

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII      MADRID 15 DE OCTUBRE DE 1898      NÚM. 272

## VALOR DE LAS DERMATOSIS COMO SIGNOS DIAGNÓSTICOS (1.)

Convencidos de la poca importancia que los *elementos primitivos* de las dermatosis tienen para el diagnóstico (si no fueran unidos á otra serie de síntomas), parecía natural que fuese pequeña la utilidad que representan al clínico para formar juicio de las enfermedades, y, sin embargo, la tienen y muy grande. Los aparatos todos de la economía y las enfermedades en general, repercuten sobre el tegumento externo hasta el extremo que por estas manifestaciones es fácil muchas veces darse cuenta de el órgano enfermo. Sin que cada aparato tenga en la piel su representante *fijo é invariable*, es lo cierto que determinadas dermatosis suelen estar sostenidas por idénticas alteraciones funcionales, y de aquí que haciendo un análisis de las *lesiones dérmicas* pueda el Médico diagnosticar enfermedades que pasarían desapercibidas para el que desconoce la dermatología. El mecanismo por el cual la piel refleja los trastornos orgánicos ó funcionales, varía con los casos. Unas veces son los productos tóxicos eliminados los causantes de las dermatosis (cólera, viruela, sarampión, difteria, intoxicaciones, etc.); otras son producidas por acción refleja (emociones, compresión de órganos, etcétera); otras por trastornos circulatorios (arterio-esclerosis, lesiones cardíacas, etc.) De este modo nos será fácil explicarnos la patogenia ó modo de producción de las distintas dermatosis á consecuencia de las enfermedades de los aparatos que citamos á continuación:

*Aparato circulatorio.*—Las *varices* y los *edemas*, sobre todo en las piernas, sosteniendo las *úlceras varicosas*, suponen trastornos circulatorios ó cardíacos.

*Aparato digestivo.*—El *acné vulgar* es, gran número de veces, expresión de alteraciones *gástricas* y especialmente *intestinales*.

Los *eritemas infecciosos*, sobre todo los producidos por alimen-

(1) Véase el núm. 271.

tos alterados y debidos á la absorción de toxinas, son manifestaciones de la *gastro-enteritis* concomitante.

El *alcoholismo*, y por tanto la naturaleza alcohólica de las *gastritis* y de la *cirrosis atrófica*, puede diagnosticarla el Médico uniendo á otros datos la presencia del *acné rosáceo* de la nariz ó del *rinophyma*, tan frecuente en los bebedores.

La *ictericia*, así como las placas y nódulos amarillentos del *xantelasma* en los párpados y palmas de las manos, son el gran indicio para el diagnóstico de las *cirrosis hipertróficas*. La *urticaria* es debida gran número de veces á la ingestión de pescados, frutas y quesos fermentados, que producen fenómenos varios *gastro-intestinales*.

La *pitiriasis rosada de Gibert* suele coincidir con la *dilatación de estómago*.

*Aparato urinario*.—El *acné*, *eczema*, *eritemas*, *linfagitis*, *flemones*, etc., son complicaciones frecuentes de las nefritis. No es de extrañar que ésto suceda, pues alterado el filtro renal ha de suplir la piel en sus funciones á estos órganos, eliminando los productos que intoxican al organismo, y produciendo alteraciones en el tegumento externo; por esta razón, cuando no se vea con claridad el origen de una dermatosis, deben examinarse las orinas para ver si nos resuelven la cuestión.

*Aparato generador*.—El *acné rosáceo* guarda estrecha relación con el aparato generador de la mujer y sirve de guía para suponer *desviaciones*, *flexiones* y *trastornos menstruales*, que son los causantes muchas veces del mismo, hasta el punto de no desaparecer el *acné* en tanto no se han curado las lesiones uterinas que le originaban ó sostenían. Ciertas erupciones periódicas, *acné*, *petequias equimosis*, *herpes*, *urticaria*, *pénfigo*, etc., nos dan la señal de alerta de trastornos, tales como *amenorrea* y *dismenorrea*, por lo cual dice muy oportunamente Pozzi que estas dermatosis sirven de transición al estudio de las menstruaciones suplementarias, é indican las relaciones entre el tegumento externo y la mucosa uterina, como también la posibilidad de que se suplan las funciones entre uno y otra. La *erisipela periódica* suele presentarse coincidiendo con la aparición de las reglas en las mujeres que tienen trastornos del aparato generador.

Siendo la *erisipela* una enfermedad específica por su etiología, se comprende que no pueda producirla la menstruación por sí, pero obra indirectamente, determinando en la piel dermatosis de las lla-

madas suplementarias (acné, herpes, etc.), que son puntos de entrada á los estreptococos, que existen siempre sobre la piel. Como estas lesiones que abren el camino aparecen periódicamente, también aparece con la misma periodicidad la erisipela.

*Sistema nervioso.*—Son innumerables las relaciones entre este sistema y las dermatosis, siendo sus trastornos los causantes de gran número.

Lesiones *tíficas*, *erupciones* diversas, *edemas*, *mal perforante*, caída de las *uñas*, *zona*, etc., que siguen á los *dolores fulgurantes*, sirven de confirmación á la *ataxia locomotriz*.

Las *flictenas* y *escaras* de marcha rápida indican trastornos *cerebrales* y *medulares*. La *escara glútea* pertenece á la *hemorragia cerebral*. La *escara sacra* á las *mielitis agudas*. Las *escaras de marcha lenta* son indicios de *mal perforante* y de *gangrena simétrica de las extremidades*. La *mancha cerebral*, unida á otros síntomas, afirma la idea de *meningitis tuberculosa*. Las *neuralgias* de los diversos nervios tienen su confirmación en los *zonas* que aparecen en los puntos en donde se distribuyen los nervios enfermos. La *esclerodermia*, *vitiligo* y *alopecias* pueden, á su vez, depender directamente de trastornos *neurálgicos*. Las *erupciones penfigoideas*, *eritematosas* y *eczematosas*, son en ciertas ocasiones reveladoras de *neuritis*. El sistema nervioso, sin necesidad de lesiones macroscópicas, sino sencillamente por fenómenos reflejos que obran sobre la circulación de la piel, puede determinar dermatosis. El *eritema polimorfo*, la *dermatitis herpetiforme* de *Durhing*, la *púrpura emotiva* ó *enfermedad de Werlohf*, las *alopecias* localizadas ó generalizadas, los *vililigos*, etc., no reconocen en ciertas ocasiones más origen que *emociones violentas*. Nada debe de extrañarnos que así suceda, cuando es conocido de todos los cambios de coloración que sufre la fisonomía (enrojecimiento y palidez), á tenor de impresiones gratas ó desagradables.

El *liquen* tiene como factor de su producción un estado exagerado de nervosismo, que debe servir al clínico para hacerse cargo del predominio nervioso de estos sujetos y someterles á un tratamiento tónico y calmante de dicho sistema orgánico.

*Alteraciones sanguíneas.*—Por este medio, llevando en suspensión las toxinas, obran la mayoría de las infecciones, determinando dermatosis, según unos, por émbolos sépticos, según otros, por acción refleja nerviosa resultante de la irritación que en los centros cerebrales y medulares produce una sangre intoxicada; así sucede

con el *sarampión*, *viruela*, *escarlatina*, *cólera*, *difteria*, etc. Otras veces la alteración de la crisis sanguínea determina la *púrpura*, facilitando su producción la fluidez excesiva de la sangre.

*Enfermedades constitucionales.*—El *eczema*, el *ectima* simple ó *gangrenoso*, *prurito vulvar*, *prepuccial* y *cutáneo*, *forúnculos*, *antrax*, *flemones*, *eritemas* de la vulva y de las ingles, *intértrigo*, etcétera, son indicios seguros en ocasiones de la *diabetes sacarina*, lo cual no debe de extrañar, pues de antiguo es conocida la predisposición de los diabéticos á toda clase de lesiones purulentas, por ser el azúcar un gran medio de cultivo de los microbios.

El llamado *xantelasma diabético*, caracterizado por el predominio de los elementos tuberosos sobre los elementos planos, por la aparición y desaparición rápida de los mismos, por el prurito, la falta de localización en los párpados y la ausencia de síntomas hepáticos, debe llamar la atención del Médico, examinando las orinas, en donde podrá comprobar la presencia del azúcar.

A falta de otros síntomas, podrá, por tanto, ayudar en gran manera para el diagnóstico de la diabetes sacarina, la presencia en el enfermo del *xantelasma diabético*. En ciertos sujetos la eliminación por la piel del *ácido úrico* y demás productos poco oxidados, dá lugar á el *liquen*, al *psoriasis*, *pielosis reumática*, *eritema nudoso*, etcétera, que sirve de base en estos casos para conocer la diatesis artrítica de su portador, contra la cual está perfectamente indicada la medicación alcalina, que mejora notablemente dichos procesos. La *escrófula* tiene su único representante típico en la piel, en el *escrofuloderma*. Además, la *escrófula* es un terreno abonado para otra innumerable serie de dermatosis. Hace tiempo, sobre todo en Francia, se están haciendo estudios acerca de la estrecha relación que guarda el *eritema nudoso* con la tuberculosis. Asimismo Rouher ha demostrado la coincidencia entre la tuberculosis y el *herpes zona*.

*Intoxicaciones.*—La presencia en la piel de ciertos elementos puede servir al clínico, unido á otros datos, para conocer ciertas intoxicaciones. Ejemplos: *Pápulo-pústulas* de *acné*, catarro ocular nasal, dolor de garganta y fenómenos más ó menos graves del sistema nervioso, generalmente sin fiebre, deben hacer pensar al Médico en el *iodismo* ó *bromidismo*. *Eritema escarlatiniforme*, *ptialismo*, *estomatitis*, etc., llevan á la suposición de que el enfermo está sometido á la medicación mercurial. Fenómenos graves del sistema nervioso, vómitos, diarreas, *gastralgias*, erupciones *eritematosas*,

*roseólicas, acnéicas, urticarianas*, etc., que se presentan rápidamente después de una comida, de la que ha formado parte alimentos de los reputados como tóxicos en ciertas condiciones, harán creer desde el primer momento en una intoxicación alimenticia, cuya indicación terapéutica se reducirá á activar la eliminación por los purgantes, vomitivos y sudoríficos, aparte del tratamiento local que exija la dermatosis.

Por todas las razones expuestas, el patólogo, en presencia de un enfermo de la piel, debe establecer este dilema. ¿Se trata de una manifestación local ó de una manifestación sintomática, expresión de un estado general? Si lo primero, tratamiento externo de la dermatosis. Si lo segundo, hay que determinar el aparato orgánico de que dimana directamente, lo cual se aclarará por un examen escrupuloso de todos los órganos y un análisis de la dermatosis, teniendo siempre en cuenta que determinadas lesiones de la piel corresponden casi siempre á los mismos trastornos funcionales.

La *fiebre gástrica*, los *catarros gastro intestinales*, la *grippe*, la *pulmonía*, etc., y otro gran número de enfermedades, pueden presentarse ante el clínico con tal aspecto tífico, que haga á veces dudar si se trata de una verdadera *tifoidea* ó de uno de tantos estados simuladores de la misma. Pues bien: en estos casos, el dermatólogo puede encontrar en la aparición del *herpes labial* un gran signo para excluir, tan sólo por este hecho, la tifoidea. El Dr. Medinaveitia, cuya reputación en enfermedades del aparato digestivo es conocida de toda la clase médica, ha hecho esta observación:

En la tifoidea, es *sumamente excepcional* que se presente el *herpes labial*; si se presenta, debemos dudar del diagnóstico.

Hemos podido comprobar clínicamente en la sala del reputado Médico ésto mismo en una porción de casos. Los tifoideos bien diagnosticados jamás presentaron herpes labial. Siendo ésto así ¿cómo es posible no reconocerle importancia?

El eczema, enfermedad que por sí parece no encierra importancia, cuando asienta con persistencia en los pezones de la mujer puede indicarnos el principio de la *enfermedad de Paget*. ¿Quién puede dudar el interés que este diagnóstico anticipado supone para la pobre enferma, pudiendo decidirnos á una intervención operatoria que resultaría completa y radical?

El dermatólogo puede ayudar mucho al patólogo. En cuántas ocasiones el Médico, en presencia de un enfermo con afecciones *medulares ó cerebrales* graves, se encuentra perplejo por desconocer

la etiología de las mismas; cuándo una serie de *pápulos* en forma circinada, una cicatriz blanca en el centro y pigmentada en los bordes, una pequeña *placa mucosa* alojada á lo mejor detrás de la amígdala, le sirve al dermatólogo para afirmar la naturaleza sifilítica de la lesión, y por tanto garantizar la salvación del enfermo? Quién no ha visto casos de *gastritis*, rebeldes á todo tratamiento por ocultar el enfermo sus hábitos alcohólicos, y que el dermatólogo hubiese diagnosticado de *visu*, uniendo á otros síntomas el *acné rosáceo* de la nariz, tan característico de estos desgraciados? Cuántas veces la aparición brusca de una dermatosis generalizada, acompañada de fenómenos graves, le sirven al clínico para llevar su pensamiento á las intoxicaciones, de las cuales son las dermatosis síntomas de importancia? Como estos casos pudiéramos citar otros muchos que demostraran la necesidad que tiene de conocer la dermatología el que pretende ser clínico; pero creo que sean suficientes para que no pueda dudarse de lo que decíamos al principio de este trabajo: «el conocimiento de las lesiones de la piel, facilita el diagnóstico de gran número de enfermedades.»

M. GUTIÉRREZ.

Médico segundo

---

## REVISTA ESPAÑOLA

---

**Indicaciones operatorias en las estrecheces uretrales.**—El Dr. *López Sancho*, en un artículo en que trata este asunto con bastante extensión, llega á establecer las conclusiones siguientes:

- 1.<sup>a</sup> La dureza y potencia retractil son los dos caracteres principales que se oponen á la dilatación.
- 2.<sup>a</sup> Las estrecheces flojísticas que no se reblandecen, merecen, clínicamente consideradas, el concepto de las conjuntivas propiamente dichas y están sujetas á la misma terapéutica.
- 3.<sup>a</sup> La dilatación progresiva y lenta está reducida á las estrecheces bulbares blandas.
- 4.<sup>a</sup> La uretrotomía interna es aplicable á todas las estrecheces de la uretra peneana y á las bulbares que no se reblandecen.
- 5.<sup>a</sup> La uretrotomía externa es aplicable á las estrecheces in-

franqueables, y á las que no siéndolo se complican de induraciones masivas, fístulas ó abscesos.

6.<sup>a</sup> La uretrotomía debe completarse con la resección cuando las induraciones sean extensas, y por lo tanto difícil el modelado y probable la recidiva.

(An. Méd. Gaditanos.)

\*  
\*  
\*

## Primer Congreso Hispano-Portugués de Cirugía

**El cáncer en hermanas gemelas.**—El Dr. D. Ramón Bautista Clavería, dice que como datos de algún interés para el estudio de las causas del cáncer, le parece oportuno dar á conocer las siguientes observaciones que se refieren á esta enfermedad en hermanas gemelas.

Hizo la primera histerectomía vaginal el 20 de Junio de 1891 á una mujer de 39 años que tenía un epiteloma del útero. A los tres de sufrir la operación se reprodujo el mal en el estómago y murió. Una hermana gemela de ésta murió también por aquella época, á consecuencia de otro epiteloma del útero. El parecido físico de estas «enfermas» era tal que costaba trabajo diferenciarlas.

En Octubre de 1896 extirpó á otras dos gemelas, de 54 años, un escirro en las mamas derechas. Una mujer de éstas sobrevive, la otra murió al año de operada por la reproducción de la enfermedad en el conducto raquídeo. Tenían estas hermanas, como en el caso anterior, un desarrollo orgánico idéntico y fisonomías muy parecidas.

¿Qué causa entre las que tratan de explicar el origen del cáncer pudo determinar su aparición, en cada una de estas observaciones, á la misma edad, con la misma forma y en el mismo órgano?

Dejando á un lado el influjo de la herencia, por no haberse podido comprobar en estos casos, y además porque esta causa de enfermedad tiene hoy menos importancia de la que ha tenido en otras épocas, las enfermedades en las que se ha considerado antes á la herencia como principal factor se consideran hoy como infecciosas. Está demostrado que el bacilus de la tuberculosis pasa al través de la placenta. Las observaciones de Dirse y Faguchi demuestran también que el cultivo puro de diplococus de la sífilis, inoculado á una perra preñada, produce en el pulmón del feto las lesiones propias de la sífilis hereditaria. Al través de la placenta pasa el estreptococo de la erisipela y la bacteria del carbunco. Gana terreno la teoría parasitaria del cáncer, aunque faltan á esta teoría la prueba fisiológica de los cultivos y los demás medios de reacción.

De todas maneras, por la sola infección parasitaria no se concibe bien el desarrollo de neoplasias como las referidas. *La inferioridad anatómica y fisiológica de un tejido preexistente en un órgano determinado*, como pensaba Conhnhein, parece ser el nece-

sario complemento para explicar, con las singulares coincidencias que se han dicho, la aparición del cáncer.

\*  
\*\*

**Procedimiento para la curación radical de la hernia crural.** —

En este trabajo el Dr. Garay expone las siguientes ideas:

La cura radical de la hernia debe hacerse siempre que se haya desbridado y cuando perjudica para el trabajo y produce grandes molestias. La curación radical no es siempre eficaz y definitiva, pues á veces solamente se consigue aliviar los síntomas y hacer posible que se lleve el braguero que sostenga la hernia. Los métodos para encontrar el saco, ligarlo y resecarlo, son buenos y perfeccionados, pero la dificultad no está allí; hay que cerrar bien la puerta de salida de las hernias, y ésto se ha conseguido algunas veces por Tillaux en la hernia umbilical y por Baccini con su método para la curación de la hernia inguinal. La cuestión está en estudio en lo referente á la hernia crural. Creemos, contra la opinión de Tillaux, que se puede estrechar el anillo crural de un modo duradero por un nuevo procedimiento para la cura definitiva de la hernia crural.

En lo fundamental, la operación consiste en tapar la abertura crural que queda después de operar una hernia por medio de las fibras musculares del sartorio. La operación se practicará en los siguientes tiempos (el enfermo colocado en decúbito dorsal y con los miembros inferiores extendidos): Primero, se hará una incisión vertical, como de 10 centímetros de extensión, en la piel y sobre la hernia crural, empezando tres centímetros arriba del arco de Poupart; abierta la caja crural y el saco, se operará la hernia en este tiempo conforme á los métodos conocidos. Reducida ya la hernia, ligado el peritoneo, etc., tendremos á la vista la caja crural; segundo, trazar una línea que vaya de la espina ilíaca anterior y superior á la parte interna del cóndilo externo del fémur. Esta línea representará la dirección del sartorio. Dos centímetros abajo de la espina ilíaca anterior y superior, hacer una incisión como de 15 centímetros, y siguiendo la línea indicada, hasta descubrir las fibras del músculo citado, que son muy fáciles de reconocer por su dirección particular. Despegar el sartorio de su vaina aponeurótica en su mitad interna, conservando el tejido celulo adiposo que allí existe; tercero, á cuatro centímetros debajo del arco de Poupart, y sobre la primera incisión que se hizo en la piel, hacer otra perpendicular á ella y que llegue hasta la incisión que se hizo sobre el sartorio. Queda así formada en la piel una H poco irregular; cuarto, diséquese el colgajo cutáneo superior, llegando poco más ó menos hasta la fascia lata, de manera que en el colgajo quede comprendida la piel, tejido grasoso subcutáneo, fascia superficialis, tejido ganglionar y vasitos y nervios de poca importancia. Este colgajo se levantará por un ayudante y se disecará hasta un poquito por encima del arco de Falopio; quinto, de la espina ilíaca anterior y superior medir



con un cordón la distancia que hay á la abertura crural, y esta misma distancia, mas un centímetro, marcarla en el sartorio; sexto, como á tres ó cuatro centímetros de la espina iliaca anterior y superior, dividir el sartorio longitudinalmente en dos mitades y hasta el punto que se marcó en el tiempo anterior. En este mismo punto cortar perpendicularmente la mitad interna de las fibras musculares del sartorio, quedando entonces la mitad interna del sartorio en una extensión como de 12 centímetros enteramente libre; séptimo, en seguida hay que suturar la extremidad cortada del sartorio sobre la abertura crural que se tiene á la vista. Los puntos de sutura, con catgut ó seda apropiada, deberán ponerse sobre el ligamento de Gimbernat, en la parte correspondiente del arco de Poupart y sobre el músculo pectíneo con su aponeurosis. No pretender poner punto de sutura por la parte externa, porque allí se encuentra la vena femoral separada únicamente por el tabique de Scarpa. Se colocarán primeramente todos los hilos (deberán ser largos) antes de cerrar cualquier punto de sutura. Para colocar estos hilos se usará una aguja de curvatura moderada, y al pasarla por el ligamento de Gimbernat, proteger las vísceras con el dedo ó con un gancho apropiado. Puestos todos los hilos, que generalmente son cuatro ó cinco los suficientes, se aprietan bien las suturas, quedando entonces la abertura crural herméticamente cerrada; octavo, se baja el colgajo superior de piel que se tenía levantado y se practican las suturas de la piel, sin dejar por supuesto ningún punto para canalización.

La operación es fácil de ejecutar, no ofrece peligros serios y dá resultado seguro.

Obtenida la cicatrización, no es posible la reincidencia de la hernia, pues queda la cavidad de la caja crural hermética y definitivamente cerrada, encontrándose á este respecto el individuo operado mejor que cualquier sano. Entendemos que á este método sí puede llamársele de curación radical de la hernia. De paso conviene advertir que el músculo sartorio, con la operación que hemos indicado, no se perturba en sus funciones, puesto que la mitad de él queda enteramente libre para funcionar y sus fibras se desarrollarían más con el trabajo. Y aun cuando se perturbase algo en sus funciones, ésto nada significa dado el beneficio inmenso que se hace al enfermo.

Este mismo método, con ligeras modificaciones en el *modus faciendi*, puede aplicarse para la curación radical de la hernia inguinal. Diremos solamente que el canal inguinal puede obstruirse completamente por medio de las fibras musculares del costurero.

---

## REVISTA EXTRANJERA

---

**Investigaciones experimentales acerca de la infección y desinfección de las heridas por armas de fuego.**—En el tratamiento

de las heridas por armas de fuego, es muy importante saber si la infección de dichas heridas es primitiva, debida á la bala ó á los diversos cuerpos extraños, ó si es secundaria. Los experimentos hechos en Alemania acerca de este asunto, han conducido á sus autores á resultados contradictorios. El profesor E. Tavel, de Berna, acaba de dirigir nuevas investigaciones verificadas por sus discípulos N. Pustoschkin, A. Muller, T. Probst, F. Schwarzenbach y F. H. Koller, cuyo resumen es el que voy á someter á vuestra apreciación. Todos los experimentos han sido hechos con el fusil militar suizo, modelo de 1889. La bala, de siete milímetros y medio de diámetro, era de plomo endurecido, con casquete de acero, y se disparaba unas veces esterilizada y otras infectada con un microbio determinado, contra una caja de hoja de lata llena de gelatina. Pustoschkin ha disparado primero en la gelatina con balas esterilizadas en el fusil, pero infectadas por pasar á través de un pedazo de ropa infectado, ó infectadas directamente en la parte correspondiente al cuerpo ó en la que corresponde á la punta antes de colocarlas en el fusil. En los dos casos, después de un simple disparo, el trayecto es manifiesta y seguramente infectado; pero después de disparos de repetición las colonias están más espaciadas, y algunas veces hasta nulas. Para explicar esta esterilización, cuando menos relativa, de la bala, pueden invocarse dos factores: primero, el calor que adquiere la bala; segundo, el frote que sufre en el cañón del fusil, de donde una acción mecánica. El Dr. Tavel cree más en esta segunda causa, puesto que la esterilización nunca es completa para una bala estéril disparada á través de ropa infectada; por otra parte, también es menor la esterilización, cuando la bala ha sido infectada por parte de la punta, que no frota, que cuando lo ha sido la porción restante. Y para comprobarlo mejor, después de haber disparado una bala infectada, se ha disparado una bala estéril, de modo que se pudiera saber si quedaban microbios en el cañón del fusil; pues el trayecto de esta segunda bala en la gelatina, si no siempre, cuando menos casi siempre resulta estéril. Luego, casi siempre un disparo basta para esterilizar el cañón, aunque la bala haya sido artificialmente infectada.

Ahora bien; ¿los microbios que consigo lleva la bala, conservan su virulencia? Esto es lo que ha investigado A. Muller. Aquí los experimentos se han verificado en el animal vivo; las balas se han disparado en los muslos del conejo, evitando que se hiriera el fémur y la arteria femoral. Cuando se conseguía esta condición anatómica, el animal siempre sobrevivía á la herida por una bala estéril. Al contrario, sucumbía siempre si la bala estaba infectada directamente ó por pasar á través de ropa infectada, y la muerte se presentaba con una rapidez y con accidentes locales y generales, que excluyen la idea de una atenuación de virulencia por el calor ó el frote. La asepsia absoluta de una herida, aunque sea operatoria, nunca se obtiene; pero cuando la virulencia de los microbios es mediana ó débil, y cuando su cantidad es pequeña, se presenta ó no la

infección, según se preste ó no el terreno. El Dr. Tavel nos resume los experimentos, por medio de los cuales sus discípulos Lwowitch y Dorst, han puesto de manifiesto el papel desfavorable de los hematomas. Las heridas de arma de fuego presentan condiciones anatómicas favorables á la infección, puesto que proyectan, algunas veces á gran distancia, partículas de cuerpos extraños. Este efecto explosivo, que hace realmente ilusoria la desinfección, ha sido obtenido bajo la dirección del Dr. Tavel. Con balas que llevaban una capa de polvo de carbón, Koller ha puesto en evidencia dicha diseminación. En una herida rodeada de fisuras de este modo, los microbios pululan sin duda con gran facilidad. Probst, con balas hechas sépticas con una cantidad determinada de un microbio dado, ha probado claramente que con igual inoculación una herida por arma de fuego dá lugar á accidentes más graves que una herida por instrumento cortante. En cuanto á la infección primitiva de la herida, Schwarzenbach ha visto que, á pesar de lo que se ha dicho, basta para que se infecte que la bala haya atravesado una ropa usada. Luego en la práctica corriente se debe admitir que toda herida por arma de fuego es víctima de una infección primitiva, ligera ó grave. Por lo tanto, Tavel cree que ha de ser útil desinfectar primitivamente la herida, al contrario de lo que creen Bergmann y Lagenbuch. De todos modos se desprende de otra serie de experimentos verificados por los discípulos de Tavel que, para una herida de las partes blandas, cuanto menos se hace tópicamente, tanto mejor; no se debe pensar en desinfectar primitivamente una herida en las partes blandas, hecha excepción de las indicaciones operatorias desprendidas de las lesiones osteo-articulares, vasculares y viscerales. Un simple apósito oclusivo basta, y se vigilará al herido para obrar rápidamente si se presentan complicaciones.

(*Soc. de Cir. de Paris.*)

\*  
\* \*

**Tratamiento de las ronchas ó ampollas causadas por la marcha.**—La formación de ampollas muy dolorosas es cosa frecuente en los andarines, especialmente en los sujetos atacados de hiperhidrosis plantar. Esta lesión cura fácilmente cuando el miembro es mantenido inmóvil, por medio de la reabsorción lenta del derrame seroso subepidérmico. Pero el tratamiento por el reposo no siempre puede imponerse á quienes, por su profesión ó por sus hábitos, se entregan á largas marchas (soldados, peatones, cazadores, turistas, etc.) Así es de uso corriente, particularmente entre los militares, el tratar las ampollas del talón, ora puncionando la vesícula en su base y evacuando su contenido, ora pasando á través de la flictena un grueso hilo destinado á servir de conducto para provocar la salida gradual de la serosidad. En uno y otro caso se cubre la lesión con un emplasto protector cualquiera.

Ambos procedimientos, sin embargo, distan de asegurar una curación rápida, pues los orificios de punción se obstruyen fácilmente

y el derrame seroso se reproduce si el sujeto vuelve á ponerse en marcha. Además, bajo la influencia de los rozamientos ejercidos por el calzado, la epidermis no tarda en rasgarse en la periferia de la ampolla, y entonces se forma una llaga inflamada y dolorosa que á veces tarda mucho tiempo en cerrarse.

Para obviar estos inconvenientes, el Sr. Vitaliani, Médico militar austriaco, ha imaginado el siguiente procedimiento, que siempre ha dado á sus heridos los mejores resultados:

Se abre la ampolla de arriba abajo con un corte de bisturí, se la vacía por presión, luego levantando con la sonda, uno después del otro, los dos labios de la incisión, se introducen en la bolsa epidérmica, proyectándolos con ayuda de un pincel, polvos de iodoformo. Hecho ésto se cubre la ampolla con una fina capa de algodón hidrófilo, por encima de la cual se aplica un pequeño pedazo de emplasto adhesivo. El sujeto puede á partir de entonces andar sin dolor. Al cabo de algunas horas, ó á lo sumo al día siguiente por la mañana, la llaga está ya seca, y no tarda en formarse una nueva epidermis.

\*  
\*  
\*

**Tratamiento de la sífilis.**—La fórmula aconsejada por el doctor Theron, de París, para *las inyecciones intramusculares de suero artificial*, es la siguiente:

Bicloruro de mercurio .....	5 decigramos.
Cloruro de sodio .....	2 gramos.
Acido fénico .....	2 »
Agua destilada esterilizada .....	200 »

Cada inyección consta de 20 centímetros cúbicos de líquido y cinco centigramos de bicloruro de mercurio; debe hacerse en la región retro-trocanteriana. Esta solución no produce inflamación ni dolor. Cuatro ó cinco inyecciones, hechas con ocho días de intervalo de unas á otras, bastan para hacer desaparecer las lesiones sífilíticas: en la sífilis maligna puede aumentarse el número de inyecciones.

Con este tratamiento, al mismo tiempo que desaparecen las lesiones sífilíticas, mejora considerablemente el estado general, sin que haya sido observada la verdadera estomatitis.

(*Rev. Portuguesa de Med. e Cir.*)

\*  
\*  
\*

**Tratamiento de las ampollas del pié y de la hiperhidrosis plantar por medio de la suintina.**—La suintina es una lanolina impura que contiene 20 á 25 por 100 de una cera análoga á la cera de abeja; obtiéndose industrialmente por el lavado de los vellones de carnero en algunos de los grandes establecimientos de cardadura del Norte de Francia. Esa grasa natural es de aspecto moreno, de fuerte consistencia y no se vuelve nunca rancia; goza del mismo

poder de penetración en la piel que la lanolina y, al igual que esta última, afloja los tegumentos. La suintina tiene un olor desagradable, que se puede hacer desaparecer por medio de la adición de 2 por 100 de esencia de mirbana.

El doctor A. Berthier, Médico militar francés, se sirve con buen éxito de ese producto en el tratamiento de las ampollas del pié y de la hiperhidrosis plantar, así como para evitar las excoriaciones producidas por la marcha.

En lo que concierne á la ampolla del pié, nuestro colega la puncciona con el bisturí, evacua toda la serosidad que contiene, y obtura el orificio por medio de una delgada capa de algodón untado de suintina.

En los casos de hiperhidrosis, obtiene resultados seguros y rápidos haciendo aplicar sobre las regiones plantares y entre los dedos suintina adicionada de 5 por 100 de sulfato de cobre, que ejerce una acción á la vez astringente y aséptica. Para preparar esta pomada se hace disolver en caliente el sulfato de cobre en una cantidad de agua doble de su peso, y se mezcla esta solución con la suintina.

Por último, cuando se trata de evitar las excoriaciones que pueden resultar de una marcha prolongada, Berthier aconseja que se proceda en esta forma: se enjuga el pié con un trapo ligeramente húmedo, luego se le unta con suintina en toda su extensión, incluso la faz plantar y los intersticios de los dedos. No basta que se extienda simplemente la suintina, sino que hay que friccionar á fin de obtener que la grasa penetre en la piel. Este engrase será repetido cada día de marcha militar, y los sujetos que tienen los piés particularmente vulnerables obrarán cuerdamente engrasándose los con suintina cada mañana al levantarse.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*\*

**Sutura en herida penetrante del corazón.**—Rhen, en una de las sesiones más recientes de la Sociedad de Cirujanos alemanes, dá cuenta del caso de un hombre de 22 años de edad, que recibió una puñalada en el cuarto espacio intercostal; cuando se examinó el herido estaba en las condiciones más desfavorables; gran disnea, cianosis y casi sin pulsaciones; el área de matidez á la percusión se había extendido hacia la derecha. Al día siguiente los síntomas mejoraron, aunque aumentó el área en la misma dirección. Al tercer día empeoró el estado general, decayó el pulso, se aceleró la respiración y se presentó preagónico; decidida la operación se incindió el cuarto espacio intercostal y la quinta costilla exponiéndose el pericardio, se dilató la herida de éste, encontrándose un gran coágulo sanguíneo, y una incisión sobre el ventrículo derecho de 1,5 centímetros de largo. Se le hicieron tres suturas de seda aprovechando el diastole y la hemorragia cesó. Se irrigó la pleura con una solución salina y junto con el pericardio se empaquetó de gasa.

Inmediatamente después de la operación mejoraron pulso y respiración.

El proceso quirúrgico de este caso se completó con pleuresía purulenta, que exigió una nueva reapertura de la pleura, pero á pesar de todo, este individuo gozaba de completa salud siete meses después del accidente.

(Crón. Méd. Quir. de la Habana.)

\*  
\* \*

**Tratamiento del tétanos por medio de las inyecciones de substancia cerebral.**—El Dr. A. Krokiewicz, Médico-Jefe del hospital Saint-Lazare, en Cracovia, ha tenido recientemente la ocasión, en un caso de tétanos traumático en una mujer de 46 años de edad, de experimentar las inyecciones subcutáneas de substancia cerebral, las cuales—según las investigaciones de Wassermann y Takaki—deben ejercer una acción favorable sobre los fenómenos tetánicos. La observación de nuestro colega polonés es tanto más interesante cuanto que parece constituir el primer hecho de aplicación terapéutica de esa noción experimental.

Krokiewicz se ha servido para esas inyecciones de sesos frescos de ternera, emulsionados con todas las precauciones de asepsia en una solución de cloruro de sodio á 0,06 por 100, utilizando de igual modo la substancia gris que la substancia blanca, pero teniendo el cuidado de extraer la pñamater.

Una primera inyección hipodérmica, practicada en el hipocondrio derecho con 5 cc. de una emulsión de 5 gramos de substancia cerebral en 15 cc. de agua salada, dió por resultado el disminuir sensiblemente el trismo, así como las convulsiones de los músculos de los miembros y de la espalda. Este resultado se acentuó á seguida de una segunda inyección de 10 cc. de una emulsión de 10 gramos de substancia cerebral en 15 cc. de solución de cloruro de sodio, hecha á los dos días. Cuatro días más tarde se hizo una tercera y última inyección de 10 cc. de una emulsión de 15 gramos de pulpa cerebral en 20 cc. de agua salada. Poco después, la enferma se hallaba en estado de sentarse en la cama, luego empezó á abrir la boca progresivamente y, por último, pudo levantarse. Las convulsiones tónicas no tardaron en desaparecer completamente.

Hay que notar que las dos últimas inyecciones han provocado la formación de abscesos, al paso que la primera, practicada con una emulsión menos concentrada, no fué seguida de supuración.

(La Sem. Méd.)

\*  
\* \*

## XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCOU.

**Anatomía fina y lesiones patológicas de la célula nerviosa.**—*M. van Gehuchten* (de Lovaina): Expone el estado de nuestros conocimientos acerca de la morfología de las células nerviosas, estu-

diadas por el método de Nissl. Las comprobaciones que ha llevado á cabo en su laboratorio coinciden con los hechos observados y publicados por Ramón y Cajal. Así, por ejemplo, él considera el esponjioplasma de las células nerviosas como formando una red alveolar; la substancia cromática se deposita en los nudos de entrecruzamiento y llena luego los alvéolos.

El orador comunica otras investigaciones más interesantes; ha visto que el seccionamiento de los nervios de sensibilidad general ó especial iba acompañado de una atrofia irreparable de los cuerpos celulares, recibiendo por vía centrípeta las incitaciones del mundo exterior. No solamente el protoneurono (separado de las terminaciones nerviosas donde son recibidas las impresiones) sufre un trastorno trófico, sino que también degenera el neurono sensitivo que le es adjunto; y ésto de tal manera, que puede afirmarse que el funcionamiento de todo el sistema nervioso central (y, por consiguiente, las condiciones mismas de la vida) se halla subordinado á la integridad de los nervios que transmiten las impresiones.

*M. Sabrazés* hace notar que si preocupa de una manera tan particular el estudio del protoplasma de las células nerviosas, ésto es debido probablemente á la circunstancia de que el núcleo de los elementos es considerado, no ya como un órgano reproductor con todas sus cualidades, sino como un conjunto que preside simplemente á la nutrición de la célula. Pero á cada alteración protoplásmica corresponde, con todo, una modificación del núcleo, que importa estudiar; pues bien, este estudio del núcleo de las células nerviosas, lo mismo en estado normal que en estado patológico, es generalmente, si no relegada, por lo menos dejada en segundo término.

El orador recuerda que en un trabajo publicado recientemente con Cabannes, ha estudiado el estado de las células nerviosas medulares en la rabia humana. Al lado de las lesiones de cromatolisis del protoplasma figuradas, existen ciertas modificaciones interesantes del núcleo: es proyectado á menudo á la periferia, turgente; el nucleolo es framentado, la membrana nuclear y la red de linina desaparecen, no es raro ver unos bastoncillos de cromatina y hasta un verdadero pelotón cromático en el cuerpo nuclear. Hay ahí, en los elementos nerviosos de las astas anteriores y posteriores, cuya confusión no es posible con células endoteliales, leucocitos ó células neuróglícas, un esbozo de karioquinesis que aborta. La célula nerviosa reacciona *vis-d-vis* del irritante patológico (virus rábico) consumiendo primeramente los materiales cromáticos acumulados en las mallas del esponjioplasma: este estudio corresponde al período de los espasmos rábicos. Pero la célula no puede bastar para reparar sus pérdidas y para luchar victoriosamente contra el virus; entonces sobreviene, correspondiendo al estadio paralítico de la rabia, una transformación globulosa de la célula, que resulta á menudo anucleada, y esto aun cuando el elemento celular se haya esforzado *previamente* (por mediación del núcleo que

tiende á la karioquinesis sin alcanzarla) para persistir y para reproducirse.

No es, por tanto, indiferente estudiar el núcleo celular que preside á la nutrición normal patológica del protoplasma. Los trabajos de Balbiani y de sus discípulos acerca de la merotomía de los seres unicelulares han establecido muy suficientemente el papel desempeñado por el núcleo, lo cual hace innecesario afirmar aquí que su integridad es la condición *sine qua non* de la vitalidad normal de las células.

Hase declarado que el protoplasma de la célula nerviosa, después de haber sufrido la cromatolisis, podía recobrar del todo sus condiciones normales, y ésto en un plazo relativamente corto. En cambio, se ha dicho que las lesiones de la substancia acromática ó esponjioplasma eran absolutamente irreparables. Sabrazés estima que si bien la primera aserción parece justificada, la segunda exige nuevas y más concluyentes demostraciones. Es necesario, si hemos de atenernos á las enseñanzas de la biología general, buscar más bien en la textura íntima del núcleo las razones en cuya virtud una alteración celular resulta ó no indeleble.

Relativamente á la técnica, la tionina en solución acuosa saturada constituye, según el orador, el reactivo de preferencia para el estudio de las reacciones cromófilas; el esponjioplasma se revela (sobre las piezas fijadas por el alcohol y coloradas por la tionina) bajo la influencia del alcohol picricado.

\*  
\*  
\*

**Investigaciones clínicas y anatómicas sobre las afecciones traumáticas de la médula, seguidas de hematomielia central y de formaciones cavitarias centrales.**—*M. L. Minor* (de Moscou): En los casos graves, seguidos de autopsia, de afecciones traumáticas de la médula (por consecuencia de fractura, luxación, dislocación, etc., de las vértebras), se puede notar generalmente la existencia de dos especies de focos, de los cuales unos podrían ser llamados *focos locales* y los otros *focos localizados*.

El foco local se encuentra directamente debajo de la lesión ósea, y consiste en una simple destrucción mecánica (contusión, aplastamiento) de la substancia medular. En algunos casos excepcionales —seguidos de autopsia— de compresión menos grave, se puede hallar una mielitis por compresión.

Por cima y por bajo del foco local uni ó bilateralmente, se observa en la mayoría de los casos la existencia de lesiones claramente localizadas.

Esta localización es siempre idéntica; las más de las veces radica en la substancia gris central del asta anterior y posterior, mas raramente ocupa un territorio bien definido del asta posterior especialmente el ángulo formado por la comisura posterior y el límite interno de la columna de Clarke.

La irrupción de la sangre en los cordones laterales debe ser



considerada como un fenómeno excepcional, y en este caso la hemorragia se localiza casi siempre en la región del proceso reticular del asta anterior. En todo caso, yo no he visto nunca que la hematomielia se extendiese á los cordones piramidales.

El cuadro histológico de estos focos localizados consiste ante todo y las más de las veces en una acumulación de sangre pura bajo forma de hematomielia central; luego se puede notar la hematomielia macroscópicamente y hallar al examen microscópico la formación de fisuras y de cavidades en las mismas regiones. Puede existir igualmente una simple «disgregación», con ó sin mezcla de sangre.

Por último, la hematomielia preexistente con destrucción de partes centrales, es á veces el punto de partida de la formación de grandes cavidades. En casos más antiguos, esas cavidades pueden rodearse de un anillo de tejido neuróglíco hiperplasiado. En esos casos el canal central se muestra generalmente, no ya obliterado, sino abierto; su calibre es á menudo mucho mayor que en estado normal (tendencia á la hidromielia); su configuración es muy variable; el epitelio que tapiza el canal y las células periependimarias tienen una gran tendencia á la proliferación (gliosis incipiente.) A trechos el calibre del canal se divide en dos ó tres partes.

Cuanto á los fenómenos clínicos, fuera de la pérdida del reflejo rotuliano, ya conocida en las localizaciones más diversas del traumatismo de la médula espinal, hay que fijar una atención especial en la existencia de una zona—á veces considerable—de disociación siringomiélica de la sensibilidad, disociación que yo he observado con frecuencia en los segmentos situados inmediatamente encima de la región completamente anestesiada. Esta zona de analgesia y de termoanestesia puede explicarse por la existencia de un foco central ascendente (lo más á menudo una hematomielia central) ó bien hace presumir su existencia. Si este hecho resulta comprobado en otras observaciones de afecciones traumáticas de la médula, con exclusión de los casos de mielitis transversa, dicho fenómeno puede adquirir un gran valor desde el punto de vista médico-legal, como signo diferencial.

Cabe realmente admitir que en los casos de disociación siringomiélica exclusiva no existe mas que una sola lesión central localizada. Estos casos se presentan raras veces en la autopsia, pues, al igual que en la poliomiелitis aguda, no son absoluta y necesariamente mortales.

La tendencia particularísima que presenta la hematomielia central á no abandonar los límites exteriores de la substancia gris y á no penetrar en la substancia blanca, sobre todo en las vías piramidales, milita contra la teoría que quiere explicar el tipo Brown-Séquard—en muchos casos de hematomielia central—por una irrupción de la sangre en los cordones laterales.

Todas las observaciones clínicas y anatómicas que yo he recogido recientemente, son favorables á admitir la existencia de una

categoría de siringomiélias verdaderas progresivas, hematomielógenas.

\* \*

**Acción analgésica y sedativa de la mano aplicada en posición heterónoma, principalmente en las algias de los sujetos histéricos y neurasténicos.**—*M. E. Bertrán* (de Barcelona) presenta una comunicación, cuyas conclusiones podemos formular en los siguientes términos:

a) La aplicación heterónoma de la mano del operador ejerce una acción calmante característica, marcada y pronta sobre las manifestaciones algicas (neuralgias, mialgias, visceralgias) de la mayor parte de los enfermos neuropatas, sobre todo de los histéricos y neurasténicos.

b) El efecto es siempre inmediato, y en muchos casos definitivo.

c) La prontitud y eficacia de este efecto se halla en razón directa de lo que pudiera llamarse *aptitud físico-biológica* del operador.

d) Es probable que esa acción analgésica sea debida á lo que los modernos estudios han dado el nombre de *od*; no es aventurado suponer, por consiguiente, que la eficacia del procedimiento resulta proporcionada á la cantidad y á la energía de los *efluvios ódigos* del operador.

\* \*

**Tratamiento de la sífilis por las inyecciones mercuriales.**—*M. Wolff* (de Estrasburgo): La eficacia de las inyecciones hidrargráficas en el tratamiento de la sífilis ha pasado á ser ya indiscutible. Los enfermos tratados por la vía estomacal ofrecen de una manera muy irregular la reacción urinaria del mercurio; la acidez de los jugos gástricos es la causa de ello.

Mis investigaciones me han demostrado que las mejores preparaciones son las que producen la salivación más aprisa y á la dosis más pequeña posible. De otra parte, una gran cantidad de mercurio queda inutilizada en el organismo, especialmente en el hígado; ésto es lo que debe tratarse de evitar, absteniéndose de las mercurializaciones harto prolongadas.

Yo he inyectado el sublimado y el calomelanos, escogiendo el aceite de almendras dulces como excipiente; pero no me ha satisfecho el empleo de dichas substancias. He ensayado igualmente el cloro-albuminato y el peptonato amónico de mercurio; mas el medicamento que me ha dado mejor resultado es la succinimida mercúrica, que doy á la dosis de 0 gr. 01 centígramo por día en una sola inyección de 1 cc.

*M. Gaucher* (de París) protesta enérgicamente contra el tratamiento por las inyecciones insolubles, que él llama una herejía terapéutica. Las inyecciones solubles, fáciles de practicar y de hacer practicar por los enfermeros y por los mismos enfermos, son siempre suficientes. Si se creyese que había de emplearse un medica-

mento más violento, sería preciso recurrir al aceite gris, pero en modo alguno al calomelanos.

*M. Jullien* (de París): Por mi parte, no consideraré aquí mas que las inyecciones de sustancias mercuriales insolubles, ó, por mejor decir, de aceite gris y de calomelanos. Este último conviene á las lesiones urgentes; pero cuando los primeros resultados han sido obtenidos y no se trata ya sino de continuar una lucha empujada, el aceite gris recobra sus derechos. En la presente comunicación propóngome estudiar desde el doble punto de vista anatómico y fisiológico la organización de la bolsa mercurial que la inyección crea en los tejidos.

El foco sufre cuanto á su forma la influencia de la dirección de las fibras musculares, como así me ha sido dable reconocerlo en una serie de pruebas radiográficas. En una autopsia he visto los focos glúteos vagamente esféricos con prolongamientos polipoides. En su límite se organiza una membrana puogénica que vá á convertirse en teatro de la lucha para la fagocitosis, en virtud de la cual la supuración, inevitable teóricamente después de la introducción de un cuerpo extraño, será atajada y aun vencida. La supuración de las inyecciones de calomelanos, que ya no nos preocupa nada en clínica, sigue siendo en teoría un problema muy interesante. Yo he observado dos casos, el uno al noveno día con pus color de chocolate, no conteniendo ya ningún rastro de mercurio y perfectamente estéril; el otro á los diez y siete días, estéril igualmente, pero dando salida á un pus mezclado con los polvos blancos del protocloruro. Una autopsia me ha mostrado un foco de tres meses que contenía la materia de los derrames aceitosos traumáticos, sin vestigio de mercurio. Por último, en un conejo, al cabo de diez y ocho meses, encontré un foco rico todavía en mercurio.

Son varias las circunstancias que influyen sobre la evolución del foco. Obsérvanse unos accesos inexplicados que á veces lo hacen reanimarse. Se ha señalado la acción química irritante del ioduro de potasio de ciertas aguas minerales. El traumatismo puede determinar la inflamación y la rotura de bolsas ya antiguas. La infección puogénica general hizo supurar de una manera aguda un foco calomélico de la nalga en una mujer atacada de linfagitis del brazo. En cambio he visto ciertos abscesos consecutivos á inyecciones morfínicas evolucionar al lado de mis picaduras sin influir en nada sobre ellas: por otra parte, he notado la tolerancia de los morfínomanos para el calomelanos.

La absorción se efectúa pronto en el seno del foco. Se ha encontrado el mercurio al cabo de dos horas á dos horas y media en la orina; yo he tenido la ocasión de descubrirlo en la leche de una nodriza al cabo de cinco horas.

Los fenómenos dolorosos locales ó reflejos no deben ser relegados. Con frecuencia he notado la producción de pseudo-ciáticas, y en cierta ocasión llegué hasta á observar una ciática bilateral.

En estos últimos tiempos se ha preconizado la inyección de Sca-

renzio contra el lupus. Yo la he empleado muchas veces en enfermos atacados de adenitis de la infancia y que acababan de contraer la sífilis, y he podido convencerme de su perfecta inutilidad contra la adenitis tuberculosa.

*M. Soffiantini* (de Milán): Soy partidario de las inyecciones de sustancias mercuriales insolubles, y entre ellas doy la preferencia al calomelanos, sobre todo hoy día en que no cabe ya temer la formación de abscesos ó de nodi, gracias á las modificaciones que Smirnov y Balzer han introducido en el método de Scarenzio.

Si esas inyecciones provocan á veces fenómenos dolorosos, el mismo hecho se produce igualmente con los otros métodos, y bajo este concepto importa tener en cuenta la idiosincrasia de los enfermos. Por lo demás, es éste un inconveniente de muy poca monta comparativamente á su eficacia terapéutica.

Las contraindicaciones del método de Scarenzio son muy poco numerosas. Hay que abstenerse de él en la albuminuria grave, diabetes grave, afecciones hepáticas, y también en los estados de supuración, en los cuales es imposible conservar aséptico un foco de irritación cualquiera.

En cambio, las inyecciones de calomelanos hallan su indicación en la mayor parte de los casos de sífilis primaria, de sífilides secundarias y secundo-terciarias, así como en las formas morbosas siguientes: oftalmoplegias, laringopatías, otopatías, cefalalgia, lupus, neurastenia, embarazo (cuando la madre ha abortado ya anteriormente á causa de una sífilis contraída por ella ó transmitida las más de las veces por el marido), sífilis concepional, sífilis cerebral y craneana y, por último, diversos neoplasmas y tumores.

*M. Hallopeau*, por su parte, dice que emplea con buen éxito el salicilato de mercurio en inyecciones, siendo el medicamento á que dá la preferencia por considerarlo como la menos dolorosa de las sales mercuriales.

---

## FÓRMULAS

---

335

Salicilato de methylo.....	1 gramo.
Subnitrate de bismuto.....	20 »
Vaselina líquida.....	100 »

M.—Para tres inyecciones diarias, después de orinar, reteniéndolas todo el tiempo posible.

En la **blenorragia**.

(*Duquaire.*)

Tintura de estramonio.....	8 gramos.
Carbonato de amoniaco....	4 »
Idem de sosa.....	12 »
Idem de magnesia.....	4 »
Polvo de ruibarbo.....	1 gr. 25 centígrs.
Cloroformo. . . . .	XX gotas.
Agua de menta piperita.. . . .	200 gramos.

M.—Una cucharada grande al día en un vaso de agua.

En el **asma**.

(W. Murray.)

---

## SECCION PROFESIONAL

---

### SERVICIOS SANITARIOS.

«Circular.—Excmo. Sr.: Próxima la repatriación de enfermos de la parte Occidental de la Isla de Cuba, y con objeto de que este servicio se lleve á cabo con la mayor regularidad posible, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer:

1.º Los puntos de arribo en la Península, además de los de Santander y Coruña, serán Barcelona, Valencia, Málaga y Cádiz, según se dispone en la Real Orden de 17 del actual (D. O. núm. 207.)

2.º Una vez llegado el buque al puerto de arribo y admitido libre plática, se procederá al desembarco en el término más breve posible, transportando los individuos sanos y convalecientes que por su estado puedan soportar, á juicio de los Médicos, las fatigas del viaje á sus casas, quedando en el hospital los individuos que necesiten asistencia facultativa.

3.º Los hospitales del interior sobre que han de evacuar los de los Cuerpos del litoral en caso necesario, son los siguientes: Cádiz evacuará sobre Sevilla, Huelva y Córdoba; Málaga sobre Granada y Córdoba; Valencia sobre Albacete, Játiva, Alicante, Cartagena y Lorca; Barcelona, por contar con numerosos locales, podrá conservar todos los enfermos repatriados que reciba, y sólo en caso extraordinario se dispondrá el envío de enfermos á Zaragoza. Todos los hospitales citados tendrán como término de evacuación los de Madrid, Alcalá, Guadalajara y Cuenca, eligiéndose de éstos en cada caso el que estuviere más próximo al punto de partida del tren sanitario.

4.º En cada puerto de arribo habrá un tren-hospital para el servicio de transporte de enfermos á los puntos indicados, quedando en la estación

de Madrid dos trenes-hospitales en disposición de enviarlos á donde fuesen necesarios.

5.º Los Capitanes Generales pedirán, de acuerdo con los Jefes de Sanidad y Administración militar, el material sanitario de curación y transporte, y el utensilio que creyesen necesario para los locales que han de habilitarse como hospitales, teniendo en cuenta el proporcionado ya por donativos de corporaciones particulares y asociaciones que se han prestado generosamente á proporcionarlo.

6.º Darán sus órdenes á fin de que se tramiten con la mayor rapidez posible los expedientes de los enfermos notoriamente inútiles.

7.º Interin duren las circunstancias especiales que se atraviesan, continuará la concesión de licencias temporales, quedando en suspenso la prohibición que establece el art. 37 de la Real Orden de 16 de Marzo de 1885 (*C. L.* núm. 132.)

8.º Asimismo, los Capitanes Generales de las regiones dispondrán del personal médico que regrese de Cuba, utilizando sus servicios para asistir á los repatriados y dando inmediata cuenta á este Ministerio.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 27 de Septiembre de 1898.—Correa.—Sr...»

\*  
\*  
\*

#### REGRESO DE TROPAS DE ULTRAMAR.

«Circular.—Excmo. Sr.: Como ampliación á lo dispuesto en la Real Orden circular de 12 de Agosto último (*D. O.* núm. 178), referente al regreso de tropas de Ultramar, y en analogía con lo que previene la de 26 del mismo mes (*D. O.* núm. 189), el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver lo siguiente:

1.º Los Jefes y Oficiales repatriados á quienes se refieren las reglas 2.ª, 4.ª, 5.ª y 6.ª, art. 7.º de la primera de dichas disposiciones, serán destinados por los Capitanes ó Comandantes Generales del punto en que fijen su residencia, en concepto de agregados, á las unidades ó dependencias que se expresan en la Real Orden de 6 de Noviembre del año anterior (*C. L.* núm. 303), y por donde percibirán el sueldo que, según la situación en que se hallen, les corresponda, desde la revista de Comisario inmediata á la fecha de su desembarco.

2.º Lo mismo se efectuará con respecto á los Oficiales de guerrillas y de voluntarios movilizados, pero tanto éstos como los comprendidos en las reglas 5.ª y 6.ª ya citadas, causarán baja al terminar su licencia en los expresados destinos, una vez que éstos no tienen otro objeto que la

reclamación por dichos Cuerpos ó dependencias del sueldo de los referidos Oficiales, durante los meses de licencia á que tengan derecho.

3.º Los Capitanes Generales de las regiones, así como los de Baleares y Canarias y los Comandantes Generales de Ceuta y Melilla, darán conocimiento á este Ministerio, con fecha del día 1.º de cada mes, en relaciones nominales por Armas, Cuerpos é Institutos, de los Jefes y Oficiales y sus asimilados á quienes hayan dado destino durante el mes anterior.

4.º Las clases é individuos de tropa repatriados, procedentes de la recluta voluntaria, podrán efectuar por cuenta del Estado el viaje de regreso á los puntos donde hubieran sido alistados, aun cuando sea en el extranjero.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.  
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 28 de Septiembre de 1898.  
—Correa.—Sr...»

---

## VARIEDADES

---

En los ejercicios de oposición que se están verificando para ingresar en la Academia del Cuerpo, han tomado parte 44 Profesores Médicos.

\*  
\*\*

La propuesta reglamentaria de ascensos del presente mes se contraerá, probablemente, á un Subinspector médico de segunda clase y 20 Médicos segundos.

\*  
\*\*

La vida media en los diversos países de Europa, es la siguiente:

Suecia y Noruega....	50 años.
Inglaterra....	45 » y 3 meses.
Bélgica....	44 » y 11 »
Suiza....	44 » y 4 »
Francia....	43 » y 6 »
Austria....	39 » y 8 »
Prusia é Italia....	39 »
Baviera....	36 »
España....	32 » y 4 meses.

Estas cifras corresponden á la mortalidad durante un periodo de diez años, de 1881 á 1891.

\*  
\*\*

La proporción de divorcios por 1.000 matrimonios, es:

Inglaterra (1890-1894) . . . . .	1,6
Rusia (1882-1886).....	1,7
Italia (1890-1894).. . . . .	2,8
Austria (1890-1894).....	4,8
Suecia (1890-1894) . . . . .	10,6
Bélgica (1891-1895).....	11,0
Países Bajos (1891-1895).....	12,0
Dinamarca (1875-1884).....	13,0
Alemania (1889-1893).....	17,0
Rumanía (1887-1891).....	20,0
Francia (1890-1894) . . . . .	21,0
Suiza (1891-1895).....	40,0

\*  
\*\*

*Higiene del fumador.*—Hé aquí los últimos preceptos que se aconsejan á los fumadores:

1.º Elijan el tabaco más suave y que contenga menos nicotina.

El mejor es el tabaco que sólo contiene un 2 por 100 de esta sustancia, al paso que el llamado virginia alcanza un 6'87 por 100.

2.º No fumen, ó fumen muy poco, los que padezcan del estómago á causa de dispepsias, los propensos á catarros bronquiales y flegmasias pulmonares, y aquéllos que con el uso del cigarro exageran la secreción salival.

El tabaco conviene á los que viajan mucho, á los glotonos, á los que se dedican á trabajos corporales y de imaginación.

3.º El tabaco debe fumarse en seco; si es picado, muy limpio, y el papel en que se líe de hilo puro, flexible, sin cola y que deje muy pocos residuos de combustión.

4.º No se debe fumar en ayunas ni antes de acostarse.

5.º El uso de boquillas para los cigarros de papel, y de pipas para el puro, constituye un gran preservativo higiénico.

6.º Cuando se fuma sin pipa debe tirarse el cigarro después de consumida la primera mitad, á fin de evitar los malos efectos del tabaco húmedo y del calor.

7.º Es muy antihigiénica la costumbre de mascar las puntas de los cigarros, con lo cual se aumenta más la secreción de la saliva y se irritan excesivamente las mucosas de los labios y la lengua.

8.º Para mantener fresca la boca, limpia la dentadura y evitar los efectos tópicos locales del tabaco, deben hacer los fumadores, una vez al día, un gargarismo compuesto de cloruro de cal seco, ocho granos; de agua destilada y alcohol de 35 grados, 34 gramos de cada cosa; de esencia de clavo, dos gotas; mezclado y filtrado, vertiendo del líquido resultante media cucharada de las de café en un vaso de agua, y con la mezcla limpiarse los dientes y enjuagarse ligeramente la boca.