

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVII

Madrid 15 de Marzo de 1903

Número 378

TRATAMIENTO DE LOS SIFILÍTICOS EN EL EJÉRCITO

Hablé en un artículo anterior de cómo se trataba la sífilis actualmente en nuestros hospitales y cómo de todos los medios que podían emplearse el actual era uno de los más peligrosos, caros y de peores resultados; porque he de advertir que, en último término, es considerable el número de sifilíticos que regresan á sus casas sin estar curados, y, por otra parte, todos hemos visto en los cuarteles músicos, sargentos y reenganchados de todas clases portadores de lesiones terciarias, úlceras de piernas, etc., etc., que no se curan totalmente, no obstante las temporadas que pasan en el hospital, ni los viajes á Archena.

Quiero hablar hoy de algunas cosas que deben tenerse presentes para tratar los sifilíticos en el ejército.

En primer lugar ha de tenerse presente el especialísimo punto de vista desde el que hemos de mirar ésta, y todas las cuestiones, los Médicos militares.

Los individuos que componen la colectividad ejército ingresan seleccionados, y, por lo tanto, en estado de sanidad completa; los sifilíticos no son sanos, luego no deben ingresar en filas. Disponiendo en las Comisiones mixtas de la revisión, durante cuatro años consecutivos, el no admitir los sifilíticos, *sea cual fuere el período en que se encuentre su enfermedad*, no trae consigo grandes perjuicios. Por una parte, es rara la sífilis en la inmensa mayoría de la población rural, que suministra el mayor número de reclutas; en cuatro

años ha de haber evolucionado hacia su curación completa, ó bien el enfermo, por defectos de tratamiento ú otras causas, ha empeorado notablemente y es soldado inútil. En último caso, no hay inconveniente, ni tan siquiera, en declararlos útiles condicionales en un período mayor de cuatro años, que no todas las enfermedades han de revelarse en plazos fijos; basta para la comprobación de unas dos revisiones, y, en cambio, aquí pudieran aumentarse en número. El inconveniente de mayor cuantía que en otros casos pudiera alegarse, cual es el retraso forzoso en la edad de su casamiento, no lo era en este caso; al contrario, hacíamos una buena obra para la especie.

En cuanto á los reenganchados, de cualquier clase que fueran, así como en voluntarios substitutos (aún existen en Navarra), la sífilis debiera ser causa de inutilidad total. Los Médicos debieran informar por esta y otras causas en todas las Juntas de reenganches.

Cumplido con esto el primer deber del Médico militar enfrente de cualquier infección, cual es el de que no ingresen los atacados por ella, quedan todavía otros tres por cumplir, que son: evitar su presentación, diagnosticarla pronto y tratarla bien ó eliminar rápidamente al atacado, según su índole.

Para evitarla en el ejército pueden utilizarse varios medios; me limitaré á enunciar ligeramente los que creo más eficaces, sin perjuicio de volver algún día sobre este asunto, y desde luego afirmo creo poco en su eficacia. Sin embargo, algo puede hacerse combatiendo el funestísimo prejuicio de considerar como vergonzosa tanto la sífilis como las demás enfermedades venéreas. Creo, como dice muy bien el Dr. Montaldo en su preciosa Monografía sobre las epidemias, que debe desaparecer en absoluto el calificativo de secreta para esta enfermedad, por los enormes perjuicios que acarrea y la falta absoluta de base en que se funda. En el ejército, los Médicos militares podemos fácilmente hacer algo en este sentido. He visto constantemente, sobre todo en los sargentos, tendencia á ocultar esta enfermedad y á pedir al Médico salieran los practicantes del cuarto de reconocimiento para confesar su sífilis. Esto es sencilla-

mente absurdo; un sifilítico debe ser considerado como un enfermo de cualquier otra naturaleza, y no como un vergonzante. La conducta de los Médicos de los Cuerpos y de los encargados en los hospitales de las salas de sífilis y venéreo, debería hacer labor constante en este sentido.

El sifilítico, por otra parte, debe manifestar, siempre que pueda, dónde adquirió su enfermedad, y debe darse publicidad á esto para advertir á los demás soldados dónde se adquieren esas enfermedades. La autoridad militar debiera, además, entenderse con la civil acerca de la inspección de las prostitutas, sobre todo cuando el número de sifilíticos aumente más de lo regular.

De todos modos, creo que la medida más eficaz es la escasa cantidad de dinero de que el soldado dispone, que le hace tener que cohabitar casi forzosamente con prostitutas viejas, en las que los riesgos del contagio sifilítico son mucho menores.

La inmensa mayoría de los sifilíticos son sargentos, músicos, cornetas, reenganchados ó soldados con dinero, es decir, todos los que, ó por condiciones de gran tiempo de residencia en la plaza, mayor categoría ó abundancia relativa de plata, pueden cohabitar ó con prostitutas reglamentadas, jóvenes, ó con prostitutas clandestinas, con las que mantienen relaciones.

En los demás soldados es mucho más frecuente la blenorragia con todas sus consecuencias, los chancros blandos, bubones supurados, verrugas y vegetaciones, en fin, todas las enfermedades venéreas de las prostitutas baratas.

La sífilis es enfermedad que, en sus comienzos, preocupa poco al que la padece. En ocasiones pasa desapercibida la lesión inicial; constantemente se concede mayor atención á cualquier otra enfermedad venérea.

En los reconocimientos mensuales he encontrado la casi totalidad de sifilíticos que he visto en el regimiento en que presto mis servicios. Otras veces son las manifestaciones de boca y garganta las que obligan á presentarse al enfermo en el cuarto de reconocimiento. En algunas ocasiones, el soldado oculta su sífilis por no ir

al hospital. Por todas estas razones, se impone el buscar siempre esta enfermedad para hacer un diagnóstico lo más precoz posible. Desde luego debe combatirse la idea, si en algún sitio existiera, de castigar al soldado que padece estas enfermedades, que sólo conduce á que el sífilítico procure ocultar su dolencia.

Una vez diagnosticada, ¿cómo tratarla?

Entre las conclusiones aceptadas por el Congreso Internacional de Higiene de 1900, figura una del Dr. Bourges, que dice así:

«El tratamiento es el corolario obligado de las medidas profilácticas generalmente instituidas contra la sífilis; constituye la verdadera desinfección contra esta enfermedad, por lo que los Poderes públicos deben multiplicar las fuentes de tratamiento gratuito, interno ó externo, de la sífilis».

Por lo tanto, deber del Estado es no abandonar á un enfermo de esta naturaleza, que, por otra parte, dado el actual sistema de reclutamiento, con la actual redención á metálico, será probablemente inculco é indigente, cualidades ambas que le hacen, no sólo acreedor á ser tratado por el Estado, sino que debieran ser bastantes para que su tratamiento por él fuera obligatorio.

Lo que no podemos dejar pasar sin protesta es que ocurra lo que actualmente: que por deficiencias de todos se simultanea el tratamiento con el servicio militar. Medios para conseguir esto no existen legalmente. Á solicitarlos deben dirigirse nuestros esfuerzos. La inutilidad temporal, aplicable á los soldados en filas, resolvería de un modo satisfactorio este problema. Esta inutilidad iría precedida de un primer período de tratamiento en el hospital militar, durante el cual el Médico encargado de la visita debiera llevar al ánimo del soldado el convencimiento de la naturaleza y peligros de la enfermedad que padece y de los medios de combatirla.

Terminado este primer período de tratamiento, cuya duración estaría regulada por la marcha del padecimiento, procedería la declaración de inutilidad temporal. Durante este período, si el enfermo residía en localidad donde existiera guarnición, y por lo tanto Médico militar, éstos podrían encargarse de dirigir el tra-

tamiento y hasta suministrar medicinas, si fuera preciso, y pondrían la vuelta al servicio activo previo un período de observación. Si en el punto de residencia del soldado no existieran Médicos militares, el titular se encargaría de la inspección del tratamiento, y el enfermo sufriría reconocimientos periódicos ante tribunales médico-militares para determinar el momento de su reingreso en filas.

La duración de esta inutilidad temporal sería ilimitada, y sólo podría terminar, ó por la declaración de inútil definitivo, en casos de evolución maligna que determinara trastornos que la hicieran necesaria, ó, en caso contrario, por la de utilidad, en cuyo caso el soldado terminaría el tiempo de permanencia en filas que aún le restara por cumplir.

De este modo se pondría al sifilítico en condiciones de poderse curar, cumpliría sus deberes con la Patria, sería la menor cantidad posible de foco de infección, y hasta se evitaría pudiera contraer matrimonio y tener descendencia durante su enfermedad.

FEDERICO G. DELEITO,

Médico segundo.

Prensa y Sociedades médicas

Consideraciones sobre la endocarditis.—*Litten*: Estando ya abandonada la antigua clasificación de las endocarditis, hecha según el concepto anatómico (verrugosa, ulcerosa) y fundándose en la nueva nomenclatura del mismo autor propuesta hasta el 1881 (endocarditis reumática y séptica, con una subdivisión, reumatoide), Litten vuelve á la clasificación propuesta por él al Congreso de Medicina interna, esto es: endocarditis benigna, endocarditis maligna no purulenta y endocarditis maligna purulenta.

La *endocarditis benigna* es la conocida más comunmente con el nombre de reumática; se limita exclusivamente al corazón izquierdo, y sus émbolos obran siempre solamente como cuerpos extraños; puede terminar por curación completa, pero las más de las veces deja una lesión valvular. Además del reumatismo, para

la etiología deben tenerse en consideración otras diversas infecciones (escarlatina, difteria, influenza, tífus, corea), y con frecuencia es imposible, en absoluto, fijar con seguridad la primera causa de una lesión del corazón; en su policlínica, por ejemplo, encontró en los antecedentes el reumatismo en el 33 por 100 de casos, mientras que para otros autores la proporción varía de un 23 á un 63 por 100.

Endocarditis maligna purulenta.—Aquí se trata verdaderamente no de una endocarditis genuina, sino de una grave *piœmia*, con un punto de partida cualquiera (de los genitales, de un puerperio, etc). Así, la endocarditis es un fenómeno secundario, esto es, una de las muchas localizaciones del virus. El pronóstico es pésimo, á pesar de que excepcionalmente se han tenido curaciones, así como, al contrario, una endocarditis benigna puede en algún caso conducir á la muerte.

La *endocarditis maligna no purulenta*, etiológicamente es debida á las mismas causas que producen la endocarditis benigna, y se distingue de la precedente solamente porque las metastasis no supuran nunca, esto es, falta en ella el carácter *pioémico*. La enfermedad puede seguir su curso rápidamente ó durar varios meses hasta que sobreviene la curación, ó con más frecuencia la muerte. En esta afección los síntomas de la endocarditis predominan y se diagnostica con bastante facilidad.

Desde el punto de vista de la *bacteriología*, toda endocarditis, excepto la de la arterio-esclerosis, es debida á bacterias, y en este sentido la endocarditis no es una enfermedad por sí misma, sino más bien una complicación de una infección general.

El agente de la endocarditis benigna no es ciertamente único, y, con todo el respeto para las investigaciones de Mayer, Michaelis y otros, no cree el autor que el agente específico del reumatismo sea por ahora conocido. La endocarditis benigna, por lo que hasta ahora se sabe, puede ser debida al bacilo de la difteria, del tífus, de la tuberculosis, de la influenza, al gonococo y al pneumococo. Todos estos mismos microorganismos pueden producir también la endocarditis maligna no purulenta. Los agentes de la endocarditis escarlatinosa, sarampinosa y variolosa son desconocidos, como el de la endocarditis reumática. Para la endocarditis traumática pueden entrar en juego estas mismas diversas bacterias.

Para la etiología de las formas malignas hay que notar también que para las no purulentas con frecuencia no se encontró el agente patógeno, porque probablemente son reumáticas. Algunas veces el autor ha encontrado un estreptococo. En las formas purulentas se encuentran casi siempre estrepto y estafilococos.

El gonococo da origen á endocarditis benignas y malignas, pero nunca purulentas.

No es posible, pues, establecer una división de las endocarditis por el concepto bacteriológico, y por ahora es necesario atenerse al criterio clínico.

Lenhart sostiene que toda endocarditis debe llamarse *séptica*,

porque en todas hay evidentemente bacterias en la sangre, y quisiera reunir en una sola las dos formas de endocarditis maligna de Litten.

Litten hace notar que en este caso todo es cuestión de entenderse sobre lo que quiere llamarse séptico; es cierto que en todas las endocarditis los microorganismos para llegar al corazón deben, al menos en cierto período de la enfermedad, encontrarse en la sangre; pero también es cierto que con frecuencia no son demostrables, tal vez por efecto del poder bactericida del suero de la sangre. Si un día llegase á demostrarse un microorganismo agente específico del reumatismo articular, naturalmente que también esta forma de endocarditis debería llamarse séptica, porque sería lógico admitir que el microorganismo se encuentra en la sangre en un momento dado.

(*Soc. de Med. inter. de Berlín*).

*
* *

El formaldeído y la desinfección pública.—Hé aquí los términos en que se expresa el Dr. Abba: «Desechados como agentes gaseosos de desinfección el ácido sulfuroso y el cloro, fué propuesto el formaldeído, el cual, á diferencia de los gases antes citados, tenía una propiedad bactericida enérgica y rápida, según quedó demostrado á fines de 1888 con repetidas experiencias de laboratorio.

Pero llevadas después las experiencias al campo de la práctica, se vió que el formaldeído, en muchos casos, no obraba con aquella rapidez y energía que los ensayos preliminares habían hecho esperar.

Sin embargo de esto, el desinfectante fué tan preconizado por alguna casa productora de substancias químicas, y se impuso bien pronto con tal insistencia, que muchos Gobiernos lo adoptaron, á pesar de que debió ponerlos en guardia el considerar que quien fabrica el formógeno no es ya la casa constructora de otros aparatos de desinfección, sino la misma casa que prepara el formaldeído, cediéndolo después por un precio relativamente módico.

No cabe duda que se alcanzará el ideal de la desinfección de los lugares infectos con un gas que, desenvuelto en un ambiente determinado, purifique rápida y completamente el pavimento, las paredes y cuantos objetos se hallen encerrados en aquel recinto.

Mas, en la práctica, este gas no se ha encontrado todavía, y el formaldeído, si bien se ha preconizado como el desinfectante ideal de las viviendas, ha ido poco á poco perdiendo terreno, tanto, que hoy sus más ardientes partidarios reconocen que en determinados casos no obra ú obra incompletamente, por lo cual la desinfección con el formaldeído debe, por lo menos, ser completada con el sublimado corrosivo.

Sin entrar en las múltiples causas que impiden al formaldeído desplegar la enérgica acción bactericida que realmente posee, produzco aquí las conclusiones de un trabajo experimental hecho

por mí en colaboración con el Dr. Rondelli, y que en breve se publicará por extenso en la *Rivista d'Igiene e Sanità pubblica*:

1.º El formaldeído, usado en las mejores condiciones, esto es, durante el estío y en la fuerte proporción de 20 á 26 gramos por metro cúbico de capacidad, en ambiente saturado de humedad, sólo da en conjunto, aproximadamente, el 50 por 100 de resultados positivos.

2.º La desinfección no se obtiene con uniformidad en todos los puntos del ambiente.

3.º El formaldeído no desinfecta, sino excepcionalmente, el pavimento, las cornisas, las puertas, el mobiliario, etc.

4.º Los esputos desecados que se encuentran pegados á las paredes ó sobre el pavimento, son rara vez desinfectados.

5.º La desinfección del pavimento no se realiza casi nunca, porque el formaldeído tiende á salir y desinfecta mejor la parte alta de las paredes y el techo, que están siempre menos infectos.

6.º El formaldeído no penetra en los colchones y ropas de cama, y, por consiguiente, éstos deben siempre desinfectarse por medio del vapor comprimido.

7.º La desinfección con el formaldeído deberá, en todo caso, ser completada lavando con sublimado el pavimento, las partes evidentemente más sucias, los rincones donde se ponen las ropas infectas, las letrinas, etc.

8.º La operación de la desinfección con el formaldeído no dura menos de tres á cinco horas, y, salvo el caso de una sucesiva y enérgica ventilación, no es posible, en algún tiempo, ni dormir ni estar en sitio desinfectado por ese medio, aun cuando el formaldeído se haya neutralizado con el amoníaco.

9.º Con la desinfección á base de formaldeído, verificada á domicilio, no se simplifica, sino que se complica el servicio, que debe ser rápido, homogéneo, uniforme y ejecutado ciegamente por un personal expresamente instruído por un Médico inspector.

Esto no quiere decir que los higienistas al servicio de la desinfección pública deban renunciar á la preciosa propiedad bactericida del formaldeído; las cosas de uso personal, especialmente de la mujer, ya sean papeles ú objetos de adorno poco voluminosos, de superficie lisa y no polvorosa ni excesivamente sucia, todos los cuales no podrían, sin peligro de deterioro, ser sometidos á la acción del vapor ó de un desinfectante líquido, son objetos que pueden seguramente ser desinfectados con el formaldeído.

Mas para esto hay necesidad de adoptar precauciones especiales inaplicables en la desinfección de las habitaciones, sin ellas el formaldeído no despliega toda su actividad bactericida.

Necesítase, ante todo, que el formaldeído se ponga en contacto con todas las partes del objeto que se ha de desinfectar, siendo, por consiguiente, necesario sacudir éste de modo que el desinfectante penetre en él hasta sus más ocultos repliegues.

En segundo lugar, es indispensable favorecer la acción bactericida del formaldeído elevando la temperatura.

Además se debe colocar el objeto á desinfectar en un ambiente que contenga una gran cantidad de formaldeído—50 gramos por metro cúbico— á fin de que exista siempre en la proporción necesaria para ejercitar su acción bactericida.

Finalmente, el ambiente deberá estar saturado de humedad.

Por estas razones hemos pedido y logrado de la Administración municipal de Turín el consentimiento para disponer, en la estación de desinfección, un local á propósito para poder practicar desinfecciones con el formaldeído».

El autor, después de describir la caseta especial destinada á este fin en Turín y la bomba *Igea*, construida por el Ingeniero A. Rastelli, de que se vale para el desarrollo del formaldeído, continúa diciendo:

«Dispuestas así las cosas, se eleva la temperatura hasta 50 ó 60° centígrados. Esta temperatura debe durar, por lo menos, una hora, durante la cual los objetos que se deseen desinfectar deben estar casi en constante movimiento.

La acción del formaldeído puede durar de doce á cuarenta y ocho horas, pero no menos de doce.

Obrando de este modo se obtiene el 100 por 100 de resultados positivos, tanto, que colocando en la caseta restos de vestidos muy sucios y contaminados se han encontrado siempre esterilizados. Disminuyendo la cantidad de formaldeído, la humedad, el grado de temperatura ó la duración del movimiento, se disminuyen notablemente las seguridades de buen éxito.

En conclusión; el formaldeído es un enérgico desinfectante, pero obra sólo en determinadas condiciones; respetadas éstas, puede colocarse, con el vapor y el sublimado, entre los pocos agentes bactericidas á los cuales puede recurrir confiadamente el higienista en la profilaxis de las enfermedades infecciosas».

(*L'Ingegnere Igienista*).

*
*
*

Descubrimiento del microbio y del suero curativo de la tos ferina.—Desde hace algunos meses la clase médica de Bélgica sigue con un interés vivísimo las experiencias hechas en los hospitales de Bruselas con un nuevo suero, el suero contra la coqueluche. Hoy que los resultados clínicos han venido á confirmar los de laboratorio, creemos interesante exponer á nuestros lectores la historia de este descubrimiento bienhechor, tal como la expone el Doctor Merckx, que acaba de publicar un trabajo sobre el asunto.

Desde hace años el Dr. Leuriaux se consagró al estudio de la coqueluche ó tos ferina. Hacia el año 1893, apenas salido de la Universidad de Bruselas, se propuso una cuestión importante: la de la localización de la enfermedad. Por una mejor observación de las lesiones y de los síntomas, apoyándose en el resultado de las autopsias, llegó entonces á establecer que la localización primitiva de la afección era naso-faríngea y que luego se extendía progresivamente

hacia las partes subyacentes del aparato respiratorio. Como conclusión, Leuriaux preconizó, con buen éxito, la conveniencia de agregar al tratamiento que por aquella época se seguía una perfecta antisepsia de las fosas nasales.

En el momento en que publicó ese primer trabajo, Leuriaux no había sido todavía afortunado en sus tentativas para descubrir el agente patógeno. Nueve años de una labor tenaz habían de transcurrir hasta el día en que le fuera posible presentar, no sólo el microbio culpable, sino también el suero encargado de combatirlo.

La primera dificultad con que tropezó en sus investigaciones fué la imposibilidad de transmitir la enfermedad á los animales de que se servía para sus experiencias. A pesar de las favorables circunstancias que debían facilitar la contaminación de los animales domésticos, jamás se ha hecho constar el caso de que alguno de ellos hubiese contraído la afección. La literatura veterinaria calla respecto de este punto.

Para formar y fortalecer su convicción, para llegar á la certeza de que, en efecto, ha identificado el bacilo de la coqueluche, el Doctor Leuriaux se funda en los hechos siguientes:

1.º Habiendo examinado sistemáticamente durante tres años 600 esputos de esta clase de enfermos, ha comprobado en ellos la existencia casi constante de un mismo microbio, el cual aisló, haciendo cultivos de él (1).

2.º Después de haber inyectado á algunos animales cultivos de este germen, ha observado accidentes variados, principalmente nerviosos: aceleración de los movimientos respiratorios, contracciones convulsivas del diafragma, parálisis de los miembros posteriores, y más tarde de los anteriores y de los músculos torácicos, respiración irregular y, por último, el tétanos y la muerte.

3.º Por la inyección de las toxinas observó los mismos efectos; es decir, que no es el bacilo el que obra directamente, sino las toxinas ó venenos que fabrica.

4.º Empleando entonces el procedimiento seguido por el Doctor Roux para inmunizar á los caballos contra el veneno diftérico, inyectó á muchos de estos animales cantidades gradualmente crecientes de cultivos recién preparados. Después de algunos meses, cuando los caballos quedaban suficientemente inmunizados, practicó sangrías, y obtuvo un suero que paralizaba *in vitro* el desenvolvimiento de los presuntos bacilos de la coqueluche, puesto que hasta ese momento Leuriaux no tenía más que presunciones.

(1) Para aquellos de nuestros lectores versados en los estudios bacteriológicos, nos parece conveniente ampliar estas noticias. El «bacilo de Leuriaux» se presenta en forma de bastoncillos cortos, gruesos y sensiblemente ovoides. Se le encuentra en los productos de secreción del aparato respiratorio de esta clase de enfermos, en grupos más ó menos numerosos. Su movilidad es muy manifiesta. Es un aerobio. A la temperatura de 37° se desenvuelve en los medios de cultivo generalmente usados. En la gelatina su desenvolvimiento es lento. Sobre agar es, por el contrario, muy rápido, en algunas horas se ven aparecer pequeñas colonias redondas y nacaradas. En el caldo peptonizado y en el suero los cultivos prosperan también muy rápidamente. Se colorea por el método de Gram.

Como los animales son, según queda dicho, refractarios á la enfermedad, la inoculación del microbio de referencia á los niños parecía necesaria para llegar á una certidumbre completa. Pero como nuestros lectores saben que la ciencia se tiene prohibidas á sí misma esta clase de experiencias, fué preciso tomar otro camino, el de emplear en el tratamiento de la coqueluche el suero inofensivo. Este medio acaba de probar, de un modo decisivo, que el Doctor Leuriaux no se ha equivocado.

Las conclusiones del Dr. Lorthioix, Director del hospital de San Pedro de Bruselas, donde se ha ensayado sistemáticamente el nuevo tratamiento, son, en resumen, éstas: El suero disminuye el número de los accesos de tos; su empleo no ha dado nunca lugar á accidentes locales ni generales. Una inyección no basta siempre para conseguir la curación; la segunda y aun la tercera pueden hacerse necesarias si hay recidivas. La curación se obtiene, por término medio, al décimo día. El momento más propicio para la inyección es al principio de la enfermedad, cuando el diagnóstico está bien confirmado.

Esta nueva conquista científica, que tanto interesa á la Terapéutica como á la Higiene, parece, pues, definitiva; y no hay para qué decir los beneficios que reportará á la niñez, librándola de una enfermedad que da un buen contingente á las estadísticas de la mortalidad infantil y suele complicarse con otras tan graves como la pulmonía y la tuberculosis pulmonar.

Como dice el Dr. Merckx, ahora que está demostrado que tal azote puede ser eficazmente combatido, es de esperar que los Poderes públicos tomarán medidas urgentes para contenerlo. Ya que por lo que se refiere á la difteria y á la rabia se ha reconocido la necesidad de substituir la intervención pública á la iniciativa privada, es evidente que también en este caso corresponde á los Gobiernos apoderarse del descubrimiento del Dr. Leuriaux, señalando con precisión su trascendencia y disponiendo lo necesario para elaborar y distribuir el suero.

Es justo decir, para terminar, que el Dr. Leuriaux, que no cuenta más que treinta y cuatro años de edad, y es un trabajador privilegiado y de perseverancia rara, merece bien de la humanidad por haber realizado, á cambio de vigiliias y sacrificios enormes, un descubrimiento que honra, indudablemente, al cuerpo médico belga y á la Universidad libre y á los hospitales de Bruselas, donde el Doctor Leuriaux ha hecho sus estudios.

(*Higiene Moderna*).

*
**

Dos casos de ectopia testicular.—El Dr. *Carbonell y Solés* publica las observaciones siguientes:

En el estudio de las anomalías de evolución, se ofrecen dos hechos culminantes.

Se observa, en efecto, que existen familias en las cuales pasa de

una generación á otra algún defecto determinado de desarrollo; que en otras la monstruosidad se interrumpe al llegar á uno de sus miembros, cuyos hijos, por el contrario, vuelven á presentarlos, ó sea el llamado atavismo teratológico; que la existencia de una anomalía en un órgano muchas veces se acompaña de otros múltiples defectos evolutivos, completamente independientes entre sí, expresivos de la profunda perturbación del plan de desarrollo del primitivo embrión, y en fin, que las monstruosidades son sumamente frecuentes en la prole de los degenerados, todo lo cual confirmá la realidad del primer hecho anunciado; es decir, que los trastornos de evolución pueden ser, y con frecuencia lo son, substanciales á la individualidad del óvulo fecundado, que de un modo virtual los encierra ya, como las tendencias mismas de la herencia patológica, sin reclamar influjos extraños ó sobreañadidos á las condiciones normales bajo las cuales el embrión se inicia y desenvuelve.

El segundo hecho se refiere á los casos de monstruosidad, que de una manera manifiesta están desligadas de toda influencia original; antes bien se comprende que, lo mismo que en los experimentos de Dareste, la acción perturbadora de cualquier agente mecánico, químico ó biológico ha sido suficiente para suspender, exagerar ó pervertir el desarrollo de un órgano ó varios órganos determinados, á pesar de la positiva perfección del óvulo fecundado.

En la actualidad se concede la mayor importancia á esa última patogenia, que tiene el apoyo experimental, que es el preferido como fuente de verdad, y tal vez se llegaría hasta negar por completo el primer hecho teratogénico si no fuese por la evidencia de la transmisión hereditaria de varias anomalías, que pone fuera de duda su posible influjo.

Pues bien; la ectopia de los testículos, que á primera vista parece un simple cambio fortuito de lugar exento de significación especial, es muy posible que la tenga, y de algún valor, tocante á la teratogenia.

Los testículos, antes de llegar al escroto, han de atravesar el conducto inguinal, pudiendo suceder que permanezcan detenidos en el abdomen, en el conducto inguinal, en la misma abertura de éste junto á la piel del abdomen ó en la parte alta del escroto. Estas particularidades de situación se conocen con los nombres de falta de descenso, descenso parcial, retención, etc., del testículo, dependiendo su presencia de condiciones muy diversas, tales como adherencias peritoneales, cortedad de los vasos espermáticos y del epididimo, etc., ó sean defectos evolutivos de varios órganos, que no por ser de orden secundario dejan de estar supeditados á las mismas leyes que los más diferenciados y esenciales.

La verdadera ectopia es más rara que el defectuoso descenso de los testículos, y su mecanismo es aún más complejo é implica la concurrencia de mayor número de factores, de defectuosa evolución siempre, que la simple retención del órgano en un punto del camino que ha de recorrer al descender al escroto. Los sitios que más fre-

cuentemente ocupa el testículo ectópico son: el triángulo de Scarpa, la raíz del pene, el periné y sobre la aponeurosis del oblicuo externo del abdomen. La causa de la ectopia casi siempre radica en fibras del *gubernaculum*, tan malamente dispuestas que arrastran el testículo á dichos sitios.

Es decir, se trata de una anomalía de desarrollo de bastante importancia desde el punto de vista fisiológico, puesto que la espermatogenesis en esas condiciones es nula ó imperfecta, y de posible importancia, además, como estigma degenerativo substancial, mejor que adventicio, ó fortuitamente impreso en el embrión por causas especiales, en bastantes casos á lo menos, y tal vez en la mayoría.

Esa es la consecuencia que se deduce de las dos observaciones siguientes de ectopia testicular en el triángulo de Scarpa:

Una de ellas se refiere á un niño nacido de padres sin estigmas de degeneración hereditaria, pero sí con antecedentes sífilíticos. Hé ahí la serie de anomalías evolutivas ofrecidas por este niño, que murió á los pocos meses casi sin enfermedad previa, de colapso inesperado: Persistencia del agujero de Botal y cianosis durante las primeras semanas. Mano izquierda con un meñique rudimentario por ausencia de las dos últimas falanges. Pie derecho sin dedo meñique y el inmediato á él con una sola falange. Testículo derecho en el triángulo de Scarpa, como si fuese un ganglio linfático. En suma, una verdadera diseminación de taras de desarrollo, que dan la medida del mal plan bajo el cual la embriogenesis hubo de efectuarse, resultando un organismo incapaz hasta de morir, según los síndromes más ordinarios de la patología *vigente*.

La segunda observación dista mucho de ser tan lamentable como la precedente. Es un niño también, que cuenta cuatro años, y ofrece, aparte de la ectopia de uno de los testículos, algunos estigmas leves de degeneración. En este caso los antecedentes paternos tampoco se refieren á degeneración evolutiva, sino sólo al alcoholismo de uno de los progenitores. Hé ahí los estigmas anatómicos de este niño: La cabeza se presenta muy dolicocefala ó alargada en el diámetro antero-posterior, la frente saliente y como aquillada la sutura sagital. La bóveda palatina estrecha y profunda, y los dientes pésimamente implantados. Los meñiques de ambas manos curvados con la concavidad hacia los anulares, y los huesos pisciformes, tan prominentes, que el resalte da aspecto de bayoneta á la muñeca, detalles ambos que se consideran hoy en día como estigmas degenerativos indudables.

La ectopia testicular, por consiguiente, y lo mismo el simple defecto en el descenso de estos órganos, según esas observaciones, constituyen probablemente estigmas de degeneración que acaso la mayoría de veces coexisten con indicios diversos confirmativos de la misma, constituyendo un dato de gran trascendencia para los fines de la procreación de la especie, puesto que de por sí el funcionalismo del testículo heterotópico es insuficiente ó nulo por completo. Ofrece, por último, esa anomalía cierto apoyo, cuando se

combina con la presencia de otros estigmas y los antecedentes hereditarios homólogos, discrásicos ó tóxicos existen, á la teratogenia intrínsecamente ovular ó proto embrional, que tanta atención ha de merecer de los observadores ávidos de escudriñar esos complejísimos fenómenos.

(*Arch. Ginecop. Obstetric. y Pedit.*)

*
**

Bocio exoftálmico.—El Dr. *G. H. Murray* leyó un trabajo sobre este asunto, en el que expuso la historia clínica de 120 casos que ha observado. De éstos, 10 recayeron en hombres y 110 en mujeres. Las mujeres eran 57 casadas, una viuda y 42 solteras. El enfermo más joven tenía quince años y el más viejo sesenta y cinco. Ninguno de los padres de los enfermos habían padecido bocio, pero sí padecieron bocio exoftálmico algunos de sus hermanos ó hermanas. La emoción brusca ó prolongada fué, al parecer, la causa determinante en ciertos casos. El primer síntoma notado de ordinario fué el bocio, pero en 19 enfermos hubo palpitación. El bocio existía en 117 casos. El número de pulsaciones estaba aumentado en todos los enfermos y variaba de 90 á 200; en 66 casos fluctuaba entre 120 y 150, y en 31 entre 140 y 150. En 32 casos no hubo exoftalmos, en 3 desapareció y en 79 persistió. La caída del párpado superior se observó en 36 casos de 91. La retracción de los párpados superiores existía en 47 casos y faltaba en 29. Había en 111 temblor ligero de las manos y en 6 también de los pies. En 4 no se observó temblor. En 7 se notaron alteraciones nerviosas. Varios de estos enfermos eran muy insensibles al frío. Uno presentó síntomas innegables de locura y ? tuvieron alucinaciones. En algunos enfermos los síntomas se exacerbaban de repente, durando la exacerbación algunas horas. 15 enfermos se quejaron de debilidad de las piernas. En 76 la piel presentó humedad anormal; en 22 pigmentación. En 10 hubo alopecia; en 35 tendencia á la diarrea, y de 19 en los que se analizó la orina, en 4 contenía albúmina, en 3 azúcar. En 23 enfermas de las 110 se presentaron trastornos de la menstruación. 25 enfermos enflaquecieron de una manera notable. El curso de la enfermedad fué variable. En ningún caso hubo mixœdema. Respecto al tratamiento, en algunos casos la permanencia en el lecho durante tres ó cuatro semanas fué esencial. Si la consunción es grande está indicado el tratamiento de *Weir Mitchell*. En los casos menos graves conviene la vida tranquila de campo. Las corrientes farádicas ligeras durante una hora, noche y día, por espacio de varios meses. La belladona no es eficaz. La convalaria ha sido más eficaz que los demás tónicos cardíacos para disminuir el número de pulsaciones. Los bromuros son útiles contra los trastornos nerviosos. La glándula tiroides es perjudicial, pero el timo y el extracto de cápsula suprarrenal es útil.

El Dr. *Hale White* describió los casos que había observado. El reumatismo febril figuraba muchas veces entre los antecedentes familiares ó personales. En bastantes casos el bocio estaba asociado

con una enfermedad mental. En muchos hubo poliuria precoz, y en varios la orina contenía una substancia reductora del cobre. La consunción y la anemia fueron notables; en ciertos casos hubo pigmentación de la piel, y en uno la piel era de color tan obscuro como en la enfermedad de Addison. En varios casos la enfermedad fué consecutiva á la influenza. Las glándulas de Peyer estaban aumentadas en los casos fatales. ¿Es debida á esto la diarrea? El timo estaba también hipertrofiado con frecuencia. La belladona fué útil muy pocas veces ó ninguna, igual que las pastillas de extracto de timo ó de cápsula suprarrenal. El mejor tratamiento es, probablemente, el higiénico y la quietud.

El Dr. *W. Ewart* indicó la incertidumbre que reina en el pronóstico y en la terapéutica de esta enfermedad, que es, sin embargo, susceptible de tratamiento en muchos casos. Depende probablemente de una intoxicación crónica en lo sujetos susceptibles, y va acompañada de alteraciones anatómicas. La diarrea, que se presenta con tanta frecuencia, aunque paralítica en parte, es probablemente tóxica ó fermentativa. Hasta las alteraciones tiroideas son, según toda probabilidad, resultado de una influencia tóxica. Ha observado dilatación gástrica en todos sus casos. El tratamiento más importante es el higiénico. El arsénico es útil. En un caso la curación ocurrió mientras el enfermo tomaba pastillas de tiroides.

El Dr. *H. D. Rolleston*, refiriéndose al temor y á la ansiedad como causas supuestas de la enfermedad, citó la frecuencia mayor de los casos después de la guerra con el Transvaal.

El Dr. *A. Mande* dijo que lo más notable del trabajo del doctor Murray es el número excesivo de casos de bocio parenquimatoso preexistente. La enfermedad es rarísima en la India y en general en todo Oriente. En Calcuta y Lahore es casi desconocida, aunque el bocio parenquimatoso es frecuentísimo. Lo mismo ocurre en China. Después del sitio de París se observaron bastantes casos, igual que sucede ahora después de la guerra Sud-africana. El temblor es quizá el síntoma más importante después de la triada sintomática y de los trastornos mentales. No son bien conocidas las alteraciones del tiroides. Las alteraciones oculares sólo sirven para confirmar el diagnóstico. Ha observado insomnio en casi todos sus casos. En veinticinco años sólo ha visto morir de enfermedad de Graves tres enfermos: uno por influenza, otro por pericarditis y otro por endocarditis séptica. Jamás ha observado la curación completa. Las preparaciones de cacodilato no se emplean tanto como el arsénico. El timo sólo es útil cuando hay síntomas intestinales. El tratamiento de Nauheim no es de gran utilidad.

El Dr. *H. Mackenzie* dijo que había observado varios casos, notando un aumento en la proporción de los hombres respecto á las mujeres. La mayor parte de estos casos procedía de los países meridionales. No cree que tengan gran influencia los antecedentes hereditarios, pero sí la grippe y el reumatismo. De 52 casos faltaba el bocio en 5; en 6 existía dos años antes de presentarse los demás sín-

tomas. Los ruidos orgánicos del corazón fueron raros, lo cual es notable teniendo en cuenta la asociación con el reumatismo. El exoftalmos faltaba sólo en 2 casos. En un caso el exoftalmos fué el único síntoma que se observó durante tres años. El temblor era casi constante y los cambios psíquicos característicos. Los trastornos abdominales eran acentuados en todos los casos graves. La albuminuria se observó en 6 casos, la poliuria en varios, y en éstos fué fácil producir la glicosuria alimenticia administrando un exceso de glicosa. La demacración fué grande, desapareciendo al mejorar la enfermedad, y siendo substituída por grosura y hasta por edema sólido de las piernas. Murieron sólo 6 enfermos de los 52. Las recaídas fueron frecuentes y las curaciones raras. El tratamiento fué principalmente higiénico: quietud al aire libre y abertura casi continua de las ventanas de la habitación. Los medicamentos más útiles son: la belladona, los bromuros, los ioduros y el arsénico, en el orden indicado. La electricidad es poco útil, y el amasamiento eficaz, al parecer.

El Dr. *S. Vere Pearson* dijo que de 4.000 muertes ocurridas en el hospital de San Jorge, sólo 2 fueron debidas á esta enfermedad. Uno de los enfermos padeció á la vez reumatismo agudo y adherencias del pericardio. En el otro el cuerpo tiroides era voluminoso, pero no quístico; persistía el timo.

El Dr. *G. Newton Pitt* indicó que algunas veces casos al parecer gravísimos mejoran bastante. Ha visto curar muy pocos enfermos, porque suele quedar siempre algo de exoftalmos. El tratamiento farmacológico no es, según su experiencia, de gran eficacia, pero tiene alguna. No hay medicamento infalible. En 2 casos ha empleado con éxito el extracto de cápsula suprarrenal, y en otros ha sido ineficaz.

El Dr. *Murray* dijo que en sus enfermos habían sido rarísimos el reumatismo febril, los síntomas mentales y la anemia. Ha hecho la autopsia en 3 casos, en los que no encontró hipertrofia de las glándulas de Peyer. No ha observado en sus enfermos dilatación gástrica. Sólo una vez ha visto existir la taquicardia como síntoma aislado. Jamás ha observado el exoftalmos más que en un caso después de curar los otros síntomas.

(*Real Soc. Med. Quir. de Londres*)

*
*
*

La pulsación de la cabeza.—Merced á una disposición particular, el Dr. Frankel ha podido registrar las pulsaciones de la cabeza (signo de Musset), no sólo en los enfermos—los aórticos—, sino que también en las personas sanas.

En los *cefalogramas* obtenidos comprobó que cada sacudida se compone de una oscilación principal, coincidiendo exactamente con el sístole cardíaco, y es seguida por una ó varias oscilaciones secundarias. Esta oscilación principal se compone de una parte positiva, cuya amplitud hállase en relación con la energía de la con-

tracción cardíaca y con la tensión arterial, y de otra negativa, de amplitud á menudo mayor que la de la parte positiva.

Las oscilaciones secundarias, de número variable, parecen ser debidas á la inercia de la cabeza. Por último, estas oscilaciones cefálicas pueden tener una dirección anteroposterior lateral ó anterolateral, pudiéndose obtener en el mismo sujeto trazados muy netos con puntos de apoyo diferentes del aparato explorador.

Hasta ahora el signo de Musset no había sido encontrado sino en los casos de insuficiencia aórtica y de aneurismas de la aorta; pero el autor, ayudado del método gráfico, lo ha encontrado en cierto número de individuos sanos, indemnes de todo pasado arterial y no ateromatosos, en algunos de los cuales las oscilaciones eran visibles á simple vista.

Argumenta el autor que estas sacudidas rítmicas de la cabeza no obedecen á tal ó cual afección cardiovascular, sino á la energía de la contracción cardíaca, siendo particularmente pronunciados en los casos con hipertensión arterial, y, sobre todo, cuando hay hipertrofia del ventrículo izquierdo.

(*Rev. de Méd.*)

FÓRMULAS

438

Acido cinámico pulverizado.....	2 gramos.
Aceite de almendras dulces.....	10 »
Yema de huevo... ..	Número 1.
Solución de sal marina al 7 por 100...	6 gramos.

M.—Para inyecciones de medio á un miligramo, pudiendo llegar, progresivamente, hasta un centigramo.

En la **tuberculosis pulmonar**.

(*Landerer*).

* *

439

Acido fénico.....	5 á 10 gramos.
Bicloruro de mercurio.....	1 á 5 »
Creosota... ..	2 »
Colodión.....	50 »

M.—Para embrocaciones.

En el **liquen**.

(*Mracek y Hudelo*).

SECCION PROFESIONAL

UNIFORMES Y VESTUARIO

«Circular.—Excmo Sr.: En vista de una consulta elevada á este Ministerio por el Capitán General de Castilla la Nueva, el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer se declare reglamentario para los sanitarios que prestan sus servicios con el carácter de practicantes y enfermeros en los hospitales militares, el uso de blusa que dicha autoridad propone, como igualmente para los que prestan servicio en las farmacias militares; debiendo adquirirse las de los primeros con cargo al fondo de material de la Brigada Sanitaria, y á los medicamentos las de los segundos, haciéndose el lavado de dichas prendas por cuenta de los respectivos hospitales y farmacias, y procurando introducir en el coste de las prendas llamadas de primera puesta de los individuos de dicha Brigada una prudente economía que compense el de la blusa que se establece.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 17 de Febrero de 1903. —Linares.—Señor.»

*
* *

MATERIAL SANITARIO

«Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, ha tenido á bien disponer que se adopte como modelo reglamentario de paquete individual de curación el aséptico propuesto por la Comisión de reforma del material sanitario. Asimismo se ha servido disponer S. M. que el Parque de Sanidad militar incoe expediente para la adquisición de 20.000 de dichos paquetes, con cargo al crédito consignado en el capítulo 7.º, artículo 4.º del presupuesto vigente para material sanitario de campaña, siempre que por dicha adquisición no resulten desatendidos otros servicios, y debiendo suministrarse los referidos paquetes á los Cuerpos sin que se grave el fondo de material de éstos.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 20 de Febrero de 1903. —Linares.—Señor.»



NECROLOGÍA

Don Ramón Suría y Falgás.—Nació en Castellón de Ampurias (Gerona) el día 13 de Febrero de 1850, y se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía, en la Universidad de Barcelona, el 21 de Septiembre de 1876.

Previa oposición ingresó en el Cuerpo por Real orden de 28 de Marzo de 1877 con el empleo de Médico segundo, siendo destinado al regimiento Infantería de Burgos, pasando posteriormente á servir á los regimientos de las Antillas y de Aragón.

En Octubre de 1883 fué destinado al distrito de Filipinas, con el empleo personal de Médico primero, en cuyas islas desembarcó el 8 de Enero de 1884. Prestó sus servicios en el regimiento Infantería de Manila, enfermería de Siasi, eventualidades en Joló, regimiento de Magallanes, enfermería de Agaña, regimiento de línea número 73, enfermería de Bontoc y eventualidades en Manila.

Regresó de Ultramar, como cumplido de país, en Marzo de 1894, quedando en situación de reemplazo en Mora de Ebro (Tarragona). Fué destinado en Julio del mismo año al regimiento Infantería de Luchana, y, posteriormente, á el de Almansa y á los hospitales de Lérida y Tarragona, en cuyo último punto ha fallecido el día 17 de Febrero próximo pasado á consecuencia de una angina de pecho.

Había alcanzado el empleo efectivo de Médico primero en 20 de Diciembre de 1890, y el de Médico mayor en 18 de Enero de 1896.

Estaba en posesión de la cruz roja de primera clase del Mérito Militar y de la cruz de María Cristina de la misma clase, por las operaciones de Joló de 1887 y 1894.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!





VARIEDADES

Durante el mes de Febrero próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.416 defunciones, que arrojan un término medio diario de 50'571, y una proporción de 2'655 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1902, hubo 1.380 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 305, de menos de un año; 240, de uno á cuatro años; 86, de cinco á diez y nueve; 158, de veinte á treinta y nueve; 281, de cuarenta á cincuenta y nueve, y 346, de sesenta en adelante.

Las principales causas de defunción han sido: bronquitis aguda, 194; pneumonía y broncopneumonía, 191; tuberculosis pulmonar, 102; enfermedades orgánicas del corazón, 102; meningitis simple, 80; congestión y hemorragias cerebrales, 79; bronquitis crónica, 62; sarampión, 60; gripe, 43; diarrea y enteritis (menores de dos años), 37; tumores cancerosos, 32; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 26; debilidad congénita, 20; tuberculosis varias, 16; meningitis tuberculosa, 14; senectud, 12; viruela, 9; fiebre tifoidea, 8; afecciones puerperales, 7; difteria y crup, 4; reblandecimiento cerebral, 4; coqueluche, 3; suicidios, 3; escarlatina, 2; otras causas de defunción, 306.

*
*
*

INGLATERRA.—La información médica del año 1900 da las noticias siguientes sobre la situación sanitaria de las tropas regulares estacionadas en la metrópoli:

De un efectivo medio de 132.921 Suboficiales y soldados, 87.078 (el 655'1 por 1.000) han pasado por los hospitales, y 5.074 (el 38'1 por 1.000) fueron licenciados por enfermos; 4.564 hombres (el 34'3 por 1.000) resultaron dispensados de todo servicio durante el año por causa de enfermedades.

El número de defunciones fué de 1.007 (el 7'7 por 1.000). Las causas de a mortalidad se repartieron como sigue: fiebres eruptivas, 15; influenza, 12; difteria, 4; fiebre tifoidea, 44; otras fiebres, 6; disentería, 5; tuberculosis, 121; enfermedades venéreas, 11; alcoholismo, 22; reumatismo, 10; enfermedades del sistema nervioso, 62; enfermedades del sistema circulatorio, 100; afecciones de las vías respiratorias, 372; enfermedades del tubo digestivo, 57; afecciones de las vías urinarias, 18; lesiones traumáticas, 115; envenenamientos, 5; suicidios, 28.

Para el conjunto del ejército regular estacionado en la metrópoli, las Indias y las colonias, el número de admisiones en los hospitales ha sido de 827'7 por 1.000, el de las defunciones de 9'05 por 1.000, y el de los hombres dispensados del servicio por causa de enfermedad de 44'4 por 1.000