

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII MADRID 15 DE NOVIEMBRE DE 1898 NÚM. 274

De las neuralgias de origen craneal en el paludismo

La infección malárica abarca en su determinación morbosa todos los órganos, aparatos y sistemas del cuerpo humano, mostrando siempre una prolijidad en sus efectos, á la cual no puede llegar nunca otra afección parasitaria ó microbiana, elevando al infinito el número de lesiones en que, el factor paludismo, interviene como causa eficiente y poderosa para la producción de cualquiera entidad patológica.

Existen en la sangre, elemento primordial afectado por la malaria, desde el estado morbígeno más sencillo y leve anemia aguda, hasta la alteración más profunda y depauperante, período consecutivo ó propiamente caquéctico, una porción de escalas ó gradaciones, una serie interminable de procesos, que arrancan todos de una misma causalidad, miasma palúdico, más ó menos graves en sí cada uno de ellos, según sea la resistencia vital del individuo y el número é intensidad de la infección.

Agrávanse los hechos por la importancia de las vísceras que afecta en su marcha, bazo, hígado y riñones, no limitándose en su curso, sino que extiende sus funestos resultados al sistema nervioso, sorprendiéndonos por la inmensidad de sus variadas manifestaciones en este solo tejido, constituyéndose falsas neurosis, como la fiebre larvada epileptiforme, en la que campean con todo su esplendor los fenómenos propios del aura, característico al *mal comitialis*, neuralgias epilépticas tan magistralmente descritas por Trouseau, ó las fiebres perniciosas epileptiformes de índole mortal, anginas de pecho, angor pectoris, asma, jaquecas, enteralgias y gastralgias, palpitaciones ó estados taquicárdicos, ó ya también trastornos tróficos vasomotrices, consecutivos á lesiones primitivas de los centros nerviosos, y en muchos casos afecciones de carácter congestivo ó flegmático, hiperemias y eczemas cutáneos, urticaria, amigdalitis, diarreas de forma intermitente ó periódica.

En la imposibilidad de exponer de una manera sucinta y detallada todos estos asuntos y de dar una explicación práctica, eminentemente clínica, de ellos, me limitaré á reseñar algunas formas neurálgicas de esas fiebres, llamadas con justificado motivo larvadas ó enmascaradas, que simulan los fenómenos salientes y distintivos de otra cualquiera lesión de índole nerviosa, y cuyo síntoma dolor, único hecho patológico tangible, es revelador no de una alteración intrínseca y profunda en los elementos constitutivos de dicho tejido, neurilema, fibras conjuntivas, células motrices ó sensitivas, sino de la intervención de los cocus del paludismo, cualquiera sean éstos los que se admitan, tanto los elementos figurados ó hematozoarios de Laveran, como los parásitos de Marchiafava ó los mismos corpúsculos de Golgi.

En el grupo de neuralgias palúdicas ocupa lugar preferente la jaqueca ó hemicránea. Esta puede presentarse, en ocasiones, independientemente del acceso febril. El síntoma molesto que llama la atención del enfermo, acaso más que la misma sensación subjetiva de frío ó calor, es la cefalalgia, pudiendo pasar por completo desapercibido para el sujeto todos los demás fenómenos que caracterizan el acceso febril periódico ó intermitente. En efecto; la tensión craneana sube al máximo durante el período inicial de escalofrío, cediendo casi por completo en el estadio de sudor ó calor en otros casos. Se extiende generalmente á la región frontal, temporal ú occipital, así como también á la supra é infra orbitaria.

La índole del dolor suele ser sumamente variable, es terebrante, pungitivo, gravativo, ó simplemente de distensión ósea, y cuando se presenta con este último carácter resulta el ataque neurálgico sumamente incómodo é insoportable para el paciente. El elemento congestivo ó flegmático alterna con los de naturaleza nerviosa simplemente, acompañándose de rubicundez de la cara y conjuntiva óculo palpebral; las arterias facial y temporal laten con fuerza y viveza, existiendo dilatación por causa neuro paralítica en la red capilar arterial y venosa de los vasos de la retina. La escitabilidad de los sentidos se encuentra aumentada visiblemente, importunando notablemente los ruidos más pequeños, la influencia de una luz viva; las impresiones olorosas de cualquier clase que sean, producen un aumento de los dolores; en una palabra, toda excitación externa ú objetiva del orden físico, hace daño ó agrava momentáneamente el estado que venimos exponiendo.

Estos son principalmente los caracteres que distinguen á la ce-

falalgia febril periódica. La afebril ó larvada del mismo tipo tiene como modalidad esencial diagnóstica la ausencia de calor anormal, ó siendo, por lo menos, el movimiento febril muy pequeño, y cuando existe vá precedido de sensación de frío para el sujeto palúdico.

En la jaqueca oftálmica, las modificaciones clínicas y anatomopatológicas del aparato de la visión son muy importantes; existe dolor en todo el globo del ojo, congestión de las conjuntivas oculares y movimientos convulsivos de los párpados. Reconocida la membrana retiniana con el oftalmoscopio, se observa dilatación acentuada de los vasos de esta membrana. Las alteraciones de la función visual se reducen á la hemiopia monocular ó binocular, cegueras, amaurosis transitorias, oscurecimientos, vértigos, aturdimientos, escotomas brillantes é impresiones visuales raras de objetos luminosos, círculos de fuego, puntos brillantes, estelas y rayos en zig zag.

Otra de las neuralgias palúdicas de origen cerebral más frecuentes, es la del nervio trigémino ó la del nervio facial, que puede interesar por completo á sus tres ramas, ó bien solamente á la maxilar superior é inferior respectivamente.

Dos formas puede revestir dentro del carácter de periodicidad que distingue á estas manifestaciones dolorosas: la continúa y la paroxística. Son especies de fulguraciones eléctricas, muy poco dolorosas y activas en la forma continúa, y notablemente incómodas por su viveza en la variedad accesional, caracterizándose en esta última por sacudidas ó corrientes que se suceden en intervalos muy cortos y que ocupan solamente el trayecto recorrido por el nervio afectado. Aquí vuelve á repetirse lo que apuntamos anteriormente respecto á la hemicránea, y es que el elemento congestivo vá íntimamente unido y entrelazado á la acción nerviosa. Hay latidos de las arterias, congestión pronunciada del punto doloroso con aumento de la temperatura local, y rubicundez excesiva del tegumento cutáneo.

Fenómeno notable y digno de apreciar en estos casos es la hiperestesia de la piel, coincidiendo después de la fase accesional con anestesia completa ó muy marcada del sitio invadido.

La neuralgia del nervio óptico está circunscrita ó reducida á sus nervios más secundarios ó ramificaciones terminales, al lagrimal, por ejemplo, constituyéndose la epífora ó lagrimeo abundantísimo, al frontal, produciéndose una neuralgia de índole terebrante, á la

rama nasal, con perversión del sentido de la olfacción, acompañándose de hipersecreción mucosa ó sequedad, en otros casos, de la mucosa nasal, al naso lobular, presentándose, además de estos mismos síntomas, congestión de índole neuro parálitica en los vasos arteriales que se distribuyen en el lóbulo de la oreja, y complicándose este estado con una hiperestesia notable de los tejidos que constituyen el pabellón de la misma.

Rara vez los síntomas neurálgicos afectan á todos los ramos del nervio maxilar superior; lo regular y ordinario es que esté hiperestesiada una de sus raicillas más secundarias, pudiendo, sin embargo de ésto, interesarse todas y cada una de sus ramificaciones á la vez. En el primer caso se constituyen lo que podemos llamar neuralgias parciales ó circunscritas, y en el segundo las totales ó generalizadas. Limitadas las manifestaciones dolorosas al nervio tèmpero malar, se observa imposibilidad más ó menos completa y absoluta para la abertura de la cavidad bucal, y por tanto la masticación está dificultada, extendiéndose el punto ó zonas hiperestésicas á toda la mitad izquierda ó derecha de la cara, apreciándose convulsiones fibrilares ó tetaniformes del músculo masticador por excelencia, ó sea del masétero.

Cuando su localización radica en los nervios dentarios, la tensión dolorosa suele ser atormentadora y cruel para el paciente. No es raro tampoco que afecte á todas las ramificaciones dentarias, pero lo común es que se circunscriba á un nervio ó grupo de dos ó tres todo lo más. Cuando invade los dientes incisivos superiores ó caninos, la neuralgia es atroz, dolorosísima. Menos intensa y aguda en su acción suele ser cuando se afectan los nervios correspondientes á los molares; y entre éstos, la neuralgia perteneciente al último, ó muela del juicio, es sumamente penosa y molesta por su intensidad.

Entre el grupo de neuralgias que tienen su esfera de acción sobre el nervio maxilar inferior, se cuentan, como influidas por la infección malárica, la rama aurículo tèmperal. La secreción parotídea puede estar exaltada ó abolida, y la zona dolorosa más saliente se extiende sobre la sien y articulación tèmpero maxilar.

En la neuralgia lingual, las percepciones gustativas están pervertidas, modificadas, experimentándose sensaciones muy distintas, generalmente de naturaleza quemante. Esta rama suministra derivaciones nerviosas á los dientes implantados en la mandíbula inferior, y aquí, como en la neuritis de sus dientes similares, los supe-

riores, pueden interesar á sus tres sistemas: los incisivos, caninos y molares.

En algunos casos se ha visto modificado en su acción sensitiva el nervio mentoniano. La barba ó mentón se encuentra hiperestesiada notablemente, habiéndose apreciado en ocasiones la caída de todo el bulbo peloso dependiente de esta región.

Para terminar el estudio del grupo de neuralgias enmascaradas, describiremos las llamadas con adecuado nombre por Mr. Trousseau epileptiformes ó tic doloroso, porque recuerda, aunque remotamente, el período premonitor del aura epiléptica, que no es en definitiva mas que una variedad del cuadro clínico descrito al hablar de la neuralgia facial. El dolor es horrible, desesperante; el enfermo lanza gemidos lastimeros. Estos accesos neurálgicos pueden ser paroxísticos ó continuos, observándose movimientos convulsivos ó tetánicos de los músculos anímicos que dan expresión al semblante, gestos y contorsiones cómicas que ocasionan la hilaridad y risa de los que presencian el ataque.

Pueden coexistir los movimientos convulsivos con los neurálgicos, constituyéndose la forma conocida con el nombre de tic doloroso. En otros casos la acción tetánica está suprimida y el síntoma dolor domina por completo la situación morbosa ó patógena que venimos relatando.

P. BREZOSA.
Médico primero.

REVISTA ESPAÑOLA

Primer Congreso Hispano-Portugués de Cirugía

Neuralgia de una rama del trigémino. Destrucción del nervio dentario inferior derecho.— El Dr. D. Enrique Isla expone el siguiente caso: Señora de 48 años de edad, madre de numerosa familia, temperamento nervioso, que ha padecido cólicos hepáticos de poca intensidad y de corta duración. El 3 de Enero del 97 la molestó un dolor intenso, convulsivo y paroxístico, que le acomete tres ó cuatro veces al día en el lado derecho de la cara, con irradiaciones á lo largo de la rama horizontal del maxilar superior, y que produce contracciones espasmódicas de los músculos de la región. Se empleó el salicilato de sosa, los bromuros, la morfina, las pildoras de Moussette durante un mes sin resultado señalado, que tampoco se

obtuvo por la electroterapia ni por la medicación iodurada, etc. En vista de esto, el Dr. Isla se decidió á operarla el 19 de Enero del 98.

Varios procedimientos operatorios se ofrecieron á su elección, pero era difícil acertar con el mejor, careciendo de experiencia personal. Ha ensayado en el cadáver cuantos se han recomendado, según sus noticias bibliográficas.

Nada más expedito que seccionar el nervio dentario inferior á su entrada en el conducto correspondiente. Se comprende que Malgaigne lo aconseje, fundado en su pericia anatómica, aun cuando en este estudio, y con aplicación directa á la clínica, se le adelantó Lizars, á quien el primero no cita en su clásica obra. Avalora además el procedimiento la autoridad de Paravicino y de Billroth.

No aceptó la vía intra-oral para su enferma, porque siendo segura la presencia de sangre en la herida, queda oscurecido el campo operatorio, y con la mayor sencillez se confunde el nervio lingual con el dentario, aparte de las especiales contingencias que acompañan á las operaciones de la boca en los enfermos anestesiados por el cloroformo.

La manera de proceder de Mikulicz, utilizando la incisión que recomienda Joeger para la extirpación de la lengua, es preparar un vilipendio funcional nervioso muscular á la mejilla, imponiendo una cicatriz nada estética para ningún enfermo, y más si es una señora.

Aumentar la escotadura sigmoidea, como ejecuta Horsley, es arriesgarse á producir la fractura de la apófisis coronoides ó la del cóndilo, ó bien á herir la arteria maxilar interna, tanto como la dentaria inferior. En las observaciones publicadas por Horsley se acusa la existencia frecuente de hemorragias.

Trepanar la mandíbula para facilitar el acceso al nervio, como han realizado con distintas incisiones externas Warren, Velpeau-Boeckel y Koenig; resecar porciones del mismo hueso, mayores ó menores, en el ángulo ó en su porción vertical, imitando la conducta de Linhart, Bruns, Kühne y Albert, es aventurarse á neurectomizar muy parcialmente, ó bien á prolongar la sesión quirúrgica con los subsiguientes quebrantos conocidos en sujetos de gastada resistencia.

La intervención á la manera de Sonnemburg-Lücke no es tampoco recomendable, porque es de molesta ejecución y dudoso resultado.

Por su simplicidad son aceptables los procedimientos de Monod y de Mosestig, pero su radio de acción operatoria es bastante restringido.

Ninguno, pues, de los procedimientos operatorios descritos para el tratamiento de la neuralgia del dentario inferior le convenía, á pesar del acatamiento rendido á la autoridad de los ilustres nombres que los patrocinan. No cree que en las variadas maneras de procedimiento indicadas se reúnen las fundamentales condiciones de ser fáciles, benignas y eficaces, por lo menos con relación á la personalidad de su enferma.

Hé ahí la razón de su manera de intervenir, que tiene el honor de exponer á la superior ilustración de este Congreso. Anestesia y asepsia aseguradas, ejecutó un primer tiempo, extendiendo una incisión desde el borde anterior del músculo masétero hasta cerca del mentón, al nivel del canino correspondiente, profundizando hasta el hueso. Segundo tiempo: separación del periostio, lo cual es muy sencillo, hacia los bordes del hueso y por detrás hasta el ángulo, cuidando de cargar en un gancho romo grande los vasos faciales y el masétero. Tercer tiempo: introducción por el agujero mentoniano de una sonda acanalada, y por encima de ella, utilizándola de guía, abertura con escoplo y martillo del conducto dentario hasta el nivel del ángulo de la mandíbula. Cuarto tiempo: extracción del nervio descubierto, previa ligadura en masa por delante del punto de sección, introducción en la porción restante del conducto de un hilo de platino que se pone incandescente comunicándole con una pila de Chardin. Los demás tiempos son los correspondientes al final de toda operación quirúrgica.

La ejecución de la operación referida está dispuesto á repetirla cuantas veces esté indicada, por juzgarla sencilla á la vez que sin peligro y de evidente resultado. Con este procedimiento se alcanza, sin detrimento grande de tejidos blandos ni de hueso, á destruir el nervio dentario inferior, circunstancia ésta la más deseada por los cirujanos para la curación de las neuralgias pertinaces de dicho nervio, como las de los restantes del organismo, y á los cuales se puede llegar mediante instrumentos quirúrgicos.

La señora enferma que motiva esta comunicación notó desaparecer sus dolores inmediatamente de operada. La curación es absoluta en la actualidad, y no teniendo nervio dentario inferior derecho en su conducto natural, es difícil la reproducción de la neuralgia con el cortejo angustioso de inacabables sufrimientos, que colocaron el ánimo de la paciente en el triste trance de considerar la muerte como un apetecido consuelo, según ella expresó cuando solicitaba de la cirugía los medios curativos que no pudieron suministrarla, á pesar de su talento y buen deseo, los afamados compañeros que la habían asistido.

*
*
*

Pólipos naso-faríngeos operados por las vías naturales.—

Fundado en dos notas clínicas de pólipos naso-faríngeos operados por él, el Dr. Clavería dice que ya no es indiscutible la frase de Verneuil «una operación preliminar debe ser el primer combate que se libre contra el pólipo», pues sus dos casos son nuevos hechos en favor de la cirugía conservadora y sin mutilaciones previas contra los pólipos naso-faríngeos.

La falta de éxitos y de un diagnóstico seguro antes de recurrir á operaciones con grandes traumatismos, las cicatrices extensas que quedan á la vista, la pérdida de la mitad del velo del paladar y del arco dentario, una parálisis más ó menos completa de la cara,

edema palpebral rebelde, la fístula lagrimal, la caída ó desecación del globo ocular, son motivos bastantes para que el cirujano medite con calma antes de emplear como remedio para este mal una operación demasiado cruenta.

Verdad es que ya pueden considerarse como métodos operatorios conservadores la osteotomía nasal de Ollier y aquéllos que atacan el pólipo por la vía estafilina, pero estos procedimientos tienen el inconveniente de establecer estrecha vía para los pólipos grandes y vía ancha para los pólipos pequeños.

No se vé claro el camino que para el tratamiento de esta enfermedad debe seguirse, hasta que Legouest en 1865 sostuvo en la Academia de Cirugía de París, produciendo cierta sorpresa, «que la edad ataja el crecimiento de los fibromas naso-faríngeos, y que experimentan una evolución atrófica cuando el individuo llega al término de su desarrollo orgánico, comparable á la evolución de los fibromas uterinos en la edad crítica.» Esta verdad innegable debe informar, pues, la conducta del operador que con intervenciones *económicas*, repetidas si es preciso, debe esperar esta evolución favorable.

Los casos, referidos por Gosselin y Laffont, de pólipos con hemiplegia, exoftalmía y parálisis respiratoria, desahuciados y curados espontáneamente por la evolución atrófica de la edad después del fatal pronóstico de estos cirujanos, dicen, entre otros muchos, con elocuencia, cuál será nuestro ideal y lo raro que deberán ser en adelante, no ya las resecciones definitivas, sino también las temporales. En fin, todos aquellos procedimientos que atentan á los huesos de la cara.

Queda, sin embargo, una distinción que hacer. En aquellos enormes fibromas ó fibro-sarcomas con ramificaciones extensas que amenazan la vida con la hemorragia ó la asfixia, no queda otro recurso que «abrir anchamente la puerta operatoria», resecaando el maxilar, eligiendo el procedimiento de Letievant y atacando con energía la ancha base y las ramas del pólipo. De esta clase de fibro-sarcomas era el de un joven de la ciudad de Oviedo operado el año pasado por Moure, de Bordeaux, por la vía estafilina. Se reprodujo el pólipo á los pocos días de operado, y murió pronto el enfermo por asfixia, con dos tumores en las regiones parotídeas como dos enormes calabazas.

Ajustando su conducta á la doctrina expuesta á grandes rasgos, operó á una niña de 11 años el 17 de Noviembre de 1897 un pólipo naso-faríngeo, con exoftalmía muy pronunciada del ojo izquierdo, del que apenas veía, sordera, abultamiento del seno maxilar del mismo lado, dificultad de la deglución y respiración, grandes dolores de cabeza y enormemente dilatada la ventana de la nariz correspondiente, que llenaba una de las ramas del pólipo.

Operó á otra niña de 14 años en el de 1896, que presentaba casi los mismos síntomas de la anterior, algo menos acentuados. En los dos casos se reprodujo el pólipo después de la primera intervención.

Quedaron definitivamente curadas y operadas por segunda vez.

Ha seguido el procedimiento de Daniel Mollier. Se arranca el pólipo combinando la pinza intróducida por la nariz con los dos ó tres dedos introducidos por la faringe. Los trozos libres se extraen, según convenga, por una de las dos vías. Estas maniobras, *ciegas y algo toscas*, deben repetirse con toda la rapidez posible, deteniéndose solamente en caso de gran hemorragia, que suele ceder pronto taponando. Al cabo de pocos minutos se quitan los tapones y se vuelve al trabajo. La amplitud de la fosa nasal vacía permite holgadamente el tacto digital para orientar la pinza. La fractura de los cornetes, que se produce casi siempre, no debe inquietarnos. La legra, el escobillón, la cauterización con el cloruro de zinc y el termo-cauterio, preceden al lavatorio antiséptico y al taponamiento.

En resumen: el fracaso muy repetido de los métodos operatorios para la extirpación de los pólipos naso-faríngeos con mutilaciones preliminares, la atrofia espontánea de los fibromas en la edad adulta, los errores de diagnóstico, las cicatrices que quedan en la cara, aconsejan las intervenciones por la vía natural para obtener una curación paliativa ó radical.

REVISTA EXTRANJERA

Nuevo signo clinico observado en la escarlatina.—Según M. P. Meyer, el signo en cuestión consiste, en los casos más caracterizados, en una paresia de las extremidades; el enfermo se queja de no poder mover las manos ni los piés, pero la paresia es excepcional y el autor no la ha observado mas que en un caso. Generalmente no se presenta más que un adormecimiento de las dos manos, con sensación de espigas ó de hormigueo. El adormecimiento puede faltar también, y entonces los enfermos no se quejan mas que de picotazos que están localizados en la cara palmar de las extremidades de los dedos ó en el hueso de la mano. Esta alteración es más rara en los piés; puede presentarse al mismo tiempo que en las manos, ó bien aisladamente.

Este signo aparece durante el período de erupción, con frecuencia al mismo tiempo que ella, y excepcionalmente antes.

Su duración es muy variable; puede ser fugaz, no durar mas que uno ó muchos minutos, y cesar para no reaparecer. En la mayoría de los casos es más duradero; aparece algunas horas ó un día después de la erupción, y persiste durante tres ó cuatro días, ordinariamente con interrupciones; puede también mostrarse tardíamente, al tercero, cuarto ó quinto día de la erupción.

Ciertos enfermos no presentan esta alteración mas que en el momento en que quieren servirse de sus manos; otros al salir del baño frío ó cuando sumergen sus manos en el agua. Este signo es muy constante; M. Meyer lo ha encontrado 79 veces en 100 casos. Esta

alteración no se acompaña de ningún fenómeno doloroso, y puede confundirse:

1.º Con la comezón tan frecuente en el momento del brote eruptivo;

2.º Con la tumefacción de las extremidades ligada á la erupción, y que puede algunas veces molestar el movimiento de los dedos;

3.º Con la tirantez producida por el reumatismo de la escarlatina, que tiene su asiento al nivel de las articulaciones de los dedos; pero, en este último caso, se trata de una molestia funcional dolorosa de las articulaciones.

Hay analogía sintomática entre la alteración descrita y los adormecimientos y hormigueos que se observan en la compresión de los nervios; así es que ciertos enfermos refieren las sensaciones que experimentan, sobre todo si son unilaterales, á una mala posición en el lecho. En los casos de escarlatina frustrada, este signo puede ayudar al diagnóstico. También puede servir para los diagnósticos retrospectivos en los enfermos que no presentan erupción, y cuya descamación es fugaz ó muy tardía.

M. Meyer no ha encontrado este signo en otras erupciones; ha faltado en las erupciones de la gripe, de las anginas simples ó diftericas, en los eritemas tóxicos ó medicamentosos, principalmente en el eritema mercurial, cuyo diagnóstico es tan dudoso.

(Journ. de Med. et de Chir. prat.)

*
*
*

Tratamiento de la disenteria aguda por medio de enemas á base de sulfato de cobre.—Poco satisfecho de los efectos de la ipecacuana en la disenteria aguda, el Dr. F. M. Sandwith, Médico del hospital Kasr-el-Aini del Cairo, ha tenido la idea de combatir esa afección por medio de lavativas á base de sulfato de cobre, las cuales le han dado resultados favorables en cuatro enfermos sometidos á este tratamiento.

Cada día se daba al paciente una lavativa así compuesta:

Sulfato de cobre.....	1 gramo.
Tintura de opio.....	XV gotas.
Almidón.....	30 gramos.
Agua.....	250 c.c. á 1 litro.

Para calmar el dolor que á veces provocaba la inyección de este líquido en el recto, se introducía un supositorio á base de cocaína.

Además, todos los días se hacía un lavado del intestino con un litro de agua boricaada almidonada y se administraba salicilato de bismuto á la dosis de un gramo, repetida cada cuatro horas. El enfermo debía guardar cama, con el abdomen perfectamente cubierto de franela, y no tomar sino leche hervida, tisana de arroz y agua de Seltz, adicionada de una pequeña cantidad de aguardiente.

Bajo la influencia de este tratamiento, la curación sobrevenía con bastante rapidez para que pudieran suprimirse los enemas cúpricos al cabo de unos cuantos días.

Uno de los pacientes de nuestro colega era un niño de tres años, para quien se echó mano, como lavativas, de una solución de un gramo de sulfato de cobre en 2.500 gramos de agua.

(*La Sem. Méd.*)

* *

Signo patognomónico de la meningitis.—Este signo es sencillo y fácil de encontrar; se examina el enfermo en decúbito dorsal, asegurándose de que los miembros inferiores están relajados y que es fácil llevar la rodilla á una extensión completa; se sienta entonces el enfermo y en esta posición se le hacen doblar más ó menos las rodillas, y á pesar de todos los esfuerzos no pueden volverse á la extensión completa. La contractura de los músculos flexores se opone á ello, y queda un ángulo que puede ser de 90° en los casos muy acentuados, y que nunca es superior á 135 ó 140 grados. La extensión completa se consigue con facilidad desde que se inclina de nuevo el tronco del enfermo hacia atrás. Si el valor semeiológico de este signo es considerable, su patogenia es muy incierta.

Se calcula que se presenta en el 90 por 100 de los casos.

(*Gaz. des hôp.*)

* *

Contribución al estudio de la artritis disintérica: su patogenia, su tratamiento por medio de la punción.—*M. P. Remlinger* ha observado en el servicio de Sicard, en el hospital militar del Belvédère, en Túnez, dos casos de artritis disintérica en los cuales la punción fué practicada con éxito completo y suministró la ocasión de examinar el derrame articular desde el punto de vista bacteriológico y químico.

En la primera observación se trataba de un sujeto sin antecedentes reumáticos, quien, en el período de convalecencia de una disenteria de mediana intensidad, fué acometido de una artropatía de la rodilla derecha con exudado muy abundante. Los toques de tintura de iodo, la compresión asociada á la inmovilización del miembro y el uso interno de la antipirina no dieron ningún resultado, razón por la cual, al cabo de dos días, fué decidido puncionar la articulación afectada. Después de haber asepticado bien la región, se introdujo la jeringa de Debove, previamente esterilizada por medio de la ebullición, á nivel del borde supero-externo de la rótula, retirando 40 cc. de un líquido blanco, hilante y algo turbio. Habiendo sido obturada la herida con ayuda de una fina capa de algodón impregnada de colodión iodofórmico, aplicóse una cura compresiva y se colocó la pierna en una gotiera. Habiéndose reproducido el derrame, hubo que practicar, tres semanas más tarde, una segunda punción, que dió salida á 65 cc. de un líquido espeso, viscoso, de color rosado y coagulándose rápidamente en masa. El exudado no volvió á formarse, pero la curación definitiva fué retardada á causa de una artropatía tibiotarsiana intercurrente, que se disipó bajo la influencia de toques de tintura de iodo, de la compresión y de la inmovilización. El paciente pudo abandonar el hos-

pital setenta días después del comienzo de la artropatía. La *restitutio ad integrum* era completa.

El segundo caso concierne á un hombre, igualmente indemne de todo antecedente reumático, y que presentó durante la convalecencia de una disentería benigna un pseudo-reumatismo infeccioso que se manifestó casi exclusivamente por dolores con dificultad funcional á nivel de la muñeca derecha, de la articulación acromioclavicular derecha y de la tibio-tarsiana izquierda. Los dolores se atenuaron bajo la influencia de la antipirina administrada á la dosis cotidiana de cuatro gramos; pero algunos días más tarde las rodillas quedaron invadidas á su vez, ofreciendo cada una un derrame considerable. Estas dos articulaciones fueron puncionadas nueve días después de la aparición del exudado. Fueron retirados de la rodilla izquierda 60 gramos y de la derecha 30 gramos de una serosidad blanca, hilante, casi transparente, muy análoga al líquido que fué extraído en el caso precedente, cuando se hizo la primera punción. No hubo nuevo derrame y el paciente pudo abandonar el hospital á los veintinueve días de la punción, definitivamente curado.

Admítese generalmente la existencia de dos formas de complicaciones articulares, sobreviniendo en los primeros días de la convalecencia de una disentería benigna de evolución rápida. En la una, el proceso morbooso se fija sobre una ó dos grandes articulaciones que aparecen dilatadas por un exudado abundante; la afección es tenaz, rebelde al tratamiento, aunque poco dolorosa. La otra forma se halla caracterizada por el gran número de articulaciones afectadas, una hinchazón muy moderada, dolores agudos y una curación más rápida.

Una de las observaciones de Remlinger corresponde francamente al primer grupo. Cuanto á la segunda, parecía al principio referirse no menos claramente á la segunda categoría; pero la producción de un derrame masivo en las rodillas no tardó en evidenciar que se trataba allí de una asociación de la variedad seca dolorosa, poliarticular y fugaz con la forma de hidrartrosis fija. Los esquemas trazados en las obras clásicas no implican, pues, nada absoluto.

En cambio, los enfermos cuya historia acabamos de resumir no han hecho excepción á la regla, en virtud de la cual la rodilla figura como el sitio de predilección de las artropatías disintéricas. Asimismo, la ausencia de fiebre, de transpiraciones y de los síntomas generales ha sido notada en ellos como en todos los casos anteriores. Hay que notar igualmente que esos dos sujetos no presentaron ni antecedentes reumáticos ni complicaciones cardíacas; es éste un argumento en pró de la opinión, según la cual el reuma disintérico no puede ser considerado como una manifestación activa de la diátesis artrítica, sino que debe clasificarse entre los pseudo-reumatismos infecciosos.

¿Cuál es la patogenia de las artritis disintéricas? Como el examen bacteriológico del líquido extraído por la punción en los dos enfermos de Remlinger no permitió observar la existencia de nin-

gún germen, susceptible de ser descubierto con ayuda de nuestros medios habituales de investigación, el autor se inclina á creer que esas artritis son debidas á la acción de las toxinas elaboradas en el intestino. Con todo, la cantidad de toxinas contenidas en el exudado articular era mínima. En efecto, ninguna señal de reacción han mostrado varios conejos, cobayos y ratas á los cuales se había inyectado debajo de la piel, en el peritoneo, en el recto y en las articulaciones, dósis de líquido que variaban de 1 á 5 cc. Al hacer el análisis químico del exudado, hase encontrado globulina, serina, peptonas y, sobre todo, substancias fibrinógenas, que al parecer constituían la casi totalidad de las materias albuminóideas. Hallóse igualmente una corta cantidad de glucosa, pero nada de urea. Por último, las dos punciones practicadas al primer enfermo pusieron de manifiesto que el derrame es tanto más fibrinoso cuanto más antigua es la afección.

Desde el punto de vista terapéutico, importa hacer notar el efecto favorable de la punción articular. Hasta aquí las artropatías disintéricas de gran derrame no eran apenas tratadas sino por medio de la revulsión, la compresión y la inmovilización. De ahí que necesitaran algunos meses para curar, mientras que en los dos enfermos de que se trata la curación se obtuvo en un plazo relativamente corto. La única observación de punción por causa de artritis disintérica que Remlinger ha encontrado en la literatura médica, pertenece á Audet; refiérese á una artropatía de la rodilla, con gran derrame, que había sido tratada durante veinte días sin mejora apreciable por medio de la compresión y de los revulsivos. Finalmente, se puncionó la articulación y fueron evacuados 50 gramos de serosidad; la articulación fué luego lavada con sublimado, cubierta con un apósito compresivo é inmovilizada; treinta y siete días más tarde la curación era completa.

La punción parece constituir, por consiguiente, el tratamiento de preferencia del pseudo-reumatismo disintérico, cuando se trata de la forma de hidrartrosis. Cuanto á la variedad seca de esa afección, es susceptible de ser combatida por medio de la revulsión, combinada con la compresión, con la inmovilización y con el uso interno de la antipirina, la cual consigue atenuar los dolores.

(*Rev. de Med.*)

* * *

Tratamiento de los aneurismas por medio de la gelatina en inyecciones subcutáneas.—*M. Lancereaux*, en nombre de Paulesco y en el suyo propio, refiere las observaciones de dos enfermos atacados de aneurisma de la aorta, y de un tercer sujeto atacado de un aneurisma de la arteria subclavia derecha, que han curado á seguida del empleo de las inyecciones subcutáneas de gelatina.

La solución preconizada por Lancereaux contiene dos gramos de gelatina por 100 gramos de agua salada fisiológica. Inyecta en una vez 200 á 250 cc. de esta solución y renueva la inyección tantas

veces como es necesario para producir la desaparición de la bolsa aneurismal.

Si bien esas inyecciones son de una eficacia incontestable en los casos de aneurisma sacciforme, no ocurre ya lo mismo cuando se trata de una simple dilatación fusiforme repartida por toda la circunferencia del vaso, pues en estos casos, como una de las condiciones indispensables para el depósito de la fibrina, á saber, el retardo en el curso de la sangre, no existe, claro es que las inyecciones de gelatina no pueden ser de ninguna utilidad.

M. Huchard: Por mi parte, yo he observado igualmente á un hombre, no sifilítico, en quien un voluminoso tumor aneurismal de la aorta desapareció completamente á seguida de unas 15 inyecciones de la solución de gelatina preconizada por Lancereaux.

De otro lado, he conseguido por medio de esas mismas inyecciones hacer cesar con mucha rapidez en un tuberculoso ciertas hemoptisis que hasta entonces habían resistido á todos los tratamientos. Inclínome bastante á creer que hay en esto una nueva indicación del empleo de la gelatina en inyecciones subcutáneas.

No creo, con todo, que esas inyecciones, por lo demás bastante dolorosas, se hallen absolutamente exentas de peligros, y, en particular, aconsejaría que no se recurriese á ellas cuando una arteria colateral se abre en la contigüidad del tumor aneurismal que se trata de combatir.

M. Fournier: A propósito de la comunicación que acaba de presentar Lancereaux, deseo señalar una causa de error de diagnóstico, poco conocida, de los aneurismas de la aorta. Recuerdo haber visto en otro tiempo, con Peter, á un colega francamente sifilítico, que ofrecía todos los signos de un aneurisma aórtico. Especialmente á nivel del esternón, presentaba una zona de macidez considerable. Prescribíle un tratamiento antisifilítico intensivo que produjo la curación al cabo de tres semanas. Los accidentes de ese enfermo, contra lo que Peter y yo habíamos creído, no eran debidos á un aneurisma de la aorta, sino á una masa gomosa pre-aórtica considerable, hecho que he tenido ocasión de comprobar desde entonces en otros varios sujetos.

(*Acad. de méd. de Paris.*)

*
* *

Tratamiento de las vegetaciones de los órganos genitales por medio de la resorcina.—Según la experiencia del Dr. A. G. Silbermintz (de Potalva), la resorcina es el medio más eficaz de cuantos se han preconizado hasta hoy contra las excrescencias papilomatosas que son tan frecuentes en los órganos genitales del hombre y de la mujer.

Hé aquí cómo conviene emplearla:

Si se trata de vegetaciones aisladas y pediculadas, rodeadas de piel normal, se extiende sobre cada papiloma resorcina pura con

ayuda de un pincelito mojado en agua y se cubre con una pequeña compresa de muselina. Estas aplicaciones son repetidas cada día hasta que la vegetación se seca y cae.

En los casos de vegetaciones múltiples, extensas y sesiles, situadas sobre el prepucio, sobre el glande, en el surco balano-prepucial, en el pliegue inguinal, en el circuito del ano ó en la vulva, nuestro colega embadurna las partes afectadas con una mixtura á base de colodión, compuesta á tenor de la siguiente fórmula:

Colodión ricinado.	80 gramos.
Resorcina.....	20 »

Mézclese.—Uso externo.

Antes de aplicar esta mezcla se lavan las vegetaciones con el licor de Hoffmann para quitarles la humedad que sirve de obstáculo para que el colodión se adhiera. No solamente se *tocan* con el pincel los papilomas propiamente dichos, sino también los tejidos sanos de los alrededores en una extensión de medio centímetro.

A partir del primer toque, las vegetaciones se arrugan, toman un tinte grisáceo y su capa superficial se desprende al mismo tiempo que la película de colodión. Dos ó tres aplicaciones de colodión resorcinado son suficientes para hacer caer las excrecencias; entonces nos hallamos en presencia de una excoriación acribillada de pequeñas marcas dejadas por las raíces de los papilomas, la cual se cicatriza rápidamente bajo la influencia de polvos ligeramente astringentes.

Contra las vegetaciones localizadas en regiones donde la piel es más seca, como el escroto y la superficie externa de los grandes labios, y que son á la vez callosas, Silbermintz se sirve de un colodión que contenga 50 por 100 de resorcina.

Por último, cuando tiene que habérselas con vegetaciones en los comienzos de su desarrollo, y que apenas si se muestran visibles, nuestro colega hace aplicar compresas empapadas de una solución de resorcina á 2 por 100, lo cual dá por resultado el suprimir en dos ó tres días todas las excrecencias y desigualdades cutáneas.

En todos los casos, además de las aplicaciones de resorcina, se prescribirán baños locales boricados y se procurará aislar las superficies afectadas por medio de pequeñas compresas de muselina.

Para evitar las recidivas se recomendará al enfermo que se lave las partes con una solución de resorcina á 0.5 por 100, luego que las espolvoree con la mezcla siguiente:

Carbonato de zinc.....	}aa 9 gramos.
Subnitrato de bismuto.....	
Resorcina.....	2 »
Polvos de talco.....	80 »

Mézclese.—Uso externo.

XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCÚ.

¿Cuándo se debe empezar el tratamiento de la sífilis?—

M. Schwimmer (de Budapest), se declara partidario del tratamiento más precoz posible, con el fin de combatir con prontitud la clo-roanemia y los trastornos en la eliminación de la hemoglobina, fenómenos del primer momento. En su concepto, basta generalmente que se prolongue el tratamiento durante dos años.

M. Watrachewsky (de Varsovia), en cambio, preconiza resueltamente la expectación, por razón de la naturaleza evolutiva de la sífilis y de sus formas tan diversas: latente y manifiesta. El mercurio carece de acción en la forma latente, y en esa época no sirve más que para atajar el camino por el cual se elimina el agente morboso. En 70.4 por 100 de los casos, la sífilis maligna se observa en los enfermos tratados precozmente, y como el enfermo no puede ya tomar más mercurio, de ahí que nos encontremos entonces desarmados.

Sólo en presencia de los accidentes declarados es cuando podemos dosificar el agente con método y precisión, sin hablar siquiera de los casos en que el diagnóstico del chancro ha quedado dudoso, y en que el Médico y el enfermo ignoran si ha habido ó no sífilis.

Bien administrado, el mercurio obra con rapidez; una cura de cuatro á diez y ocho meses basta generalmente, y ésto sin que sea necesario echar mano de esos tratamientos *ante nuptias*, que en realidad no sirven de garantía mas que al Médico que á ellos recurre.

Las curas repetidas en la ausencia de lesión y prolongadas durante mucho tiempo constituyen un gran peligro para el organismo, puesto que preparan ó efectúan las lesiones medulares ó cerebrales.

M. Jullien: Desde hace treinta años la opinión facultativa ha ido aceptando progresivamente el criterio en pró del tratamiento más precoz, y yo añado el más enérgico de la sífilis, como ya tuve ocasión de sostener ante el Congreso de Roma cuando dí á conocer las bases del tratamiento intenso y de pronta aplicación.

A los hechos señalados primeramente por Diday y luego por mí en lo que concierne á los efectos abortivos del tratamiento mercurial intenso y precoz sobre la evolución de la sífilis, ha venido á agregarse la comprobación—hecha por Deutsch en 1894—de la integridad de los reflejos durante la fase roseólica y, más tarde, de la ausencia de neurastenia en los sífilíticos mercurializados *ab initio*. Todos estos trabajos concuerdan entre sí y demuestran las ventajas del tratamiento empezado desde el comienzo de la afección.

Aplicando á ese tratamiento los métodos modernos, particularmente las inyecciones de calomelanos á tenor del método de Sca-rencio, obtiéndose resultados que el método pilular podía apenas dejar entrever; refiérome al hecho de impedir los exantemas roseó-

licos, generalmente considerados como inevitables; con el tratamiento de Scarenco podemos ver en ellos una simple manifestación excepcional. Hasta tal punto ésto es cierto, que en mi servicio de Saint-Lazare los visitantes quedan siempre sorprendidos al notar la extrema rareza de las erupciones. En efecto, el ciclo de la enfermedad resulta alterado, las erupciones carecen de unidad, los períodos se hallan suprimidos ó atenuados. Este resultado es siempre el mismo cuando el tratamiento es continuado cuidadosamente durante un año ó más, según sea necesario. Y todo induce á creer que en épocas ulteriores el virus, debilitado desde el primer momento y sin cesar combatido, habrá de encontrarse sin fuerzas para crear una nueva fase morbosa.

Como conclusión, yo quisiera que todo sifilítico fuese sometido á partir de la aparición del chancro al tratamiento específico más severo, y que el uso de las inyecciones de calomelanos se generalizara para esta indicación, más imperiosa que ninguna otra, debiendo añadir que la observación hace que arraigue cada día más profundamente en mi espíritu esta convicción, á saber: que el *verdadero tratamiento de la sífilis debe hacerse antes de que la afección estalle.*

M. Barthélemy (de París): Tan luego como se tiene la certidumbre de que la sífilis existe, hay que dar el mercurio. En cambio, mientras quede una pequeña duda acerca de la naturaleza del mal, hay que abstenerse de toda medicación específica. Tales son, en mi sentir, las dos reglas que el facultativo no debe infringir nunca.

La administración precoz del medicamento específico es una medida útil para el paciente cuyos accidentes se han vuelto más ligeros, más superficiales, menos frecuentes, menos reincidentes, menos duraderos. Esta es una medida que también reviste grandísima utilidad para las personas que rodean al enfermo, cuyas probabilidades de contaminación quedan reducidas á su *minimum*. Obrar con prontitud es acaso salvar del contagio á la familia presente y á la futura.

M. Caspary (de Königsberg): En mi concepto, conviene instituir el tratamiento de la sífilis á partir de las primeras manifestaciones patentes del lado de la cara y de las mucosas. En ciertos casos raros en que el chancro presenta lesiones inflamatorias muy intensas y en que el tratamiento local carece absolutamente de eficacia, no se vacilará en aplicar el tratamiento, aunque sea en la ausencia de fenómenos secundarios. En los comienzos, la medicación específica deberá ser continuada aún durante mucho tiempo después que hayan desaparecido todos los signos.

Se preferirá siempre el método hipodérmico á la medicación interna, y se obrará con prudencia no renovando el tratamiento sino en el momento en que aparezcan las recidivas.

Las tuberculosis de la piel.—*M. Schwimmer*: Yo distingo cuatro variedades de tuberculosis primitiva de la piel: la úlcera tuberculosa, el lupus, el escrofuloderma y la tuberculosis verrugosa, cuyo diagnóstico diferencial está fundado esencialmente en sus caracteres clínicos.

La *úlcera tuberculosa* es bastante rara; no se ha encontrado mas que 25 veces sobre 26.000 casos de tuberculosis cutánea. Empieza por un pequeño nódulo situado en la contigüidad de una mucosa, y que poco á poco se transforma en una pérdida de substancia que puede comprender el cartílago y hasta el hueso.

El *lupus* debe ser considerado asimismo como una tuberculosis primitiva por infección exógena.

El *escrofuloderma* puede ser á veces de origen secundario. Es cinco veces menos frecuente que el lupus y se extiende por la vía de los linfáticos. Combinase á menudo con el lupus, y en este caso es susceptible de generalizarse.

La *tuberculosis verrugosa*, que puede ser debida á una infección exógena, no llega á formar proceso ulcerativo. Su pronóstico es mucho más favorable que el de las otras tuberculosis cutáneas.

M. Kaposi (de Viena): El grupo de las tuberculosis cutáneas comprende formas clínicas diversas, cuyo número parece imposible de reducir, á pesar de su etiología común, y cuyos caracteres anatómicos no se hallan aún bien determinados. Una de las formas más típicas de este grupo es la tuberculosis miliar de la piel.

Por mi parte, he observado 22 casos de esta afección, localizada en regiones diferentes, á veces con invasión á las mucosas. La autopsia de 12 de esos enfermos permitió reconocer la existencia de lesiones tuberculosas graves de los órganos internos.

El elemento más característico para esta forma de tuberculosis del tegumento es una ulceración con una zona de tubérculos miliares. La comprobación de los bacilos específicos es fácil, salvo algunos casos excepcionales, en los cuales, con todo, bastan los caracteres clínicos para hacer reconocer la enfermedad. Pero el diagnóstico diferencial respecto del lupus y del cáncer puede llegar á ofrecer dificultades cuando se trata de tuberculosis miliar de las mucosas, dado que en este caso las lesiones son muy poco características.

El pronóstico, en lo que concierne al proceso local, es favorable si la afección no se halla muy avanzada. Así, yo he visto, por ejemplo, curar de una manera definitiva una tuberculosis miliar muy grave de la cavidad bucal, bajo la influencia de toques con iodoformo glicerinado.

M. Sack (de Heidelberg): Existe una tuberculosis *verrugosa* de la piel, que yo considero más bien como una variedad de lupus, interesando las capas superficiales del tegumento. Esta afección ofrece particularidades clínicas y microscópicas incontestables; pero estas particularidades se explican por los caracteres anatómicos é

histológicos de la mano y del antebrazo, que son sus sitios de elección.

Recientemente he tenido la ocasión de observar á un sujeto que no presentaba herencia tuberculosa aparente, en quien, á seguida de un panadizo, se desarrollaron sucesivamente varias placas de tuberculosis verrugosa sobre el trayecto de los linfáticos superficiales. Mientras que las lesiones más antiguas eran marcadamente verrugosas y ofrecían el cuadro clásico de la «enfermedad de Riehl-Paltauf», no se observaba sobre las placas de formación reciente ningún relieve verrugoso. Poco á poco los ganglios cubitales y axilares fueron invadidos, y el enfermo sucumbió á la tisis pulmonar.

M. Unna (de Hamburgo): No puedo compartir la opinión de Kaposi cuando dice que la *tuberculosis miliar* representa el tipo de las tuberculosis primitivas de la piel, pues esta afección es en realidad harto poco frecuente. En mi sentir, el lupus es el que debe ser considerado como el tipo de esas tuberculosis.

*
**

Patogenia de la peladera.—*M. R. Crocker* (de Londres): Las lesiones que figuran reunidas con el nombre de *peladera* pueden ser distribuídas en dos grandes clases: primero, la peladera neuropática; segundo, la peladera parasitaria.

La primera, aunque no representando probablemente sino el 10 por 100 de la totalidad de los casos, reconoce tres tipos, que son: la alopecia generalizada total; la alopecia generalizada ó neurítica; la alopecia circumscripita de Neumann.

La denominación de peladera (alopecia en áreas) debería quedar reservada para los solos casos pertenecientes á la segunda clase, probablemente todos de origen parasitario, y que representan 90 por 100 de los casos agrupados con esta denominación. Esta clase comprende á su vez dos tipos ó subdivisiones: en la primera pueden figurar los casos que tienen alguna semejanza con la tiña tonsurante; en la segunda los que son debidos á la seborrea.

Aun cuando, á mi juicio, la primera subdivisión contiene la gran mayoría de los casos, no puedo todavía apreciar en qué proporciones los dos tipos se presentan á la observación.

Además, es probable que exista más de un microbio capaz de acarrear la producción de las placas peládicas, como por lo demás ocurre con la tiña tonsurante, la cual dimana de parásitos que difieren entre sí. Así, es muy verosímil que las epidemias locales caracterizadas por centros alopécicos pequeños, pero francamente peládicos, son debidas á un microorganismo especial. Puede suceder también que haya una diferencia análoga en la peladera *en discos* y la peladera *en fajas óblongas*, aun cuando hasta ahora no me haya sido posible asegurarme de que ambas formas fuesen distintas desde el punto de vista patológico.

He podido convencerme de que la peladera es contagiosa—

aunque en grado ínfimo—para los adultos lo mismo que para los niños. Esta afección puede propagarse, ora indirectamente por medio del aparato que para rapar (*tondeuse*) usan los peluqueros, por pelucas de teatro, almohadas de habitaciones ó compartimientos mal aseados, etc., ora directamente por contacto de una persona con otra, así como por contacto con un sujeto atacado de tiña tonsurante, ya que esta última es muy verosímil que pueda transformarse en alopecia en áreas. Yo he notado, en efecto, que la peladera es más frecuente en los países donde es común la tiña tonsurante.

Cuanto á las relaciones que existen entre la seborrea y la peladera, no creo que Sabouraud haya demostrado de una manera categórica que el microbio de la seborrea sea el único agente patógeno de la peladera. En mi concepto, las conclusiones del dermatólogo francés no se hallan absolutamente acordes con los hechos clínicos.

FÓRMULAS

339

Acetato amónico.	1	gramo.
Benzoato sódico.	1	» 50 centígrs.
Oximiel escilitico.	8	»
Jarabe de cerezas.	30	»
Agua destilada.	80	»

M.—Para tomar una cucharada pequeña cada hora.

En la **congestión pulmonar de los niños.**

(Perier.)

*
**

340

Biclorhidrato de quinina.	}	áá 1 gramo.
Asafétida.		
Tintura de almizcle.		
Agua hervida.	120	»
Yema de huevo		núm. 1.

M.—Para tres ó cuatro enemas en las veinticuatro horas.

En la **debilidad general de las infecciones gastro-intestinales de la infancia.**

(M. F. Fede.)

SECCION PROFESIONAL

REEMPLAZO.

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista del numeroso personal excedente que existe como consecuencia del regreso de los ejércitos de Cuba y Puerto Rico, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que los Jefes y Oficiales de todas las Armas, Cuerpos é Institutos con destino en Canarias y posesiones del Norte de Africa, y los del Cuerpo Auxiliar de Oficinas militares que presten sus servicios en el Archivo general militar, puedan obtener el reemplazo voluntario, si hubiera excedencia en la clase respectiva, aun cuando no haya transcurrido el año de permanencia en sus respectivos destinos á que se refieren las Reales Ordenes de 30 de Julio de 1896 y 30 de Septiembre último (C. L. núms. 181 y 316.)

De orden de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 27 de Octubre de 1898.—Correa.—Sr.»

*
* *

SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES.

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de la instancia que el Capitán General de Castilla la Nueva y Extremadura cursó á este Ministerio en 14 de Septiembre próximo pasado, promovida por el Capitán de Ingenieros, procedente del ejército de Cuba, D. Emilio Riera Santamaría, en súplica de abono de atrasos; teniendo en cuenta que la Real Orden Circular de 20 de Marzo de 1890 (C. L. núm. 91), por la que se autoriza á los Capitanes Generales ó Comandantes en Jefe de Cuerpo de ejército para que puedan disponer el adelanto de una ó dos pagas á los Jefes y Oficiales que dependan directamente de su autoridad, se inspiró en la idea de procurar el bienestar de estas clases que, muchas veces por sagradas atenciones, se ven obligados á buscar recursos con que subvenir á ellas, una vez que ésta se dictó para favorecer, en circunstancias críticas, á un personal que ha percibido sus haberes sin interrupción en los Cuerpos ó dependencias en que servían; teniendo presente que se trata de un Oficial que ha regresado á la Península para atender al restablecimiento de su salud, quebrantada en la campaña de Cuba, y que realizar tan natural deseo le ha de ocasionar gastos de importancia; visto que está en descubierto de cierto número de mensualidades reglamentarias, que ha dejado de percibir, y en la necesidad de atender á las perentorias atenciones de un

personal siempre digno de consideración, por las penalidades recientemente sufridas; considerando que no todos los Jefes y Oficiales regresados de Ultramar tendrán iguales créditos, por haberes dejados de percibir, y á fin de que todos los que hayan de ser comprendidos en el beneficio lo sean en proporción á sus alcances y pueda precaverse el caso posible de que, con el anticipo que se les facilite, resulten liquidados con exceso, gravándose inútilmente al Tesoro con cantidades cuyo reintegro se haga difícil ó imposible, cuando tenga lugar el ajuste de las respectivas cuentas individuales; con objeto de dar á este asunto una pronta y equitativa resolución, orillando en lo posible inconvenientes de contabilidad, en razón á que la importancia de esta medida está demostrada en las continuas reclamaciones que para el abono de los créditos que se adeudan vienen haciendo los Jefes y Oficiales que regresan del ejército de Cuba, exponiendo que su situación actual exige, como medida de necesidad, acudir á sus más perentorias atenciones, y en ellas fundan la urgencia de su pretensión, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver que los Jefes y Oficiales regresados de Cuba presenten una declaración jurada de los haberes que se les adeudan, previa la cual se llevará á efecto el anticipo por la Inspección de la Caja general de Ultramar, la que presentará siempre el oportuno cargo, una vez que el pago de estos anticipos deben ser sufragados por los respectivos créditos extraordinarios, en igual forma que los autorizados para las fuerzas repatriadas por las Reales Ordenes de 1.º y 11 de Septiembre último (*D. O.* núms. 194 y 207); y á fin de que todos los comprendidos en este beneficio lo sean en la posible proporción, el número máximo de pagas que, á razón del sueldo de su empleo en Ultramar se les abonarán, serán: una á los que se les adeuden tres pagas; dos á los que se les adeuden cuatro ó cinco, y tres si se les debiesen seis ó más, deduciendo las asignaciones recibidas.

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

* * *

RECLUTAMIENTO Y REEMPLAZO DEL EJÉRCITO.

«Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer se amplíe el art. 4.º de la Real Orden Circular de 19 del actual (*D. O.* núm. 233), en el sentido de que los Inspectores de Sanidad militar de las regiones, con aprobación de V. E., nombren para la saca de los reclutas del actual reemplazo, para la primera Brigada Sanitaria, Oficiales médicos militares; resolviendo, al pro-

pio tiempo, por ser más conveniente al servicio, que la concentración de los reclutas para recibir instrucción se verifique en las capitales de las regiones, excepción hecha de los que se elijan para la sección montada de Ambulancias, que lo harán al Real Sitio de El Pardo.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 28 de Octubre de 1898.—Correa.—Sres. Capitanes Generales de las regiones.»

*
* *

RESIDENCIA.

«Circular.—Excmo. Sr.: La Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), se ha servido autorizar á los Capitanes Generales de las regiones y distritos militares para que puedan conceder traslado de residencia, dentro del territorio de su mando, á los Jefes y Oficiales excedentes y demás agregados para el percibo de sus haberes á las unidades de reserva, zonas de reclutamiento y otras dependencias, quienes podrán residir en el punto donde les convenga, siempre que para ello no hubiere algún inconveniente á juicio de las expresadas autoridades y previo informe del Jefe del interesado. Es asimismo la voluntad de S. M., que los Capitanes Generales den cuenta á este Ministerio del uso que hagan de esta autorización, en la misma forma y fecha prevenidas en la regla 3.^a de la orden circular de 28 de Septiembre último (C. L. núm. 313.)

De orden de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 4 de Noviembre de 1898.—Correa.—Sr....»

V A R I E D A D E S

En el núm. 273 han aparecido las erratas siguientes, que la discreción de nuestros lectores habrá sabido rectificar:

Pág. 518, lín. 9, dice *ordinariamente*, léase *ordenadamente*.

Pág. 520, lín. 11, dice *indigestión*, léase *digestión*.

Pág. 522, lín. 14, dice *aquellos*, léase *aquellas*.

Pág. 524, lín. 21, dice *ellas*, léase *ella*; lín. 23, dice *y carbonizado*, léase *carbonizada*; lín. 27, dice *estancamiento*, léase *estrechamiento*; línea 34 dice *los*, léase *las*.

*
* *

Terminados los exámenes para proveer 16 plazas de Médicos alumnos en la Academia del Cuerpo, han sido aprobados 19 aspirantes, concediéndoseles el ingreso á los tres últimos con el carácter de supernumerarios.

El orden de colocación, después de cada ejercicio, ha sido el siguiente:

NOMBRES.	Después del primer ejercicio.	Después del segundo ejercicio.	Después del tercer ejercicio.	Definitiva después del cuarto ejercicio.
D. Víctor Herrero y Díez de Ulzurrun.	3	1	2	1
» Federico González y Deleito.	1	4	4	2
» Vicente Ferrer y Ciurana..	2	5	1	3
» Juan Barcia y Eleicegui..	4	3	5	4
» Benjamín Tamayo y Santos	5	2	3	5
» Pedro Bouthelieri y Saldaña	9	9	8	6
» Emilio Alonso y García Sierra.....	6	10	7	7
» Juan Sánchez y Pallasar.	10	6	6	8
» Carlos Vilaplana y González... ..	14	13	11	9
» Clodoaldo García y Muñoz.	11	11	9	10
» Aurelio Solís y Jacinto...	12	7	12	11
» Justo Carmena y Ruiz....	7	12	10	12
» José Luis y Martínez Sevilla... ..	8	8	13	13
» Alfonso Moreno y López..	21	18	15	14
» José Bua y Casón.....	16	14	14	15
» Leonardo Pérez del Yerro.	20	16	16	16
» Francisco Manuel Conde y Albornoz.....	18	20	17	17
» Francisco López y Elizagaray.....	19	17	24	18
» Paulino Paredes y Pereda.	17	15	22	19

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

Gaceta médica escolar, revista científica de Medicina y Cirugía, dirigida por Manuel Jiménez García de la Serrana.—Granada, 1898.

El eco de las matronas, dentistas, callistas y practicantes de cirugía, revista profesional, dirigida por el Dr. Domelech.—Barcelona, 1898.

Revista farmacéutica, organ da Sociedade Pharmacéutica Paulista.—S. Paulo (Brasil), 1898.

Annales de la société belge de chirurgie, publicación mensual.—Bruselas, 1898.

La medicación tiroidea, por R. Turró.—Tema presentado á la Academia y Laboratorio de ciencias médicas de Cataluña en el curso de 1896 á 1897.—Barcelona, 1897. (Dos ejemplares.)

La medicina ferroviaria, revista mensual de medicina y cirugía, dirigida por D. Máximo Sánchez Recio.—Salamanca, 1898.

Proyecto de ley de policía sanitaria de los animales domésticos, redactado por D. Eusebio Molina y Serrano y presentado al IX Congreso internacional de higiene y demografía.—Madrid, 1898.

Documentos del laboratorio químico y micrográfico municipal de San Sebastián. Resumen de los trabajos realizados durante el año económico de 1897 á 1898, por el Jefe del laboratorio doctor César Chicote.—San Sebastián, 1898. (Dos ejemplares.)