

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

---

AÑO XIII MADRID I.º DE NOVIEMBRE DE 1899 NÚM. 297

---

## LA CAMPAÑA DE FILIPINAS

(Recuerdos é impresiones de un Médico militar)

(Continuación.)

Cuando fueron evacuados de orden superior los hospitales de Arroceros y Malate, y los enfermos tuvieron que repartirse, según queda dicho, en varios conventos de los barrios de Sampaloc y Paco, respectivamente, también resultaron poco favorecidos los del Hospital de Manila por la especial condición de los nuevos locales que ocuparon. Allí el hacinamiento persistió, y aun se hizo extensivo á la clínica de Jefes y Oficiales.

Los enfermos de Malate perdieron también con el cambio; sin embargo, las dependencias del grupo de Paco se establecieron con relativo desahogo, porque los locales, en general, si no eran del todo adecuados, al menos dieron facilidades para la ejecución de los principales servicios. En las clínicas de la Concordia, Recreo de Jesuitas y San Pedro Macati, no se echaba de menos ningún detalle importante del régimen nosocomial, razón por la cual sirvieron de base para la reorganización del servicio de evacuación cuando se pensó extenderlo hasta Pasig, y habrían sido preferidas para la hospitalización de heridos si se hubiera logrado ampliar y reforzar la línea de defensa por el lado izquierdo del río.

Hubo al fin que trasladar los hospitales á la población murada; y como con ésto no se había contado, tuvo que hacerse en malas

condiciones y aceptando los locales que quisieron dar. La Escuela municipal de niñas volvió á llenarse de camas para enfermos; en la Universidad se ocuparon unas cuantas habitaciones con el mismo objeto; parte del Hospital civil se destinó á la asistencia de individuos del ejército; en el Seminario Viejo se acomodaron otros cuantos y quedó establecida la clínica de Jefes y Oficiales; y, por último, el grueso de la enfermería, el núcleo hospitalario, por decirlo así, quedó en el Beaterio de la Compañía de Jesús, edificio antiguo y destartado, en cuyos lóbregos corredores é insanas habitaciones se acumularon centenares de camas en condiciones real y verdaderamente lastimosas.

¿Qué hado funesto, qué fatalidad pesaba sobre los hospitales de Manila para que casi siempre estuvieran hacinados, así en la ciudad como en los arrabales, y lo mismo al principio que al fin de la campaña?

Yo no lo sé ni á mí me corresponde averiguarlo. Lo único que puedo asegurar es que el mal existió, y que, en mi humilde opinión, nunca estuvo bastante justificado.

Antes y después del sitio pudieron habilitarse como hospitales edificios amplios, higiénicos, nuevos algunos de ellos, y que parecían hechos á propósito para el caso. El hermoso palacio de los Agustinos estuvo desocupado la mayor parte del tiempo, y á última hora se instalaron en él las oficinas de algunos Cuerpos; el Ateneo municipal, propiedad de los Jesuitas, mantuvo cerradas sus puertas, y conservó incólumes sus espaciosas aulas y su magnífico salón de fiestas, en espera sin duda de que luego se recrearan en ellos los enemigos de España; el Nuevo Seminario, desocupado estuvo hasta que se convirtió en casa de huéspedes privilegiados; el gran Colegio de Santa Isabel y el muy espacioso Colegio de Santa Rosa, corrieron igual suerte que el Seminario Nuevo; los conventos de Santo Domingo y Recoletos, estuvieron también poco menos que vacíos, hasta que los ocuparon los batallones de Cazadores después de la capitulación; la Intendencia, la Audiencia, la Universidad y otros cuantos edificios del Estado ó particulares que, por su carác-

ter especial ó por la fuerza de las circunstancias, estuvieron casi totalmente deshabitados, debieron preferirse, á mi juicio, para que tuvieran digno alojamiento los enfermos y heridos del ejército.

Y no se diga que tales edificios no fueron cedidos por sus dueños, y que, si lo fueron, estaban reservados para otras atenciones ó con otros fines. Ni es de suponer que hubiera tan poca caridad y predominara tan criminal egoísmo en aquellos momentos difíciles y angustiosos, ni estaban los tiempos para andar con contemplaciones con los que se acreditasen de malos españoles, ni hay en la guerra atenciones, organismos, funciones de ningún género que merezcan más consideraciones que los hospitales, y que, por consiguiente, deban anteponerse á éstos para la distribución de alojamientos en una plaza sitiada.

Me ocurre expresar acerca de los hospitales una idea muy parecida á la que emití respecto del material de Ambulancias.

Si habiendo de sobra edificios adecuados, los heridos y enfermos han de ser asistidos en lugares oscuros, mal ventilados y húmedos, en sitios donde á cada cama corresponda un espacio de 15 á 20 metros cúbicos, y hayan de estar revueltos padecimientos de todos géneros, aun los de mayor fuerza infectiva, están demás los estudios bacteriológicos, la desinfección y la antisepsia, y no hay por qué perder el tiempo en difundir conocimientos de Higiene pública y privada, ni mucho menos tomar en serio los preceptos y adelantos de la Higiene nosocomial.

\*  
\* \*

Con precedentes como los que acabo de citar, me place doblemente el éxito que obtuve en la organización y dirección de las dos instalaciones especiales para heridos que tuvo Manila: la Ambulancia y el Hospital provisional de San Juan de Letrán.

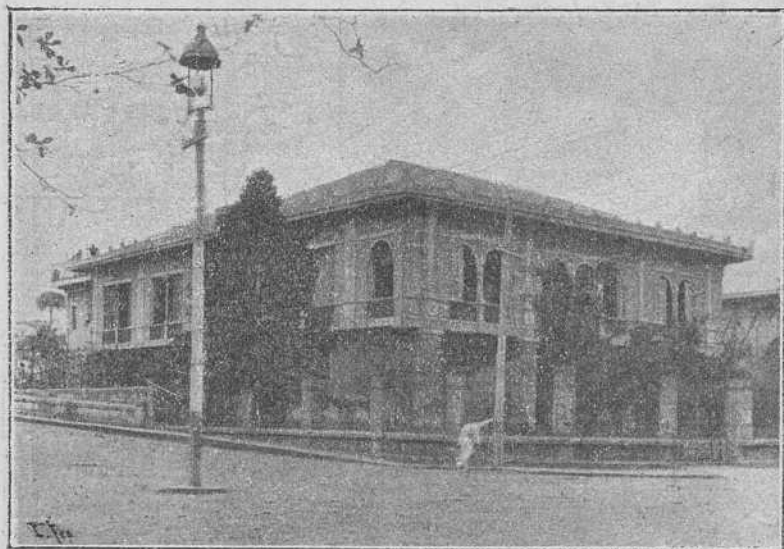
La Ambulancia de Manila se creó por orden general de la plaza, fecha 28 de Abril de 1898, previniéndose en la misma orden que había de ser establecida en un local destinado al efecto en el cuartel del Fortín.

Tan luego como se comunicaron las órdenes relativas al particular, fuí á hacerme cargo del local designado, y ví que todo él consistía en un pequeño dormitorio de tropa, que si estaba vacío era precisamente por sus desfavorables condiciones para el alojamiento de la fuerza, y en el cual era materialmente imposible instituir un servicio sanitario como el que las circunstancias requerían.

Mi gestión tuvo, pues, que empezar por recorrer la población en busca de locales adecuados. Por fortuna, á la media hora había visto tres ó cuatro que reunían buenas condiciones, y entre ellos uno que las tenía inmejorables; inmediatamente fuí á visitar al Alcalde, Excmo. Sr. D. Eugenio del Saz Orozco, á quien expuse la comisión que se me había confiado y la necesidad de obtener la cesión del edificio que yo creía indispensable para el mejor servicio de la Ambulancia que se iba á establecer; en el mismo despacho del Alcalde se hizo comparecer al administrador de la finca en cuestión; y éste, así que se enteró del asunto para que fué llamado, nos manifestó que desde luego podía disponerse del edificio á que se aludía, porque sus dueños tenían mucho gusto en cederlo gratuita é incondicionalmente para el humanitario fin que se indicaba. Dado satisfactoriamente el primer paso, procuré recabar de la Administración militar la seguridad de que en veinticuatro horas me sería remitido todo el material detallado en el pedido correspondiente; y cuando hube hecho ésto y quedó también arreglado el pedido de Farmacia, fuí á dar cuenta al Excmo. Sr. Capitán General del resultado de mis gestiones, y no sólo mereció su aprobación, sino que por dicha superior autoridad se dictó inmediatamente una adición á la orden general que se había comunicado, adición en que se rectificó la situación de la Ambulancia de la plaza, quedando el primitivo local del Fortín para la instalación de un nuevo puesto de socorro, que fué señalado con el número 5.

Resuelto de modo tan sencillo el problema principal, la labor quedó reducida á distribuir convenientemente el material de alo-

jamiento, curación y transporte, y plantear el servicio de conducción, curación y evacuación de heridos; tarea facilísima cuando ayuda á su ejecución un personal activo é inteligente, y se tiene la suerte, que yo tuve, de encontrar apoyo y todo género de auxilios, lo mismo en el terreno particular que en las esferas oficiales.



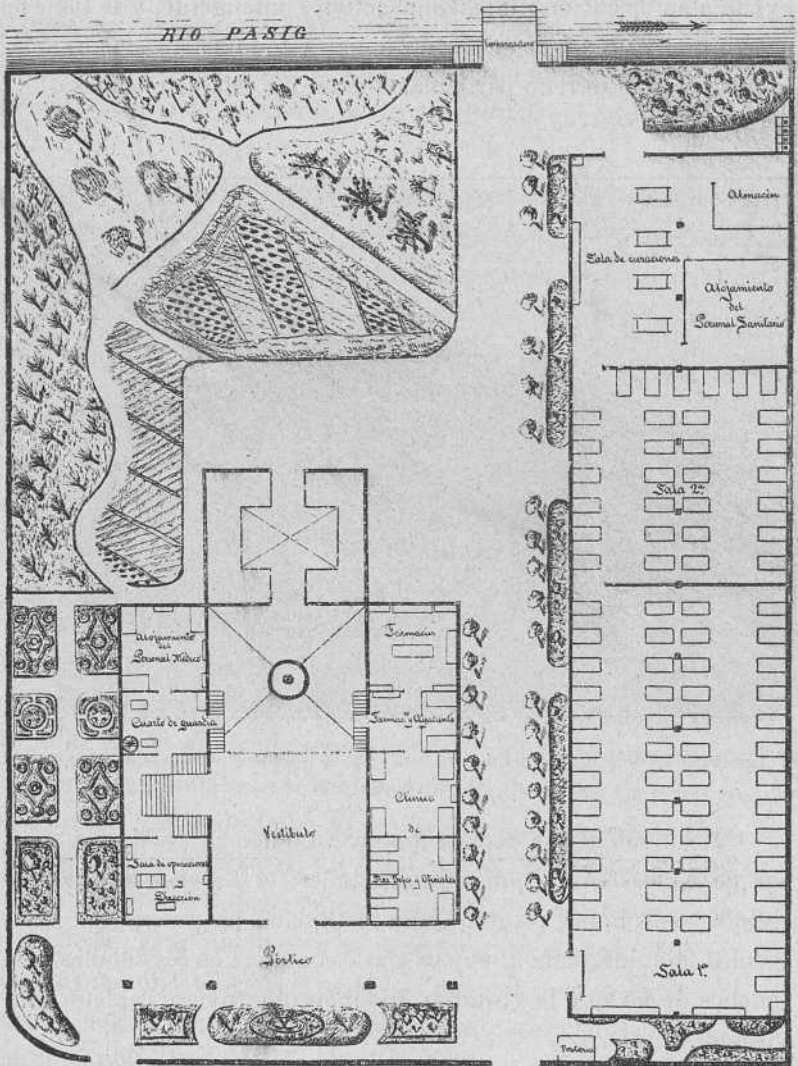
Palacio de Limjap, al lado del puente de Ayala, en que se estableció la Ambulancia de Manila.

Únicamente así se explica que la Ambulancia de Manila, á pesar de haber tenido que organizarse en el brevísimo plazo de treinta y seis horas, resultara una institución proporcionada é higiénica, tan adecuada al objeto y tan completa en los detalles, que muchos de los que la visitaron dudaban que tuviese carácter provisional.

En la planta baja del amplio y lujoso hotel cedido por los Señores de Limjap, se establecieron desahogadamente varios anexos de la Ambulancia: la clínica de Jefes y Oficiales, dotada con el utensilio reglamentario; la oficina de la Dirección, con servicio telefónico especial; la sala de operaciones, con excelentes mesas



asépticas y nuevo arsenal quirúrgico (1); la Farmacia, provista abundantemente de material aséptico y antiséptico; el cuarto del



Palacio de Limjap. Plano de la Ambulancia de Manila.

(1) La mesa de operaciones y las mesitas auxiliares, de cristal y bronce niquelado, pertenecían á la Facultad de Medicina, la cual acababa de recibirlas de una acreditada casa francesa. El M. R. P. Rector de la Universidad, Fr. Santiago Payá, tuvo la bondad de ponerlas á mi disposición, haciéndome con ello un señaladísimo favor, que nunca podré olvidar.

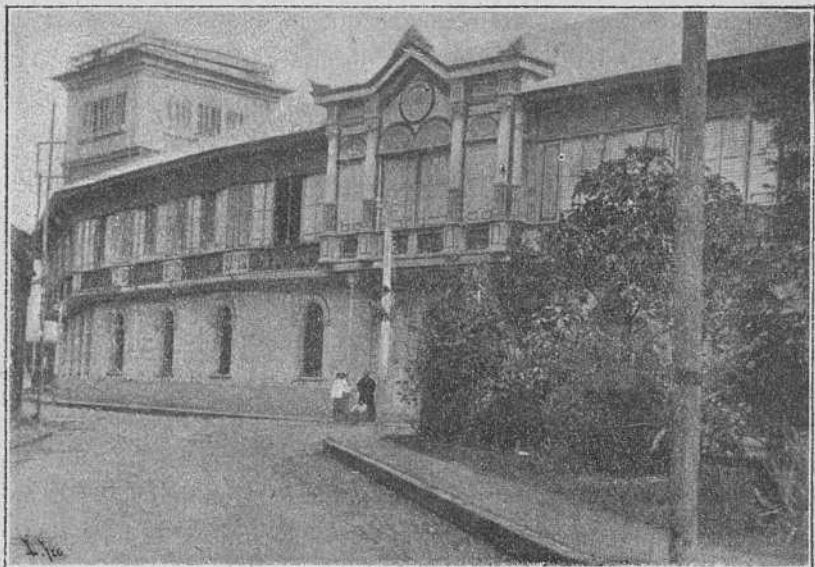
Médico de guardia y los dormitorios para el personal de plana mayor destinado en el establecimiento.

A un lado del hotel, y cerrado con éste por la verja de hierro que rodeaba toda la finca, había un camarín acabado de edificar, compuesto de tres departamentos, y que medía 60 metros de longitud por 15 de latitud y otros 15 de altura. En dicho camarín, aislado en su totalidad, perfectamente enlosado y con amplísima iluminación y ventilación, se establecieron dos clínicas, una de 50 camas y otra de 30, para heridos que no hubieran de ser transportados inmediatamente después de hecha la primera curación, y el tercer departamento se dividió en tres secciones contiguas: una, la mayor, para sala de primeras curaciones, otra para repuesto de ropas y utensilio, y otra para alojamiento de los soldados sanitarios.

El parque de la casa de Limjap tenía un ancho paseo entre las dos puertas principales de la misma: una que daba á la calle de San Miguel y otra en la orilla derecha del Pasig; á uno y otro lado del referido paseo estaban precisamente las clínicas de la Ambulancia. El acceso por la puerta del río se facilitó con la construcción de un amplio y sólido embarcadero; y así como para el transporte por tierra disponíamos de cien camillas de lona ó caña y cuatro camillas-literas, para los transportes por la vía fluvial se pusieron al servicio de la Ambulancia dos vapores remolcadores y las lanchas y bancas necesarias. A un número determinado de penados se tenía encomendada la limpieza de los locales y la conducción de alimentos desde la cocina del hospital más próximo, y una sección de 50 chinos efectuaba el transporte de heridos en camilla y auxiliaba las operaciones de embarco y desembarco por el *pantalán* del río.

Los heridos ocasionados en el combate naval de Cavite el día 1.º de Mayo, los cuales apenas pudieron ser allí atendidos á causa del bombardeo del Arsenal y la hostilidad de los traidores indígenas, fueron curados y asistidos en la Ambulancia, siéndome muy grato poder consignar que, con ocasión de tan honroso servi-

cio, el Cuerpo de Sanidad Militar fué objeto de muchos elogios y felicitaciones por parte de las primeras autoridades, de no pocos Jefes y Oficiales del Ejército y la Armada, de las Comisiones de las



Fachada principal del Colegio de San Juan de Letrán.

Escuadras francesa, alemana, inglesa y japonesa, surtas en bahía, y de cuantos Médicos y particulares visitaron aquella dependencia y analizaron sus servicios.

L. AYCART.

*(Continuará.)*





## PESTE BUBÓNICA

---

(Continuación.)

*Anatomía patológica.*—Al comenzar este capítulo es muy justo recordar al insigne sabio zaragozano Dr. D. Juan Tomas Porcell, por ser el primer Médico del mundo (1) que hizo autopsias en sujetos muertos de peste, cuyas observaciones fueron consignadas en un interesante libro dedicado á Felipe II.

A pesar de los trabajos necroscópicos de Porcell, Couzier, Larey y tantos otros, que desde el año 1560 hasta la fecha se han sucedido, la anatomía patológica de la peste bubónica no fué conocida hasta poco há, cuando las investigaciones microscópicas, con los poderosos medios que han puesto á nuestra disposición los modernos adelantos, han dado á conocer las lesiones que la caracterizan.

Cualquiera que sea la forma y variedad clínica de la peste, la característica anatomo-patológica es idéntica, y sus lesiones, tan diferentes al parecer, no son mas que modos ó maneras de exteriorizarse la lesión fundamental, la septicemia aguda. Que penetre el agente virulento por la red linfática cutánea, pulmonar ó mesentérica; que determine ó no la flictena, la enteritis ó la pneumonía pestosas primitivas, la lesión ulterior de la peste, la que asume toda la importancia, es la alteración de la sangre y órganos hematopoyéticos, alteraciones genéricamente iguales en todas las septicemias agudas hemorrágicas, que al modificar profundamente el medio interno perturban la estructura de la economía entera. La discrasia es

---

(1) Dr. Calatraveño.—«Peste bubónica.»

la lesión dominante, y todas las demás son su consecuencia; únicamente aquellas pocas lesiones que el coco-bacilo determina en la puerta de entrada hasta penetrar en el torrente circulatorio, son las independientes de la alteración sanguínea.

Las lesiones producidas en la piel, cuando en ella tuvo lugar la inoculación, han sido descritas en la patogenia, toda vez que la flictena precoz creemos sea la primera manifestación de la lucha orgánica con el agente patógeno. Cuando se inoculan los animales en el tejido celular, las lesiones que se producen son, según se desprende de los trabajos de Van der Stricht, engrosamiento de la piel y adherencia de la misma á las capas profundas, permitiendo el microscopio apreciar: primero, una zona central, constituida por areolas fraguadas en el tejido celular, repleta de glóbulos blancos; segundo, una zona media, donde los glóbulos blancos están en vías de degeneración granulosa; tercero, otra zona más periférica, cuyos glóbulos tienen el protoplasma transparente y con muchísimas granulaciones grasientas, y últimamente, en el contorno, una zona inflamatoria con exudado sero-purulento, coágulos de fibrina y glóbulos rojos en vías de destrucción.

A la par que estas lesiones cutáneas y la flictena precoz ya descrita, se alteran los ganglios, adonde abocan los linfáticos de la región, constituyendo los bubones primarios, que rara vez faltan en la forma clínica más frecuente de la peste. Estas lesiones ganglionares primitivas, en nada se diferencian de las producidas más tarde en el resto del aparato linfático como consecuencia de la disercasia, siendo tan constantes que puede afirmarse no existe la peste sin alteración más ó menos acentuada del sistema linfático.

Los ganglios linfáticos de las cavidades, los mesentéricos y, sobre todo, los de la zona de inoculación, son los primeros en aumentar de volumen y consistencia, en ocasiones reblandecidos, observándose estas lesiones aun en los individuos fallecidos en el segundo ó tercer día de evolución de la peste; cuando la enfermedad se ha prolongado más de dos ó tres días, existe una tumefacción general de todos los ganglios linfáticos en un grado más avan-

zados. En general, uno ó varios ganglios de una misma región son más voluminosos que otros; ora separados entre sí, ora conglomerados, constituyendo masas enormes, suelen formar una cadena ó rosario desde la región inguino crural á la columna vertebral. Su consistencia, aumentada al pronto, no tarda en disminuir, apreciándose resistencia y hasta fluctuación cuando el infarto termina por supuración. Su coloración, roja al principio, tórnase grisácea después; algunos puntos son asiento de supuración, y el tejido celular que les rodea está infiltrado de serosidad de la sangre y hasta de pus. Generalmente están interesados todos los ganglios de la economía; los tumores que en el cuello se forman son asiento de una extravasación sanguínea, se extienden hasta el mediastino, alcanzando con frecuencia hasta la axila. Los bubones de la axila comunican igualmente con los ganglios bronquiales y cervicales. Esta misma comunicación se establece á menudo entre los bubones inguinales y los ganglios infectados lumbares (Proust) (1.)

Las lesiones microscópicas en el hombre han sido estudiadas detenidamente por Nepveu, Wyssokowitz, Zabolotny, etc. Las trabéculas son asiento de hiperplasia, los cordones foliculares y las nudosidades linfáticas están repletas de células con el bacilo específico, hasta el punto que para Wyssokowitz y Zabolotny el aumento de volumen depende, más que de la hiperplasia del tejido, del gran acumulo de bacterias. Los vasos ganglionares, los aferentes, y eferentes, están notablemente aumentados de volumen, con descamación endotelial, y repletos de células y bacilos. En los capilares, dilatados é ingurgitados de sangre, predominan los glóbulos blancos, con núcleo polimorfo, protoplasma transparente, y más ó menos infiltrado de granulaciones grasientas, según el período de su evolución. Cuando la convalecencia sobreviene y los bubones terminan por resolución, paulatinamente vuelven á adquirir la normalidad perdida; cuando terminan por supuración, la piel enrojecida se esfacela, dejando escapar un pus amarillento, espeso, con los

---

(1) Citado por Reboles «La peste bubónica.»

caracteres propios de este producto patológico, á más de la presencia en él con mucha frecuencia del bacilo pestoso.

Cuando la inoculación tuvo lugar en el árbol respiratorio, á más de las alteraciones propias del sistema linfático de la región se fraguan otras lesiones primordiales en el parénquima pulmonar, lesiones que llamamos primordiales por considerarlas como un fenómeno reactivo puramente local, dependiente de la penetración del agente virulento, y sin relación alguna con otras lesiones pulmonares secundarias, hijas de la discrasia pestosa.

Estas lesiones pulmonares primordiales, que son la característica anatomo-patológica de la pneumonía pestosa, han sido perfectamente estudiadas por Batzaroff bajo el punto de vista experimental, y de sus notables artículos entresacamos lo referente al asunto.

Los pulmones de los individuos ó animales muertos de pneumonía pestosa se encuentran dilatados, no retrayéndose cuando se levanta la pared torácica; muy congestionados unas veces, otras lo están menos, apreciándose entonces las lesiones con más claridad, notándose focos de hemorragia miliar en la pleura visceral, infartos pulmonares más ó menos extensos, focos de infiltración múltiples, unas veces limitados y diseminados en territorios de pulmón sano, mientras que otras veces, ensanchándose los focos, se reúnen unos con otros, acabando por ocupar un lóbulo entero. En los casos más avanzados se encuentran verdaderos focos de hepatización. Los dos pulmones están edematosos, rezumando al seccionarlos un líquido sanguinolento, en el cual se encuentran los bacilos específicos de la peste, ya solos ó asociados á otros microbios, generalmente los de la supuración. Examinando al microscopio los cortes, se nota una congestión general del tejido pulmonar; la mucosa de los bronquios tumefacta es asiento de un exudado catarral. Se aprecian numerosos focos de bronco-pneumonía, en los cuales el alveolo está lleno de un exudado, compuesto de las células de las paredes alveolares descamadas, de leucocitos con un solo núcleo, glóbulos rojos y un gran número de coco-bacilos Yersín.



Que penetre por el pulmón ó por el tejido celular, determinando las lesiones antes apuntadas, el agente patógeno es acarreado por los linfáticos al torrente circulatorio, donde determina alteraciones graves y características de tal naturaleza, que inducen, en nuestro concepto, á considerar la peste bubónica como una infección septicémica hemorrágica.

La sangre tiene mayor densidad que la normal; es oscura y de igual color en las venas y en las arterias, y, según Bulard, presenta en su superficie gotitas oleosas, semejantes á los ojos que hace el caldo. La sangre obtenida de la vena durante la vida no forma costra, pero dá lugar á un coágulo blando considerable, que nada en un suero coloreado en rojo (Réboles.) El número de glóbulos blancos está considerablemente aumentado, y los rojos deformados han perdido parte de su hemoglobina, que se disuelve en el plasma; hay tendencia á la coagulación, favorecida por las alteraciones de los vasos, no tardando en formarse pequeños coágulos repletos de bacilos que, circulando por los vasos, constituyen embolias múltiples, causa del infarto hemorrágico, que veremos luego presentarse en casi todos los órganos muy vascularizados; el punto de partida de estas embolias, parece ser las raicillas de la vena porta en su trayecto hepático; á más de estos coágulos libres, existen otros, adheridos á los vasos, de preferencia en las venas; el microbio pestoso se encuentra en los coágulos y en la sangre en más ó menos cantidad, según el período y la intensidad del ataque de peste.

Los capilares y pequeños vasos sanguíneos se alteran profundamente; su endotelio, que al pronto está engrosado por el aumento de volumen de sus células en zonas más ó menos extensas, se necrosa luego, desprendiéndose de la pared, la cual, mal protegida y nutrida, tórnase frágil, rompiéndose con facilidad suma. Las arterias y venas sufren análogas alteraciones, sobre todo las venas, que, ingurgitadas de sangre, alcanzan un volumen enorme. Se producen roturas vasculares en la generalidad de los órganos, siendo muy frecuentes las infiltraciones sanguíneas de las mucosas, y encontrando otros,

la médula por ejemplo, materialmente nadando en una atmósfera de sangre y serosidad negruzca.

El corazón, blando y flácido, está aumentado de volumen, encontrando con frecuencia sus cavidades izquierdas vacías y las derechas llenas de sangre, en la que flotan coágulos amarillentos y rojizos. Nepveu, cuyos estudios sobre anatomía patológica de la peste nada dejan que desear, indica como lesiones que el microscopio revela, la existencia de numerosos focos hemorrágicos y puntos de reblandecimiento; las fibras musculares contienen mayor número de núcleos, aumentan de volumen y se dividen, produciéndose una segmentación fibrilar. Los bacilos son muy numerosos en los capilares del miocardio. En el endocardio alterado, predomina la necrosis y desprendimiento parcial de su endotelio. El pericardio es á menudo asiento de derrame seroso ó sero-sanguinolento.

Estas lesiones del aparato circulatorio son la nota característica de la anatomía patológica de la peste, llevando como secuela fatal y necesaria el entorpecimiento de la circulación sanguínea y la alteración de la estructura de todos los órganos y tejidos.

La circulación sanguínea forzosamente ha de estar entorpecida, puesto que las lesiones antes apuntadas, por una parte aumentan las resistencias al paso de la sangre, y por otra disminuyen la potencia motriz. El aumento de los leucocitos, la existencia de coágulos libres y adherentes, el aumento de volumen de los endotelios vasculares, su necrobiosis y desprendimiento, la presencia de bacilos, la congestión de los órganos, la compresión de los vasos por la infiltración de los tejidos, etc., etc., han de modificar la resistencia á la circulación de la sangre.

La degeneración del corazón y la disminución de la elasticidad del árbol circulatorio, disminuyen la fuerza impulsiva de la sangre, determinándose un desequilibrio entre la potencia de la corriente circulatoria disminuída y la resistencia aumentada que oponen los órganos á la corriente; añádase á ésto las malas condiciones del medio interno, impropio para la nutrición, y las embolias y trom-

bosis múltiples que en él se efectúan, y se comprenderán las múltiples y variables lesiones que se fraguan en todos los órganos de la economía.

*Alteraciones de los órganos hematopoyéticos.* — Ya hemos indicado antes las lesiones del sistema linfático; para evitar repeticiones, ya que son de idéntica naturaleza las de los bubones primarios que las de los bubones consecutivos á la discrasia pestosa, prescindimos de ésta.

La médula ósea, aparte de las lesiones embólicas y hemorrágicas comunes á los demás órganos, es asiento su tejido de una exageración funcional considerable, cuya finalidad parece ser la regeneración de los diferentes elementos de la sangre alterados; los megakaryocytos, las células medulares, los leucocitos y los erytroblastos, se multiplican con extraordinaria actividad.

El bazo está aumentado de volumen, de consistencia variable, generalmente disminuída; presenta su superficie granulosa recubierta de numerosos puntos blancos; este bazo *punteado*, muy característico de la enfermedad, contiene una cantidad innumerable de bacilos de la peste.

Como dice muy bien Delherm, lo que llama la atención en el bazo es primero la disminución del número y volumen del corpúsculo de Malpigio, y segundo la hipertrofia de la pulpa esplénica.

La disminución del volumen del corpúsculo es debida á la inmigración constante de los leucocitos hacia el torrente circulatorio, y de allí á los órganos que son asiento de inflamación. La hipertrofia de la pulpa es debida por una parte al engrosamiento de los tabiques que la integran, y por otra, á que los alveolos que la limitan se hinchan, ingurgitados por un líquido seroso y por la presencia de glóbulos blancos, con núcleos voluminosos y protoplasma transparente unos y granuloso otros, detritus de glóbulos blancos en vías de cromatolisis, de glóbulos rojos y hasta megakaryocytos y erytroblastos. Para Van der Stricht, la presencia de estos dos últimos elementos prueba que el bazo contribuye á la formación de los glóbulos rojos de la sangre, función hematopoyética que

sólo posee en el período embrionario. Los capilares y las pequeñas venas están ingurgitados de bacilos pestosos y coágulos fibrinosos. La cápsula está infiltrada de glóbulos blancos de núcleos polimorfos, y el endotelio que recubre al órgano está tumefacto é infiltrado de granulaciones.

DR. J. SEGARRA.

(Continuará.)

---

## Prensa y Sociedades médicas

---

**Diagnóstico del chancro sífilítico.**—Según el Dr. D. Mauro Comín, los caracteres diferenciales que sirven para distinguir *clínica, no doctrinalmente*, el chancro sífilítico del simple, pueden reducirse, con Fournier, á los siguientes: primero, número de lesiones; segundo, fisonomía de la afección; tercero, dureza de su base; y cuarto, estado de los ganglios correspondientes.

De todos estos caracteres ¿cuál es el más esencial? podemos preguntarnos; esto es, en casos de chancros sífilíticos múltiples, ó de aspecto atípico de la lesión en cuanto á fisonomía ó en lo que á dureza de base se refiere, casos éstos que suelen presentarse con más frecuencia de lo que á primera vista parece, ¿qué dato nos queda sino el examinar atentamente el estado de los ganglios correspondientes, para poder basar nuestro diagnóstico diferencial entre el chancro sífilítico y el chancro simple? De este síntoma, pues, cuyo valor es irremplazable en la clínica, voy á ocuparme brevemente.

Pensemos bien cómo pasan las cosas.

Al chancro sífilítico acompaña adenopatía constante, necesaria, fatal; adenopatía de los caracteres siguientes: es de mediano desarrollo, indolente, aflegmática, de ganglios duros y generalmente poli-ganglionar (pléyade.)

En el chancro simple, una de dos: ó no hay participación alguna de los ganglios, ó preséntase el bubón mono-ganglionar, agudo, inflamatorio y susceptible de terminar por supuración. ¡Qué diferencias, qué contraste entre las dos adenopatías! exclama Fournier al hablar del asunto; y en efecto, se trata, como expuesto dejo, de ca-



racteres tan distintos y de presentación tan constante, que ya Ricord dejó apuntadas, hablando del bubón, satélite del chancro luético, las siguientes célebres frases: «es el compañero fiel del chancro, le escolta invariable, fatalmente sigue al chancro como la sombra al cuerpo..... No hay chancro infectante sin bubón; hé aquí lo que atrevidamente se puede dar como ley patológica.» Su constancia pone en labios del gran sifiliógrafo de S. Louis estas palabras: «el bubón no es un accidente, una eventualidad, una complicación del chancro sifilítico, sino que, por el contrario, constituye un síntoma anexo, necesario, obligatorio, y en ésto precisamente difiere de los demás bubones sintomáticos, que según los casos se producen ó dejan de presentarse, es decir, que tienen libertad de faltar; éste no la tiene y siempre se presenta.»

Esto sentado, y ya en el terreno de la práctica, supongámonos ante un enfermo que nos dice llevar un chancro en el pene, por ejemplo; sea cualquiera la región, hagamos abstracción de la úlcera y llevemos nuestro examen sobre las regiones inguinales exclusivamente, que pronto vendremos en conocimiento de la naturaleza del chancro. En las ingles, allí donde repercuten las manifestaciones del pene, podremos hallar tres estados distintos en los ganglios: ó habrá bubón agudo é inflamatorio, ó adenopatía fría, aflegmática, indolente, de ganglios múltiples, ó por fin, ausencia de todo reflejo ganglionar. Ahora bien; cada uno de estos tres estados, los únicos que pueden presentarse en la clínica, tienen significación tan clara, precisa y terminante, que nos permitirá establecer la naturaleza de la afección sin necesidad de ver el chancro.

En efecto: ¿es agudo é inflamatorio el bubón? Estamos en presencia de un chancro blando ó simple, puesto que la adenopatía del luético es aflegmática.

¿Hay adenopatía fría, indolente, dura, múltiple ó en pléyade? En este caso la significación aún es más precisa, pues que tal bubón necesariamente supone el chancro sifilítico.

¿Qué significa la falta de desarrollo y de infarto ganglionar? Que se trata de chancro simple, pues solamente éste puede evolucionar sin ocasionar bubón, que es *constante* en la sífilis.

*Conclusión.*—El clínico puede, pues, por la sola consideración y examen de los ganglios, instituir el diagnóstico del chancro, sin preocuparse de los caracteres del mismo, sin necesidad siquiera de mirar la lesión.

En corroboración de lo expuesto, y para terminar, citaré la siguiente *observación clínica*:

Juan V., de 20 años, presentóse en mi Clínica el día 2 de Junio de este año, diciendo haber presentado hacía tres meses cuatro chancros en el pene (dos en el balano y dos prepuciales), con motivo de los que consultó á un Médico, quien los diagnosticó de chancros simples, y como tales los trató y cicatrizó; pero lo que no desapareció, á pesar de haber cicatrizado los chancrillos, fueron los bubones, que á los pocos días de presentarse los indicados chan-

eros habían aparecido á lo largo de ambos pliegues inguinales; y esa persistencia de los infartos ganglionales, á pesar de haber desaparecido las llagas, obligó al enfermo á venir á consultarme.

Enterado de la marcha de la afección, pasé á inspeccionar el sitio en que radicarón los chancros. Allí aprecié las cicatrices consecutivas á su curación, que ciertamente algo me llamaron la atención, pues pude notar alguna dureza en ellas, comparable á la que se aprecia en las manifestaciones sífilíticas; no obstante, como quiera que el enfermo me dijera haber sido tratados los chancros con toques del lápiz de nitrato de plata, y la sensación de dureza de las cicatrices pudiera explicarse por el tratamiento empleado, sin prejuicio alguno sobre la naturaleza del mal, pasé á examinar las ingles. Halleme ante una adenopatía *aflegmática, indolente, de ganglios pequeños, duros, movibles, independientes y múltiples*; no cabía dudar, y afirmé inmediatamente la naturaleza sífilítica de los chancros. Recomendé al enfermo que nada hiciera, pues ningún síntoma molesto existía, y encargué observarse si algo notaba en su piel.

No se hicieron esperar los síntomas de generalización del proceso, y á los pocos días volvió el sujeto de esta historia á enseñarme los primeros brotes de una *hermosa roseola*, que confirmó lo que elocuentemente me anunciaron sus bubones.

(*Rev. Valenciana de Cienc. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**Del valor de los cilindros urinarios en el pronóstico y diagnóstico de las enfermedades renales.**—El Dr. Pehu deduce de un largo trabajo las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La investigación y el estudio de los cilindros urinarios puede proporcionar conocimientos útiles para el diagnóstico y pronóstico de las nefritis; actualmente están abandonados, ya porque se ha querido dar á cada una de sus variedades un valor semeiológico igual, ya porque no se ha determinado bien la individualización de las nefritis epiteliales en el grupo de las nefropatías.

2.<sup>a</sup> Por el modo de su formación se pueden dividir las variedades de cilindros en tres clases: Primera. *Cilindros de trasudación*, que resultan del paso á través de los tubos uriníferos de ciertas substancias contenidas en la sangre, paso que se efectúa merced á trastornos circulatorios, agudos ó crónicos, cilindros hialinos, de hemoglobina, de fibrina, de glóbulos rojos. Segunda. *Cilindros de descamación*, que son formaciones debidas al desprendimiento degenerativo de las células modificadas que proceden de los tubos del riñón, cilindros colóides, grasosos, amiloideos, y hasta epiteliales. Tercera. *Cilindros de fermentación*, producidos por la proliferación del epitelio de revestimiento de Heidenhein, que ha sufrido por el principio patógeno un ataque más ó menos intenso y que reacciona según el modo proliferante.

3.<sup>a</sup> *Los cilindros granulosos son la característica de las nefri-*

*tis epiteliales*; su presencia en mayor ó menor cantidad, su persistencia, aun aparte de una flogosis aguda, debe conducirnos á formular el diagnóstico de una nefritis que ataca el laberinto renal.

Las otras variedades de cilindros son menos útiles para el diagnóstico de una afección renal; los cilindros hialinos, que son la variedad más frecuente, acompañan, por lo general, á las perturbaciones circulatorias, y no tienen por sí mismos ninguna significación característica desde el punto de vista diagnóstico.

4.<sup>a</sup> Como factor de pronóstico en las nefritis epiteliales, la investigación de los cilindros granulosos tiene valor en cuanto permite seguir las diversas fases del proceso anatomo-patológico, pues las modificaciones de los cilindros revelan las etapas flogísticas.

En el estado agudo son numerosos, coherentes, con granulaciones compactas, de diámetro pequeño y con indicio de una fermentación celular activa.

En el período sub-agudo, las formaciones granulosas son más raras, menos coherentes; su diámetro es mayor.

Cuando la esclerosis secundaria tiende á localizarse en el tejido enfermo, parece que con este tipo especial de cilindros se descubre la presencia de cilindros coloides; sin embargo, no se pueden formular conclusiones firmes, dada la variabilidad de su presencia.

Por último; si la afección pasa á ser crónica, los cilindros son en cantidad mínima y están dotados de menor cohesión. Si la afección cura, la albúmina y los cilindros desaparecen; si el proceso se hace cicatricial, los tubos, imperfectamente regenerados, dejan pasar una cantidad variable, generalmente mínima, de albúmina; no hay ningún cilindro.

5.<sup>a</sup> Por todos estos motivos, la investigación sistemática de los cilindros merece un lugar preferente en semeiología urinaria,

(*Revue de Med.*)

\*  
\*\*

**Lepra. Aceite de chaulmoogra.**—*M. Toutoulis-Bey* (del Cairo), refiere un caso de lepra tuberculosa avanzada con leontiasis de la cara, ulceraciones, males perforantes, manos en garra, etc., que él ha tratado durante algunos años haciendo cada dos ó tres días una inyección subcutánea de siete gramos de aceite de chaulmoogra. De este modo ha practicado un total de 584 inyecciones, que han sido perfectamente soportadas. En la actualidad el enfermo parece hallarse completamente curado.

El orador ha tenido la idea de recurrir á las inyecciones subcutáneas, porque el paciente no podía tolerar el aceite administrado por las vías digestivas, como ocurre con muchos enfermos.

*M. Hallopeau*: Hay que hacer algunas salvedades á propósito del éxito obtenido en ese caso. La lepra nerviosa y hasta la lepra tuberculosa presentan á veces una regresión espontánea, de todo en todo notable. Además, el aceite de chaulmoogra ha sido á me-

nudo empleado—verdad es que por la boca—en el tratamiento de la lepra, sin que los resultados hayan sido muy satisfactorios. El año último, Janselme hizo con él en el hospital Saint-Louis inyecciones subcutáneas en leprosos durante algunos meses; después de haber observado en un caso una erupción generalizada de tubérculos, que coincidía con estas inyecciones, renunció á continuar el experimento.

*M. Danlos:* Por mi parte, yo he notado una erupción análoga en una enferma que absorbía por la vía estomacal de 6 á 8 gramos de aceite de chaulmoogra cada día.

*M. Du Castel:* La observación de Toutoulis-Bey se refiere á un leproso que ha sido tratado exclusivamente por la vía subcutánea; pues bien, es cosa sabida que en esta forma se obtiene de ciertos remedios una acción que no es comparable con la que producen cuando son ingeridos. Además, ese tratamiento fué continuado durante cierto número de años, lo cual no había sido hecho nunca hasta hoy. Estas razones me hacen augurar bien de este método de tratamiento, que me propongo experimentar en mi servicio.

*M. Toutoulis-Bey:* El hecho de que hayan podido observarse erupciones de tubérculos leprosos á seguida del empleo de aceite de chaulmoogra, en nada implica que este remedio carezca de eficacia, pues también se ha notado á menudo una erupción de sífilides durante un tratamiento mercurial.

\*  
\*  
\*

**De la gastroenterostomía según el método de Podrèze.**—Sabido es que el método de gastroenterostomía simplificada, propuesto por Podrèze, consiste en aplicar dos puntos de sutura cruzados abarcando todas las capas de las dos paredes del tubo digestivo que son puestas en contacto. Estas suturas producen primeramente una adherencia de las paredes; luego, por una necrosis lenta, se establece una comunicación entre ambos órganos. Más recientemente, el cirujano ruso ha aconsejado que se reemplacen las dos suturas cruzadas por cuatro puntos aplicados en forma de cuadro. Los experimentos hechos en perros por Warneck y Kisseler, han mostrado que la formación de la anastomosis no es tan segura como parecía admitir el profesor de Kharkov.

Sokoloff ha operado en cuatro enfermos según este método, aplicando tres veces puntos cruzados y una vez suturas en cuadro. De las tres primeras intervenciones, una sola tuvo por efecto asegurar la anastomosis. Habiendo sucumbido la paciente al cabo de dos días á consecuencia de una neumonía, pudo observarse en la autopsia que el orificio creado por la operación medía un centímetro. En el segundo enfermo, muerto cuatro días después de la intervención, la necrosis del tejido interesado por los dos puntos cruzados no se había realizado y la anastomosis había dejado de formarse. Lo mismo ocurrió con el tercer operado, muerto al cabo de mes y medio próximamente. Por último, en el cuarto caso, las



consecuencias operatorias hicieron suponer que se había establecido la comunicación entre las dos cavidades.

El autor estima, por tanto, que el empleo del método de referencia no puede estar, por el momento, justificado.

(*Centr.-Bl. f. Chir.*)

\*  
\*  
\*

**Emulsión de cerebro en el tétanos traumático.**—A. Krokiewicz refirió en 1898 su primer caso feliz. Usó una emulsión de cerebro de ternera en la solución salina fisiológica. Inyectó en conjunto 11 gramos y medio de substancia cerebral en tres dosis, adoptando las precauciones antisépticas necesarias. Este caso era de mediana intensidad, pero curó completamente en once días, sin más consecuencias desagradables que la formación de abscesos en los sitios de la inyección. Poco después Schramm, de Lemberg, publicó otro caso feliz. La enferma era una niña de 9 años, y se la inyectaron en total 12 gramos de cerebro de conejo, sin que se formaran abscesos. Schramm prefirió el cerebro de conejo al de ternera empleado por Krokiewicz, por poderlo obtener completamente fresco. Además, filtró la emulsión por gasa espesa esterilizada, y quizá por estas dos razones no se formaron los abscesos. Krokiewicz ha publicado recientemente el tercer caso feliz. Usó el cerebro de conejo, 30 gramos, adoptando las mismas precauciones de Schramm. El resultado fué idéntico.

(*The New. York Med. Journal.*)

---

## FÓRMULAS

---

### 361

Hidrato de cloral y.....	} áá 4 gramos.
Alcanfor .....	
Polvo de almidón.....	

30 á 60 »

M. Uso externo.

En el **prurito de la urticaria.**

(*Bulkley.*)

### 362

Salol .....	4 gramos.
Aceite de almendras dulces y .....	} áá 8 »
Goma arábiga. ....	
Jarabe simple.....	50 »
Agua destilada.....	130 »
Esencia de menta.....	c. s. »

M. Una cucharada cada dos horas.

En la **amigdalitis aguda.**

(*Caron de la Carrière.*)

---

## SECCION PROFESINOAL

### CONDECORACIONES.

«Excmo. Sr.: Dispuesto por Real Decreto de 26 de Agosto último (*D. O.* núm. 190), que la Sección española de la Asociación internacional de la Cruz Roja se reorganice con arreglo á las bases que en aquella Soberana disposición se establecen, entre las que la primera determina que el Gobierno ampara la existencia legal y la reconoce como la única autorizada oficialmente para la asistencia de heridos en campaña, S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha dignado disponer que los individuos todos del ejército puedan usar en los uniformes las diversas condecoraciones que la Asamblea de la citada Asociación les otorgue, en virtud de su Reglamento, debiendo sujetarse á las siguientes prescripciones:

1.<sup>a</sup> Los Generales y Jefes del ejército y sus asimilados, podrán usar la placa creada por Real Orden de 20 de Junio de 1876, dictada por el Ministerio de la Gobernación, pero debiendo suprimir la hoja de laurel que figura en el modelo aprobado, pues sólo debe usarse esta alta distinción en las condecoraciones de la Orden de San Fernando.

2.<sup>a</sup> Todo el que pertenezca al ejército podrá usar la medalla de oro que la Asamblea otorga en recompensa á servicios y méritos relevantes, y la de plata que constituye el distintivo de pertenecer á la Asociación.

3.<sup>a</sup> Ninguna de estas insignias podrá ser usada en campaña, para no dar lugar á confusión entre beligerantes y socios de la Cruz Roja.

4.<sup>a</sup> El uso de los citados distintivos deberá ser autorizado por este Ministerio, previa propuesta de la Asamblea, en la que se especificará el mérito personal contraído por el agraciado en el hecho concreto que se premie, respecto á la placa y medalla de oro, y se acredite la calidad de socio por la de plata.

Al hacer la propuesta de concesión de placa ó medalla de oro, la Asamblea cursará á este Ministerio los diplomas correspondientes, que se remitirán á los interesados, y en caso de autorizarse el uso de las insignias, lo que sólo se efectuará si se estima suficiente el mérito expuesto por la Asamblea, á la que se pedirán nuevas explicaciones antes de negar aquéllas.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—  
Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 26 de Septiembre de 1899.—  
Polavieja.—Señor.....»

\*  
\*\*

#### MÉDICOS DE LA CRUZ ROJA.

«Excmo. Sr.: Visto el escrito que el presidente de la Asamblea de la Sección española de la Cruz Roja dirigió á este Ministerio en 12 de Junio último, interesando se conceda á los Médicos de la misma, en premio á los servicios prestados al ejército con ocasión de las últimas campañas, el título de Médico segundo de la reserva facultativa gratuita del Cuerpo de Sanidad Militar, y teniendo en cuenta que los Médicos provisionales del expresado Cuerpo que al ser nombrados no pertenecian al ejército figuran sin empleo alguno de la referida reserva; que en el Reglamento de esta última se concede á los Médicos que en ella figuran, preferente derecho á ser nombrados auxiliares ó provisionales, según exijan las necesidades del servicio, y últimamente, que de ser nombrados para desempeñar alguno de dichos cargos Médicos de la Cruz Roja, incluidos en la escala de reserva referida, pasarían á ser retribuidos y beligerantes, conforme se deriva de lo estatuido por la Convención de Ginebra, prescribiendo, en consecuencia, el especial carácter benéfico, gratuito y de neutralidad que revisten los miembros de dicha respetable Asociación, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido resolver que á los Médicos pertenecientes á la benéfica Asociación de la Cruz Roja que acrediten por medio de documentada instancia, cursada á este Ministerio por el presidente de la citada Asamblea, haber prestado sin interrupción servicios profesionales á fuerzas ó institutos militares durante tres años, con buena nota de los Jefes á cuyas órdenes hubiesen servido, tener menor edad de 45 años y ser españoles, se les conceda figurar en la escala de reserva facultativa gratuita del Cuerpo de Sanidad Militar, prescribiendo su carácter de miembros neutrales de la expresada Asociación, cuando por exigencias del servicio sean nombrados auxiliares ó provisionales del mencionado Cuerpo.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—  
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 6 de Octubre de 1899.—  
Azcárraga.—Señor ....»



## VARIEDADES

Nuestros distinguidos compañeros los Sres. Urrutia, Pérez Noguera, Aracama (D. Quintín y D. Francisco), Fariñas y Luis Saavedra, han tenido la desgracia de sufrir recientemente dolorosas é irreparables pérdidas de familia. Enviamos á todos ellos la sincera expresión de nuestro más sentido pésame.

\* \* \*

En los últimos cincuenta años, las muertes causadas por la tuberculosis en Inglaterra han disminuído un 50 por 100, lo que hace esperar con algún fundamento se pueda llegar á su completa extinción.

La enfermedad, según lo manifestado en el Congreso de Berlín, sólo atacará á una persona saludable después de la absorción de un gran número de bacillus tuberculosos, esto es, á causa de íntimo y prolongado contacto con algún enfermo.

Los que gocen, pues, de buena salud, y observen buen régimen higiénico, no deben temer la invasión de esos enemigos.

En los Estados Unidos aún es menor el número de los tísicos, y hay regiones enteras en el interior del país donde esa enfermedad es desconocida.

Según el Dr. G. F. Keen, todo nuevo caso de tuberculosis debe haber sido derivado de otro por transmisión directa ó indirecta.

La leche es una de las principales causas del contagio, así como los esputos de los enfermos.

El aire puro y frío mata los gérmenes, y el descanso y una buena alimentación azoada nos predisponen para luchar ventajosamente contra el microbio.

La electricidad, el ozono, y ambos combinados como agentes terapéuticos, son objeto de preferente atención por parte de los especialistas.

---

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

**La peste bubónica**, por el *Doctor Calatraveño*.—Impreso por acuerdo de la Asamblea Suprema de la Cruz Roja española.—Madrid. Septiembre de 1899. (Dos ejemplares.)

**Federación gimnástica española**.—Memoria leída por *don Marcelo Sanz*, Secretario general de la Federación, en la sesión inaugural de la primera Asamblea general celebrada el 26 de Septiembre de 1899.—Madrid. 1899. (Dos ejemplares.)

**Memorias clínica y bacteriológica sobre la epidemia de Oporto**, presentadas al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación los días 26 y 27 de Agosto de 1899, por los Delegados médicos *D. Carlos de Vicente* y *D. Antonio Mendoza*.—Madrid. 1899. (Dos ejemplares.)

**Cuadros sinópticos de patología externa**, para uso de estudiantes y prácticos, por el *Dr. Villeroy*.—Segunda edición francesa vertida al castellano por *D. Pedro Vélez Guillén*.—Madrid. Librería editorial de Bailly-Bailliére é Hijos. Plaza de Santa Ana, número 10. 1899.

**Cuadros sinópticos de patología interna**, para uso de estudiantes y prácticos, por el *Dr. Villeroy*.—Segunda edición vertida al castellano por *D. Pedro Vélez Guillén*.—Madrid. Librería editorial de Bailly-Bailliére é Hijos. Plaza de Santa Ana, número 10. 1899.

**La función asimilatriz**, ensayo de nuevas teorías fisiológicas, breve descripción y crítica de la misma, por el *Dr. F. Zenitram*.—Barcelona. 1892. (Dos ejemplares.)