

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO VII. MADRID 1.º DE MARZO DE 1893. NÚM. 137.

DIAGNÓSTICO DE LA EPILEPSIA SIMULADA (1)

Con un examen minucioso y atento es raro que el simulador obtenga éxito, pero no se crea que siempre es fácil distinguir lo real de lo ficticio; á este propósito recordaré que Calmeil fingió un ataque que fué reputado verdadero por el insigne alienista Esquirol.

En el que padece epilepsia hay casi siempre antecedentes de ella ó de otras neuropatías en sus progenitores ó en sus parientes colaterales; el que la finge suministra datos negativos ó vagos por temor á una comprobación.

La anamnesis personal del epiléptico encierra algún detalle valioso respecto á la causa, la intensidad del mal ó la presentación de algún fenómeno típico (incontinencia de orina, vértigos, cefalal-

(1) He aquí la enumeración bibliográfica de los trabajos más importantes publicados acerca de este asunto.

AUTORES ESPAÑOLES

Magin Berdós.—Médico militar.—Manual de reconocimientos ó sea guía del profesor de la ciencia de curar para que pueda proceder con acierto y legalidad en sus decisiones sobre la utilidad ó inutilidad de los individuos que se sujetan al servicio de las armas.—Madrid, 1820.

Manuel Díez Moreno.—Médico militar.—Compendio de las relaciones médico legales.—Madrid, 1833.

Tomás Argüello.—Médico militar.—El diagnóstico en su aplicación á las enfermedades simuladas. Memoria leída en la Academia médico militar de Pamplona, 1851.

Hernández Poggio.—Médico militar.—Vade-mecum del médico militar en los reconocimientos de los soldados y quintos, 1859.

Mata.—Tratado de Medicina y Cirugía legal.—Tomo II.

Espala.—Médico militar.—La epilepsia y su simulación, *Gaceta de Sanidad Militar*, 1865.

Fernández Caro.—Médico de Sanidad Naval.—Higiene naval.—Capítulo IV.—Enfermedades simuladas.—Madrid, 1879.

Elias de Molins.—Manual para el reconocimiento médico de quintos. Barcelona, 1888.

Yañez.—Tratado de Medicina legal.

Valentín Vivó.—Tratado de medicina legal y lecciones orales y prácticas de esta asignatura en su cátedra de la Facultad de Medicina—Curso de 1886 á 1887.

Navarro Ortiz.—Elementos de medicina legal militar y naval. (En publicación.)

AUTORES EXTRANJEROS

Galeno.—Quemodo morbum simulantes sint deprehendendi.—Opera omnia.—Liber V.

Silvaticus.—De iis qui morbum simulant deprehendendis liber.—Mediolani, 1594.

Fortunatus Fidelis.—De relationibus medicorum.—Palermo, 1602.

Hoffman.—De morbis fictis.—Halle, 1700.

gias, etc.), radicando este detalle sobre un sólo punto, pues ya se comprende que en cada caso no aparece todo el cortejo sindrómico. El simulador suele acusar reciente origen á su mal ó si lo atribuye á remota fecha cuenta muchas cosas incongruentes, y si el observador pone algún cuidado y habilidad en su interrogatorio, le hace incurrir en contradicciones.

En el verdadero epiléptico, se suelen notar cicatrices debidas á las lesiones que en sus ataques anteriores puede haberse inferido; recuérdese además lo dicho del hábito general del epiléptico, que si bien puede ser el normal, es lo frecuente que se distinga por la disminución de ángulo facial, por un sello especial de hipocondría y atontamiento, por asimetrías del cráneo y la cara, por ectasia de las yugulares, por aumento en la altura de la bóveda palatina, y por un desgaste de los incisivos inferiores, oblicuamente dirigidos hacia adelante.

Las cicatrices debidas á cualquier accidente que acaso el simulador presente, no se acompañan de los otros caracteres; y si acaso existe alguno, falta el conjunto.

La forma generalmente simulada es el gran mal, eligiendo el momento en que hay testigos.

Larrey.—Communication faite á l'empereur après les batailles de Wurschen, Lutzen et Bautzen.

Gilbert.—Article «Maladies simulées» in *Encyclopédie methoique*.—Paris, 1803.

Franck.—Patologie interne.—Article «Epilepsie».—Paris, 1812.

Marshal.—Hints to young military Medical Offices.—London, 1818.

Percy et Laurent.—Article «Simulation» du dictionnaire en 60 volumes.—Paris, 1820.

Marc.—Article «Epilepsie simulée» du memo.

Scott and Forbes.—Feigned diseases in *Cycloped of Medicine*.—London, 1830.

Arrigo Tamossi.—In causa di abrigato simulazione di pazzia epileptica perizia medico-legale.—Pavia, 1835.

Gavin.—On feigned and factitious diseases, chiefly of soldiers and seamen.—London, 1843.

Laugier.—Article «Simulation» du dictionnaire de medecine et chirurgie pratiques de Jaccoud.

G. Tourdes.—Article «Simulation» in dictionnaire encyclopedique des sciences medicales, de Dechambre.

Boisseau.—Des maladies simulées et les moyens de les reconnaître.—Leçons professées á l'Ecole de Val-de-Grace.—Paris, 1870.

Luigi Gattandi.—Diagnosi differenziale fra l'epilepsia vera e la simulata.—Roma, 1879.

Legendre du Saulle.—Simulation d'amnesie et d'epilepsie.—Annales d'hygiène et de medecine legale. Volume XXIX.—Segunda serie.

Voisin.—Le sphygmographe appliqué au diagnostic de l'epilepsie vraie et simulée.—Annales d'hygiène et de medecine legale. Volume XXIX.—Segunda serie.

W. Derblich.—Die simulirten Krankheiten des Wehrpflichtigen.—Traduites de Pallemand et annotés par Schmit.—Paris, 1883.

Duponchel.—Traité de medecine legale militaire.—Paris, 1880.

La ficción de los ataques subintrantes y en serie no es posible.

Los prodromos y las auras no suelen tampoco fingirse por desconocerlas; en todo caso son tan toscamente imitadas, que enseguida se descubre la superchería.

El grito inicial no es como en el ataque verdadero, ronco y espantoso y siempre único; tiene un timbre tan singular é indescrípible que una vez oído no se confunde con otro alguno. Es frecuente además que el simulador lance varios gritos ó aullidos, creyendo que así da más veracidad al acto.

La caída suele ser en éste hecha con cuidado (caída de gladiador), eligiendo el sitio y sin lastimarse casi nunca; bien al contrario de lo que sucede en el ataque verdadero en que tan comunes son las quemaduras y traumatismos de entidad.

La palidez inicial del ataque nunca se produce en la simulación.

«En un caso tenido por falso, el ilustrado y laborioso jefe de la clínica de comprobación del hospital militar de Barcelona, señor don Eduardo Parés, diagnosticó la realidad de la epilepsia por una intensa y brusca palidez facial que precedió á un ataque leve de pequeño mal; accesos posteriores completos confirmaron la seguridad de su juicio.»

Es rara la ficción del primer período ó tónico; de ordinario se entrega al simulador á desenfundados pataleos y contorsiones, inmediatamente después de la caída.

En todo caso, hay un detalle que sirve de mucho para conocer que la rigidez es falsa. Esta, lo mismo que las convulsiones clónicas, suele predominar en un lado del cuerpo, aun en los ataques de gran mal; ahora bien; mientras los comisuras bucal y orbicular y toda la cara se desvían hacia la derecha, p. e., la contracción del esterneocleido-mastoideo de este lado, más intensa que la del otro, hace girar la cabeza á la izquierda.

El que finge vuelve la cabeza del mismo lado que desvía la cara, porque ignora la acción de aquel músculo.

En la misma intensidad de los espasmos hay motivo para recelar. En el ataque real un sólo hombre basta para sujetar al enfermo é impedir que se lastime; en el fingido las convulsiones son extremadas, creyendo el farsante que se ha de agitar y mover mucho, y además no se presentan contracciones fibrilares y sacudidas parciales de un sólo músculo, que son imposibles de imitar.

La duración del período de convulsiones clónicas es mayor en los ataques fingidos que en los reales.

La coloración cianótica del rostro que reemplaza á la lividez, tampoco es fácil de simular; á poca diferencia, la cara presenta el mismo color, algo inyectada por los esfuerzos, sin llegar á la cianosis, á no

ser que previamente se coloque un lazo en el cuello que dificulte la circulación de retorno, lo que cuesta poco descubrir. La piel se cubre de abundante sudor, sin la particular fetidez amoniacaal del verdadero epiléptico.

El tránsito del estado tónico al clónico es marcado; el simulador alterna indistintamente estos períodos.

La apnea que amenaza producir asfixia no se nota nunca en el simulador, porque por mucho que se esfuerce en suspender la respiración, llega un momento en que ello es imposible. El pulso es ancho y lleno y sin los caracteres esfigmográficos descritos por Voisin.

La lengua puede ser mordida también en el ataque falso y teñirse la saliva con sangre de la herida, pero no es raro que para este objeto se masque pelitre ú otras sustancias colorantes, como también es frecuente la ocultación en los ángulos de la boca de un pedazo de jabón que produzca espuma. Una ligera inspección basta para descubrir estos ardides.

La comprobación de la sensibilidad durante el ataque, es uno de los mejores medios para conocer la simulación.

En otro tiempo se recurría para ello á medios dolorosos y bárbaros que deben proscribirse porque el médico ha de proceder siempre como un observador que investiga sereno, y sin animosidad, y no como juez que castiga y acaso se ensaña.

Basta un simple cosquilleo, un alfilerazo, la aplicación á la nariz de un frasco de amoniaco ó de sustancias estornutatorias para sorprender á veces al impostor .

Es muy común que este se halle prevenido y resista todos estos estímulos, como no sería tampoco extraño que dotado de poderosa fuerza de voluntad, sufriera impasible otros más enérgicos (quemaduras y heridas inclusive), de lo que falsamente deduciríamos que el tal era verdadero epiléptico.

«De Haen, cauterizó repetidas veces con un hierro al rojo á una mujer sospechosa de fingimiento, sin que exhalara el menor grito ni diera la más pequeña muestra de sentirlo; y sin embargo, ella misma confesó algunos años después á Van Swieten, que aquel ataque era fingido.»

Sin recurrir á tales extremos por el conjunto de los síntomas podemos colegir la verdad ó falsedad del caso.

También suelen proporcionar buen resultado ciertas ingeniosas ex-tratajemas.

En el regimiento de Asia, núm. 59 de Infantería, de guarnición en Gerona, y á cuyo servicio médico estuve destinado por espacio de 13 meses, ingresó hace tres años un soldado que á los pocos días se me presentó diciendo que acababa de sufrir un ataque de *mal de San*

Pau (nombre que en Cataluña el vulgo da á la epilepsia), sin que notara yo en él ni torpeza intelectual, ni manchas equimóticas en el rostro, ni contusiones por la caída que dió, ni mordedura lingual, ni en una palabra, ninguno de los fenómenos consecutivos al ataque. En la noche del mismo día fué avisado el practicante de servicio por hallarse el tal soldado presa de violentas convulsiones; á mi llegada al cuartel le hallé sosegado, despierto y respondiendo correctamente á mis preguntas; el carecer de esfigmógrafo me impidió sacar curvas gráficas de su pulso. Á todo esto solicitaba ser declarado inútil para el servicio militar.

Como quiera que por el relato que de los ataques me hicieran los circunstantes, y por la falta de fenómenos consecutivos abrigaba fuertes dudas acerca de la verdad de su mal; y no pudiendo presenciar sus accesos porque así los referidos como otros tres que en los dos días siguientes tuvo, se producían (casual ó intencionadamente) cuando yo no estaba en el cuartel, antes de remitirle al Hospital Militar, para que fuera observado y comprobada su dolencia, determiné valerme del siguiente medio, confiado en que acaso obtendría el éxito apetecido, por la escasa ó nula cultura del sujeto, el cual procedía de un pueblecillo de la montaña, no sabía leer ni escribir, carecía de toda instrucción y no tenía la menor noticia de los inventos de la civilización; de modo que era tan ignorante como astuto.

Le dije que iba á curar su enfermedad de un modo breve y radical con una máquina (muy peligrosa para él si no fuera realmente epiléptico) y que no se extrañara de cualquier cosa que sintiese; procuré impresionar su ánimo y convencerle de que yo obraba formalmente creído de que era víctima de dicha enfermedad. Hícele asir los cilindros de un aparato magneto eléctrico de Clarke, y aunque con temor aguantó silencioso la corriente al hacer girar los carretes; pero redoblando la velocidad de éstos, y aumentando por tanto la intensidad de aquélla, temeroso sin duda de ignoradas consecuencias que le parecían espantables, desconcertado por la extraña sensación que recorría su ser, y no pudiendo soltar los manipulos, aunque intentaba tirarlos, rompió á llorar aterrorizado y confesó que su mal era fingido.

En honor de la verdad debo declarar que me indujo á esta prueba el recuerdo de un hecho que presencié en la clínica de comprobación del Hospital de Madrid, cuyo jefe, el médico mayor entonces, señor D. Hilario Juarranz, *hizo oír* á un *sordo* pertinaz del mismo modo que *curé el mal de San Pau* á este soldado. (1.)

(1) Escrito el trabajo de que forma parte este capítulo, leo en los periódicos la triste noticia del fallecimiento de Sr. Juarranz. Durante el tiempo que, destinado al servicio de

Parecidos al anterior son los dos siguientes casos que transcribo de Boisseau.

«El médico militar Botin en uno de los ataques de un simulador que con su habilidad hacía dudar de si fingía ó era realmente epiléptico, dijo en alta voz á los circunstantes que iba á ensayar una operación que le curaría; la cual consistía en castrarle; apercibido el impostor de los preparativos y creído de que la cosa iba de veras, se apresuró á confesar su embuste.»

«O'Reylly, cirujano inglés, en otro caso dijo: Este individuo ha muerto ya; vamos á hacer su autopsia, El pretendido epiléptico que aparentaba hallarse sin sentido, se levantó despavorido, descubriendo la superchería para desmentir al doctor y defender la integridad de su amenazada piel.»

Durante el curso del ataque las pupilas se hallan dilatadas, y rarisimas veces permanecen contraídas. Lo que tiene especial valor para nuestro objeto es que tanto si están en miosis como midriásicas, no reaccionan nunca por la acción de la luz, á pesar de que el frio sea muy próximo é intenso.

El simulador conserva las normales dimensiones pupilares, y se contraen y dilatan por aquel agente.

Otro de los medios por el que se aprecia el grado de sensibilidad, es tocando lo conjuntiva ocular; es muy difícil, por mucho que se quiera evitarlo, dejar de cerrar instintivamente los ojos al ver que se aproxima un dedo ú objeto al globo ocular. Además, en el simulador se notan los esfuerzos que hace para mantener abiertos los párpados.

El pulgar está á veces, no siempre, doblado bajo los otros dedos, y al pretender extenderlo se percibe la oposición del simulador y el apresuramiento con que vuelve á encogerlo; bien al contrario de lo que ocurre en la epilepsia verdadera en que el pulgar, después de extendido, queda rígido y con sacudimientos parciales.

Puede en un ataque fingido haber emisión de orina y hasta de heces fecales, pero en el modo de verificarse estos hechos no hay la menor dificultad para distinguir cuando son inconscientes, de cuando son voluntariamente provocados. Nunca en el último caso hay eyaculación.

El periodo comatoso es muy difícil de imitar, y por poca sagacidad que se emplee se puede apreciar que el individuo está en plena pose-

guardia del Hospital Militar de Madrid, estuve agregado á su clínica, tuve ocasión de admirar sus excelentes cualidades de médico y de caballero, y de recibir de sus labios sabias enseñanzas.

Cúmpleme dedicar á su memoria este recuerdo de gratitud y de respeto, ya que su muerte aleja la sospecha de que mis palabras puedan ser hijas de la adulación.

sión de su inteligencia. Muchas veces ni siquiera trata de aparentar el atroncamiento y la indiferencia hacia lo que le rodea que después del ataque demuestra el verdadero epiléptico; lejos de esto el que lo ha fingido procura saber que efecto ha producido en los que lo han presenciado, como el actor que ha representado una escena desea saber el juicio que ha merecido.

Como quiera que el impostor no siempre está á la altura de su papel, es fácil preguntándole qué ha sentido ó qué ha hecho durante el ataque, obtener una contestación que demuestre que ni entonces hubo pérdida del conocimiento, ni después amnesia de los actos realizados.

La no presentación de los puntos equimóticos (llamados por Van-Swieten *puncta ruberrima* y sobre cuyo valor diagnóstico insiste el doctor España en el trabajo citado, por ser imposible su simulación), la falta de fetidez del aliento y del sudor, la normalidad de la orina (albuminuria, inversión de la fórmula de los fosfatos, etc.), la conservación íntegra del campo pupilar; y los demás fenómenos que he estudiado entre los síntomas de la epilepsia, son otros tantos caracteres para el diagnóstico de la simulación, cuya importancia no hay para qué esforzarse en demostrar.

Finalmente, la administración de píldoras *micæ panis*, ó de pociones *aque fontis*, es común que dé lugar á que disminuya la intensidad ó la frecuencia de los accesos en el que cree que ha de fingir alivio.

De todo lo dicho se desprende que hay muchos caracteres cuya simulación es imposible y que aquellos que pueden ser fingidos no resisten á un examen atento. El perfecto conocimiento de las modalidades y un detenido estudio de cada caso nos llevarán á la resolución de este problema, que si bien puede ser árduo y difícil, nunca es irresoluble.

FRANCISCO SOLER Y GARDE.

Médico segundo.

PURIFICACIÓN DE LA PULPA VACUNA GLICERINADA

Los siguientes datos figuran en una nota presentada á la *Société de Therapeutique* por los Doctores Chambon y Menard, directores del Instituto de vacuna animal de París, y constituyen una notable modificación en los procedimientos usuales del cultivo de la vacuna en la ternera.

En los institutos vacinógenos en que se sostiene la vacuna sin interrupción, de ternera á ternera, se observa, según los citados autores, que la evolución de las pústulas no es siempre regular y per-

fectamente normal y por más que en muchas ocasiones se desarrollan de un modo conforme en todos los puntos en que se hizo la siembra, y cada una de las pústulas forma una ligera elevación, cuya epidermis sobresale, adquiere un color gris plateado, y se extiende por igual alrededor de la línea de inoculación, que aparece umbilicada, sucede otras veces que las pústulas se desarrollan de un modo desigual y en tanto que unas abortan, aparecen otras como tumefactas, con ancha base y estensa areola inflamatoria cubierta de costras amarillentas, que al sufrir las ligeras presiones dan paso á un líquido purulento. La evolución tiene lugar en el primer caso al cuarto día de hecha la siembra y puede considerarse como típica; y es anormal y precipitada en el segundo y empieza al tercer día de la inoculación.

En la mayor parte de los institutos se suceden las erupciones de vacuna tipo, constituyendo una serie, hasta que en un momento determinado se presentan erupciones irregulares, sean cuales fueren las precauciones adoptadas; llegan á hacerse completamente estériles las inoculaciones sucesivas y el director del instituto se ve obligado entonces á buscar en otro establecimiento nueva vacuna para sus siembras.

Se observa, sin embargo, que la vacuna de las erupciones medianas é irregulares produce en los niños pústulas perfectamente normales; y que es preciso que la alteración esté muy avanzada en la serie para que llegue á ser infructuosa la inoculación; y se ha visto, también, que la vacuna así alterada es siempre inofensiva para la especie humana, puesto que en 124.000 vacunaciones y revacunaciones practicadas durante el año 1891 en el instituto de referencia, no se ha observado complicación alguna que pudiera ser atribuida á la vacuna, aun en las épocas en que los cultivos no merecían absoluta confianza. La alteración de las erupciones debe mirarse, pues, como limitada á las inoculaciones en las terneras, y en tal concepto se ha tratado de investigar las causas á que se debe y se han propuesto diferentes medios para evitarla.

Creyendo que los cultivos continuados en la raza bovina atenúan la virulencia de la vacuna, se ha recurrido á utilizar de cuando en cuando la vacuna humana, para la inoculación de la ternera: este método, llamado de *retrovacunación*, es el adoptado generalmente en Alemania.

El doctor Layet atribuye á las escarificaciones la alteración de la vacuna, y cree que vacunando las terneras por punción, como se vacuna generalmente á los niños, se obtienen pústulas inmejorables.

Opina el doctor Pourquier (de Montpellier), que la alteración se

debe al *parásito de la vacuna*, y aconseja la asepsia y la antisepsia del terreno en que se practica la siembra.

El doctor Chambón no tuvo ocasión de observar erupciones irregulares durante los veinte años en que hizo uso de la serosidad desfibrinada para las inoculaciones, y ha visto sobrevenir aquellas anomalías desde que recurrió á la pulpa glicerizada, deduciendo de esto que es preferible el primer procedimiento, aunque la virulencia sea menor cuando la limpieza y la antisepsia son perfectas.

Las investigaciones hechas en 1889 y 1890 por los doctores Chambón y Menard, con la colaboración del profesor Strauss para determinar el organismo de la vacuna, han demostrado que en la linfa de las pústulas, cuya evolución no es perfectamente normal; no sólo se encuentra el *parásito del cow-pox*, sino una serie de microbios extraños á la vacuna; y para conseguir vacuna pura, no basta dificultar la pululación por medio de la limpieza del establo, y la antisepsia de la región en que se ha de hacer la siembra, sino que es preciso elegir las terneras y escoger cuidadosamente las pústulas más regulares.

Teniendo en cuenta estos datos, y tratando de completar esta selección, creyeron conveniente los citados autores utilizar las condiciones ventajosas que ofrece la pulpa glicerizada que, como es sabido, conserva largo tiempo su actividad virulenta cuando se la coloca en tubos esterilizados y cerrados á la lámpara. Cuando conseguían vacuna típica, susceptible de perfecto cultivo, la utilizaban durante muchas semanas para vacunar sucesivamente de 10 á 12, y más tarde de 15 á 20 terneras, reduciendo así el número de generaciones capaces de producir alteraciones progresivas. Procediendo así, observaron que los cultivos se mantenían casi perfectos, y que cuando prolongaban por casualidad hasta la 4.^a ó la 5.^a semana el empleo de la misma pulpa, se conseguían erupciones mejores que anteriormente, y comprobaron, por último, que la pulpa que daba erupciones medianas cuando estaba fresca, las daba muy aceptables á los 15 días y típicas á los 50 ó 60.

Sospecharon entonces que esta progresiva perfección en los resultados obtenidos no podía tener otro origen que la sucesiva y gradual desaparición de los microbios parásitos por la acción combinada de la glicerina y del tiempo, y esta sospecha se vió confirmada por el doctor Strauss, cuyas experiencias demostraron que las siembras de pulpa fresca en gelosa nutritiva, daban colonias de microbios diversos (entre los que figuraban el *staphylococcus pyogenes aureus* y el *albus*), en tanto que la pulpa glicerizada de 50 ó 60

días de antigüedad permanecía completamente estéril aunque se la colocara en el mismo terreno de cultivo.

En los cultivos intermedios se desarrollaban sucesivamente nuevos microbios, á medida que aumentaba la edad de la pulpa empleada.

Queda, pues, demostrado, á juicio de los citados autores, que la purificación de la pulpa vacuna glicerizada, se consigue solo con dejarla envejecer, puesto que la resistencia del organismo de la vacuna vence la de los parásitos que en la pulpa se desarrollan y persiste cuando estos se extinguen por la acción de la glicerina y del tiempo.

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Hipnosis Timacetina.—La *timacetina*, polvo cristalino difícilmente soluble en el agua, derivado del *timol*, es, según el Sr. Jolly, un analgésico y un hipnótico. Este señor la ha prescrito como narcótico, á la dosis de 50 centigramos á 1 gramo, á veintiséis locos paralíticos generales ó delirantes, de los cuales en diez y seis se obtuvo un sueño satisfactorio, aunque interrumpido y menos profundo que el producido por el cloral.

El Dr. E. Marandon de Montyel ha empleado también esta sustancia en los locos, pero de sus experimentos resulta que no es hipnótica. De todos sus estudios sobre la *timacetina* deduce este señor las conclusiones que traducimos á continuación:

1.^a La *timacetina* no tiene acción sobre las diversas sensibilidades, sueño, inteligencia, vaso-motores, órganos genitales, secreciones é intestinos.

2.^a La *timacetina*, sin acción sobre todos los demás reflejos, ha determinado, en algunos casos, notable dilatación pupilar doble, sin trastorno de la visión, que ha principiado durante la primera hora y no ha persistido más de treinta á cuarenta minutos.

3.^a La *timacetina* ha producido á veces desvanecimientos asociados á un ligero grado de borrachera, inmediatamente después de su administración y durante muy corto tiempo.

4.^a La *timacetina*, en las tres cuartas partes de los casos, ha ocasionado ligera cefálea, de varias horas de duración, principiando de ordinario al medio día y más rara vez por la mañana al despertar.

5.^a La *timacetina* ha aumentado siempre, durante dos horas próximamente, la fuerza muscular medida con el dinamómetro.

6.^a La *timacetina* ha elevado siempre, á veces hasta un grado, la temperatura, ascensión que se verifica gradualmente, lo mismo que el retorno al estado normal, el cual se observa de ordinario al cabo de dos horas.

7.^a La *timacetina* ha aumentado siempre durante dos horas el número de inspiraciones, sin modificar su ritmo.

8.^a La *timacetina* ha aumentado siempre durante dos horas la tensión

arterial y el número de pulsaciones, pero nunca ha determinado palpitaciones cardíacas.

9.^a La timacetina, en las dos terceras partes de los casos, ha producido al medio día (la administraba por la mañana en ayunas) una gran laxitud, que persistía á veces aún por la mañana al despertar, pero sin modificaciones funcionales concomitantes, ni fisiológicas ni psíquicas.

10. La timacetina, en todos los casos, ha modificado la micción de tres modos; *a*) acelerando ó retardando la necesidad de orinar; *b*) determinando un espasmo uretrovesical, y de aquí la retención momentánea y disuria, trastornos que aparecen y desaparecen pronto; *c*) ocasionando por su paso á la orina un escozor que llega á veces hasta la quemadura, sensación igualmente pronta en aparecer y desaparecer. Estas tres acciones se muestran aisladas ó combinadas.

11. Excepcionalmente aparte de la micción, determina la timacetina latidos uretrales.

12. Esta sustancia, en las dos terceras partes de los casos, deja durante el día un gusto amargo, con mala boca y lengua pastosa, pero sin olor especial del aliento.

13. La timacetina determina en casi todos los sujetos, durante una hora á lo sumo, un vivo calor epigástrico, de ordinario localizado, pero que á veces se extiende por todo el cuerpo; rara vez una sensación de quemadura, que más rara vez aún sube á lo largo del esófago.

14. La timacetina es además susceptible de desarrollar sed viva y persistente, náuseas, vómitos, anorexia y hasta empacho gástrico, que subsiste aún después de suprimido el remedio.

15. Los órganos, de un modo general, se acostumbran pronto á la timacetina, sobre todo la vejiga y la uretra; el estómago es el único que se muestra más sensible á la acción de la sustancia.

17. De todos los locos, los paralíticos generales son los menos sensibles á la acción de la timacetina; así que nunca se ha observado en ellos la dilatación pupilar, ni los desvanecimientos, y el espasmo uretro-vesical es en ellos mucho menos frecuente y menos marcado que en los vesánicos; sin embargo, en los epilépticos se observa aún menos que en los paralíticos el espasmo.

(*Siglo Médico.*)



Hernias reducibles.—Inyecciones subcutáneas de alcohol.—El Dr. Steffen ha ensayado durante tres años este método de tratamiento radical de la hernia y propone algunas modificaciones en la técnica de la operación ideada por Schwalbe. Reemplaza la geringuilla de Pravaz por una geringa más grande con la cánula más larga y más gruesa.

Reducida la hénria, procede el Dr. Steffen á la introducción de la cánula formando antes un pliegue con la piel y haciendo que deslice ésta al nivel del orificio herniario: si transcurridos algunos minutos (de uno á diez) no se observa hemorragia, inyecta lentamente 50 centigramos de alcohol de 70°; retira un poco la cánula y la hace cambiar de dirección para inyectar otros

50 centigramos de alcohol y repite la operación hasta diseminar en las inmediaciones de la hernia de dos á cuatro gramos del mismo líquido. No haciendo más que una picadura en la piel, son poco dolorosas las inyecciones, se practican éstos con más rapidez y disminuye el peligro de la infección.

Al principio se practican una ó dos inyecciones por semana; después se repiten más de tarde en tarde y se continúa el tratamiento permitiendo al enfermo que prescindiera del braguero á los dos ó tres meses. Este método se aplica á todas las variedades de hernia y de 293 casos tratados por el doctor Schwalbe, sólo en 25 ha sido infructuoso, y el único accidente que observó fué el tétanos en uno de los operados.

(*La Méd. hypodermique.*)

*
* *

Anginas. Ictiol.—El Dr. Herz, médico militar austriaco, obtiene los mejores resultados con esta sustancia en toda clase de anginas, excepto en la forma folicular. En las anginas más violentas, cuando las amígdalas y el velo del paladar se hallan del tal modo tumefactos que dificultan hasta la separación de los maxilares al tratar de abrir la boca, desaparecen los dolores, disminuye la tumefacción y se hace posible la deglución de los alimentos á las veinticuatro horas de tratamiento por los gargarismos con una solución de ictiol al 2 ó al 3 por 100.

Con objeto de que la solución se ponga en contacto con todas las partes afectas, aconseja el Dr. Herz que al hacer los gargarismos debe tragar el enfermo una corta cantidad del líquido y hasta tomar también de cuando en cuando pequeñas dosis de la misma solución.

(*Sem. med.*)

*
* *

Bócio.—**Inyecciones de éter iodoformado.**—Este tratamiento ha dado excelentes resultados al Dr. Dury en los 43 casos en que lo ha empleado. En cada sesión se pueden inyectar hasta 6 gramos de éter iodoformado al 10 por 100 acribillando al tumor con punciones repetidas en cada una de las cuales no deben inyectarse más de dos á tres gotas de éter. Estas inyecciones son perfectamente soportadas, no provocan reacción inflamatoria y sólo producen algunas veces una tensión dolorosa que persiste un día ó dos.

Algunos quistes tendinosos y tres casos de hidrocele han sido tratados con éxito por este procedimiento y los enfermos han conseguido la curación sin verse obligados á interrumpir sus habituales ocupaciones.

(*Rev. de Laryng, etc.*)

*
* *

Tratamiento del cólera morbo.—El doctor Vachovitch ha ensayado todos los métodos de tratamiento recomendados en esta enfermedad, y deduce de su propia experiencia, durante la última epidemia que ha reinado en Rusia, que además del baño general templado, deben administrarse los siguientes medicamentos:

1.º Los calomelanos, á la dosis de treinta ó cuarenta centigramos cada media hora.

2.º Cada dos horas una cucharada de las de sopa, de la siguiente preparación, administrando después una pastilla de menta.

Emulsión de aceite de ricino.	150	gramos.
Naftatina purificada.	2, 3 y hasta 4	idem.
Jarabe simple.	15	idem.
Esencia de menta.	2 gotas.	

3.º Cada dos horas, un sello que contenga un decígramo de naftalina, y 50 centigramos de oleosacaruro de menta.

4.º Cada cuatro horas una enema con cuatro gramos de tanino.

(*Bull. gen de Therap.*)



Estenosis nasal. Tratamiento operatorio.—Después de encarecer los recientes progresos de la cirugía nasal, patentizados por la rinoscopia, la electro cauterización y el empleo de las sierras perfeccionadas para las operaciones en el septum, el doctor Dunn (de Chicago), estudia detenidamente en el *Journal of Opht. Otol. and Laring*, una operación que le ha dado excelentes resultados y que se practica desde hace poco tiempo, la excisión de parte de los cornetes.

Los casos en que está indicada esta operación, son los siguientes:

1.º Cuando una violencia hipertrófica aumenta el volumen de los cornetes y determina la estenosis nasal.

2.º Los casos en que un ligero catarro completa la estenosis cuando sobreviene en sujeto de nariz afilada, en que el cornete inferior es ancho y casi vertical.

3.º Cuando la desviación del tabique hace que este se aproxime á los cornetes de un lado, y existe también, como ocurre generalmente hipertrófia de los cornetes del otro lado.

4.º Cuando la bóveda del paladar es muy arqueada y ocupa una gran parte del espacio nasal, comprimiendo los cornetes. En todos estos casos el catarro es un factor importante por cuanto completa poco á poco la estenosis congénita.

La operación quirúrgica á que hace referencia el doctor Dunn, consiste en la avulsión de una parte del cornete inferior con los tejidos blandos que le recubren. Se practica á través de la ventana de la nariz, prévia anestesia del campo operatorio, mediante el uso de una solución de cocaína al 10 por 100.

Se introduce la sierra nasal por debajo del cornete y según el grado de estenosis existente, se sierra horizontal ó verticalmente para separar la porción precisa del hueso, y se cortan con las tijeras los tejidos blandos. La hemorragia es violenta, pero no alarmante, y rara vez exige el taponamiento.

El tratamiento consecutivo consiste en la aplicación de un tapón barnizado con cerato fenicado: se renueva la cura á los ocho días y después todos los días, cuidando de no arrancar la escara para que no se re-

produzca la hemorragia. El uso del *spray* permite extraer el tapón sin peligro por que ablanda el coágulo. A las tres ó cuatro semanas la mucosa y la nariz toda han recuperado su aspecto normal. En algunas ocasiones se cubre la herida de granulaciones que es preciso destruir con el galvano cauterio ó cortar con las tijeras.

Esta operación no se debe practicar durante las agudizaciones del catarro ni en los sujetos predispuestos á la inflamación aguda del oído medio ó de las células mastoideas por que en estos casos suele sobrevenir la inflamación del oído medio. Algunas veces se desarrolla una ligera fiebre dos ó tres días después de la operación y con frecuencia se observa una amigdalitis consecutiva al traumatismo cuando el enfermo no permanece recluido en su habitación.

Esta operación no ha dejado de ser beneficiosa en ninguno de los 200 casos en que el doctor Dunn la ha practicado.

(*Rev. de laryng. otol. et de rhin.*)

* * *

Pneumonia fibrinosa. Alcanfor.— El doctor Ivanow trata con éxito la pneumonia franca por el alcanfor asociado á la antipirina, administrando cada dos horas un sello preparado con arreglo á la siguiente fórmula:

Alcanfor en polvo.	5 centigramos
Antipirina.	20 »
Clorhidrato de morfina.	2 miligramos
Azucar.	C. S.

Este método de tratamiento da una mortalidad de 17 por 100 en tanto que con la cura por los vegigatorios se llega al 22 por 100.

Según el doctor Ivanow no se puede prescindir de la poción de Todd en la pñemonia de los alcohólicos: en la forma esténica se debe recurrir á las ventosas escarificadas, y cuando la adinamia es considerable se deben practicar inyecciones hipodérmicas de á cinco centigramos de alcanfor en aceite esterilizado, tres ó cuatro veces al día, con preferencia á las de eter que se practican de ordinario. El eter alcanforado se absorbe con más rapidez y suma la acción excitante de sus dos componentes.

(*Bull. gen. de Therap.*)

* * *

La química medica á la cabecera del enfermo.—

Sobre este tema versa una Memoria leída por el Dr. Freund en el *Colegio Médico de Viena*, y de la que transcribimos los siguientes párrafos:

Sabido es que el análisis de las secreciones y excreciones, unido al examen clínico, y teniendo en cuenta la alimentación de los enfermos, puede suministrar importantes datos para el diagnóstico y pronóstico: el aumento de fosfatos terreos sin aumento del ácido fosfórico total y sin exceso de *indican*, deciden el diagnóstico entre la tuberculosis y la fiebre tifoidea á favor de la primera de estas enfermedades; en la meningitis está aumentada la cantidad de ácido fosfórico eliminado sobre la de elementos azoados; en las meningitis tuberculosas no se eliminan las peptonas sino en pequenísimas

proporción y son abundantes, por el contrario, en las meningitis supurativas.

En las anemias, la ausencia de la urobilina indica la clorosis; y la urobilina indica un proceso grave (destrucción de los glóbulos rojos): en la pséudo leucemia hay aumento relativo de ácido úrico y de ácido sulfúrico. En la hematemesis es preciso buscar en los vómitos el ácido clorhídrico combinado además del ácido clorhídrico libre. En la úlcera gástrica hay siempre ácido clorhídrico; la orina es pálida poco ácida y se neutraliza fácil y prontamente con los alcalinos: en el cáncer del estómago, por el contrario, la orina es muy ácida, no se neutraliza si no al cabo de dos ó tres días de ingerir 10 gramos diarios de bicarbonato de sosa; y está aumentado el azoe de las materias extractivas.

El examen de la orina permite distinguir una afección cardiaca de otra de los riñones ó de una cirrosis cuando los síntomas de extasis sanguíneo hacen dudoso el diagnóstico de la localización. En la nefritis, la orina es pobre en sales, sobre todo en fosfatos: en las lesiones cardiacas la orina no sufre modificación alguna y sólo aparece concentrada: en la cirrosis es abundante la urobilina, disminuye la úrea, el amoniaco y el ácido úrico son relativamente abundantes, y los lactatos no se queman por completo y pasan en parte á la orina.

Confirmando los descubrimientos de Gilles de la Tourette, respecto á las condiciones de la orina de los histéricos y los epilépticos, dice el doctor Freund que en la histeria la relación de los fosfatos terreos con los fosfatos alcalinos está modificada, y es, como 1 : 3, como 1 : 2 y hasta como 1 : 1.


En la estenosis intestinal la cantidad de orina sirve para calcular la altura del obstáculo: la ausencia de *escatosis* excluye el intestino grueso como asiento de la estenosis.

Según Schwald el examen de la orina permite distinguir los casos en que sólo los glomérulos están afectados, de aquellos otros en que lo están también los canalículos. En este último caso hay retención de la úrea, por cuya razón no debe administrarse la albumina en gran cantidad, y si los alimentos de ahorro como los cuerpos grasos y los hidratos de carbono: en la nefritis glomerular se puede administrar sin peligro la albumina, pero debe limitarse el uso de las sales.

El aumento en la cantidad de orina, es favorable en los éstasis de la inflamación, pero el aumento no debe ser brusco, porque en este caso denuncia la parálisis del corazón. En la nefritis, el aumento de la úrea es un signo favorable y el aumento de la globulina sobre la serina, es, por el contrario, de mal pronóstico.

En el reumatismo, la disminución de acidez y el aumento de la cal son signos favorables. La relación de los fosfatos terreos con el azoe eliminado y la indicanuria marcan el pronóstico de la tisis. En la pneumonía, hay retención de la cal durante la formación del exudado: su reaparición y su aumento indican la proximidad de la resolución.

(La Med. mod.)



SECCIÓN PROFESIONAL

MEMORIA - RESUMEN

DE LA

ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL
correspondiente al año 1891.

—Continuación. (1)

Fiebres tifoideas.—Se asistieron de esta enfermedad 31 hombres en Infantería, 9 en Caballería, 1 en Artillería, 2 Ingenieros y 1 Guardia Civil, total 44. De éstos fallecieron 9 en Infantería, 4 en Caballería y dos en Ingenieros, es decir, 15, siendo por tanto las proporcionalidades por cada 1.000 sanos de 0'70 en Infantería, 2'18 en Caballería y 2'56 en Ingenieros.

Tuberculosis pulmonar.—Hubo que lamentar la pérdida de 23 muertos en Infantería por 47 asistidos, 1 muerto en Caballería por 6 asistidos, 1 en Artillería de 3 ingresados, 1 en Ingenieros por 5 ingresados, 1 en Sanidad por 3 ingresados y 6 de Guardia Civil de 12 entrados, es decir, **33** muertos en total, además de 10 inútiles que se declararon de esta cruel afección y de 25 licencias que se concedieron por la misma. Las proporcionalidades de fallecidos por cada 1.000 hombres de fuerza en revista, fueron como sigue: 1'78 en Infantería, 0'54 en Caballería, 1'06 en Artillería, 1'32 en Ingenieros, 7'70 Sanidad y 1'40 Guardia Civil, llamando la atención la alta cifra necrológica que correspondió á Sanidad.

Paludismo.—Se asistieron de malaria 396 individuos de Infantería, 56 de Caballería, 63 de Artillería, 38 de Ingenieros y 58 de Guardia Civil; total **604**. Como en 1890 se asistieron **1.558** y en 1889 hubo **2.054** ingresados en los hospitales por esta enfermedad, se nota una importantísima disminución de entrados en hospitales, que gustosísimos consignamos.

Los fallecimientos por la misma ascendieron á 15 en Infantería, 4 en Caballería, 2 en Artillería y 6 en Guardia Civil, ó sean, 27 en total, lo que da una proporcionalidad de 1'16 por Infantería, 2'18 por Caballería, 2'12 por Artillería y 1'41 por Guardia Civil.

Venéreo.—Hubo 669 asistidos en Infantería, 74 en Caballería, 53 en Artillería, 51 en Ingenieros y 83 en Guardia Civil, total 928. Todos curaron.

Sífilis.—Ingresaron 36 individuos en Infantería, 2 en Caballería,

(1) Véanse los núms. 133, 134, 135 y 136 de esta REVISTA

1 en Artillería, 3 en Ingenieros y 14 en Guardia Civil, total 56; no hubo ningún inútil ni fallecido.

Pneumonia.—Se asistieron 19 en Infantería, 1 en Caballería, 2 en Artillería y 1 en Guardia Civil, total 23. De éstos fallecieron 2 individuos de Infantería y 1 de Artillería, siendo por tanto las proporcionalidades necrológicas de 0'15 por la Infantería y 2'12 por la Artillería.

Viruelas —Hubo 1 muerto en Artillería y 1 en Guardia Civil, lo que da la proporcionalidad de 1'06 por la primera arma y de 0'23 por la segunda. Resulta halagüeño para la estadística cubana tan exigua cifra necrológica por esta repugnante enfermedad en ejército de más de 20.000 soldados, siendo más afortunado éste que el de la Península, donde de 80.000 hombres de fuerza en revista, han fallecido 27, es decir, más del triple que en Cuba.

Inútiles.— Se han declarado 47 en Infantería, 3 en Caballería, 8 en Artillería, 6 en Ingenieros, 1 en Sanidad y 12 en Guardia Civil, total 77. De éstos lo fueron la mayoría por tuberculosis, hernias, afecciones crónicas del aparato respiratorio, hipertrofia cardíaca, etcétera. Las proporcionalidades fueron las siguientes:

Infantería	3,65
Caballería	1,64
Artillería	8,50
Ingenieros	7,96
Sanidad	7,68
Guardia civil	2,83

Traumatismos —Tanto por agresión como por accidente, hubo 63 heridos en Infantería, 22 en Caballería, 18 en Artillería, 8 en Ingenieros, 1 en Sanidad y 13 en Guardia Civil, total 125. De éstos fallecieron: 1 en Infantería, 4 en Caballería, 1 en Artillería, y 1 en Ingenieros, total 7. Hubo 3 inútiles en Infantería, curaron el resto.

Regresados por enfermos á la Península. — Se embarcaron para España 147 en Infantería, 35 en Caballería, 28 en Artillería, 48 en Ingenieros, 2 en Sanidad y 16 en Guardia Civil, total 276. Las enfermedades que produjeron su baja en Cuba, fueron la cloroanemia, en 184 casos, la gastralgia, en 44; la tuberculosis, en 25; regresando el resto por padecer catarros, hepatalgias, infartos, etc.

ISLA DE PUERTO RICO

Fuerza en revista.—El término medio en esta Antilla, fué de 2.196 soldados en Infantería, 7 en Caballería, 470 en Artillería, 25 en Sanidad y 639 en Guardia Civil; total 4.337. De éstos fallecieron 21

en Infantería, 10 en Artillería y 3 en Guardia Civil; total, 34. Como en el año 1890 murieron 101, resulta la mortalidad disminuída en *dos tercios* en el 1891. Así, mientras el tanto por 1.000 de fallecidos, fué en el primer año de **28'07** en el que venimos reseñando sólo fué de **9'69**, cifra altamente ventajosa, tratándose de un país tropical.

Fiebre amarilla. — Fallecieron de esta cruel dolencia 7 individuos de Infantería, 5 de Artillería y 2 de Guardia Civil; total, 14. Lo que da una proporcionalidad de **4'57** por 1.000 sanos. El año de 1890 fallecieron de esta sola enfermedad **7'1** individuos imputables á Guerra ascendiendo la proporcionalidad de dicho año á **20'77** contra **4'57** en el año 1891. El resultado es consolador en alto grado por el año actual y lo consignamos con el mayor gusto.

Fiebres tifoideas. — Uno asistido en Infantería que murió. La proporcionalidad fué, pues, de 0'45 por 1.000 sanos.

Tuberculosis pulmonar. — Doce asistidos en Infantería, 6 en Artillería, 6 en Guardia Civil y 1 en Sanidad. Total 25. De éstos fallecieron 1 en Infantería y 2 en Artillería. Total 3. Se dieron por útiles 11, y 10 con licencia temporal. La proporcionalidad de muertos fué de 0'45 en Infantería y 4'25 en Artillería.

Paludismo. — Hubo 241 asistidos en Infantería, 67 en Artillería y 95 en Guardia Civil. Total 403. De éstos fallecieron 5 en Infantería, curando el sexto. Las proporcionalidades fueron, pues, de 2'27 por 1.000 en Infantería.

Pneumonias. — Hubo 2 asistidos en Infantería, de los que murió 1, y 1 en Artillería que falleció. Total 3. Las proporciones fueron, pues, de 0'45 por Infantería y 2'50 por 1.000 sanos por Artillería.

Venéreo y sífilis. — Se asistieron 184 imputables á Guerra que curaron todos. En sífilis ingresaron 50 que también curaron.

Viruela. — No hubo ningún fallecido de esta cruel afección.

Inútiles. — Hubo 29 en Infantería, 4 en Artillería y 1 en Guardia Civil. Total 34. Siendo las proporcionalidades de 13'23 por Infantería, 8'50 por Artillería y 1'56 por la Guardia Civil. Las enfermedades que dieron más inútiles, fueron la tuberculosis, lesión orgánica de corazón y palpitaciones del mismo.

Traumatismos. — Hubo seis heridos en Infantería y cuatro en Artillería. Total 10. Todos curaron.

Pases á España por enfermos. — Regresaron por este concepto 23 individuos en Infantería, 6 en Artillería, 12 en Guardia civil y 4 en Sanidad. Total 45. Las enfermedades que produjeron sus regresos,

fueron principalmente la cloro-anemia, la tuberculosis, la debilidad general, los infartos viscerales y el catarro intestinal.

ISLAS FILIPINAS

El término medio de la fuerza en revista en el Archipiélago ha sido de 2.271 europeos y de 10.750 indígenas de la fuerza imputable á Guerra, toda vez que el resto hasta las cifras consignadas en los estados generales es de organismos no imputables al ministerio de la Guerra.

De esta fuerza han fallecido 8 europeos y 233 indígenas en Infantería, 1 europeo y 5 indígenas en Caballería, 59 europeos en Artillería, 1 europeo y 2 indígenas en Ingenieros, 16 indígenas en Guardia civil y 8 indígenas en Guardia veterana, ó sean, en total, 64 europeos y 264 indígenas.

Las proporcionalidades de fallecidos han sido para los europeos **30·38** y para los indígenas **21·55**. Como el año 1890 fueron de **555**, para los europeos y **981** para los indígenas, resultan muy elevadas las proporcionalidades en el año actual. Esto se debe, en primer término, á las fiebres perniciosas que han ocasionado 20 muertos europeos y 76 indígenas, y á la disentería que ha arrebatado 7 europeos y 51 indígenas.

Fiebres tifoideas.—Se han asistido 21 europeos y 23 indígenas, de los cuales han fallecido 14 europeos y 22 indígenas.

Las proporcionalidades de fallecidos han sido para Infantería de 0·36 europeos y 0·28 para los indígenas; para la Artillería de 2·00 europeos y 0,00 para los indígenas; para los Ingenieros de 2·35 en los europeos y 0·22 para los indígenas, y para la Guardia civil 0 europeos y 0·30 indígenas.

Tuberculosis pulmonar.—Hubo 12 europeos asistidos y 76 indígenas; de éstos murieron 4 europeos y 31 indígenas, y se declararon inútiles 6 europeos y 39 indígenas, en Infantería y se declararon inútiles 6 europeos y 39 indígenas.

Las proporcionalidades de fallecidos fueron las siguientes: 0·29 en Infantería, indígenas; 0·22 en Artillería, europeos; y 0·22 indígenas de Guardia civil.

En inútiles hubo las siguientes proporcionalidades: 0·39 indígenas en Infantería; 0·13 europeos en Artillería; 0·67 indígenas en Ingenieros y 0·18 Guardia civil.

Paludismo.—Hubo 67 europeos ingresados de paludismo y 2.657 indígenas; de éstos han fallecido 20 europeos y 76 indígenas.

Se han concedido 427 licencias indígenas, y han regresado á España 12 europeos.

La proporcionalidad de fallecidos ha sido: 0'36 europeos y 0'98 indígenas en Infantería; 1'00 en Artillería y 0'13 en Guardia civil.

Venereo.—Se han asistido 119 europeos y 52 indígenas; no ha habido ningún muerto ni inútil.

Sifilis.—Se han asistido 7 europeos y 27 indígenas imputables á Guerra; se han concedido 4 licencias, curando el resto.

Pneumonías.—No ha habido ningún ingresado.

Viruela.—Han fallecido de esta cruel enfermedad 3 europeos y 9 indígenas, lo que da una proporcionalidad de 1,31 para los europeos y 0,83 para los indígenas.

Inútiles.—Han sido declarados inútiles 1 europeo y 166 indígenas en Infantería, 6 indígenas en Caballería, 26 europeos en Artillería, 6 indígenas en Ingenieros, 2 indígenas en Sanidad, 17 indígenas en Guardia civil y 1 indígena en Guardia Veterana, lo que da un total de 27 europeos y 198 indígenas.

La proporcionalidad de inútiles por razas, fué de 11,67 europeos y 17,50 indígenas.

Las enfermedades que mayor número de inutilidades causaron fueron la debilidad general, las hernias, las palpitaciones de corazón y la tuberculosis pulmonar. De la primera se inutilizaron 3 europeos y 51 indígenas, de la segunda 2 europeos y 4 indígenas, de la tercera 1 europeo y 11 indígenas y de la cuarta 6 europeos y 39 indígenas.

Traumatismos.—Ingresaron en hospitales 67 heridos en Infantería, 8 en Caballería, 27 en Artillería, 4 en Ingenieros, 3 en Carabineros y 6 en Guardia civil. Total, 115. De éstos fallecieron 2 en Infantería, 1 en Artillería. Además se declararon inútiles, 3 en Infantería, 1 en Guardia civil, 1 en Carabineros y 1 en Ingenieros. Finalmente, en varias acciones de guerra, fallecieron 5 en Infantería, 2 en Artillería y 7 de fuerza no imputable á Guerra. Total, 14.

Pases á la Península por enfermos.—Regresaron por este concepto á España 60 en Infantería, 5 en Caballería, 261 en Artillería, 7 en Ingenieros y 3 en Guardia civil. Total, 336.

Las enfermedades que les obligaron principalmente á regresar á la Península, fueron en 280 casos la anemia, en 11 el catarro intestinal, en 12 el paludismo y en 9 las palpitaciones del corazón.

C. DE TORRECILLA.

Subinspector Médico de segunda clase.