel. En este último caso, son más frecuentemente afectadas las partes que rodean la boca, el ano y los parpados; á veces se presenta en las extremidades, especialmente en las palmas de las manos y los dedos. Cuando se limite á estos últimos puntos puede ser atribuído á la sífilis. El ras consiste en unas manchas rojas muy bien limitadas, de forma redonda ú oval, sobre las cuales aparecen pronto ligeras vesículas. La curación tiene lugar por descamación laminosa ó formación de costras, que dejan tras sí una ligera pigmentación de la piel. No suele presentarse esta erupción con motivo de las primeras dosis del medicamento, sino después de estar haciendo uso de él por algún tiempo. La opinión del autor respecto á la génesis de la erupción, es la de que quizás este medicamento sea excretado más bien por las glándulas sudoríferas y salivas que por el riñón; fundándose en que en algunas investigaciones hechas por él, no ha hallado la presencia de esta substancia en la orina.

(*Deut. méd. Woch.*)

\* \* \*

**Endocarditis ulcerativa tratada con suero antiestafilococcus.**

—El Dr. Moritz ha creído que un caso de esta clase de endocarditis, tratado con éxito por la seroterapia, siendo esta enfermedad tan grave que dá un 80 por 100 de mortalidad por término medio, es digno de ser publicado y conocido por el mundo médico. Hé aquí el hecho. Un hombre de 22 años, sin antecedentes reumáticos ni sifilíticos, ingresó enfermo en el hospital de Christmas el 22 de Enero último, y fué diagnosticado de padecer una endocarditis ulcerativa, complicada con iridocoroiditis derecha de origen metastásico. El infarto del hígado y bazo, la anorexia absoluta, las epistaxis, un ras y otros síntomas indicadores de la gravedad del caso, decidieron á tratarlo por inyecciones de suero.

Era difícil decidir cuál de las muchas bacterias capaces de determinar la endocarditis ulcerativa era la dominante en este caso. El individuo había padecido hacía unos ocho meses de blenorragia y cistitis, pero había curado de ellas perfectamente, y no fué encontrado por el examen bacterioscópico ningún gonococcus. Prácticamente se concretó la cuestión á decidir entre el estafilococcus y el estreptococcus. Como el autor había tenido en su práctica otros casos semejantes, en los que el examen *post mortem* había revelado la presencia en el endocardio del estafilococcus albus y aureus, decidió tratar al enfermo por el suero antiestafilococcus preparado en el Instituto Imperial de Medicina experimental de San Petersburgo. La primera inyección se le puso el 25 de Febrero; á las seis inyecciones, de cinco centímetros cúbicos cada una, desaparecieron todos los síntomas generales, y el 11 de Marzo la temperatura era

normal. Después de la segunda inyección se presentó una inflamación metastásica en la pantorrilla derecha, y á la sexta otra en la rodilla izquierda, las cuales se resolvieron sin supuración, en poco tiempo. Moritz piensa que ésto viene á probar que el suero actúa directamente sobre las válvulas enfermas, estimulando el proceso de cicatrización, durante el cual puede favorecerse el desprendimiento de pequeñas partículas de las vegetaciones, que pueden obrar como embolias.

*(Zur serumtherapie bei endocarditis maligna.)*



**El extracto tiróideo en el tratamiento de la anemia.**—El doctor Samuel Bell ha publicado un estudio respecto al efecto de la administración del extracto tiróideo sobre el aumento de glóbulos rojos, blancos y hemoglobina de la sangre, en casos de anemia asociada con melancolía. En nueve casos observados en el hospital de locos de Michigán, siete mujeres y dos hombres, los cuales sufrían de alguna forma de depresión mental, junto con la anemia, dió el examen cuidadosamente hecho de la sangre resultados sorprendentes. En un caso los corpúsculos rojos fueron aumentados en 728.400, los leucocitos 1.330, y la hemoglobina un 7 por 100. Los efectos psicológicos fueron observados desde el principio del tratamiento, mejorando mucho en cinco casos.



## XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCÚ.

**Serodiagnóstico de la fiebre tifoidea.**—*M. F. Widal* (de París.) —Las estadísticas de serodiagnóstico de la tifoidea se han multiplicado en los últimos meses, y el número de hechos positivos se eleva ya á muchos miles. Los casos que parecen ser una excepción de la regla son rarísimos, y aun la mayor parte de ellos se prestan á ser diversamente interpretados. Tal es el objeto de mi comunicación.

Yo he examinado la sangre de 177 tíficos, y sólo en un caso ha faltado la reacción. Cuando los resultados suministrados por el examen del suero no se hallan en armonía con los que dá el examen clínico, no hay que olvidar que el serodiagnóstico es el que puede tener razón. La seroreacción nos permite, en efecto, descubrir ciertas formas anormales de dotienentería allá donde la clínica hubiera fracasado. Siendo nuestra estadística una estadística de estudio, cada vez que nos hallábamos en presencia de un caso dudoso practicábamos el examen bacteriológico; así, por ejemplo, sólo en un caso—el que acabamos de indicar—hemos visto que dejaba de realizarse el serodiagnóstico; en el enfermo de que se trata; el bazo puncionado nos había dado cultivos puros de bacilos de Eberth.

Para afirmar que la reacción ha faltado en un caso de dotienentería, es preciso que el examen de la sangre haya sido renovado lo

más frecuentemente posible; y sabido es que, en cierto número de estadísticas publicadas, ese examen no ha podido ser efectuado más que una sola vez en el mismo enfermo. La reacción puede no presentarse en un primer examen y aparecer al otro día ó en los días siguientes; puede producirse con retraso, y de ahí que yo no haya cesado nunca de repetir que en presencia de un resultado negativo suministrado por el suero de un enfermo sospechoso, no se debe dejar de reiterar el ensayo en los días siguientes.

Por último, debe tenerse presente—como nosotros hemos observado con los Sres. Sicard y Nobécourt—que un poder aglutinativo relativamente elevado durante el período de estado puede disminuir, en los días que preceden á la muerte, á una cifra tan baja, que, en realidad, no cabe entonces la admisión del serodiagnóstico. Si un examen necrópsico revela la existencia de lesiones intestinales características de la fiebre tifoidea, y si el serodiagnóstico ha sido negativo durante la vida, antes de registrar el caso hay que saber si la reacción ha sido investigada tan sólo en los días que han precedido inmediatamente á la muerte.

Yo he estudiado cerca de 350 sueros no tíficos por el procedimiento que llamo *extemporáneo ó instantáneo*, empleando para hacer la preparación una mezcla de una parte de suero por 10 partes de cultivo reciente, y, hasta hoy, jamás he fracasado con esta proporción, siguiendo estrictamente las reglas que tengo formuladas desde el comienzo de mis investigaciones, reglas que algunos de los experimentadores que me han seguido parece que no han comprendido. Por dicho procedimiento, las aglomeraciones son, en general, visibles al microscopio inmediatamente ó después de algunos minutos; puede haber interés en dejar que la preparación descanse un cuarto de hora ó media hora; pero para admitir una conclusión definitiva pasado este tiempo, es necesario que los montones no sólo sean característicos, sino muy confluentes y dispuestos sobre todos los puntos de la preparación á la manera de los islotes de un archipiélago, de suerte que no dejen lugar á la más pequeña duda. Con ciertos sueros normales, he observado algunas veces pseudo-aglutinaciones discretas y tardías, pero siempre incapaces—en tales condiciones—de desviar el diagnóstico. Finalmente, no ha mucho he demostrado con el Sr. Sicard de qué manera la mensuración exacta del poder aglutinativo debía servir de contraprueba á la primera operación.

El serodiagnóstico obliga á indagar con cuidado los antecedentes de los enfermos. No se debe investigar en su propio recuerdo ó en el de las personas de su familia ó de su servicio la existencia anterior de una fiebre tifoidea declarada, sino también la de la fiebre llamada mucosa y del empacho gástrico febril: en efecto, una infección tífica bastarda que hubiese evolucionado en fecha muy anterior pudiera haber dejado excepcionalmente la sangre aglutinativa.

La siembra de los órganos y del bazo es lo único que puede revelar en la autopsia la certeza de ciertas infecciones eberthianas,

Se han publicado ya varias observaciones en las cuales el suero diagnóstico hecho durante la vida ha impuesto después de la muerte un examen bacteriológico minucioso, sin el cual la infección tífica hubiera pasado inadvertida hasta en la misma mesa del anfiteatro. La reacción aglutinante nos permitirá, sin ninguna duda, dilucidar la historia, aún tan obscura, de ciertas formas atípicas de fiebre tifoidea.

Con Nobécourt, yo he establecido que el suero de un hombre atacado de una infección de colibacilo era aglutinativo para su muestra patógena, pero lo era poco ó nada para otras muestras de colibacilos; un suero tífico, por el contrario, impresiona á poca diferencia de la misma manera las diversas muestras de bacilos de Eberth. El serodiagnóstico puede hacerse siempre con un cultivo reciente de una muestra cualquiera de bacilo tífico bien comprobado. Se pueden emplear cultivos muertos adicionados de formol en la proporción de 1 por 150, y siguiendo la técnica por nosotros indicada.

*M. A. Mills* (de Bruselas) dice que para el serodiagnóstico de la fiebre tifoidea importa conocer la virulencia de los cultivos empleados. Según 28 experimentos hechos con cultivos de una misma fecha, pero de virulencias variables, el orador ha observado que la rapidez con que la aglutinación se producía estaba en razón inversa del poder de virulencia del bacilo de Eberth empleado.

\* \*

**De la parálisis muscular pseudo-hipertrófica.**—*M. E. Maixner* (de Praga): El carácter familiar de la parálisis muscular hipertrófica me ha sido demostrado una vez más por la observación clínica de tres hermanas que descendían de una familia de neurópatas. En todas tres, los primeros síntomas aparecieron á la edad de 10 años. La mayor sucumbió á dicha enfermedad cuando tenía 19 años. La segunda hermana presenta en este momento un crecimiento muy marcado de los músculos de la pantorrilla, de los músculos extensores del muslo, de los glúteos y de la masa lumbo sacra; más aún se vé obligada á guardar cama á causa de una contractura de los músculos de la pantorrilla. En la tercera hermana, que tiene 11 años, se empieza á notar un aumento de volumen de la pantorrilla, un andar inseguro y cierta torpeza con ocasión de los movimientos que exigen alguna atención. La evolución clásica de los síntomas no permite la menor duda acerca de la naturaleza de la enfermedad.

La cuestión de saber si existen en la parálisis muscular pseudo-hipertrófica lesiones anatómicas de la médula espinal no se halla aún dilucidada, y de ahí que nos haya parecido necesario practicar en esa ocasión investigaciones anatómicas minuciosas. Y, de hecho, hemos notado la existencia de alteraciones importantes en la médula espinal y en los troncos nerviosos. En la médula, las lesiones interesan no sólo las células ganglionares anteriores, la neuroglia de las astas anteriores y el sistema vascular, sino también la subs-

tancia blanca medular, donde se observan trastornos degenerativos más acentuados á nivel de las regiones lumbar y cervical que en la región dorsal. En el nervio crural, en el ciático y en los troncos del plexo braquial, existe una proliferación insólita de tejido conjuntivo entre las fibras y los haces nerviosos; las fibras nerviosas son el centro de alteraciones degenerativas que acaban por destruirlas. Unos fragmentos de músculos tomados de los gemelos, del triceps crural y del deltoides, presentan las lesiones conocidas.

\*  
\*  
\*

**Patogenia, diagnóstico diferencial y anatomía patológica de la siringomielia.**—*M. H. Schlesinger* (de Viena), *ponente*. Una cuestión que se halla sobre el tapete en el estudio de la siringomielia, es la de saber si la lepra desempeña un papel cualquiera en la patogenia de dicha afección. Los resultados necrópsicos no autorizan en modo alguno á resolver esta cuestión en sentido afirmativo. Las analogías clínicas que se observan entre ciertas formas de lepra y la siringomielia no permiten tampoco admitir la existencia de una misma base anatómica para entrambos estados morbosos. Por último, el análisis de los síntomas hace igualmente inverosímil la hipótesis según la cual la lepra es susceptible de producir una degeneración cavitaria de la médula.

Creo, pues, que la denominación de «enfermedad de Morvan» debe ser definitivamente abandonada, reemplazándola por la de «síndrome de Morvan», toda vez que este síndrome puede encontrarse lo mismo en las afecciones del sistema nervioso central (siringomielia) que en la de los nervios periféricos (de naturaleza leprosa.)

El diagnóstico diferencial entre la siringomielia y la lepra puede ser establecido con ayuda de ciertos signos propios de cada una de estas enfermedades. Así, por ejemplo, los trastornos bulbares unilaterales, la paresia espasmódica de los miembros inferiores, la exageración del reflejo rotuliano, el nistagmo, los accesos intensos de vértigo y la distribución por segmentos de los trastornos motores y sensitivos son signos de siringomielia, mientras que la parálisis facial periférica, la tumefacción y la sensibilidad dolorosa de los troncos nerviosos, los trastornos oculares y laríngeos, las manchas pigmentarias y las erupciones vesiculares diseminadas sobre todo el cuerpo, deben ser considerados como otros tantos síntomas característicos de la lepra.

Cuanto á la circunstancia de haber habitado ó no una localidad en que la lepra es endémica, lejos de tener la importancia que se le daba en otro tiempo, no posee actualmente ningún valor para el diagnóstico diferencial de la siringomielia y de la lepra. Lo mismo debe decirse del resultado negativo del examen bacteriológico en un caso dado, pues el hecho de no encontrar el bacilo de Hansen no prueba en modo alguno que el sujeto examinado sea un sujeto no leproso.

En lo que concierne á la etiología de la siringomielia *bulbar*, en mi concepto es compleja y dimana en parte de ciertas anomalías de desarrollo (gliosis primitiva), pero sobre todo de lesiones vasculares que conducen al reblandecimiento isquémico y á la destrucción de los tejidos por derrames sanguíneos.

Al revés de lo que se observa en la siringomielia espinal, en las gliosis del bulbo las paredes quísticas no presentan nunca un revestimientoependimario, ni siquiera parcial.

Las lesiones de los cuatro primeros pares de nervios craneanos y de la raíz motora del trigémino en la siringomielia deben ser atribuídas á complicaciones accidentales, tales como la hidrocefalia, la tabes, la parálisis progresiva, los tumores cerebrales, etc., ya que la siringomielia no ataca nunca ni los núcleos de origen, ni las fibras intrabulbares de los nervios en cuestión.

Haré observar, finalmente, que en los casos de paquimeningitis espinal se encuentra en la médula una gliosis particular que no parece resultar ni de una suspensión de desarrollo del sistema nervioso, ni de una siringomielia central, sino más bien de lesiones vasculares.

*M. Schultze* (de Bona): En la siringomielia, las alteraciones anatómo-patológicas se presentan bajo la forma de cavidades oblongas, *tubulares*, de la médula, ofreciendo numerosos prolongamientos en diversas direcciones y extendiéndose casi hasta el bulbo. Unas veces esas cavidades son congénitas (hidromielia), otras veces la siringomielia no aparece hasta un período muy avanzado de la vida y entonces vá acompañada de gliomatosis. Hay ciertos casos en que, al lado de las cavidades siringomiélicas, existen proliferaciones que no llegan á convertirse, sin embargo, en verdaderas producciones neoplásicas; yo he designado esta forma con el nombre de *gliosis*. Por último, la siringomielia puede ir complicada de paquimeningitis y de lectomeningitis. En todas estas variedades se encuentra una cavidad común rodeada de una proliferación de la neuroglia.

En lo que respecta al modo de producción de estas lesiones, se puede suponer que las cavidades siringomiélicas son primitivas y la proliferación neuróglia secundaria; pero también cabe admitir la hipótesis inversa. La siringomielia reconoce á veces por causa la existencia de extensas hemorragias tubulares (Minor.)

No puedo compartir la opinión de Weigert, quien establece una distinción entre la gliomatosis y la gliosis medular; en la primera trataríase de una proliferación de las células de la neuroglia; en la segunda, de una hiperplasia de las fibras neuróglia. A mi juicio, en ambos casos se trata de un solo y mismo proceso, pero presentando un grado de intensidad diferente.

Háse pretendido que la siringomielia puede ser debida á obliteraciones vasculares; esta hipótesis resulta refutada por el hecho de que la siringomielia no se observa en los casos de arteriosclerosis. En cambio, la obstrucción vascular es susceptible de desempeñar

un papel importante en la evolución progresiva del proceso siringomiélico.

Debo añadir que niego la existencia de una conexión cualquiera entre la siringomielia y la lepra.

*M. Sabrazés:* Yo he de hacer presente que el profesor Sr. Pitres y yo pusimos ya de manifiesto en 1892 las dificultades que suscita el diagnóstico clínico en ciertos casos. Con todo, el problema puede ser resuelto por medio de la biopsia y del examen bacteriológico de un filete nervioso cutáneo; la investigación de los bacilos dá siempre resultados positivos si se trata de lepra.

Quando se sigue la evolución de la enfermedad, se ven aparecer síntomas reveladores de la lepra (engrosamiento del nervio cubital, diplegía facial con participación de los dos orbiculares, etc.)

Las radiografías de dedos leprosos, como podéis ver en las pruebas que os presentamos, muestran el fenómeno curiosísimo de la reabsorción espontánea y progresiva de las falanjes. En cambio, en la siringomielia—abstracción hecha de los panadizos analgésicos—hay más bien tendencia á la acromegalia, como es fácil darse cuenta de ello sobre el radiograma que os presento.

\*  
\* \*

**Trastornos psíquicos en la lepra.**—*M. Meschede* (de Königsberg): Entre los síntomas funcionales provocados por el proceso leproso, los trastornos psíquicos han llamado apenas la atención de los clínicos. A juzgar por los datos que he hallado en los trabajos publicados sobre la materia, las psicosis en los leprosos han sido consideradas sobre todo como complicaciones accidentales ó como la consecuencia de afecciones somáticas intercurrentes, especialmente de la nefritis.

Contra semejante opinión, yo estimo que la lepra que ejerce también una influencia directa sobre el desarrollo de la enajenación mental, en el sentido de que los trastornos cerebrales pueden provenir de una lesión irritativa del sistema nervioso ora por los bacilos de Hansen, ora por sus toxinas.

Fundo esta hipótesis en el estudio de un caso de psicosis que he tenido la ocasión de observar recientemente en un leproso.

Trátase de un hombre de 28 años en quien los primeros síntomas de la lepra se manifestaron en 1891 y que, en 1896, fué atacado de súbito, sin causa aparente, de signos de enajenación mental aguda que hizo necesaria la reclusión en mi servicio, del cual salió el paciente curado de su demencia al cabo de cuatro meses y medio, para ingresar en la clínica médica con objeto de hacerse tratar de la lepra.

En ese individuo, á seguida de un corto período inicial de melancolía, durante el cual se negaba á tomar alimento, viéronse sobrevenir bruscamente alucinaciones de todos los órganos sensorios con excitación, estado angustioso, descargas motoras intensas é ideas delirantes de carácter religioso. Después de algunas remisio-

nes y de un acceso de megalomanía, los trastornos mentales se atenuaron progresivamente y acabaron por desaparecer del todo.

Como fenómenos particulares observados en ese caso, conviene señalar el comienzo brusco, *explosivo*, por decirlo así, de la afección mental y la existencia—durante el período inicial—de síntomas evidentes de congestión cerebral y cutánea. La piel de la cara presentaba especialmente una rubicundez y una turgescencia acentuadas, siendo también la sensibilidad cutánea el principal punto de partida de las alucinaciones: el enfermo se imaginaba que le torturaban; experimentaba una sensación de calor que, según su evaluación, era catorce veces más fuerte que la temperatura normal del cuerpo; presentaba igualmente una excitación sensual de una intensidad insólita y trastornos del sentido muscular que le hacían creer que todo su cuerpo estaba suspendido en el aire. Paralelamente á la regresión de los trastornos psíquicos, el estado congestivo de la piel se dispó poco á poco. Fué también en la esfera de la sensibilidad cutánea donde se mostraron las últimas alucinaciones del período de baja; el enfermo tenía la impresión de que varias serpientes se hallaban arrolladas en torno de sus piernas.

Este predominio de las alucinaciones del tacto milita, á mi juicio, en pró de la hipótesis de una influencia directa de los bacilos de la lepra sobre el sistema nervioso.

Añadiré que un hermano del enfermo había sido atacado igualmente de enajenación mental. Todos los demás individuos de la familia están indemnes de trastornos psíquicos, de suerte que no puede haber en ellos cuestión de herencia psicopática propiamente dicha, sino más bien una simple predisposición familiar á los trastornos psíquicos. Cabría en realidad preguntarse si en el hermano de mi enfermo el acceso de enajenación mental dimanaba acaso de una afección leprosa que hubiese quedado latente.

\*  
\*\*

#### **Un caso de transmisión de la morriña del carnero al hombre.**

—*MM. F.-J. Bosc y Pourquier* (de Montpellier): Un rebaño había sido señalado como habiendo cohabitado con carneros atacados de morriña, y había sido inmediatamente sacrificado. Estos carneros presentaban todos los signos de la salud y ninguna pústula en la cabeza. En 4 de Julio del corriente año, una mujer, tripera, se queja á uno de nosotros de una fatiga general y de una erupción en ambas manos y en los antebrazos. La interesada atribuye su enfermedad á que, raspando algunos días antes unos piés de carnero que presentaban una erupción de morriña, se había punzado en el pulgar izquierdo. Dos días después vé aparecer un granito que aumenta de volumen. Ocho días más tarde existe un verdadero chancro de inoculación, de centro elevado, de color cobrizo, de bordes cortados á pico y despegados. El 1.º de Julio preséntanse unas pápulas en todo el circuito y estalla una erupción que invade el dorso de los dedos. Al día siguiente esa mujer observa nuevas pápulas semejan-

tes sobre el pulgar derecho. El 4 de Julio—el primer día en que nosotros la vemos—existe una erupción generalizada á las manos, á las muñecas y á los antebrazos, y ofreciendo absolutamente *todos los caracteres de una erupción de viruela*, con pápulas aisladas y confluentes.

Los días siguientes, la erupción aumenta de intensidad; el dorso de las manos es el centro de una hinchazón muy marcada, pero la erupción no presenta ninguna tendencia á generalizarse, y en 10 de Julio empieza á atenuarse.

Despréndese de esta observación precisa que la morriña es transmisible del carnero al hombre bajo forma de una erupción de viruela, cuya propagación á la mano derecha se explica, en nuestro caso particular, por el roce continuo de los dos pulgares exigido por el oficio de la enferma.

De otra parte, la erupción que existe en los piés de carnero raspados por esa mujer era una erupción de morriña típica.

Podría objetarse que esa erupción era debida, no al virus morriñoso, sino á una infección cualquiera.

Para comprobar la certeza de nuestra interpretación hemos sacado líquido de las pústulas situadas en las manos de la enferma y lo hemos inoculado á unos corderos. A nivel de los puntos de inoculación hemos visto aparecer unas pústulas de morriña, pero más pequeñas que las producidas por la inoculación de morriña virulenta del carnero. Además, esas pústulas han desaparecido sin generalizarse y sin supurar.

Representaban, pues, un virus atenuado, de suerte que el paso de la morriña del carnero al hombre dá al virus morriñoso propiedades vacunales.

El Sr. Villain había publicado en 1884 algunas observaciones de transmisión de morriña del carnero á varios sujetos empleados en el mercado de animales del matadero de París, pero sin demostración experimental.

Nuestro caso viene á completar la prueba de esa transmisión y nos muestra dos nuevos hechos importantes: el pasaje de la morriña en el hombre puede atenuar grandemente el virus; la enfermedad se transmite bajo forma de una *erupción local de viruela típica*.

Cabe creer, por consiguiente, que existen relaciones entre la morriña y la viruela; y si bien en la mujer de que se trata la enfermedad se mantuvo localizada en las contigüedades del punto de inoculación, la verdad es que podría ser generalizada si la puerta de entrada fuese diferente—el árbol aéreo, por ejemplo—y mayor la virulencia de los gérmenes patógenos. Esto es precisamente lo que ocurre con la viruela del hombre inoculada debajo de la piel.

\*  
\*\*

**Nuevos procedimientos de separación de la «equidnovacuna» y de la «equidnasa» de víbora.**—*M. Phisalix* (de París): En otra ocasión he demostrado que la materia vacunante preexiste en el

veneno de víbora y no proviene de la transformación de las sustancias tóxicas; basta, en efecto, filtrar sobre porcelana una solución de veneno para quitarle sus propiedades tóxicas, sin dejar de conservarles sus propiedades vacunantes. He llegado al mismo resultado por otro procedimiento que ofrece ciertas analogías con la filtración, es decir, por medio de la diálisis á través del papel de pergamino. Una solución de veneno de víbora diluída á  $\frac{1}{5000}$  es vertida en un dializador. Al cabo de veinticuatro horas, el agua exterior es inoculada á un conejo de Indias, el cual no experimenta ningún síntoma de envenenamiento y que resulta perfectamente vacunado. Se renueva esta agua exterior y se repite el mismo experimento veinticuatro horas más tarde. Esta vez, el animal inoculado con esta agua de segunda diálisis experimenta algunos síntomas de envenenamiento y no resulta en modo alguno vacunado. ¿Qué inferir de estos hechos, sino es que la equidnovacuna atraviesa la membrana del dializador más rápidamente que la *equidnasa* y que la *equidnotoxina*? La preexistencia de una materia vacunante en el veneno parece, pues, absolutamente demostrada y justifica la denominación de *equidno-vacuna*.

Cuanto á la *equidnasa*, he conseguido aislarla mediante varias precipitaciones alcohólicas sucesivas. Una solución de veneno es precipitada por el alcohol; el precipitado es disuelto nuevamente en el agua y se vuelve á agregar alcohol: nuevo precipitado, y así sucesivamente. Después de tres ó cuatro manipulaciones de este género, la *equidno-toxina* es destruída y la *equidnasa* resiste; aun á dosis muy elevadas, no produce ningún trastorno general. Como quiera que determina accidentes locales muy análogos á los de la pepsina ó de la pancreatina, y que es muy alterable por el calor, el nombre de *equidnasa* parece perfectamente justificado.

\*  
\*  
\*

**Gangrena de las extremidades por atresia y por obliteración arterial incompleta en el cáncer del estómago.**—*MM. Sabracés y Cabannes* (de Burdeos): La gangrena por arteritis crónica no exige fatalmente — contra la opinión clásica formulada por Cruveilhier — una obliteración total de los troncos arteriales del miembro interesado y de sus colaterales. Una obliteración parcial y hasta una simple atresia pueden provocarla, como así lo demuestran dos casos observados por nosotros, y en los cuales no se ha tratado ni de gangrena por neuritis periféricas (los nervios estaban sanos más arriba de las partes esfaceladas), ni de gangrena séptica. Para ello es preciso que intervengan ciertas causas de denutrición múltiples y asociadas, tales como cáncer del estómago, anemia grave, hiposistolia, etcétera.

Las arteritis crónicas, obliterantes ó no y seguidas de gangrena en el curso del cáncer del estómago, no dimanán de un proceso neoplásico secundario localizado sobre los puntos de la arteria enferma, sino simplemente de una lesión de aterosmasia.

Enfrente del segmento arterial interesado, existen siempre unos ganglios que presentan alteraciones de inflamación simple de evolución crónica.

Esas arteritis crónicas que sobrevienen ó se revelan en el curso del cáncer gástrico deben ser asimiladas á las flebitis que con tanta frecuencia se manifiestan en los cancerosos.

---

## SECCION PROFESIONAL

---

### REGRESADOS DE ULTRAMAR.

*Circular.*—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer se observen las siguientes instrucciones sanitarias en el desembarco de heridos y enfermos que regresen de Cuba:

1.<sup>a</sup> Los soldados enfermos ó heridos de cada expedición serán clasificados por los Médicos que durante la travesía vengan encargados de su asistencia, en los grupos siguientes:

- A. Convalecientes.
- B. Enfermos ó heridos leves.
- C. Heridos ó enfermos graves.
- D. Enfermos contagiosos.

2.<sup>a</sup> Si dicha clasificación no se hubiera hecho en la travesía, se hará por el citado personal sanitario durante el periodo de cuarentena que han de sufrir los buques á su arribo á los puertos de desembarco.

3.<sup>a</sup> Al verificarse éste, el Jefe de Sanidad militar de las expediciones entregará las relaciones nominales de los referidos grupos al General Gobernador de la plaza.

4.<sup>a</sup> Los convalecientes serán destinados desde luego á sus hogares, para donde serán pasaportados, observándose con ellos las prescripciones acordadas para los sanos.

5.<sup>a</sup> Los heridos y enfermos leves serán destinados, según ellos deseen, á los hospitales, ó emprenderán la marcha á sus casas, siendo en este último caso reconocidos por el Médico designado para este objeto, por si encontrase en su estado motivo que por la marcha pudiera agravarse la enfermedad y constituir peligro para su vida.

6.<sup>a</sup> Los enfermos febricitantes y heridos graves ingresarán desde

luego en los hospitales para continuar sujetos al tratamiento adecuado hasta obtener su curación.

7.<sup>a</sup> Los contagiosos serán asimismo ingresados en los hospitales, cuidando muy escrupulosamente de su aislamiento más absoluto para evitar la propagación de sus enfermedades.

8.<sup>a</sup> Tanto á los convalecientes como los enfermos leves que marchen á sus casas, se les proporcionará un traje limpio y, á ser posible y si su estado lo permite, se les dará un baño general de aseo.

9.<sup>a</sup> Si, desgraciadamente, lo que no es de esperar, se desarrollase algún caso de fiebre amarilla durante el período cuarentenario á bordo del buque que lo sufra, inmediatamente se trasladará el enfermo al lazareto, poniendo en práctica las prescripciones que previene la ley sanitaria, desocupando el buque y previamente mudados de traje y bañados, si es posible, trasladándose todos los transportados á los pontones y barcos que al efecto se han dispuesto para este objeto en las bahías de los puertos de desembarco.

10. En este caso, si ocurre, y una vez terminado el período de cuarentena, se observarán las mismas prescripciones ya indicadas en los artículos anteriores para el desembarco y destino de los transportados.

11. Las ropas usadas deben desinfectarse y quemarse, según los casos.

12. Si por el excesivo número de enfermos se llenasen los hospitales del puerto de desembarco, ó bien por la proximidad de nueva expedición se creyere necesario evacuar los que estuvieran en condiciones más á propósito para ello sobre los hospitales de Búrgos, Valladolid y Vitoria, la autoridad militar dispondrá que se forme el tren sanitario para este objeto, y en caso preciso utilizará el material del tren-hospital remitido á dichos puertos, nombrándose el personal de Sanidad que considere necesario para el transporte de los indicados enfermos, volviendo dicho personal al punto de partida, una vez terminada su misión, para continuar allí sus servicios hasta que la autoridad militar disponga.

13. Si por circunstancias especiales que no es fácil prever, hubiera necesidad de variar alguna de las instrucciones indicadas, queda facultada la autoridad militar de la plaza, de acuerdo ó con informe del Jefe de Sanidad militar de la misma, sin consultar á este Ministerio, para llevar á cabo las medidas que considere más convenientes, conciliando el beneficio á que es acreedor el soldado enfermo ó repatriado con los intereses de la salud pública.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.  
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 20 de Agosto de 1898.—  
Correa.—Sr...