

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO IV.

MADRID 15 DE MARZO DE 1890.

NÚM. 66.

## CASO NOTABLE

DE

### ANEURISMA DE LA ARTERIA AXILAR IZQUIERDA

Agregar un hecho más á los anales de la ciencia, contribuir con una nueva observación á la historia de las aneurismas quirúrgicos, es lo único que nos prometemos al publicar el presente caso en las páginas de esta ilustrada REVISTA, á cuyo efecto nos han sido facilitados los antecedentes por el Jefe de clínica del Hospital militar de esta córte, Médico mayor D. José Franco y Manzano, y fuimos autorizados por el Director del mismo para practicar la autopsia y hacer algunas reproducciones fotográficas del caso en cuestión.

Pecaríamos, pues, de descortesía, si antes de empezar á exponer nuestra pequeña labor no diésemos desde este sitio á dichos ilustrados compañeros, una prueba de gratitud por su excesiva amabilidad, al hacernos observar el enfermo á los pocos días de su ingreso en la clínica y suministrarnos cuantos datos han podido recoger acerca de él. Esto por nuestra parte: que los habituales lectores de la REVISTA tampoco dejarán de agradecerles el que les hayan proporcionado conocer un caso de la mayor importancia bajo el punto de vista práctico, y que puede considerarse como notable entre los muchos que registran los anales de la Cirugía contemporánea.

\* \* \*

F. Y., soldado procedente del depósito de Ultramar, de treinta y dos años, de oficio sastre antes de su ingreso en el servicio, natural de Abarade (Salamanca), temperamento nervioso, de constitución pobre, aspecto enfermizo, y sin antecedentes morbosos adquiridos ni hereditarios, ingresó en la sala 28 del Hospital militar de Madrid, ocupando la cama núm. 3, el día 2 de Enero del presente año.

A pesar de las reiteradas preguntas del Médico de la sala, no se consiguió que el paciente puntualizara las causas remotas ni próximas á que pudiera obedecer la presentación de su grave y penosa enfermedad, que apenas contaba un año de existencia. Sólo se refería á la aparición de un pequeño tumor situado en el hueco axilar izquierdo, y cuyo tumor fué aumentando progresivamente durante este corto período de tiempo, hasta adquirir un extraordinario volumen. Nunca

padeció enfermedad ninguna, y sólo hizo referencia á las padecidas en su primera infancia.

\* \* \*

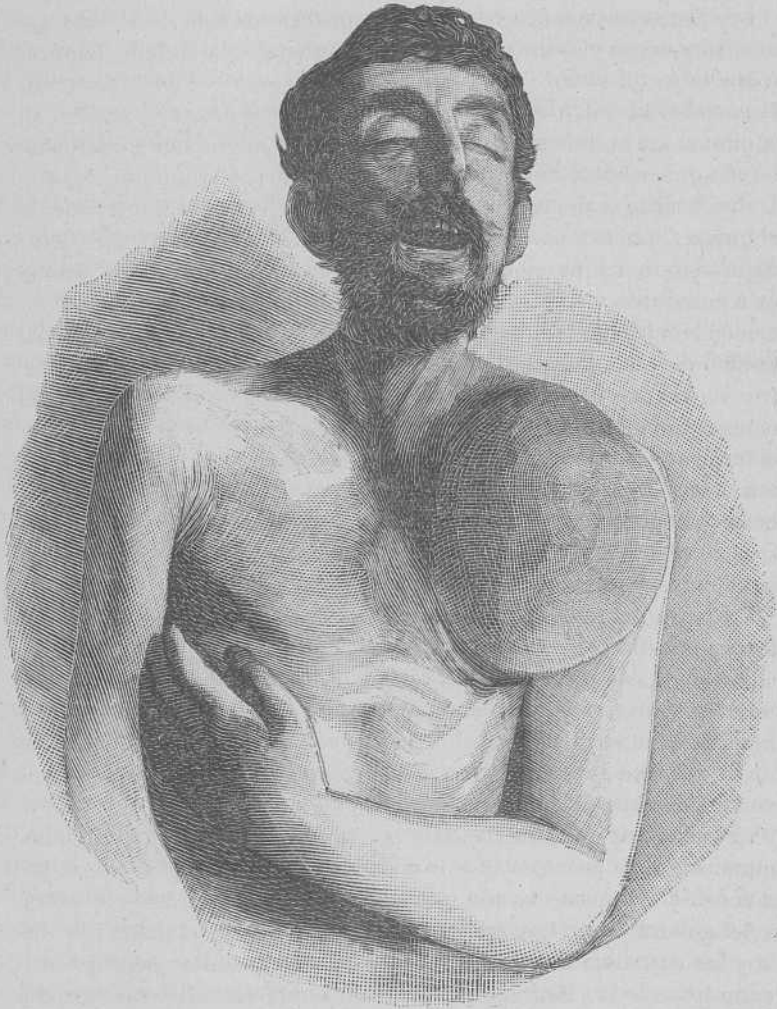
El grabado que representa la figura adjunta, da una idea cabal de la situación topográfica de la tumoración, de forma más bien esferoidal que ovoidea, que ocupaba las regiones esterno-costal, costo-mamaria, infra y supra-clavicular, deltoidea y escapular del lado izquierdo. Medía su diámetro vertical 27 centímetros y 22 el trasversal. Su consistencia era dura, friable en casi todas sus zonas, excepto en dos puntos muy circunscriptos, en que parecía ligeramente fluctuante pero sin que acusase verdaderamente la presencia de líquido. No había abolladuras ni depresiones; la piel parecía lisa y brillante por la distensión á que estaba obligada; presentaba su coloración normal en el segmento más inferior del tumor, pero en su parte superior estaba rojo equimosado y como si tendiera á presentarse un proceso de ulceración. En casi toda la base del gran tumor, los vasos venosos capilares de la piel presentaban arborizaciones varicosas. No había infartos en sus inmediaciones, ni tampoco en la región más inferior del cuello; el tumor no era movable, estaba fuertemente adherido á la pared torácica y á la axila; la auscultación no daba ningún fenómeno estetoscópico. El brazo correspondiente al lado de la lesión, como el antebrazo y la mano, ofrecían signos de anestesia periférica con parálisis; la compresión ejercida sobre los troncos vasculares, producía ligero edema de toda la extremidad.

El enfermo acusaba dolores fuertes en todo el tumor, que se exacerbaban por la presión. El estado general de aquél era deplorable; febril, pálido y con una leucocitosis exagerada, causa de que todas las funciones se desempeñasen con languidez; había falta de apetito, disminución de la secreción renal, en una palabra, presentaba el paciente ese síndrome general, ese aspecto tan característico que revela una profunda desnutrición.

Por la rapidez de la evolución y por la gravedad de los síntomas generales que le acompañaron casi desde el principio, el proceso podía considerarse como agudo, muy particularmente durante la estancia del enfermo en el hospital, en cuyo corto tiempo el dolor, la disnea y los paroxismos febriles, á pesar del tratamiento paliativo empleado (pues toda intervención quirúrgica hubiera sido contraproducente), dieron fin á la existencia del mismo.

\* \* \*

Al practicarse la autopsia, el cadáver, de regular estatura, presentaba signos evidentes de pobreza orgánica; sus brazos y miembros inferiores, flacos y escuálidos, parecían de un individuo muerto por



proceso fisiógeno. La piel de todas las regiones era muy blanca; no había equimosis ni erupciones; sólo existían dos elevaciones dermo-epidérmicas, una en la región sacra y otra en la escapular derecha, debidas á flictenas producidas por presiones en dichos puntos y que más tarde se habrían convertido en úlceras por decúbito.

Lo que llamaba á primera vista la atención era el voluminoso tumor situado en el lado izquierdo del torax y de la región axilar correspondiente; tumor cuyos límites anatómicos ya hemos señalado en el párrafo anterior. La piel de la región afecta estaba fuertemente equimosada; la dureza en sus distintas zonas ofrecía idénticos caracteres que cuando reconocimos la lesión en el vivo.

Practicadas dos grandes incisiones cruciales con el fin de descubrir el tumor, la resistencia que oponía al cuchillo la piel que le cubría, daba la misma sensación que un tejido esclerosado, encontrándose ésta como infartada y más gruesa que en el estado normal, y de un color blanquecino pálido. El tejido célula-adiposo había casi en su totalidad desaparecido en toda la zona del tumor. Ranversados los cuatro colgajos resultantes de la grande incisión crucial, apareció entre el espacio virtual del panículo adiposo y los músculos de la región anterior del pecho una capa de sangre extravasada formando inmensos coágulos que envolvían por todos sus puntos la gran bolsa que constituía el tumor. Los músculos pectorales habían desaparecido casi por completo, encontrándose algunos manojos de fibras correspondientes á su inserción costo-esternal.

La masa del tumor, de forma elíptica y colocada transversalmente, estaba constituida por una membrana dura, resistente, de color rojo amarillento, de superficie desigual, fuertemente adherida á la pared torácica y á la axila, donde parecía tener su nacimiento, porque era imposible, seguir una disección minuciosa, pues no había medio alguno de separación. Practicada una incisión longitudinal á lo largo de su mayor diámetro, se vió que estaba formada por un tejido membranoso resistente, estratificado y constituyendo una cavidad enorme llena de inmensos coágulos, muchos de ellos en vía de organización. Separados éstos, y á pesar de una minuciosa disección, no pudo aislarse la arteria axilar del hueco del mismo nombre, pues todas las relaciones anatómicas habían desaparecido, y estaban convertidas en una inmensa hoquedad formada por la bolsa tumoral que penetraba por la parte interna hasta el interior de la cavidad torácica (pleura costal) en virtud de la fractura, hacia dentro, de las tres primeras costillas. La clavícula también estaba fracturada en su tercio medio, y su porción externa articular rechazada hacia arriba junto con el omóplato, que había perdido también sus relaciones anatómicas. El saco aneurismático, ofrecía dos pequeñas perforaciones, correspondientes á los dos

extremos polares del tumor. La arteria subclavia, en el punto en que toma el nombre de axilar, presentaba dilatación y engrosamiento de sus paredes; en la humeral, engrosada también, se observaba un coágulo que obturaba la luz del vaso, causa á su vez de la gran tumefacción edematosa que presentaba el miembro superior correspondiente.

\*\*\*

La membrana que formaba el saco aneurismático, fuertemente adherida á la axila y á la pared torácica, medía 15 centímetros en su



diámetro vertical por diez del transversal, presentando en su totalidad un grosor de 1 á 2 centímetros próximamente. Su capa más externa, estaba revestida por tejido fibróideo de nueva formación, é interiormente (véase el fotografado que representa un trozo de dicha membrana) (1) por hojuelas fibrinosas exactamente sobrepuestas for-

(1) Las fotografías que se han utilizado para los grabados anteriores y los antecedentes relativos al análisis del tumor, se han recogido en el Laboratorio del Instituto Anatómo-patológico del Cuerpo.

mando estrasificaciones de color de ante claro, secas y friables, sobre todo las más próximas á la pared del saco. Estas laminillas, constituidas por fibrina, son las descritas por el profesor Broca, con el nombre de *coágulo activo*.

El examen microscópico de estas producciones demuestra en el coágulo laminar numerosos glóbulos blancos disgregados entre las laminillas de fibrina, que no revela la inspección microscópica de las capas más esternas ó antiguas del saco, en cambio en estas se encuentran elementos grasos, muy manifiestos por la acción del ácido ósmico, y substancia granular amorfa.

\* \* \*

Solo por los caracteres clínicos del tumor y por los antecedentes del enfermo, y habida razón de la falta de síntomas verdaderamente patognomónicos y de la existencia de otros equívocos, se comprende que hubiera alguna dificultad para el diagnóstico, máxime agregando el estado general del enfermo, que simulaba un estado caquéctico propio de una neoplasia infecciosa. La extremada gravedad del enfermo (y por esto la imposibilidad de la intervención quirúrgica) que arrebató su existencia en corto número de días, puso en claro la naturaleza del tumor, haciéndolo incluir dentro del grupo de los aneurismas.

Como habrán visto nuestros lectores, el caso descrito, es notable por más de un concepto, y se presta á consideraciones etiológicas y anatomo-patológicas de importancia; consideraciones que no hacemos ahora por no alargar más este artículo, pero que pensamos exponer en otra ocasión, demostrando con ello las ventajas que reporta á la ciencia y á la profesión el detenido estudio y la completa investigación de estos notables hechos prácticos.

J. PÉREZ ORTIZ.

Médico primero.

---

## LA VACUNACIÓN EN EL EJERCITO

---

Leía yo, hace días, el artículo que en la REVISTA del 1.º de Enero suscribía el ilustrado médico segundo y estimado amigo D. Manuel Andrés, con el título de «Institutos vacunógenos del Ejército francés,» y pensaba cuánta verdad encerraban sus lamentaciones acerca de los resultados estadísticos comparativos entre la vacunación en otros ejércitos y el nuestro. Decía cómo se practica la vacunación en la vecina república, describía el modo de funcionar los Institutos de vacunación militar, y á continuación proponía la creación de uno en Madrid, que respondiese á las necesidades del ejército, sin tener que valerse diariamente de los vacunadores civiles.

Todo ello estaba descrito con mano hábil y razonado juicio, porque no es nuestro compañero Andrés, de los que visitan algún lugar científico, ó leen algo, que no lo haga con el propósito de aplicarlo, en la medida de sus fuerzas, al estudio y mejoramiento de los servicios inherentes á su carrera; ahora bien: yo entiendo que para que los servicios de vacunación marchasen con rigor científico, al par que satisficieran las necesidades de nuestro ejército, debería haber en nuestra Península tres; uno central en Madrid, otro en Barcelona y otro en Sevilla; el 2.º y 3.º para el servicio de sus distritos y Baleares, presidios de Africa y Canarias; el de Madrid tendría de personal, un médico jefe y un primero, exclusivamente encargados de la parte burocrática, recibiendo cuantos datos llegasen á dicho centro, por conducto regular de las Direcciones subinspecciones de los distritos; un médico segundo ó dos, encargados solamente de la técnica de vacunación, y el personal de sirvientes necesario; en los dos centros restantes podría haber solamente un médico primero para cada uno, que á la vez; tuvieran á su cargo la técnica y los datos estadísticos de los puntos que el Instituto suministrara.

Pero si esto es necesario para llegar á conseguir, como otras naciones, borrar de las estadísticas de militares enfermos la casilla de la viruela, aquí en nuestra España, donde tan poca prisa nos damos para las reformas que de sobra la experiencia ha acreditado como buenas, contentémonos con obtener la creación del de Madrid, pero no esperando á instalarlo en el nuevo Hospital militar, en el que no obstante los buenos propósitos del actual Ministro de la Guerra, á juzgar por la lentitud de las obras, no estará terminado en el plazo de los dos años que recuerdo que señalaba el proyecto de su construcción. Pueden ser estos muchos más años, y sería conveniente que se hiciera en cualquier parte, pues se impone de una manera terminante y enérgica acabar con esas salas de viruela de nuestros hospitales militares, que ó dan un solemne mentís á el poder preservativo de la vacuna, ó acusan las malas condiciones en que se practica este poderoso remedio de la higiene.

Con respecto á lo primero, citaré un ejemplo: en Alemania antes de ser la vacuna obligatoria morían de viruela 92 por cada 100.000; después de ser obligatoria mueren por el mismo número 1'44. Con respecto á lo segundo ya ha enumerado las causas nuestro amigo Andrés. A estas agregaré yo algunos más que se desprenden de nuestra legislación en materia de vacuna, que es como sigue:

Por Real orden de 15 de Enero de 1868, en vista de los estragos que la viruela hacía en el ejército, se dispuso que fuesen vacunados todos los mozos á su ingreso en las filas, y que los jefes de los Depósitos de embarque, no permitiesen la salida de hombres para Ultramar

que no estuviesen vacunados; siguen después las Instrucciones de 7 de Enero de 1873, para la vacunación y revacunación de los individuos de la clase de tropa de nuestros ejército de la Península y Ultramar.

El 12 de Mayo de 1882, con motivo de los estragos que la viruela causó en el decenio de 1872 á 1881, se dictó Real orden, cuyo artículo primero dice, que todos los años, sin excusa ni excepción alguna y en el tiempo que se considere mejor, sean vacunados y revacunados hasta la tercera vez, si desde luego de primera no diera resultado, los individuos de la clase de tropa del ejército activo de la Península, islas adyacentes y posesiones de Africa, cualquiera que sea su situación ó el servicio á que se hallen afectos; y que, esta medida se efectúe tan pronto como ingresen en las filas y antes de que se proceda á su instrucción; que son responsables, de la falta de lo dispuesto, los jefes de las fuerzas y médicos de las mismas. Por último, dispone que se anote en las filiaciones de los individuos, el resultado, el día y lugar en que se ejecuta.

Por Real orden de 21 de Marzo de 1880, se dispone que en todos los distritos donde haya Instituto de vacunación se adquiriera linfa directa de la ternera, con excepción del de Castilla la Nueva, que por Real orden de 4 de Abril de 1881, se dispuso por Gobernación hacer este servicio por el Instituto de vacunación del Estado, aprobándose por Guerra por Real orden de 23 de Abril del mismo año, las condiciones y reglas para la vacunación en el referido centro.

Después siguen varias Reales órdenes, aprobando contratos con los centros de vacunación de provincias, al precio de 50 céntimos de peseta cada vacunación, por hombre, directa de la ternera ó bien cada tubo lleno de linfa; también se aprueba la adquisición de terneras vacuníferas por los Cuerpos, al precio de 150 pesetas una.

Por último la Real orden de 15 de Marzo de 1885, recuerda á los Capitanes Generales, Gobernadores Militares, Jefes de Cantón y de Plaza el cumplimiento de las disposiciones anteriores sobre vacunación y á la vez dispone que se hallen rebajados de todo servicio los reclutas en los días subsiguientes á dicha operación, por el tiempo que los jefes de Sanidad militar señalen. Esto es, muy en resumen, lo importante de lo legislado en la vacunación del ejército.

Como se ve, el 15 de Enero de 1868, se hizo obligatoria la vacunación en nuestro ejército. Todo lo legislado en esta importante materia, tiende á obtener el mayor resultado posible, no obstante no poseer España centros de vacunación, pues el valenciano, el catalán y después el Nacional ó del Estado, creados todos, si mal no recuerdo, en el primer quinquenio de la fecha de reglamentación de la vacuna en el ejército, no acusaban todavía los buenos éxitos que la experiencia señala á la vacunación animal.



Por esto se hacía de brazo á brazo, reglamentándose en las Instrucciones de 7 de Enero de 1873, con un articulado muy bien escrito, debiendo dar los médicos semanalmente (1) cuenta detallada y minuciosa, con arreglo á modelos que lo acompañan, del resultado de las mismas, revelándose el mayor celo médico en beneficio del soldado y un rigor en la estadística, tan interesante como necesario.

Dicen las instrucciones, que se pongan tres vacunas en la parte superior y externa de cada brazo y precisamente por escarificación. Ya se juzgará de la importancia de esto sabiendo que cuantas más inoculaciones se hacen á un individuo, más seguro es el éxito. El doctor Marsón, Médico en Jefe del Hospital *London Small Spon*, en veinticinco años ha observado 6.000 individuos, por lo que hace al número de cicatrices. La proporción del número de muertos está en razón inversa del número de cicatrices aparentes: en los vacunados sin cicatrices apreciables la mortalidad ha sido de 21,7 por 100; con una cicatriz, de 7,5 por 100; con dos, de 4,12 por 100; con tres, de 1,7 por 100; con cuatro y más, de 0,7 por 100. La mortalidad de los no vacunados fué de 35,5 por 100.

Nos valemos para la escarificación á la altura del triángulo deltoideo, de la lanceta acanalada, con preferencia al escarificador Umé ó al vacunador Warlomont.

Se ha de vacunar á los hombres á su ingreso en las filas solamente, y esto es bastante como rigor profiláctico para los dos años que tienen de vigoroso servicio activo. Se autoriza para vacunar de la ternera, así como que el vacunador sea el médico militar. Con efecto, esta intervención del Oficial de Sanidad es allí necesaria; podrá ver el estado de salud de la ternera, el grado evolutivo de las pústulas vacunas, exigir la cantidad de linfa necesaria para las seis inoculaciones por hombre, etc. Pero lo que en modo alguno puede ver, y esto es precisamente lo deficiente de lo legislado, es el grado de virulencia de la linfa; si está degenerada, no se apreciará sino por los resultados ulteriores, y no es el caso de esperar á saber si es buena dicha linfa, según el número de bajas de virolentos que formemos para nuestros hospitales.

Yo creo que debería, por cada militar que cayese enfermo de viruela, hacerse doble hoja clínica, y remitir una para su estudio á la Subinspección de Sanidad, y ésta á la Dirección general, ó lo que es igual, al Negociado central de vacunación, para su examen y deducciones. En dicha hoja iría consignada toda la historia de éste individuo, en lo concerniente á las causas que hubieren en él influido para no haberse esterilizado su organismo para la viruela, después de va-

---

(1) Hoy se hace por meses.

cunado; así, formando una especie de expediente médico de cada caso de viruela, estaría muy en el interés de todos cada caso que se manifestara, para obtener deducciones de ulteriores beneficios.

Ahora bien, digamos algo de la vacunación tal como se debe practicar en los puntos donde no hay Instituto de vacunación. Los Jefes de Sanidad tienen tubos de linfa, obtenidos en vista de las necesidades de cada Cuerpo, del Instituto de vacunación más próximo, ó el del Estado, para lo cual basta con hacer copia de pedido-recibí, por duplicado, y con una de ellas pedir los tubos y la otra remitirla á la subintendencia del distrito correspondiente para que sirva de comprobante al presentarse al cobro.

Esto lo carga la Administración militar al capítulo referente á Hospitales.

Una vez en poder de los médicos los tubos de linfa, procúrense una ternera ó dos, según las necesidades, que no pasen de cinco meses, (que lo mismo puede ser un ternero) que esté sana, échese sobre una mesa, envuélvaseles las patas delanteras con un lienzo, y una de las posteriores traígase fuertemente hacia delante; un hombre á la cabeza y otro á la extremidad libre sujetan al animal y de este modo queda presentada la parte del vientre próximo á los órganos mamarios, la que debe ser enjabonada y afeitada convenientemente, para proceder á la vacunación por escarificación de un número discrecional de pústulas, las que al cuarto ó quinto, y lo más al sexto día, están en su mayor período de virulencia. Cuidese de atar corto al animal para que no se rasque las costras. Después, con una fuerte pinza, por presión, dan gran cantidad de linfa, no sin antes arrancarle la costra sanguinolenta que de la escarificación se ha formado.

El éxito de la primera vacunación es excelente; en alguna ocasión me ha dado más del 90 por 100, de individuos en que las pústulas se han desarrollado tarde, al sexto día, y se han desecado muy lentamente, que son las dos condiciones que demuestran mayor virulencia en los elementos figurados, y eficaz acción preservativa. Toda pústula de rápido brote y pronta desecación, acusará, por el contrario, escasa virulencia y dudosa acción profiláctica.

Es, pues, la vacunación directa de la ternera la que ofrece todas las ventajas y facilidades, con tal que los tubos con que á ésta vacunemos no procedan de vacuna degenerada por mil pases, sino que tenga poco tiempo de obtenida por la siembra de *cow-pox* espontáneo, ó del *horse-pox*, su primitivo ascendiente.

A este fin podemos aspirar con el Centro de vacunación del ejército que el Sr. Andrés propone, y que indudablemente debe plantearse cuanto antes, con gran ventaja para el Estado, pues las cifras citadas por nuestro compañero son bien elocuentes, y ante todo lo reclama la

salud de nuestros soldados, por la que todos por igual estamos llamados á velar.

EDUARDO ROZO.

Médico segundo.

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

---

**Semeiótica compendiada de algunas enfermedades nerviosas.**—Por su sencillez y verdadero interés práctico, reproducimos á continuación los párrafos del *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, en los cuales ha agrupado el Dr. Erb los síntomas característicos de ciertas enfermedades nerviosas que permiten un diagnóstico inmediato.

*La tabes dorsal* (ataxia locomotriz progresiva) es en general fácil de reconocer; no obstante, hasta en los tiempos actuales se confunde con la mielitis, la parálisis espásmica, las neuritis, etc. El diagnóstico de esta afección puede hacerse de pronto cuando el paciente entra en la habitación con paso atáxico, se queja de dolores fulgurantes, diplopia, debilidad, sensación de cansancio, parestesia de las piernas y desórdenes vesicales y genitales. El examen de los ojos demostrará una contracción de las pupilas y la falta de reacción de estos esfínteres á la acción de la luz. El enfermo vacila cuando cierra los ojos y el reflejo rotuliano está abolido.

—La *enfermedad de Parkinson*, ó parálisis agitante, puede también diagnosticarse inmediatamente: la inclinación marcada del cuerpo hacia adelante, la actitud de los dedos, semejante á la que se toma para escribir, la inmovilidad de la expresión del rostro, el modo de andar especial, como si el paciente fuera á caerse, son todos síntomas que, cuando se hallan combinados por el temblor característico, no permiten duda ni confusión. El temblor no es siempre esencial para formar el diagnóstico, porque hay casos en los cuales este síntoma falta en casi toda la duración del padecimiento.

—Supongamos que un niño ó un adolescente de uno ú otro sexo se quejan de sufrir paroxismos de espasmo muscular tónico en las manos ó en las piernas. En tal caso, si con la yema del dedo, ó mejor con un martillito *ad hoc*, percutimos verticalmente desde la región temporal hasta el borde de la mandíbula inferior y se produce una contracción rápida del grupo de los músculos faciales, puede hacerse con certeza el diagnóstico de *tetania*. Este diagnóstico se confirma cuando la percusión del tronco de los nervios del brazo provoca contracciones violentas de los músculos que inerva, ó bien cuando por la aplicación de la corriente galvánica al tronco del nervio, el tétano del cierre del catodo y el tétano del cierre del anodo se desarrollan rápidamente hasta con corrientes débiles, en tanto que los músculos no demuestran aumento de excitabilidad galvánica.

—Si un individuo joven se queja de debilidad y tirantez durante los movimientos voluntarios, rogareis al enfermo que os dé la mano, y no podrá luego, cuando se le diga, soltar la vuestra. Poned después al descubierto

el deltoides y percutidlo (ó bien el biceps) y veréis aparecer una enérgica contracción que dura algunos segundos. Esta es la *enfermedad de Thompson* ó miotonia congénita. Si se desea completar el cuadro sintomático se recurre á la corriente farádica y á la galvánica: los nervios ofrecen su excitabilidad normal. Los músculos, por el contrario, están excitables y cualitativamente cambiados (reacción miotónica). Aparte de la tendencia de los músculos al espasmo tónico durante los conatos de movimiento voluntario y la reacción miotónica, no puede encontrarse absolutamente ningún otro fenómeno anormal, á no ser la desproporción que existe entre el desarrollo muscular y la debilidad del paciente.

—*Enfermedad de Basedow* (bocio exoftálmico): los síntomas tan conocidos, exoftalmia, bocio pulsátil y palpitaciones cardiacas, son característicos y delatan la afección á primera vista. Casos existen, sin embargo, en los que falta la exoftalmia ó el bocio; en tales casos las palpitaciones cardiacas y la aceleración del pulso (120 á 160 latidos por minuto) sin desorden cardiaco manifiesto, la auscultación del tumor pulsátil, la sensación de debilidad, el temblor, la tendencia á la diaforesis, el insomnio y la disminución de la resistencia eléctrica á la conducción de la corriente por la piel, son signos de gran valor en las formas mal desarrolladas de la enfermedad de Basedow.

—Si os presentan un niño con debilidad de las piernas, torpeza en el andar y dificultad para incorporarse cuando está acostado y levantarse cuando está sentado, mandadle desnudar y proceder al examen del paciente con más detenimiento: veréis que el niño camina tambaleándose y notareis una lordosis en la región lumbar; los muslos aparecen de un modo característico adelgazados, cuando se les compara con los músculos de la pantorrilla que están aumentados de volumen. Cuando levantamos al niño cogiéndole por los sobacos, los hombros suben hasta las orejas y la cabeza se hunde entre ellos de tal modo, que se experimenta cierta dificultad en tenerle en tal postura, que tan fácilmente puede imponerse á los niños sanos: la causa parece ser la imposibilidad de mantener los hombros bajos. Tal enfermedad es la *distrofia muscular progresiva*. Las formas individuales de esta miopatía pueden reconocerse instantáneamente. La forma pseudo-hipertrófica por el abultamiento de los músculos, que no está en armonía con su escasa potencia motriz; la forma juvenil por la invasión predilecta de la mitad superior del cuerpo, el predominio de la atrofia y el desarrollo relativamente tardío de la afección. La forma infantil por la invasión temprana de la cara.

—*Parálisis infantil* (poliomielitis ó tefromielitis anterior aguda): en estos casos el niño presenta una parálisis atrófica de una ó más extremidades, mientras que individualmente algunos músculos ó algunos grupos de músculos quedan exentos. Los esfínteres funcionan bien y la enfermedad tuvo un comienzo súbito; la sensibilidad es normal y los reflejos tendinosos faltan en las regiones musculares afectas. El examen es completo si se comprueba la *reacción de degeneración* (electro-diagnóstico).

—*Esclerosis multilocular*: temblor en los movimientos voluntarios de la mano, sacudidas de todo el cuerpo al querer levantarse ó andar, disartria

especial, nistagnus, paresia espástica de las piernas y en los conmemorativos, cefalalgia, vértigos, debilidad vesical, etc.: tales son los síntomas característicos de esta enfermedad.

—*Parálisis bulbar progresiva*: dificultad en la articulación de la palabra, voz nasal, labios delgados que se mueven con dificultad, incapacidad para sacar una lengua atrófica, en la cual se dibujan contracciones fibrilares, disfagia, etc.

—*Esclerosis lateral amiotrófica*: esta afección presenta un conjunto combinado de paresia atrófica y exageración de los reflejos tendinosos en las extremidades superiores y paresia espástica en las extremidades inferiores.

(*Cron méd. de Valencia.*)

\* \* \*

**Tos pertinaz; meconarceina.**—Asegura el Dr. Laborde que en toda clase de toses, cualquiera que sea su causa, la meconarceina produce maravillosos efectos.

Se comprenderá desde luego que, en la tos de los tísicos, dichos efectos no son más que paliativos; pero al fin y al cabo es bastante conseguir el llegar á dominar un fenómeno tan violento y algunas veces tan grave. El autor refiere que muchos enfermos que no podían descansar un instante durante la noche, lograron tranquilizarse y conciliar el sueño después del empleo de la mencionada sustancia.

En ciertos casos de tos nerviosa sin graves lesiones bronquiales ó pulmonares, la meconarceina bastó para que se obtuviera una completa curación.

Dicha sustancia tiene la ven tajade no producir los trastornos propios de otros preparados opiados, especialmente de la morfina. El modo mejor de administrarlo es el siguiente:

Meconarceina .....	5 centigramos.
Mucilago.....	c. s.
M. para h. s. a., diez píldoras iguales.	

Debe tomarse una píldora cada media hora hasta que disminuya la intensidad del fenómeno que se trata de combatir; pero por lo regular son suficientes dos ó tres píldoras para producir el efecto deseado.

(*Riv. di Terap. e Ig.*)

\* \* \*

**Dermopatías: aristol.**—Eichhoff (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1890, p. 85) da los resultados que ha obtenido tratando algunas enfermedades cutáneas (psoriasis, lupus, etc.), por este compuesto iodo-timolado preparado por la fábrica de Bayer y Compañía.

Una solución de yoduro de potasio iodurada, adicionada de una solución alcalina de timol, deja depositar un precipitado rojo-pardo, amorfo, no cristalizable ni aun con el éter, que le disuelve muy bien. El producto, siendo insoluble en el álcali, se puede suponer que el átomo de hidrógeno del grupo hidroxílico en el timol es reemplazado por un átomo de yodo; en

otros términos, que al grupo OH sustituye el grupo OI; que el producto es un compuesto iodo-oxílico.

El aristol es insoluble en el alcohol, el agua y la glicerina, fácilmente soluble en el éter (el alcohol lo precipita de su solución etérea); también se disuelve en los aceites grasos. El aristol debe ser conservado al abrigo de la luz (frascos negros), y las soluciones deben hacerse en frío; de otro modo al aristol podría fácilmente descomponerse.

El aristol, no siendo reabsorbido, se puede usar sin temor alguno para el tratamiento de las heridas: otra ventaja presenta sobre el iodoformo, de que es sucedáneo: es su carencia de olor.

Eichhoff ha empleado con resultado el aristol en la psoriasis, y según él, será el mejor de los remedios conocidos contra el lupus.

El aristol se prescribe, ya finamente pulverizado, ya en unguento (3, 5, 10 por 100), con pomada de parafina (disuelto en el aceite de olivas é incorporado á la pomada de parafina).

(*Los Nuevos Remedios.*)

\* \* \*

**Ensayo rápido de las orinas.**—El procedimiento seguido por Hager, consiste en exponer papel de filtro empapado de una gota de orina á la temperatura de 150° á 200°.

Vállese para esto de una lámpara de petróleo de mecha circular, provista de un vidrio que sobresale de 16 á 20 centímetros por cima del punto de donde sale la llama, la cual es de dos milímetros y medio de altura.

Derrámase una gota de orina sobre una tira de papel de filtro de cuatro centímetros de largo y se expone la mancha de orina á dos ó tres centímetros por encima del vidrio de la lámpara, y así se deja durante tres ó cuatro minutos pero sin dejar que él tome calor por la temperatura.

Según el autor se observan los fenómenos siguientes que caracterizan estas distintas clases de orina.

- 1.º Apenas queda mancha visible..... *Orina normal.*
- 2.º Mancha amarillenta ó amarillo-rojiza. *Id. albuminosa.*
- 3.º Id. amarillo-parda ó pardo-oscuro y rodeada siempre de un borde muy limpio y manifiesto..... *Orina azucarado.*
- 4.º Mancha amarillenta rodeada del borde anterior..... *Orina de los mercuromanos.*

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*)

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

**Pujadas Serratosa.**—*Recopilación de algunos apuntes para una Memoria médico-topográfica de Sentmanat.*

Es incontestable la utilidad de los estudios médico-topográficos en general; pero cuando trabajos de esta índole reúnen las condiciones del de

el Sr. Pujadas, constituyen verdaderas joyas científicas, en las que el valor intrínseco del tema se agrega al mérito artístico de la obra. La que motiva estas líneas ha sido premiada por la Real Academia de Medicina y Cirujía de Barcelona en el concurso público de 1889-90, y cuando se ha hecho merecedora de tan señalada distinción huelga toda clase de alabanzas y basta para recomendarla el voto favorable de tan ilustrada Corporación científica.

La *clave topográfica* utilizada por el autor, aunque con algunas modificaciones, es la del Dr. Giné y Partagás, y todos los capítulos que constituyen la primera parte, *Mesografía*, como los destinados á la *Demografía*, en que se estudia la población en estado estático y en estado dinámico, pueden servir de norma para trabajos de esta clase, con la seguridad de que, imitando al Dr. Pujadas, se aprovechan las lecciones de un buen maestro.

---

## VARIEDADES

---

Por fortuna, y no obstante una reciente recaída, parece que va en declinación la gravísima dolencia que aquejaba al Director General del Cuerpo.

El Director Subinspector de Castilla la Nueva, cuya salud también llegó á inspirar serios temores, adelanta notablemente en su convalecencia; y el Jefe de la 2.<sup>a</sup> Sección de la 5.<sup>a</sup> Dirección del Ministerio, hoy Secretario de la Inspección general de Sanidad Militar, ha vuelto ya á ejercer las importantes funciones en cuyo desempeño se vió sorprendido por una grave enfermedad.

La REVISTA DE SANIDAD MILITAR, interpretando fielmente los sentimientos y deseos de todos los individuos del Cuerpo, felicita á los Excelentísimos Señores D. Joaquín Sánchez, D. Jorge Florit y D. Gregorio A. Espala por el restablecimiento de su salud y hace votos fervientes por que los expresados Jefes, continúen desempeñando por mucho tiempo los elevados cargos que les ha confiado el Gobierno de S. M.

\*  
\*  
\*

Como era de esperar, el viejo edificio destinado á Hospital Militar en esta córte, ha ofrecido señales de tan inminente ruina, que, según han anunciado algunos periódicos políticos, trata el Gobierno de que los enfermos que se albergan en dicho establecimiento, sean trasladados al Palacio de Bellas Artes, ó á otro edificio análogo, interin se lleva á cabo la construcción del Hospital de Carabanchel.

\*  
\*  
\*

Con motivo de la publicación del artículo que, sobre la ley vigente de reclutamiento y reemplazo del Ejército, apareció en nuestro número de 1.<sup>o</sup> del actual, se nos han dirigido varias felicitaciones, entre las cuales hay una—la del Excmo. Sr. Capitán general de Valencia—que por lo atenta y significativa nos obligaría por sí sola á hacer censtar nuestro más profundo reconocimiento,

Damos así mismo las más expresivas gracias á los periódicos que han reproducido las consideraciones que hacíamos en el expresado artículo, favor que algunos colegas—*El Resumen*, *El País* y *El Correo militar*—han hecho más expresivo con atenciones y frases afectuosas que estimamos en alto grado por lo mucho que nos honran.

\* \* \*

Hemos recibido la circular de invitación para la Exposición médica internacional, que ha de celebrarse en Berlín en Agosto del año actual, coincidiendo con el X.º Congreso de Ciencias Médicas.

Se admitirán para dicha Exposición los objetos siguientes:

1. Instrumentos nuevos ó perfeccionados; aparatos de Biología ó de una aplicación especial á la Medicina.
2. Substancias nuevas y preparaciones químicas destinadas á la Farmacología.
3. Medicamentos nuevos y preparaciones farmacéuticas más modernas.
4. Nuevas preparaciones alimenticias.
5. Instrumentos operatorios de medicina interna y externa, nuevas ó perfeccionadas; instrumentos correspondientes á las distintas especialidades, incluyendo entre estas la electroterapia.
6. Planos nuevos y modelos de hospitales, de asilo de convalecientes, de establecimientos balnearios y de desinfección.
7. Aparatos nuevos para uso de los enfermos, comprendidos los medios de transporte.
8. Nuevos aparatos de Higiene.

Las adhesiones y los pedidos deben dirigirse á la Secretaría del Comité de organización del Congreso (Dr. Lassar, Berlín N. W. Cartstrasse 19), haciendo esta indicación en el sobre: «Asuntos de la Exposición.»

---

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

**Rivista italiana di Terapia e Igiene**, giornale dei medici pratici fondato e diretto dal *Dr. Giuseppe Galli*. Piacenza.

**Boletín de Sanidad**, publicación oficial de la Dirección general del ramo en el Ministerio de la Gobernación, mes de Enero de 1890.

**Estudio terapéutico de los medicamentos modernos**, por *D. Federico Gómez de la Mata*.—4.ª edición, fascículo 4.º y último.—1890.

**Consideraciones sobre la etiología, patogenia y tratamiento de las uretritis blenorragicas**, por *D. A. Francoli y Planas*.—Barcelona, 1890.—(Dos ejemplares.)

**The Practitioner**, a journal of therapeutics and public health de by *Lauder Brunton, Donald Macallister and Mitchell Bruce*, London.

**La terapia moderna**, giornale di Farmacología sperimentale e di Terapia clinica, diretto dal prof. *V. Chirone*. Roma.

**Tratado elemental de Patología externa**, por *E. Follin y S. Duplay*; versión española de los Dres. López Díez, Salazar y Santana, editada por *D. C. Bailly-Bailliere*.—Entregas 33 á 36.