

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO II

MADRID, 1.º DE DICIEMBRE DE 1888

Núm. 35

TRATAMIENTO ANTISÉPTICO DE LA ERISIPELA

Después de las investigaciones de Nepveu en 1870 y de los trabajos de Cornil de 1884 á 1887, la dermatitis erisipelatosa ha sido considerada como de naturaleza parasitaria.

Los trabajos personales que sobre este particular se han hecho en el Instituto Anatómico-Patológico del Cuerpo, han comprobado siempre por medio de diferentes procedimientos técnicos de coloración, numerosos hongos fisíparos de 0,003^{mm} de diámetro y constituidos por esporos reunidos en grupos y situados entre los espacios interfasciculares del tejido del dermis y en el exudado fibrinoso, producto del proceso flogístico, tomando como sitio de predilección para su implantación estos microorganismos, la periferia de los folículos pilíferos; razón por la cual hay lugar á explicar la mayor frecuencia de presentación en estas regiones, la caída del pelo que muchas veces acaece después de un ataque, y la recidiva de la dermatitis en el punto primeramente invadido, ó en sitios limitrofes á él mismo; circunstancia que en este último caso indica la presencia del micrococo, *olvidado*, pudiéramos decir, después de la resolución del proceso, en las cavidades accidentales (depresiones cicatriciales del acné) ó en las regiones pilíferas de la barba, entrada de las fosas nasales y conducto auditivo externo.

Esta forma de erisipela de repetición que se está observando constantemente en la práctica, sobre todo en los individuos estromosos y reumáticos más expuestos á los ataques por las condiciones de terreno más aptas á la receptividad de los microorganismos específicos, ha dado origen en estos últimos años basándose en esta manera de ser su patogenia, no sólo á establecer la profilaxis de esta forma especial, sino á adoptar desde el principio de la dermatitis sola y exclusivamente el tratamiento antisép-

tico local, origen más tarde de los trastornos generales observados durante el curso evolutivo del proceso.

Bajo este concepto, y admitida hoy como moneda corriente por la generalidad de los prácticos la naturaleza microbiana de la afección que nos ocupa, vamos á indicar someramente las sustancias más comunmente empleadas en el tratamiento antiséptico de esta dolencia, apuntando al mismo tiempo los resultados conseguidos por nosotros en cada una de ellas con el fin de que el lector compare y pueda hacer con exacto conocimiento su aplicación en la clínica.

Empezando por la sustancia que puede considerarse ya hoy como antiséptico antiguo, el ácido fénico, el Dr. Bœckel y Hunter lo ha empleado en el tratamiento de la erisipela en una disolución á 1 por 100, aplicándolo en inyecciones subcutáneas colocadas en los límites de la zona erisipelatosa.

Practica todos los días dos inyecciones, dando, según las observaciones de dicho autor y el Dr. Lezary—éste último, profesor de la escuela de Alger—satisfactorios resultados y consiguiendo la desaparición de las placas del quinto al sexto día de presentación. Por lo que á nuestra práctica se refiere, podemos asegurar que á pesar de la inocencia del tratamiento y de no ir seguido, como es lo general, de consecuencias ni trastorno local alguno, no podemos menos de rechazarlo por las complicaciones que trae consigo la práctica de las inyecciones intra-dérmicas en la piel de la cara y aun de cualquiera otra región. Nos referimos á la presentación de abscesos que siempre ocurre depositando el líquido medicamentoso entre los fascículos conjuntivos del dermis, poco aptos para una dilatación forzada con dislaceración de sus fibras sin producir la bola de edema, por ser mallas coherentes apretadas, poco dilatables traumatizando sus elementos constitutivos. Esto bajo el punto de vista anatómico; que con respecto á la absorción ésta se hace con extremada laxitud, no reabsorviéndose por completo la mayoría de las veces el líquido inyectado en su totalidad, cuya presencia obra como elemento irritante del tejido del dermis, constituyendo, aunque muy circunscritos, abscesos dérmicos, que una vez abiertos, vienen á complicar la dermatitis y hacerla tomar quizá una gravedad que antes no tenía. Dos veces hemos puesto en práctica este tratamiento y á pesar de habernos esmerado en hacer la inyección

con todas las debidas condiciones, tuvimos abscesos y la inflamación siguió su curso sin que pudiera dominarse su marcha progresiva.

En los *Anales de Dermatología* franceses, el Dr. Ferreira aconseja emplear el tratamiento antiséptico por medio de una tela protectora compuesta de una disolución de gutapercha en cloroformo, donde mezcla una sustancia antiséptica. Este método, más que como procedimiento antiséptico, obra por oclusión y sólo debe estar indicado en las erisipelas flictenoides, pues evita la rotura de las vesículas y que las superficies denudadas de la capa dermo-epidémica queden al descubierto, y por consiguiente, que dejen más campo de entrada á la infección. Mejor que la gutapercha, que molesta por su estremada rigidez, nosotros en estos casos solemos emplear el papel de árnica colodionado, que por su flexibilidad no molesta y se adapta perfectamente á la superficie de la piel, procura una ligera compresión produciendo algo de isquemia de la mancha y sustituye á la capa epidérmica desprendida de las flictenas, evitando su contacto con el aire. Una vez terminado el proceso conjuntivo, la capa protectora se va desprendiendo ella sola á la par que la superficie cutánea sufre la desepidermización consecutiva, y muchas veces el agrietamiento que se observa en su superficie libre, indica la resolución de la dermatitis.

El ácido fénico y el aceite esencial de trementina se emplean por el Dr. Eichhorst en toques á la región afecta por medio de un pincel, cuya mezcla, 2 gramos del primero por 30 del segundo, debe usarse en pinceladas de hora en hora cuidando de dejar libres los puntos invadidos por las vesículas (flictenas) porque se produciría una viva irritación de la piel. No hemos tenido ocasión de hacer uso de dicha mezcla, pero á creer la autoridad de tan eminente clinico como el Dr. Eichhorst, no creemos responde mal á su uso; sin embargo, la irritación cutánea producida más que por el ácido fénico, por el aceite esencial que le disuelve, debe de ser vivísima y dar lugar en los individuos de piel fina y blanca á brotes eczematosos que pueden ulcerarse y dar más campo de entrada á la infección; esto nos ha pasado en un caso que tratamos por el procedimiento de Luke con la trementina pura.

El ácido fénico aconsejado por el Dr. Tassí (1) en disolución

(1) *Bulletin de Therapeutique*, 1881.

saturada y que parece que no sólo ejerce acción sobre el microorganismo específico, sino que procura una acción astringente anemizante que provoca la resolución de los exudados intradérmicos, la hemos empleado el año 1886 en seis enfermos de la sala 13 y 14 del Hospital Militar de esta capital, por aquella época encomendada accidentalmente á nuestro servicio, y tampoco hemos podido obtener un éxito seguro que pueda considerarse como de verdadera eficacia.

De todas estas sustancias que acabamos de enumerar, así como de la solución de carbonato de plomo, el nitrato de plata, el colodión iodoformizado, y la pomada bórica, puede decirse que ninguna reúne, excepto el ácido fénico, verdaderas propiedades antisépticas, debiéndose reservar tales propiedades á las preparaciones mercuriales y escogiendo entre ellas el bicloruro de mercurio, la pomada de calomelanos y el unguento mercurial, que suelen responder bien, si se aplican con método, en el mayor número de casos.

Las disoluciones de bicloruro de mercurio en la proporción de 1 por 1.000 son excelentes, tanto en lociones repetidas sobre las placas eritematosas, como en lavatorios en las inmediaciones de estas últimas ó inyecciones en las cavidades nasales y conducto auditivo externo, con el fin de desinfectar é impedir su propagación. En nuestra práctica empleamos en vez de abluciones, compresas calientes empapadas en la misma disolución y colocadas constantemente en la zona inflamada, renovándolas algunas veces durante el día, obteniendo de esta manera una doble acción emoliente y antiséptica.

Cuando la erisipela invade las extremidades, en vez de compresas pueden darse baños locales, cubriendo después la extremidad con algodón salicilado.

El Dr. Bouchard emplea con excelente éxito planchuelas empapadas en unguento napolitano, que coloca sobre la superficie eritematosa como en sus puntos limítrofes. Si en la región invadida hay folículos pilíferos, corta el pelo hasta cerca de su raíz, con el fin de hacer más fácil la colocación del unguento. Este método de curación suele tener el inconveniente de producir el tialismo, cosa que no sucede hasta los cuatro ó cinco días de su empleo, que es la época en que la dermatitis suele estar ya resuelta. En estos casos debe suspenderse su aplicación y tratar la in-

flamación gingival por el clorato de potasa. La pomada de calomelanos, que va exenta de este accidente, nunca suele responder con sus éxitos, sobre todo en el periodo agudo de la dolencia; esto mismo podemos decir de la pomada bórica y salicílica.

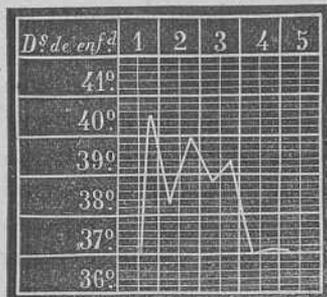
A pesar de los efectos que la medicina antiséptica local ejerce en la marcha del eritema, nunca por regla general son suficientes para dominar la reacción general que la acompaña, y pocas veces podemos abstenernos de administrar medicamentos al interior, bien para modificar el estado gástrico, bien para moderar la fiebre. Esta última, elemento principal, en nuestro concepto, de las complicaciones, debe considerarse como una fiebre de infección; la medicación debe ser, pues, según la opinión de algunos autores, también antiséptica, para lo que se han preconizado, los calomelanos á la dosis de dos centigramos cada dos horas, cuya dosis será continuada mientras la mucosa bucal no dé síntomas de protesta, y el estado general no se modifique.

Fuera de que en la mayoría de los casos no hace falta medicación tan activa y que no deja de tener en algunas circunstancias serias contraindicaciones (anemia, linfatismo, escrofulismo), es preferible echar mano de sustancias que á la par que se las reconozca como antisépticas, posean y tengan la propiedad de ser antitérmicas. Entre las que debemos usar más particularmente figuran el sulfato de quinina y la antipirina, debiendo dar la primera en los casos graves con tendencia á la complicación ataxoadinámica, y la segunda, en los que sólo domine la fiebre, cuyo síntoma suele desaparecer rápida y definitivamente después de haber tomado no muy altas dosis del medicamento. (2 á 4 gramos en dosis de medio gramo cada tres á cuatro horas si la fiebre no fuese muy intensa).

La antipirina obra en especial en estos casos como antitérmico y antiséptico, cuyas propiedades han estudiado bien en estos últimos años los doctores Robín y Verneuil (1); estableciendo desde el primero al segundo día el tratamiento antiséptico local por las compresas calientes de la disolución de sublimado, y haciendo uso al mismo tiempo de la antipirina, la generalidad de las veces puede detenerse el proceso del cuarto al sexto día y evitar su propagación si la dermatitis tiende á invadir el cuero cabelludo.

(1) Sesiones de la Academia de Medicina. París, 1887.

En el último caso que hemos tratado de esta forma, la placa eritematosa ocupaba una gran extensión de la mejilla izquierda; la fiebre se hizo alta desde el primer día adquiriendo en la tarde del mismo la temperatura que expresa la adjunta cuadrícula.



Las compresas locales y la antipirina fueron disipando de tal manera los síntomas generales y locales, que en la mañana del quinto día el enfermo estaba apirético y la dermatitis empezaba á esfoliarse en toda la extensión de la placa. Una vez corregido y aun pasado el período agudo, la medicación antiséptica debe conti-

nuar hasta una vez terminado el período de descamación, y sólo deberán suspenderse las compresas y sustituirlas por los lavatorios desinfectantes de sublimado, continuando con ellos mientras no se hallen eliminadas por completo las escamas foliaceas del epidermis.

Este periodo es el que debe de vigilarse más para impedir las recidivas, que como dejamos dicho anteriormente, son debidas á la presencia de las bacterias esféricas (*Streptococcus*) retenidas entre los detritus epidérmicos y en la entrada de los folículos pilíferos.

Esta particularidad es necesaria tenerla en cuenta, pues constituye la mayoría de las veces la causa de la erisipela crónica que tras de los trastornos circulatorios periféricos, trae el éxtasis linfático y el infarto crónico de la piel que deforma la facies y la coloca en multitud de casos semi-*elefantiasia*. El tratamiento consecutivo de este infarto después de desaparecido el período agudo de la erisipela y terminada la desepidermización debe de ser antiséptico y resolutivo con el fin de concluir de extinguir los microparásitos y procurar la reabsorción del exudado dérmico, productos de la inflamación cutánea.

Los lavatorios de la disolución de sublimado deben de continuar haciéndose en este período, ó bien sustituirlos por una disolución de ácido bórico al 1 ó 2 por 100 que el enfermo usará una ó dos veces por día, dándose por la noche en toda la superficie de la piel infartada una pomada compuesta de

Calomelanos.	25 centigramos.
Óxido zinc.	1 ó 2 gramos.
Manteca.	30 gramos.

Esta pomada que la recomendamos á nuestros ilustrados lectores, la venimos empleando con tan admirables resultados, que hay pocos enfermos que no encuentren en poco intervalo de tiempo notable mejoría (1).

Además del tratamiento del infarto, que constituye después de los lavatorios un medio de profilaxis individual, para evitar las recidivas es necesario atender al saneamiento del local y objetos que han rodeado al enfermo durante el curso de la afección.

Esto, que lo miran algunos como cuestión baladí, es de la más alta importancia, pues hemos podido observar algunos casos de recidiva en los sujetos que habían tenido un ataque de erisipela, por seguir habitando, sin proceder al saneamiento, la misma habitación donde estuvieron enfermos.

La desinfección del aposento y de las ropas debe hacerse siempre después de un ataque de erisipela, tanto por el enfermo mismo como por los extraños que le rodean, sobre todo en las salas de hospital, en particular en los departamentos quirúrgicos, si no quiere verse en poco tiempo extenderse la afección, aún en los individuos que presenten el más ligero traumatismo.

El constante progreso científico de nuestra época, y el estudio de los fenómenos clínicos auxiliados de las investigaciones microscópicas han hecho conocer la causa íntima, el por qué de la generalidad de los procesos infecciosos, trazando el camino que debe de seguirse en su terapéutica.

Incluída también dentro de este grupo la erisipela, ha participado de este progreso, llegando á alcanzar en estos últimos años el *desideratum* en su tratamiento.

J. PÉREZ ORTIZ,
Médico 1.º

EL ÁCIDO CRISOFÁNICO

El polvo de Goa contiene de 80 á 84 por 100 de ácido crisofánico. También se obtiene del *Parmelia parietina*, especie de liquen que crece en la India y el Brasil. Asimismo le contiene la raíz del ruibarbo, de la

(1) Siempre que recaigan estos en individuos linfáticos ó artríticos, deberá establecerse la medicación interna adecuada á su proceso constitucional.

cual le obtiene Scholsberger tratando las soluciones acuosas de ruibarbo con éter.

El ácido crisofánico ó ruibarbárico es un polvo formado por agujas ó escamitas de color amarillo bajo ó naranja fuerte, es poco soluble en el agua y algo en el éter, alcohol y bencina; en los álcalis se disuelve y toma un color rojo.

La pomada de ácido crisofánico ejerce sobre la piel sana una acción muy irritante, á los pocos días se observa eritema extenso y tumefacción edematosa de la región. El eritema crisofánico es desigual de color; suele ir acompañado de pápulas pequeñas rojas en su contorno y oscuras en el centro; causa picor y á veces insomnio y fenómenos generales de gastro-enteritis, y desaparece á los ocho ó diez días con alguna descamación. Mancha la piel y las ropas de color oscuro de púrpura; no da calor ni es dolorosa su aplicación.

Antes de aplicar el ácido crisofánico conviene dar un baño jabonoso á los enfermos para hacer caer las costras ó escamas. Fox aconseja que se haga una pasta con un poco de agua, se le aplica sobre la parte enferma ya descamada, y cuando á los dos minutos se seca, se la cubre con una capa de colodión.

Ogilvie Will, Newmann, Braun, Chartesis, Napier y Stocquard son quienes han introducido este agente en la terapéutica de las enfermedades cutáneas.

Ogilvie Will curó en 1878 seis casos de psoriasis guttata, punctata y nummular.

Newmann se muestra tan partidario del ácido crisofánico, que llega á afirmar: 1.º El ácido crisofánico es un excelente remedio contra el herpes tonsurante, la pitiriasis versicolor y sobre todo el psoriasis vulgar. 2.º El psoriasis de fecha reciente desaparece con las unturas de pomada crisofánica en menos tiempo que con cualquiera otro de los remedios conocidos. 3.º Las formas más inveteradas del psoriasis crónico pueden modificarse ventajosamente con el ácido crisofánico, y es muy raro que la enfermedad oponga una resistencia prolongada á la acción de este remedio. 4.º Las aplicaciones del ácido crisofánico sobre el tegumento externo no son dolorosas. Cuando se observa sobre la piel sana inmediata alteraciones producidas por el medicamento, es que evidentemente estaba mezclado con una materia resinosa. Y 5.º Gracias al ácido crisofánico, el psoriasis es hoy perfectamente curable (*Viener Medical Press*, 1878). La primera estadística de Newmann comprende 15 casos y la segunda 9; aconseja que las partes sanas se protejan cubriéndolas con una compresa fina.

Empleado en los casos de efélides, cloasma y manchas ó pápulas sifilíticas, Newmann y Braun dicen que da buenos resultados, porque, irri-

tada la piel, se desprenden las capas córnea y subepitelial, el pigmento queda al descubierto, puede ser arrastrado al exterior con las lociones y desaparecen las manchas al regenerarse la piel.

El ácido crisofánico disfruta gran boga en Inglaterra, tanto que Balmanno Squire asegura que es lo mejor de la terapéutica moderna para el psoriasis, y por su parte ha llegado á usar pomadas al 5, al 10 y hasta al 25 por 100 de ácido. Besnier lo ha empleado en Saint-Louis y ya no se muestra tan entusiasta, pues, según él, la pomada al 5 por 100 dada con pincel sobre las placas psoriásicas no evita las recidivas.

Lo cierto es que la pomada crisofánica á la larga acaba por causar una erupción de la piel más extensa que la lesión combatida y que puede hacerse aún más grave que ella, aunque las unturas se den sin frotar; por esto se acostumbra, después de dar lociones jabonosas que limpien la superficie enferma, hacer embrocaciones sobre ella con la solución de clorhidrato de cocaína.

En abril de 1881 Chartesis consiguió curar un psoriasis grave de ambas piernas aplicando la pomada sólo en una de ellas. De aquí dedujo que el ácido crisofánico había sido absorbido y que su acción interior curó el psoriasis de la pierna que no fué friccionada. En 27 de abril de 1882 Napier leyó una nota á la Sociedad Médico-quirúrgica de Glasgow acerca de las ventajas del ácido crisofánico usado al interior contra el psoriasis. Stocquard (de Bruselas) ha trabajado mucho en este asunto y presenta la siguiente estadística:

Via gástrica.

Aené	3 casos.	} Total, 61 casos. . .	} Curaciones comple- tas 56 Curaciones incom- pletas 2 Recidivas 2 Caso rebelde 1
Ectima	5 —		
Eczema	32 —		
Impétigo	4 —		
Liquen	4 —		
Pitiriasis	1 —		
Prúrigo	4 —		
Psoriasis	5 —		
Urticaria	3 —		

Via hipodérmica.

Aené rosáceo	1 caso.	} Total, 11 casos. . .	} Curaciones 9 Mejorías 1 Sin éxito 1
Eczema	3 —		
Liquen	4 —		
Prúrigo	1 —		
Psoriasis	1 —		
Urticaria	1 —		

Stocquard, en sus 72 enfermos, no ha empleado tratamiento local ninguno, y se ha limitado exclusivamente al uso interno del ácido criso-

fánico. Por la vía gástrica lo administró en poción acuosa, en píldoras ó en polvo, casi siempre prefiriendo el primer modo. La dosis conveniente es dar durante las veinticuatro horas 3 centigramos á los adultos y uno á los niños; pero influye mucho la disposición del sujeto: enfermos hubo que toleraron elevar la dosis hasta 2 gramos por día, y otros en quienes á las primeras dosis de á centígramo hubo fenómenos gastro-intestinales. Napier aconseja que cuando esto sucede se continúe dando dosis pequeñas, y en seguida que se calme la intolerancia, se aumenta progresivamente la dosis hasta que de nuevo se manifieste aquélla, y entonces se vuelve á la dosis primitiva. Glaicester ha visto un caso de envenamiento con síntomas de nefritis.

Para inyecciones hipodérmicas empleó Stocquard soluciones acuosas de medio milígramo por centímetro cúbico de agua, y, sin embargo, en seis casos, de once, se formaron abscesos dolorosos.

En definitiva, el ácido crisofánico debe usarse: como tónico, en pomada cuando las placas de psoriasis no son muy extensas, están en partes cubiertas de ordinario y en región que la piel no sea muy delicada; en solución acuosa, tomada al interior, en las condiciones opuestas, y en inyecciones hipodérmicas cuando no sea posible ninguno de los dos métodos anteriores por haber intolerancia gástrica y excesiva finura de la piel, y aun así hay que rebajar las inyecciones á un cuarto ú octavo de milígramo y hacerlas en la nuca ú otra región de piel gruesa.

Todavía no hay gran conformidad de opiniones en los autores de terapéutica en cuanto al modo de obrar el ácido crisofánico. La mayoría admite que tópicamente es un estimulante local ó cáustico rubefaciente, que no llega á ser vesicante, y que al interior ofrece analogía con la ipecacuana y el tártaro estibiado. Glaicester cree que este medicamento tiene una acción electiva sobre el epidermis semejante á la del arsénico. Chartesis hizo notar que dado en fricciones repetidas puede ser absorbido y determinar fenómenos generales. Nosotros creemos que estas confusiones referentes á la acción terapéutica del ácido crisofánico dependen de dos orígenes: uno la procedencia del medicamento, más ó menos impuro, según proceda del polvo de Goa, de la raíz de ruibarbo ó del liquen ya citado, y el otro la dosis á que se administre, según la mayor ó menor impresionabilidad y tolerancia del enfermo. Tampoco encaja en nuestro criterio eso de acción electiva ó específica: creemos que el ácido crisofánico, aun usado como tópico, es absorbido, y que cuando viene la acumulación de dosis ó de acción, es eliminado sucesivamente por el intestino, la piel y el riñón. Hasta ahora sólo las dosis más elevadas son las que han ocasionado dos ó tres casos de nefritis, y lo que es los prácticos norte-americanos Burkley, Robinson, Piffard y Cernier, hay que confesar que lo han dado *larga manu* al interior. En cuanto á su acción local, nada

la hallamos de específica; sólo es, mejor que la brea y el enebro, un agente acelerador de la evolución que han de seguir las lesiones profundas húmedas del psoriasis; prueba de ello que, tópicamente usado, requiere como preliminar el desprendimiento de las escamas, requisito innecesario administrándole al interior.

Las fórmulas más usadas son:

Acido crisofánico	3 gramos.
Alcohol	c. s.
Vaselina	30 gramos.

Disuélvase y hágase pomada p. u. e.

Vaselina líquida	30 gramos.
Acido crisofánico	3
Clorhidrato de cocaína	0,50

Disuélvase, mézclase y hágase pomada.

Acido crisofánico	c. s.
-----------------------------	-------

H. s. a. gránulos de 3 centigramos para dar 1 á 3 á los niños y 8 á 10 á los adultos durante las veinticuatro horas.

Ungüento simple	40 partes.
Acido crisofánico	10 »
Aceite de bergamota	10 gotas.

P. u. e. (*Newmann*). Eczema.

Acido crisofánico	6 miligramos.
Azúcar de leche	4 »

H. un gránulo (*Eapier*).

Acido crisofánico	0,30 á 0,40 gramos.
Vaselina	30

Hágase pomada (*Besnier*).

El ácido crisofánico es el antipsoriásico por excelencia al interior; al exterior no es antiescaumoso, pero sí estimulante local, algo cáustico y acelerador por compresión de las congestiones papilares del dermis.

F. R. PÉREZ-CABALLERO,

Médico 2.º

(*Rev. de oft. derm., etc.*)

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Analgesia: Cloruro de metilo: Stypage.—Un año hará próximamente que leyó el Dr. Vidal en la *Académie de Médecine* un informe relativo al procedimiento empleado por M. Bailly para la anestesia local por medio del cloruro de metilo.

Dicho procedimiento, denominado *stypage* (1) por el autor, tiene por objeto principal evitar los inconvenientes que ofrecen las pulverizaciones hechas con el expresado medicamento y consiste sencillamente en la adopción de una especie de tapón ó muñequilla compuesta de algodón en rama en el

(1) De la palabra latina *stipes*, que significa tronco.

centro y de cadarzo ó borra de seda por fuera. Este tapón, ó sea el *stypé* de Bailly, se rocía ó empapa con el cloruro de metilo, se coge con una pinza de caoutchouc vulcanizado y se aplica sobre la piel de la región que se quiera anestesiar.

Si se suspende la aplicación del *stypé* al cabo de uno ó dos segundos, el sujeto sólo experimentará una sensación de frío á la que sigue una ligera reacción y estimulación local; si se prolonga por más tiempo, la sensibilidad se embota, la parte humedecida toma un tinte pálido cadavérico, y la reacción es mucho más viva, produciéndose una congestión de retorno acompañada de ligera comezón. La mancha blanca es el signo de la anestesia incipiente; continuando la aplicación, se obtiene una anestesia completa y duradera, en cuyo caso la reacción consecutiva es más violenta y va acompañada de una sensación de quemadura que se exagera por la presión. Cuando el *stypage* excede de estos límites no tardan en presentarse pequeñas vesículas blanquecinas, y el epidermis va variando de coloración hasta adquirir un tinte rojo oscuro tras del cual puede sobrevenir la vesicación y aun la mortificación de los tejidos.

Numerosas han sido las aplicaciones que se han hecho del *stypage* en vista de las alabanzas que le prodigaron desde un principio los doctores Vidal, Bouchard, Besnier y Dujardin-Beaumetz: se ha utilizado sobre todo para calmar el dolor en toda clase de neuralgias, en la pleurodinia, el torticolis, el lumbago y los reumatismos musculares; se ha empleado con éxito también en algunos casos de gastralgia, cólico hepático, herpes zona y tétanos espontáneo; por último, el uso del termo-cauterio para la abertura de flemones ó de absesos fríos y el empleo del bisturí para la incisión de absesos ó de panadizos ó para pequeñas operaciones, se han facilitado grandemente así como se ha conseguido hacer menos dolorosa la cauterización punteada.

Después de publicado el dictamen de M. Vidal, M. Galippe participó á la *Société de Biologie* que hacía mucho tiempo empleaba como refrigerante local una mezcla de cloruro de metilo y éter; esta mezcla la aplicó con excelente resultado valiéndose unas veces de una torunda de algodón, otras veces de un pincel y algunas de una cuenta-gotas. Galippe aplicó dicho procedimiento de refrigeración no solo en la piel sino también en las mucosas, apoyándose en esto precisamente para recomendarlo con especialidad para la extracción de los dientes cariados. El *stypage* se ha empleado tambien en las mucosas labial, vulvar, vaginal, etc., pero para ello fué preciso interponer entre el *stypé* y la parte anestesiada un trozo de intestino de buey.

Posteriormente, á consecuencia de las observaciones de Lubelski y de Huchard, de las cuales dióse cuenta á la *Société de Therapeutique* á fines de junio último, el cloruro de metilo se ha venido empleando para el tratamiento del corea, la irritabilidad espinal y otras neurosis bulbo-medulares, habiéndose seguido casi siempre el procedimiento de Bailly, que como hemos visto ofrece las mismas ventajas y menos inconvenientes que el empleo de la pulverización.

Por último, en la citada *Société de Therapeutique* de París, en sesión de 14 del mes próximo pasado el Dr. Bardet ha dado á conocer una modificación ventajosa que ha hecho renacer el empleo de las pulverizaciones cuando se trate de utilizar la propiedad revulsiva del cloruro de metilo. Según el expresado autor, antes de dirigir el medicamento sobre la parte en que se quiere operar la revulsión, se barniza la piel con una capa de glicerina y sobre esta última se practica en seguida la pulverización, con lo cual la acción es menos rápida y muchísimo menos dolorosa. El cloruro de metilo se absorbe así por

la glicerina, la cual se hiela merced al agua que contiene; el enfermo experimenta entonces un escozor vivo que se prolonga algún tiempo, durante el cual, con un poco de algodón ó una compresa pueden separarse las porciones de mezcla refrigerante que excedan de los límites de la región en que se quiera actuar.

Operando de esta manera, asegura M. Bardet que se evitan los riesgos de que se produzcan escaras, cosa que no se logra siempre cuando se emplea el tapón ó *stypé* recomendado por M. Bailly.

L. A.

* *

Zumbido de oídos: nitro-glicerina.—Después de numerosas observaciones relativas al empleo de la nitro-glicerina en terapéutica, el Dr. Lautenbach ha adquirido el convencimiento de que dicha sustancia es de gran valor para el tratamiento del *tinnitus aurium*, afección penosa y con frecuencia bastante rebelde.

Pero esta propiedad terapéutica se nota con particularidad en el zumbido de oídos que acompaña con frecuencia á las afecciones cardiacas, no revelándose por el contrario en los casos en que existe lesión más ó menos avanzada del oído interno. No obstante, en gran número de casos de aquellos en que la nitro-glicerina ha resultado eficaz, existían lesiones orgánicas dependientes del catarro del oído medio, entre las cuales se contaban modificaciones en la forma y la transparencia del tímpano, en la situación de la apófisis mayor del martillo y en la posición y el aspecto del triángulo luminoso; en varios enfermos había también una faringitis granulosa.

La nitro-glicerina se ha dado en forma pilular á la dosis de medio milígramo por píldora: al principio se toma una por la mañana y después se va aumentando la dosis hasta llegar á seis píldoras diarias.

En algunos casos cesaron ó disminuyeron las molestias á los dos días de tratamiento, pero en otros no se notó la mejoría sino al cabo de dos ó tres meses. En los casos de recidiva del *tinnitus aurium*, la curación fué más rápida y fácil que al principio de la enfermedad.

(*Philadelphia med. times.*)

* *

Antipirina, Antifebrina y Fenacetina: Valor terapéutico de estas sustancias.—Las propiedades analgésicas de la antipirina no son idénticas á las de la antifebrina ni á las de la fenacetina, así como no lo son tampoco las de estas dos últimas sustancias; sucediendo otro tanto, según el Dr. Dujardin-Beaumetz respecto á la toxicidad de los citados medicamentos.

El acetanilido ó antifebrina produce cianosis; la antipirina, á pesar de las afirmaciones del Dr. G. See y de otros experimentadores, produce erupciones escarlatiniformes, cuyo origen tóxico es evidente, cuando se administra á dosis algo elevadas, y determina trastornos gástricos de importancia: la fenacetina, en cambio, no ocasiona cianosis ni erupciones y sólo cuando se la administra á dosis superiores á la de dos ó tres gramos se han observado vértigos, pesadez y sensación de frío en algunos enfermos impresionables.

Bajo el punto de vista de las indicaciones la antipirina es casi heroica en las migrañas de forma congestiva: la antifebrina es ventajosa en las neuritis, en las lesiones de los nervios de origen central y en los dolores de la tabes:

la fenacetina es preferible para combatir los dolores vagos, histeriformes, que se presentan en el estado nervioso.

El reumatismo exige el uso de la medicación salicilada, pero la intolerancia de algunas personas para este grupo de medicamentos obliga á recurrir á la antipirina y, mejor aun, á la fenacetina que es menos irritante para el estómago.

En los estados febriles el acetanilido aumenta la depresión y la cianosis, y la fenacetina lo mismo que la antipirina, además de bajar demasiado la temperatura carecen de acción sobre el curso de la enfermedad. M. Robin ha demostrado lo perjudiciales que son estas sustancias que contribuyen á acumular en la economía los productos de la desasimilación.

En resumen, estos tres medianos antitérmicos son tres excelentes analgésicos.

(*Bull. gen. de ther.*)

* * *

Opacidades de la córnea: Trasplantación.—El Dr. Hippel ha extraído por medio de un trépano la parte central de la opacidad en dos casos de manchas de la córnea, separando las capas superficiales y dejando intacta la membrana de Descemet que conservaba su transparencia; hecho esto, engastó en la pérdida de sustancia la córnea de un conejo. Una de las enfermas apenas podía contar los dedos antes de ser operada y á los 18 meses tenía $V=110$ y leía con el núm. 6 de la escala de Jäger: la otra (operada por un leucoma consecutivo á una úlcera serpiginosa) no veía mejor que la primera y á los tres meses tenía $V=110$.

Opina el autor que no puede esperarse mejore ulteriormente la visión porque el índice de refracción de la córnea del conejo es distinto del de la córnea humana.

(*Il Progresso.*)

NECROLOGÍA

El último correo de Filipinas nos ha traído la triste noticia del fallecimiento de nuestros queridos compañeros Soler y Alcalá, acaecido en Manila á consecuencia de la epidemia colérica.

D. Sebastián Soler y Vilaresau obtuvo el empleo de Farmacéutico segundo del Cuerpo en 28 de abril de 1865, ascendió á farmacéutico primero en 6 de septiembre de 1873 y á farmacéutico mayor en 1.º de marzo de 1885 pasando á fines de este último año á servir, en el mismo empleo, al ejército de Filipinas.

Tan luego como ingresó en el Cuerpo pasó voluntariamente á la isla de Cuba donde sucesivamente prestó servicio en los hospitales de San Antonio de los Baños, Sta. Clara, Santiago de Cuba y Bayamo. Desde 1873 al 85, que estuvo en la Península, desempeñó entre otros destinos de su clase, los de los hospitales de Cádiz, Badajoz, Melilla, Sta. Cruz de Tenerife, Pamplona y Valencia. Los tres años que próximamente llevaba

de permanencia en Filipinas ha tenido á su cargo la farmacia del hospital de Manila.

Obtuvo el grado de Licenciado en Farmacia en 26 de junio de 1868 y el de Licenciado en Medicina y Cirugía, con nota de *sobresaliente*, en 21 de septiembre de 1877. Desempeñó algunas comisiones importantes en Madrid y Barcelona y estaba en posesión de la cruz de Isabel la Católica, con la cual había sido recompensado durante la campaña de Cuba.

D. Antonio Alcalá Rey ingresó en el Cuerpo como Médico segundo en 30 de marzo de 1874; ascendió á Médico primero en 16 de mayo de 1883 y en 25 de agosto de este mismo año pasó al Ejército de Filipinas.

Durante su permanencia en la Península prestó servicio sucesivamente en los Regimientos de Infantería de Soria, Mallorca, Antillas y Burgos, en el hospital de Valencia y en el Batallón Cazadores de Alba de Tormes. En Filipinas sirvió primeramente en el Regimiento Infantería de Joló, desempeñando después los cargos de Director de las enfermerías de Cebú y Glan.

Dos años estuvo en operaciones durante la campaña carlista asistiendo con sus respectivos cuerpos y llenando su honrosísima misión en las acciones de Villarreal de Alava, Valmaseda, Bortedo y Celadilla, Mendaro, Oria y Elgueta.

Entre otras comisiones desempeñó varias de reconocimiento de quintos, y en 1881 fué nombrado instructor de la Escuadra Sanitaria del Distrito de Valencia. Obtuvo el grado de Médico primero por mérito de guerra, y estaba condecorado con la cruz de primera clase del mérito militar y las medallas de Bilbao y de Alfonso XII.

VARIETADES

Por lo que hemos leído en el último número de *Le Progrès Medical*, nos hemos podido convencer de que no siempre nos llevan ventaja los extranjeros en cuestiones de enseñanza médica, pues ahora, es decir, dos años más tarde que en España, se han establecido en la escuela de Val-de-Grâce un laboratorio y una cátedra de bacteriología, destinados á la instrucción de los Médicos militares que deseen familiarizarse con la técnica microbiológica.

Pero si es verdad que con respecto á este asunto nos hemos adelantado bastante tiempo á los franceses, no debemos olvidar que Francia y los prin-

cipales estados europeos, tienen sobre el nuestro, entre otras muchísimas ventajas, la de contar con una escuela de Sanidad Militar debidamente organizada.

Véase como muestra la distribución de cátedras y de profesores, correspondiente á la escuela de aplicación de Medicina y Farmacia militares en la República francesa.

<i>Clinica médica.</i>	MM. Kelsch y Laveran.
» <i>quirúrgica.</i>	» Chauvel y Delorme.
» <i>oftalmológica.</i>	M. Chauvel.
» <i>de enfermedades venéreas y cutáneas</i>	» Vautrin.
<i>Epidemiología.</i>	» Kelsch.
<i>Medicina operatoria.</i>	» Chauvel.
<i>Higiene.</i>	» Laveran.
<i>Medicina legal y legislación militar.</i>	» Du Cazal.
<i>Heridas por arma de guerra.</i>	» Delorme.
<i>Química aplicada á los informes periciales.</i>	» Burcker.
<i>Anatomía.</i>	» Vautrin.
<i>Maniobras de ambulancia, diagnóstico qui- rúrgico.</i>	» Chavasse.
<i>Bacteriología.</i>	» Vaillard.
<i>Medicina operatoria, oftalmoscopia.</i>	» Nimier.
<i>Diagnóstico médico.</i>	» Duponchel.
<i>Farmacia militar y contabilidad.</i>	» Gessard.

Total : 16 asignaturas, para cuya enseñanza, exclusivamente, hay destinados 12 profesores sin contar los ayudantes y agregados.

* * *

Nos escriben de Filipinas que el Excmo. Sr. Capitán General de aquel archipiélago, ha dispuesto se hagan algunas modificaciones en la distribución del personal Médico militar que sirve en el mismo.

El Subinspector de primera clase, que desempeñaba las funciones de segundo jefe del distrito, se ha hecho cargo ahora de la Dirección del Hospital de Manila, pasando á ser jefe del Detall el Subinspector de segunda que antes desempeñaba este puesto.

Los médicos primeros se han dividido en tres grupos: al primero, ó sea el de los más antiguos, se otorgan los destinos fijos de Manila; los del segundo grupo, son destinados á las enfermerías, y los más modernos en la escala ocupan las plazas de los batallones indios. De esta manera, en vez de darse la preferencia para los destinos á la antigüedad de servicio en el país, como se venía practicando, se atiende á la verdadera antigüedad en la escala para proveer los mismos, á tenor de lo que se efectúa en la Península.