

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XV

MADRID I.º DE OCTUBRE DE 1901

NÚMERO 343

ACERCA DE UN CASO DE MIELITIS POSTÍFICA

El enfermo objeto de esta historia es un soldado, de veintitún años de edad, de oficio carrero, que ingresó en la clínica médica del hospital militar de Pamplona el 31 de Diciembre de 1900.

Refirió á su ingreso que desde cinco días antes venía padeciendo dolor de cabeza, sed intensa é inapetencia; se le apreció en aquel momento fiebre alta, lengua saburrosa y reseca, ligera obtusión intelectual, dolor á la presión en el estómago, bazo é intestinos, por todo lo cual se le diagnosticó de fiebre tifoidea, instituyéndosele un tratamiento apropiado, quinina, antisépticos intestinales, dieta, etcétera.

La evolución de la enfermedad desde los primeros días de permanencia en el hospital, indicó que se trataba de una tifoidea grave, en la que la infección era profunda. La temperatura alcanzaba cifras de 40°, las remisiones matutinas eran pequeñas, el pulso fué haciéndose más frecuente de lo que ordinariamente es en la tifoidea, la lengua tomó un aspecto achocolatado, aparecieron las fuliginosidades, la diarrea fué intensa, y la obtusión intelectual más marcada; en suma, el enfermo presentaba el aspecto de las descripciones clásicas de la fiebre tifoidea en su período de mayor intensidad.

Bien pronto, el 4 de Enero, el pulso se hizo intermitente é irregular, y obligó á la aplicación de inyecciones hipodérmicas de cafeína. Auscultando el corazón se apreciaban los síntomas indicadores de una intensa miocarditis. En este estado continuó, si bien pudo apreciarse que las temperaturas vespertinas eran de 39.º,

mientras que el estado general no mejoraba. Al fin, hacia el 19 de Enero se inició una mejoría en el estado general, el pulso se hizo regular y la obtusión intelectual fué desapareciendo, si bien presentó escasas glúteas.

El 26 de Enero sufre el enfermo dos enterorragias de bastante intensidad, acompañadas de hipotermia, pulso filiforme, postración general y todos los síntomas que acompañan á una hemorragia en un sujeto muy debilitado. Aunque no con tanta intensidad, estos síntomas persisten hasta el 3 de Febrero, en que desaparecen por completo; pero en esta fecha aparece una nueva complicación; no sólo el estado general es adinámico en grado extremo, sino que además aparecen trastornos en la defecación y micción, que se hacen inconscientes, acompañados de una escara sacra. La temperatura no alcanzaba en esta época cifras superiores á 38° por la tarde, y por bajo de 37° por las mañanas. A los trastornos de vejiga y recto se unieron bien pronto dolores espontáneos intensos, que se aumentaban por la presión, en los miembros inferiores, con parálisis y atrofia muscular muy acentuada.

16 de Febrero. Han desaparecido por completo todos los síntomas de la fiebre tifoidea; la fiebre no existe, la lengua se humedece y limpia, el pulso es normal, los trastornos de los esfínteres vexical y anal han desaparecido.

Sólo persiste la paraplegia, que en esta fecha va acompañada de dolores menos intensos; persisten los reflejos cutáneos, pero han desaparecido los musculares, que hasta esta fecha habían sido imposibles de explorar por la hiperestesia dolorosa que aquejaba. La atrofia muscular es pronunciadísima, la parálisis es completa en la pierna izquierda, no tanto en la derecha, con la que el enfermo puede hacer pequeños movimientos de flexión y extensión de los dedos. La excitabilidad eléctrica á la corriente farádica persiste, sin embargo, en todos los músculos, excepción de los extensores (triceps femoral), del lado izquierdo.

El día 18 aparece una forunculosis en la pierna izquierda, á consecuencia de la que sobrevino el día 22 una linfangitis, acom-

pañada de fiebre, diarrea y un estado tifoideo no muy intenso; se formaron abscesos subcutáneos, que fueron dilatados el día 25, desapareciendo poco después los accesos febriles vespertinos y todos los síntomas generales. Durante este tiempo persiste la paraplegia, si bien es menos dolorosa, continuando la atrofia muscular.

28 de Febrero. Desaparecen por completo los dolores, se inician movimientos en las piernas paralizadas, el enfermo puede hacer pequeñas flexiones de las rodillas y movimientos de abducción y adducción de los muslos.

El 8 de Marzo el enfermo puede levantarse, y ayudado por muletas verifica la progresión, por serle imposible valerse de las piernas; continúa mejorando hasta el 15 de Abril, en que con alguna dificultad puede ya verificar la progresión por sí solo.

Persiste, sin embargo, la atrofia muscular, aunque menos acentuada.

En este estado fué dado por inútil, saliendo de la clínica el 3 de Mayo.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Este soldado ingresó con una fiebre tifoidea en evolución relativamente avanzada; llevaba á su ingreso en esta clínica cinco días enfermo en el cuartel; por otra parte, dado el modo insidioso de comenzar esta enfermedad, cuando el soldado se presenta á reconocimiento hace por regla general tres ó cuatro días que se encuentra atacado; así al menos lo he comprobado en una porción de casos. Por lo demás, se trataba de una pequeña epidemia de tifoidea en un cuartel, puesto que al mismo tiempo existían otros dos atacados del mismo regimiento y aun creo que de la misma compañía.

De una parte el ingreso tardío en el hospital, y de otra el tratarse de un soldado en que, efecto de las pésimas condiciones que reunía el cuartel en que se alojaba, de la única alimentación que

por 42 céntimos puede suministrarse y del sobrecargo de trabajo á que se encontraba sometida en aquella época la guarnición de Pamplona, reunía todas las condiciones apetecibles para que la infección fuera intensa. Por otra parte, en el tiempo en que estuve de guarnición en dicha plaza apenas ví más que tifoideas muy intensas, sobre todo en soldados cuyos cuarteles estaban en el casco de la población; en cambio ví pocos tifoideos procedentes de la ciudadela.

Así se vió primero el corazón en gran peligro por una miocarditis, después las hemorragias intestinales, y en todo el curso de la tifoidea un estado ataxo-adinámico acentuadísimo, indicador de una intoxicación profunda, tanto por las toxinas eberhianas cuanto por las grandes auto-intoxicaciones que se producen en el curso de esta enfermedad. No es de extrañar, por lo tanto, que muy debilitado el enfermo, en plena defervescencia de tifoidea, se viera acometido de una infección secundaria, probablemente de estreptococos asociados á los bacilos de Eberth que aún sobrevivieran en su organismo.

Las parálisis postíficas han sido conocidas hace tiempo, pero su origen y causas no lo han sido hasta época relativamente reciente. Baste recordar que la *degeneración cerea* de los músculos ha sido considerada como causa de estas parálisis por Hardy y Behier el año 1881, y que Jaccoud las atribuye á una miositis.

Sin embargo, Leyden en Alemania, en 1874, las consideraba como expresión de trastornos nerviosos probablemente; para él, neuritis. Landouzy, más tarde, las creía siempre de origen nervioso pero no precisaba su localización. Vulpian las consideró como expresión de una mielitis. Hoy día se las considera de origen variado, unas veces cerebral, como en los casos de hemiplegia, otros como de origen neurítico, casos de parálisis circunscriptas al solo dominio de un nervio, ó por el contrario, generalizadas á las cuatro extremidades y aun á los nervios laríngeos y frénicos: caso del Dr. Lozano.

Por último, en otras ocasiones, las más para Nothnagel, la parálisis reviste la forma paraplégica, y en estos casos puede tratarse

de una mielitis ó de una polineuritis. Los trastornos de vejiga y recto que hemos mencionado, así como la escara sacra, no dejan lugar á duda de que se trata de una mielitis. Sin embargo, nuestro enfermo presentaba un síntoma que más frecuentemente acompaña á la polineuritis; me refiero al dolor. Aunque todas las parálisis tíficas son dolorosas, lo son más las polineuríticas, hasta el punto que Raymond quiere hacer de ésto un signo diferencial; sin embargo, suyo es el caso de una polineuritis de forma parapléjica poco dolorosa; no obstante, su localización, la ausencia de trastornos de esfínteres y tróficos y de la escara sacra, le hace desechar el diagnóstico de mielitis. Pero en los casos de neuritis, la hiperalgesia puede asociarse á la anestesia y á la pérdida ó exageración de los reflejos cutáneos, plantar, etc., cosa que no ocurre en las mielitis, sobre todo cuando revisten la forma de poliomeilitis anterior. De todos modos, la duración de los trastornos dolorosos fué pequeña en comparación con la de los trastornos motores.

La brusca aparición de la atrofia muscular, el no presentarse por regiones, en relación con trayecto y distribución de troncos nerviosos, sino muy por igual y muy precoz y rápidamente, junto á la gran duración de ésta, son caracteres bien marcados de la mielitis. El haber perdido de vista al enfermo antes de que su curación fuera completa, pues salió de alta con su atrofia muscular, me impide comprobar un síntoma citado por varios autores. «Cuando en estos casos se pierde por algún músculo ó grupo de ellos la reacción á la corriente farádica, la muerte de estos músculos es inevitable». En nuestro enfermo, la reacción á la corriente farádica estaba abolida en un grupo muscular, pero no sabemos si la restitución habrá sido posible. Por otra parte, en las polineuritis esta reacción, si no anulada, se encuentra talmente disminuida que se hace difícil de apreciar si existe ó no; algo análogo podía haber ocurrido en nuestro enfermo.

Por último, la existencia de trastornos tróficos de la piel (forunculosis de la pierna izquierda) constituyen un nuevo síntoma en pro de nuestro diagnóstico, y de paso indica que la mielitis no

estaba localizada en los cuernos anteriores, sino que era difusa, sabido que la troficidad de la piel es función de los cuernos posteriores. No es de extrañar que, dada la escasa resistencia del organismo á las infecciones por la debilidad en que le habían dejado las anteriores, apareciera una linfangitis, probablemente de estafilococos solos ó asociados á estreptococos y de abscesos subcutáneos.

El tratamiento consistió en preparados de nuez vómica; la revulsión sobre la región medular no era de fácil aplicación; las aplicaciones eléctricas en forma de corrientes galvánicas al principio, y farádicas más tarde, no tienen el valor terapéutico que en las polineuritis. A la nuez vómica se unió una alimentación tónica, y algo de antisepsia intestinal para evitar nuevas infecciones é intoxicaciones. Si á consecuencia de las mielitis quedan paralizados importantes grupos musculares, el tratamiento ortopédico es el único útil.

Réstame dar las gracias á mi querido amigo el Médico primero Sr. Vieites, que, encargado de la clínica de Medicina en dicha época, me suministró toda clase de datos y observaciones, lo mismo en ésta que en cuantas ocasiones hube de solicitárselos.

FEDERICO G. DELEITO,
Médico segundo.

LAS MANIOBRAS DE SANIDAD MILITAR EN FRANCIA

El General Robert, Comandante del Departamento del Sena, ha sido encargado este año de la dirección general de las maniobras ejecutadas en la parte Norte de la planicie de Athis, entre una división de Infantería, compuesta de cinco batallones, que se dirigían á París, y una brigada formada por dos regimientos de línea, un escuadrón de Dragones y un grupo de Artillería, que debía impedir su marcha.

Limitado nuestro objeto á señalar el desarrollo de dichas maniobras, bajo el punto de vista sanitario, y las enseñanzas que de ellas se desprenden, debemos hacer constar que han proporcionado nuevos é interesantes elementos de instrucción para mejorar el servicio de sanidad de los ejércitos.

Encargado de la dirección del servicio técnico de Sanidad Militar el eminente Médico Mr. Delorme, ha procurado aproximarse, en cuanto era posible, á las realidades de la guerra moderna, tanto en el número y clase de los heridos que pudieran producirse, con arreglo á las estadísticas mejor conocidas, como á la duración de las operaciones quirúrgicas exigidas por la naturaleza de dichas heridas. Al efecto, fueron distribuidas 350 tarjetas de heridos entre los cuartos batallones de línea, el batallón de Cazadores, el escuadrón de Dragones y las tres baterías que componían la división encargada de la experimentación.

Las tarjetas de heridos estaban clasificadas por regiones del Cuerpo, según las proporciones que arrojan los datos y documentos más autorizados y recientes.

Pero desgraciadamente la cifra de 350 heridos es muy inferior á la que en realidad puede determinarse en una división seriamente empeñada; pérdidas que se calculan, por lo menos, entre un 10 y un 15 por 100 del efectivo, y que haría pasar por la ambulancia divisionaria en un día de acción, de 1.000 á 1.200 heridos. Sin embargo, el contingente de heridos previamente señalado por Mr. Delorme, ha sido bastante para el estudio que se intentaba.

El personal y el material de la ambulancia divisionaria estaba en pie de guerra, es decir, era mucho más importante de lo que debía ser en realidad, porque el efectivo de la pequeña división á que estaba agregada era el de paz. A pesar de ésto, las operaciones de evacuación y curación entre los puestos de socorro y la ambulancia, que empezaron á las once de la mañana, no terminaron hasta las ocho de la noche ¡y sólo hubo que atender 350 heridos! De éstos, 100 eran leves y pudieron abandonar la ambulancia inmediatamente después de curados, quedando para operar y eva-

cuar 250 heridos graves. El tiempo necesario para la práctica de estas operaciones, estimado aproximadamente después de las experiencias, ha demostrado que los 14 Médicos que constituyen la dotación de la ambulancia divisionaria son insuficientes para llenar su misión, aun desarrollando un trabajo excesivo. Y si ésto ocurría con sólo 250 heridos graves, ¿qué hubiera pasado teniendo la división todos sus efectivos en pie de guerra en un combate encarnizado?

De aquí se deduce la necesidad de aumentar el personal médico de las ambulancias; pero para no variar los 14 Médicos que el reglamento les fija, se indica como medio más práctico la creación de grupos de Médicos auxiliares montados, á las órdenes del Inspector de Sanidad del Cuerpo de ejército; grupos que no deberán estar afectos á ninguna de las formaciones sanitarias, y que podrían enviarse rápidamente, en un momento dado, á las ambulancias de división, seriamente sobrecargadas de heridos.

En las maniobras sanitarias de que nos ocupamos, una sección del hospital de campaña, evidentemente incompleta en cuanto á material, pero provista de todo su personal médico, debía relevar á la ambulancia, en la mañana del 9 de Agosto, para que ésta pudiera seguir á su división. Tal es la disposición reglamentaria, cuyos defectos se han patentizado. El cambio se hace con facilidad entre las dos formaciones sanitarias que se suceden. La ambulancia traslada al hospital de campaña sus heridos, una parte de su material, las provisiones necesarias, etc., etc.; todo ésto es muy sencillo. Pero los heridos no encuentran en este hospital de campaña toda la cuidadosa asistencia que necesitan.

Por regla general, no están terminadas las operaciones quirúrgicas, que convendría fueran continuadas por el primer operador. Los hospitales de campaña no poseen más que cuatro Médicos que pertenecen á las reservas, y que carecen ordinariamente de práctica de la cirugía, y de repente estos *cuatro desgraciados*, según la expresión del Dr. Delorme, se ven abrumados por un trabajo superior á sus fuerzas y conocimientos. Casi todos han perdido el

hábito de hacer operaciones y hasta les sería difícil atender á los heridos que ya han sido operados en la ambulancia divisionaria. Así lo ha comprobado desgraciadamente el mismo Dr. Delorme, y esta deficiencia no tiene más remedio que el aumento de los Médicos militares en activo servicio, como ya se ha hecho en el ejército alemán, desechando la solución de las formaciones sanitarias que se substituyan unas á otras, con personal médico suficiente.

Entre las novedades introducidas en el material, que han sido ensayadas, figuran en primer término los carros porta-camillas destinados á reemplazar las artolas para el transporte de los heridos desde los puestos de curación á la ambulancia. Las dificultades previstas para la adquisición de los mulos, únicos animales aptos para el servicio hecho con artolas, ha sido el motivo de ensayar este nuevo elemento de material sanitario. Sus resultados han sido satisfactorios; se consideran necesarios tres camilleros para el transporte de dos carros con sus heridos; dos se colocan en los brazos de cada vehículo, y el tercero, por medio de cables, tira á la vez de los carros en las ascensiones ó los retiene en los descensos.

Otra experimentación curiosa é interesante ha sido la utilización por los practicantes de los puestos de socorro y de curación, de apósitos previamente preparados, distintos del paquete de curación individual, para pequeñas, medianas y grandes heridas. La adopción de este medio ha sido decidida por unanimidad.

También han sido objeto de curiosos experimentos en estas maniobras, la manera de transformar toda clase de carruajes de requisición para el transporte de heridos, asunto del que venía ocupándose el Dr. Delorme, en colaboración con sus practicantes del hospital Bégin. El resultado del trabajo de los practicantes constituyó una verdadera y curiosa exposición por el ingenio desplegado en cada caso particular para utilizar dichos carruajes.

En el campo de Saint-Maur otra nueva exposición esperaba la visita del personal que había tomado parte en las maniobras. Allí, había hecho construir, con alguna anticipación, el Dr. Delorme,

todas las variedades posibles de abrigos improvisados para los heridos.

En resumen; estas maniobras sanitarias han sido muy instructivas y, según *La France Militaire*, de donde hemos tomado los datos expuestos, están llamadas á determinar una modificación beneficiosa é inmediata en el reglamento para el servicio de sanidad en campaña.

C. I. DE ALARCÓN.

Prensa y Sociedades médicas

Hipertermia extraordinaria.—El *Dr. González Alvarez*: El enfermo de palúdismo, cuya es la historia clínica que expuse en la sesión última, fué trasladado á Carabanchel al día siguiente del último acceso de que os dí cuenta, y no ha vuelto á tener fiebre.

Insisto en creer que lo más notable de este caso son las altas temperaturas alcanzadas, por más que no desconozco otros casos, como el publicado por el *Dr. Oedar*, de una monja tuberculosa que sufrió una temperatura de 46° C. durante diez y ocho horas. Además, el *Dr. Gómez Ocaña* me ha facilitado datos, que yo agradezco mucho, y de los cuales resulta que en 27 enfermos la temperatura llegó á 43 y 44°, muriendo 17; que en tres fué la máxima de 45 á 46°, que *Wunderlich* cita un caso de 45° y *Teale* uno de 50° en una mujer que se había fracturado las costillas quinta y sexta, y sufrido contusión de la sexta vértebra cervical.

El *Dr. Gómez Ocaña*: El hecho más importante de la historia clínica que nos ha expuesto el *Dr. González Alvarez*, es la tolerancia que el enfermo ha tenido durante varias horas á temperaturas axilares que han pasado de 46° C., hecho que pugna con la idea general entre Médicos y vulgo, que juzgan mortal la temperatura que excede de 42°. Muchos han sido los Médicos y los fisiólogos que han contribuido á la formación de este juicio, pero á *Claudio Bernard* es á quien se deben los experimentos más decisivos que demuestran que son mortales las temperaturas de 45°, porque el corazón entra en rigidez.

La experimentación deja resuelto que la muerte se debe á la rigidez de los músculos, especialmente á la del corazón, puesto que

incapacitado el órgano central de la circulación, cesa ésta y acaba la vida.

Parece que los otros protoplasmas, incluso el nervioso, resisten temperaturas superiores.

La rigidez incapacita á los músculos para la contracción, y si ésto no es la muerte misma, anda muy cerca de ella, porque á poco que se prolongue, pierde el músculo su vitalidad para siempre; mas la temperatura á que entran en rigidez los músculos es variable, según la clase de éstos y la especie del animal. Cambia la temperatura también según que el agua ó el suero caliente bañe el músculo ó le penetre circulando por sus vasos, y en este caso se obtiene la rigidez con menos calor, pues en el primero la masa del músculo tarda algún tiempo en tomar la temperatura del baño.

Ya dije antes que Bernard logró erigir en clásica la teoría de que la muerte por el calor depende de la rigidez del corazón, y fijó la temperatura mortal para los mamíferos en 45° C. próximamente.

Pero ahora falta averiguar qué temperatura alcanza el corazón en los enfermos que mueren de hipertermia, cuando el termómetro puesto en la axila marca 43°, y en aquellos otros, como el del Doctor González Alvarez, que toleran temperaturas axilares superiores á 46°. En el estado fisiológico, la temperatura de la sangre y la del núcleo visceral supera á la de la axila en dos, tres ó más grados, lo cual explica la muerte por hipertermia á los 42° en dicha región.

Aplicando este criterio fisiológico, perfectamente demostrado, debemos pensar que el enfermo que acusa en la axila 46° ha de tener 49° C. en el corazón, y ésto no puede ser porque el corazón entra en rigidez á los 45°. Es cierto que nuestro compatriota Carvallo y Athanasius han llegado á ver latir algunos instantes el corazón de un perro por el que circulaba un líquido entre 55 y 60° C., pero precisamente esos instantes, en mi humilde opinión, son los que necesitó la masa de los ventrículos para alcanzar la temperatura de la rigidez.

No tenemos el derecho de suponer que la termogénesis y el reparto de calor por el organismo se verifiquen de igual modo en el estado de salud y en el de enfermedad, y me afirmo en esta diferencia con tanta mayor razón, cuanto que lo mismo la hipotermia que la hipertermia, más se deben á falta de gobierno por el sistema nervioso, que á las alzas y bajas en la calorigenesis.

En estado normal, los músculos contribuyen al calor de la economía, produciendo las cuatro quintas partes; siguen las glándulas con el 6 por 100 y el cerebro con el 3 por 100. Con estos datos, parece natural que las convulsiones y el tétanos eleven la temperatura, y eso es lo que sucede; valga como contraprueba el clásico experimento de Cl. Bernard, que convirtió á un conejo en animal de sangre fría, merced á la hipotermia que le produjo la sección de la médula cervical. Mas ¿cómo explicarnos la hipertermia que sigue á las lesiones medulares con parálisis general de todos los músculos situados bajo ellas?

Los trabajos musculares sostenidos, aunque sean violentos, no elevan la temperatura 1° C., y un panadizo produce fiebre, y fiebre que aumenta el calor en 2 ó 3° C.

Mosso, caminando dos jornadas seguidas de 50 kilómetros cada una, apreció en sí mismo el primer día una temperatura de 37°,47 C. y el segundo 38°,13; en esta segunda jornada, tal vez por exceso de fatiga, el gobierno nervioso se había debilitado.

Es evidente que la hipertermia depende de falta de regulación nerviosa, y que las fuentes de calor pueden variar en el estado de salud y en el de enfermedad, y parece probable un reparto distinto de calor en un estado y en otro.

La sangre es un río caliente que, circulando por el organismo, se calienta en unos órganos, se enfría en otros y tiende á nivelar la temperatura de todos. La temperatura de las vísceras, en general, supera en 2 ó 3° á la de la axila, por la mayor abundancia de riego sanguíneo, por las combustiones que en ellas se efectúan y por hallarse al abrigo del exterior; ésto es lo que ocurre en un hombre sano; pero ¿sucede lo mismo en los enfermos febricitantes?

El núcleo visceral y los huesos se encuentran abrigados por una envoltura doble, la muscular y la cutáneo-adiposa, la cual es más bien superficie de refrigeración que foco termógeno, teniendo gran importancia en la defensa contra el calor; pues en lo que toca al frío, todo lo que puede hacer es palidecer para disminuir la irradiación del calor del cuerpo.

Los músculos son los primeros focos termógenos del organismo; poseen redes vasculares muy dilatables, y cuando entran en actividad pasa por ellas una cantidad de sangre cinco veces mayor que en estado de reposo; este gran volumen de sangre caliente y el calor desarrollado durante la contracción, hacen independientes la temperatura de las vísceras y la de la piel.

Sentados estos hechos, permitidme que exponga la pregunta siguiente: si en la axila señala el termómetro 46° C., ¿qué temperatura hay en el corazón?

No extrañéis esta pregunta (que es más bien una conjetura), porque encierre una contradicción. Pensad que son mayores las paradojas que nos ofrecen los hechos y las teorías respecto al calor animal, y cuando tengáis enfermos con altas temperaturas axilares, averiguad las de la boca y recto, y en casos de intervención quirúrgica, medid la de las vísceras.

Es una hipótesis á la que no tengo gran cariño, pero creo que vale la pena de que se investigue en este sentido.

(*Real Acad. de Med. de Madrid*).

Tratamiento quirúrgico de las hemorragias del estómago.—

En este asunto la cuestión más difícil es el establecimiento de la indicación, y Robson cree que en general no debe operarse en el primer ataque. Pero si la hemorragia no cesa pronto, ó si después de

la primera se presenta otra, no hay que demorar la operación. Aprecia la mortalidad en las operaciones practicadas por razón de hemorragias agudas en 40'6 por 100, y en las hemorragias crónicas (con frecuencia recidivantes) en 19'8 por 100. Debe considerarse como una práctica exenta de peligros el lavado del estómago durante una hemorragia, pero también puede expresirse el contenido del estómago hacia el duodeno una vez que se ha abierto el abdomen. A veces se logra comprobar desde fuera del estómago el punto de donde parte la hemorragia, porque la presencia de retracciones ó de induraciones de la pared del estómago revelan el asiento de la úlcera. Si faltan estos indicios hay que abrir el estómago, para lo cual una incisión en la dirección del eje longitudinal proporciona el más ancho campo, bien que produce también una hemorragia más abundante. Hecho ésto se inspecciona todo el estómago; después de haber dividido el ligamento gastro-cólico se puede hacer llegar una mano hacia la parte posterior del estómago, haciendo sobresalir la pared de éste hacia adelante. Si no se encuentra ninguna úlcera en el estómago hay que reconocer el duodeno. Si no se encuentra ningún punto que sangre (hemorragia capilar), se practica la gastro-enterostomía; si, por el contrario, se encuentra una úlcera, lo mejor es extirparla; si ésto es imposible, se la cauteriza, y, en este caso, es también muy útil practicar á continuación la gastro-enterostomía. En algunos casos puede también ligarse en masa toda la superficie que sangra.

No son recomendables las ligaduras de las arterias principales del estómago (Savariand). Si la úlcera radica en el píloro puede pensarse en la pilorectomía. La excisión de la úlcera y la piloroplastia dan con frecuencia malos resultados, porque el píloro puede retraerse secundariamente de un modo considerable. Al final de su trabajo, el autor publica la historia clínica de cinco enfermos; tan sólo uno murió á causa de un defectuoso botón de Murphy (el autor no lo emplea ahora); los otros curaron. Además de la hemostasia se practicó en un caso la pilorectomía, y en cuatro la gastro-enterostomía.

(*Münch. Med. Woch.*)

*
*
*

Cura específica del tétanos.—La mortalidad por tétano es:

según	Richter	de 88	por 100.
»	Behring	de 80.90	»
»	Raymond	de 90.5	»
»	Gowers	de 90	»
»	Dean	de 80	»

Estas proporciones se refieren á los casos no tratados ó tratados con las comunes preparaciones farmacéuticas.

El autor ha recogido cuidadosamente todos los casos tratados en las varias partes del mundo con la sueroterapia específica, y ha visto que de 290 casos en que se emplearon las inyecciones subcutá-

neas de suero anti-tetánico, 173 curaron, siendo la mortalidad de 40.43 por 100. En 48 casos en que se aplicaron las inyecciones intracerebrales, se obtuvieron 23 curaciones, ó sea una mortalidad de 52.07 por 100.

En cuanto á la procedencia de la anti-toxina, los 338 casos pueden ser distribuidos del modo siguiente:

Prof. Tizzoni, Italia,	casos	76	curados	53	muertos	30.2	por 100.
» Behring, Alemania,	»	61	»	35	»	42.6	»
Inst. Pasteur, Francia,	»	39	»	25	»	35.8	»
» Británico	»	28	»	16	»	42.8	»
» Roux, Francia,	»	27	»	9	»	66.6	»

Los demás casos han sido tratados ó con anti-toxina de origen no especificado, ó de acción rara vez probada; en éstos la mortalidad ha sido de 46.8 por 100.

Las cifras arriba mencionadas merecen particular atención en cuanto encuentran elocuente prueba en investigaciones experimentales recién comunicadas á la Real Academia de Ciencias de Bologna, y por las cuales ha sido demostrado que ya en el laboratorio el suero Roux tenía la menor eficacia curativa, y sucesivamente seguían el Inglés y el de Behring, mientras que el mayor valor estaba reservado para la anti-toxina del profesor Tizzoni.

Moschowitz no duda en contribuir al resultado negativo de la cura, el hecho de diagnosticarse la enfermedad cuando el proceso destructor de la médula espinal ha llegado á tal grado que es imposible una completa *restitutio ad integrum*, y refiere las observaciones de Pitha hechas en el *Pragen Gebäranstalt*, que solamente con inyecciones profilácticas generales á todas las asistidas que debían ser operadas, pudo impedir una epidemia puerperal.

El autor deduce que el tratamiento suero-terápico demuestra tener una influencia benéfica evidente sobre la marcha del tétano, y á él se debe si la mortalidad se ha reducido del 90 al 40 por 100.

(La Sem. Méd. de Buenos Aires).

*
**

Diagnóstico de la fiebre tifoidea incipiente.—Aun cuando se conoce en verdad la frecuencia de las complicaciones laríngeas durante la fiebre tifoidea, lo cierto es también que nadie se ha ocupado hasta hoy sino en las lesiones que, produciéndose en las postimerías de esa afección, son debidas—como han evidenciado recientes investigaciones—á la acción directa del bacilo de Eberth, y cuyo conjunto aparece designado con el nombre de *laringo-tifus*.

Existen, sin embargo, alteraciones análogas que sobrevienen en los primeros comienzos de la dotienenteria, de la cual á veces hasta constituyen el único síntoma inicial. Estas complicaciones no han sido aún señaladas sino por un cortísimo número de autores, aun cuando merecen la mayor atención, no solamente considerándolas como medio de diagnóstico precoz de la fiebre tifoidea, sino también porque representan muy probablemente el punto de partida de

las lesiones mucho más graves del laringo-tifus. El Dr. Schmidt ha tenido la ocasión de observar dos ejemplos de esta clase en el servicio del profesor Dr. L. von Schrötter (de Viena).

El primer enfermo presentaba los síntomas de una afección febril mal definida, pero que semejaba más bien la viruela que la fiebre tifoidea; como el paciente se quejaba al mismo tiempo de dolor en la garganta y disfagia, el Dr. von Schrötter examinó su laringe y observó en ella modificaciones de tal modo características que, basándose en sus observaciones anteriores, formuló sin vacilación el diagnóstico de fiebre tifoidea; la evolución ulterior de la enfermedad mostró que ese diagnóstico era exacto. En el segundo sujeto, las manifestaciones de la dotientería eran mucho más marcadas; aun cuando el paciente no presentaba ningún trastorno del lado de la garganta ni de la laringe, fué examinado este órgano y se hallaron en él, con poca diferencia, las mismas alteraciones que en el caso precedente.

Esas lesiones estaban—en ambos enfermos—limitadas exclusivamente á la epiglotis, la cual presentaba una rubicundez difusa, uniforme en el primer paciente, más acentuada á nivel de su borde libre en el segundo. Lo mismo en el uno que en el otro, el borde libre estaba cubierto de un depósito blanco, de límites irregulares festoneados, que podía ser considerado como resultante de un proceso de descamación y de necrosis de las capas superficiales. En las otras partes de la laringe no se notaban sino los signos de un catarro muy ligero. En el primer caso, las modificaciones referidas desaparecieron por completo en quince días; en el segundo, cedieron mucho más lentamente, pues, al cabo de cinco semanas, la epiglotis ofrecía todavía un estado de hiperemia bastante pronunciado, sin que el enfermo experimentara, empero, el menor trastorno.

Hay que añadir que, en los dos hechos relatados, la fiebre tifoidea evolucionó de una manera completamente normal y no presentó nunca el menor carácter de gravedad.

Es, por consiguiente, de una utilidad incontestable, al examinar la laringe en todas las afecciones febriles de naturaleza dudosa y, con mayor razón todavía, en la fiebre tifoidea, aun cuando fuere benigna. En efecto; de las dos observaciones referidas por el Doctor Schmidt, resulta que las alteraciones laríngeas no se producen exclusivamente en las formas graves de esta enfermedad.

(*Monatssch. f. Ohrenheilk.*)

*
**

Desinfección de las heridas infectadas.—*Bruns* pone en duda que por medio de una substancia desinfectante sea posible desinfectar una herida séptica, por lo cual ha dado siempre la mayor importancia al tratamiento físico de las heridas: división amplia, absorción de las secreciones, etc. Sin embargo, nunca ha querido renunciar completamente á la desinfección y ha procurado siempre

encontrar un medio que desinfecte sin producir efectos nocivos, y cree haberlo encontrado en el ácido fénico puro. El temor de las intoxicaciones fénicas que, como ya es sabido, puede producir hasta la solución diluída, no debe extenderse, en opinión de Kummel, al ácido fénico puro, porque ya anteriormente se han hecho ensayos con él, llenando con dicha substancia la cavidad del hidrocele y las cavidades que quedan en las operaciones que se practican en los huesos y articulaciones tuberculosas, lavándolas luego con alcohol absoluto sin que hayan aparecido intoxicaciones ni dolores. Por lo mismo ha restregado las heridas infectadas con torundas de gasa empapadas en ácido fénico puro, empleando para ello en totalidad de dos á seis gramos de ácido, y ha visto que el dolor subsiguiente era ligero, de manera que el primer apósito podía quedar aplicado de dos á cuatro días. Nunca ha observado influencias nocivas locales ni intoxicaciones. Cree poder recomendar en alto grado este procedimiento para las heridas infectadas.

(*Soc. alem. de Cir.*)

*
* *

La heroína en los trastornos circulatorios.—Pawinski y Adelt han administrado la heroína á diversos enfermos atacados de afecciones cardíacas y pericardíacas. Han principiado por dosis de 5 miligramos dos ó tres veces al día, pero les ha sido preciso á menudo llegar á un centigramo por dosis para obtener un efecto terapéutico. En inyecciones subcutáneas han utilizado los autores $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$ jeringa de Pravaz de una solución á 2 por 100.

Es indudable que el sentimiento de agitación ó de angustia que presentan estos diversos enfermos ha sido influído por el medicamento; la acción sobre la circulación sanguínea es insignificante y se manifiesta por un descenso de la presión, especialmente en los casos en que existe una dificultad respiratoria con aumento de presión.

La acción sobre el riñón se traduce por aumento de la diuresis en los casos de disnea ó insomnio.

El tubo digestivo no presenta modificación alguna, y sólo en un caso se han observado trastornos accesorios pasajeros (zumbido de oídos, cefalalgia, vértigos).

Entre las afecciones cardíacas tratadas por la heroína, la insuficiencia cardíaca ha sido favorablemente influída; en las demás afecciones valvulares no ha dado buenos resultados.

Asociando la heroína á los ioduros, háse mejorado la actividad cardíaca en los arterio-esclerosos. En el asma cardíaco se recomendará con provecho la ingestión de heroína por la noche, una á dos horas antes del acceso.

La degeneración del miocardio parece que no es influída por la heroína, pero las neurosis cardíacas se calman á seguida de su administración; idéntico resultado se obtiene en los dolores irradiados en caso de aneurisma. Además se obtendrán resultados favorables

en la enfermedad de Basedow, en el momento en que empiezan los trastornos de compensación.

Los sudores nocturnos de los tísicos no son influídos, pero la tos y los dolores torácicos de estos enfermos son mejorados con seguridad.

En las afecciones cardíacas, debe recurrirse preferentemente á la asociación medicamentosa. Se prescribirá, pues:

Polvo de digital.	1'50 á 2 gr.
Clorhidrato de quinina.....	2 gr.
Clorhidrato de heroína.....	0'06 á 0'10 gr.

Polvo y extracto de regaliz c. s. para hacer 30 píldoras; una píldora tres ó cuatro veces al día, ó también:

Polvo de digital.	1'50 á 2 gr.
Clorhidrato de heroína.....	0'06 á 0'10 gr.
Acido arsenioso.....	0'03 á 0'06 gr.

Polvo y extracto de regaliz c. s. para hacer 30 píldoras; para tomar tres ó cuatro al día,

(*Revue de thérapeutique*).

*
**

Respiración artificial. Bronquitis infantil.—Hace algunos años un Médico militar alemán—el Dr. Heermann—prestaba su asistencia á un niño de seis meses, atacado de una bronquitis rebelde á todos los medios usuales de tratamiento, y que no tardó en determinar fenómenos de asfixia, con 160 pulsaciones y 80 respiraciones por minuto. Pareciendo inminente el desenlace fatal, nuestro colega se decidió, en calidad de *ultima ratio*, á practicar la respiración artificial. Después de haber efectuado él mismo, alternativamente, durante dos horas, la compresión de la base del tórax y las maniobras de Schultze, y de haber conseguido de este modo conjurar todo peligro inmediato, el Dr. Heermann recomendó á los padres del enfermito que continuaran practicando la respiración artificial por compresión de las falsas costillas durante dos días, con intervalos cada vez más largos, y el niño fué salvado. Desde entonces, nuestro colega recurre de una manera sistemática á la respiración artificial en todos los casos de bronquitis ó de bronconeumonía infantil, y ésto no solamente en presencia de asomos de asfixia, sino también desde los comienzos de la afección. Concurrentemente con los medicamentos internos y con las prácticas hidroterápicas, prescribe que se haga varias veces por día, cada vez durante media hora próximamente, la respiración artificial, ejerciendo con una mano, aplicada á nivel de las falsas costillas, una ligera presión sobre la base del tórax en el momento de la expiración. Algunos de los enfermitos se oponen al principio á estas maniobras, pero al fin acaban por habituarse á ellas; otros encuentran, ya desde las primeras sesiones, un alivio considerable en esa especie de apoyo que se da á sus músculos espiradores más ó menos fatigados. En general, bajo la influencia de la respiración artificial, la expectora-

ción se vuelve más activa y la respiración más profunda, al mismo tiempo que disminuye el número de los movimientos respiratorios. Es obvio decir que puede asociarse provechosamente este medio con las inhalaciones de oxígeno, las cuales, al par que dejan casi de producir efecto alguno sobre la expectoración, ejercen una acción muy favorable sobre la actividad cardíaca.

Recordemos que la respiración artificial—si bien combinada con otros procedimientos de mecanoterapia (masaje de todo el cuerpo, posición horizontal, etc.)—ha dado asimismo excelentes resultados, en el período final de la bronconeumonía infantil, en manos de un colega ruso, el Dr. Treuthardt.

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Bacilos difteríticos y pseudo-bacilos difteríticos.—Los pseudo-bacilos difteríticos, ó bacilos cortos, son generalmente considerados como una forma atenuada no virulenta del bacilo largo de Löffler, pero no se ha podido obtener todavía su transformación en esta última variedad. El Dr. Levin, sin embargo, acaba de conseguir este resultado en una doble serie de experimentos.

Sus primeros ensayos versaron sobre bacilos cortos procedentes de un enfermo atacado de angina simple. Cultivó primeramente estos microorganismos sobre suero de ternera, luego sobre suero de Löffler, y los sembró después en el caldo alcalinado de Spronck, que sirve para la preparación del suero antidifterítico. Produjose primeramente, sin trastorno del caldo, un precipitado granuloso, cuya inoculación á un conejillo de Indias no dió lugar á ningún accidente. El autor continuó los cultivos sobre caldo de Spronck y vió, poco á poco, aumentarse la virulencia del microbio. Al cabo de quince días, la inyección subcutánea determinaba, en el punto de inoculación, una pequeña placa edematosa, cuya serosidad fué recogida para ser de nuevo sembrada. Después de dos ó tres inoculaciones en serie, el exudado así producido mataba un conejillo de Indias en cuarenta y cuatro horas y, en la autopsia, se encontraban las lesiones típicas de la difteria. Los bacilos, que hasta entonces habían conservado la forma corta, se presentaban entonces con un aspecto oblongado y ofrecían todos los caracteres del bacilo virulento de Löffler. Por medio de nuevos cultivos y de inoculaciones en serie, el Dr. Levin consiguió aumentar la virulencia de esos microbios transformados, hasta el punto de que sus toxinas mataban un conejillo de Indias en cuarenta horas á la dosis de una quinta parte de gota; resultaban poco menos que perfectamente neutralizadas por dos veces su volumen de suero antidifterítico.

Una segunda serie de experimentos tuvo como punto de partida los bacilos cortos hallados en la garganta de una enfermera que había asistido, en el hospital, á un niño difterítico. Después de la curación, el enfermito no tenía ya ninguna especie de bacilo en la garganta, y la enfermera, que había presentado en un momento

dado bacilos largos, tenía únicamente bacilos cortos. Esa mujer fué á visitar la familia de su enfermito, y casi inmediatamente se produjo un caso de difteria en uno de los otros niños de la misma familia. Este nuevo paciente y la enfermera fueron enviados al hospital; cuando esta última salió del establecimiento, continuaba teniendo bacilos cortos; su vuelta á la misma familia dió lugar á un tercer caso de difteria. El autor, habiendo cultivado los bacilos cortos de la garganta de esa mujer, pudo, como en el caso precedente, y gracias al mismo procedimiento, obtener bacilos largos virulentos.

(*Hygiea*).

* * *

La actinoterapia en dermatología.—*W. S. Gotheil* atribuye las ventajas siguientes á este método: primera y principal, es eminentemente conservadora; no produce radiodermatitis, ni ulceración, ni pérdida de cabellos, como á menudo ocurre, y á veces necesariamente, con los rayos Roentgen. El autor no tiene noticia de ningún trastorno serio consecutivo á su empleo; segunda, es absolutamente indolente, lo que es muy importante, sobre todo tratándose de mujeres y niños; tercera, es eficaz. Aunque es un método nuevo, tiene ya bastantes testimonios de observadores competentes, para demostrar que poseemos un agente terapéutico poderoso en la luz concentrada.

El autor distingue la *radioterapia*, ó empleo terapéutico de los rayos Roentgen, de la *actinoterapia*, ó aplicación de la luz del sol, ó la de arco, ó algunos de sus rayos, con un fin terapéutico.

No está de acuerdo con Finsen en la prolongación del tratamiento actinoterápico por sesiones de horas todos los días; él se limita á sesiones de media hora cada dos días, y sostiene que la duración del tratamiento depende, más que todo, de la intensidad y concentración de la luz actínica. Emplea un instrumento llamado *actinólito*, fabricado en Nueva York, y que consiste en una luz de arco, regulada automáticamente, y un condensador biconvexo, cuya posición puede arreglarse de modo que se obtenga hacia cualquier lado un círculo de luz. El autor agrega que la actinoterapia ha dado útiles resultados en el lupus vulgar, lupus eritematoso, eczema micótico, tricofitosis, favus, impétigo, forunculosis, tuberculosis cutis, epiteloma, micosis fungoide, blastomicosis, actinomicosis y otras afecciones semejantes.

(*Medical News*).

* * *

Tintura de iodo. Heridas accidentales.—Sin querer negar las propiedades bactericidas de los antisépticos usuales, no puede desconocerse, con todo, que en la práctica estas substancias se muestran impotentes para destruir los microorganismos en un foco traumático. Así que, más bien que probar de combatir directamente á los agentes infecciosos, hay que esforzarse en hacer que el medio

sea desfavorable á su pululación, recurriendo al efecto á un producto que sea susceptible de impregnar profundamente los tejidos. El Dr. C. Beck (de Nueva York) ha pensado que la tintura de iodo, que á sus propiedades antisépticas reúne un poder de impregnación bastante considerable, podría convenir perfectamente para este objeto. Ya se tendrá presente, por lo demás, que un colega italiano —el Dr. A. Ricci (de Bagnacavallo)—ha aconsejado que se traten las llagas cavitarias por medio de una solución de una parte de iodo en cinco partes de alcohol. El Dr. Beck emplea la tintura de iodo ordinaria, de una manera sistemática, en el tratamiento de las llagas infectadas ó, por mejor decir, de todas las heridas accidentales, pues, como ha hecho notar muy juiciosamente, toda solución de continuidad que no es debida al bisturí maniobrando en condiciones rigurosas de asepsia, debe de ser considerada como infectada. La tintura de iodo es aplicada ampliamente sobre la herida, la cual es enjugada previamente con mucho cuidado. Las siembras practicadas con los exudados de las heridas tratadas en esta forma quedan siempre estériles y la cicatrización se hace con rapidez. El Dr. Beck ha tenido ocasión de servirse de la tintura de iodo en gran número de casos, sin haber tenido que registrar nunca trastornos generales, aun cuando en dos pacientes pudo descubrir la reacción característica del iodo en las orinas emitidas tres y cuatro horas después de la cura.

(*La Sem. Méd.*)

* * *

La espondilosis reumática de forma pseudo-neurálgica.—Los trabajos publicados en el transcurso de estos últimos años han puesto en evidencia que las afecciones del raquis, designadas con el nombre genérico de *espondilosis*, distan de constituir un grupo perfectamente homogéneo desde el punto de vista sintomatológico y etiológico. Así, por ejemplo, según el Dr. V. M. Bekhtérev, Profesor de clínica de las enfermedades mentales y nerviosas en la Academia militar de Medicina de San Petersburgo, la afección que él ha descrito por primera vez en 1892 con la denominación de rigidez ó anquilosis de la columna vertebral, y de la cual dió más tarde un estudio de conjunto, difiere, en más de un punto, de la enfermedad estudiada por el Dr. P. Marie, Profesor agregado en la Facultad de Medicina de París, con el nombre de espondilosis rizomélica. En la primera, el proceso morboso se localiza inmediatamente en el raquis, sin afectar nunca á las gruesas articulaciones, al paso que en la segunda comienza por las caderas y no invade hasta más tarde la columna vertebral; además, de las discusiones que se han suscitado en diversas Sociedades científicas, ya sea en Francia ó bien en el extranjero, parece resultar que la espondilosis rizomélica se relaciona positivamente con el reumatismo crónico y no constituye sino una variedad de artritis deformante, al paso que la rigidez de la columna vertebral reconoce por factores etiológicos la herencia nerviosa, el traumatismo y, acaso también, la sífilis.

Como quiera que sea, no es menos cierto que estas dos afecciones se traducen la una y la otra por un síntoma común, á saber: la anquilosis del raquis. Pues bien; según el Dr. H. Forestier; Médico del hospital de Aix-les-Bains, existe, al lado de estas formas anquilosantes de espondilosis, otro grupo de casos que, al parecer, no ha llamado hasta ahora suficientemente la atención de los clínicos y que merece, sin embargo, ser conocido en razón á los errores de diagnóstico y de pronóstico á los cuales aquéllos pueden dar lugar. Esta variedad particular de atropatías vertebrales se caracteriza por *seudo-neuralgias* y por la ausencia de rigidez *definitiva* del raquis; de otra parte, como la diátesis artrítica parece desempeñar un papel etiológico importante en el génesis de la espondilosis de referencia (sobre 10 enfermos, cinco habían tenido reumatismo crónico, uno era gotoso y uno había sufrido un ataque de reumatismo articular agudo), nuestro colega propone que se designe la afección de que se trata con el nombre de *espondilitis reumática* ó de *reumatismo vertebral crónico de forma pseudo-neurálgica*.

Lo que constituye, en efecto, el carácter predominante del cuadro clínico de esta espondilosis, son los fenómenos dolorosos. Es innegable que los dolores pseudo-neurálgicos existen también en la artritis deformante del raquis, en la cual se hallan relacionados con la compresión sufrida por los nervios á nivel de los orificios de conjunción y que, de otra parte, el Dr. Bekhtérev ha insistido sobre los síntomas nerviosos (radiculares) que acompañan á la rigidez de la columna vertebral. Pero si bien la espondilosis anquilosante comienza por un período pseudo-neurálgico, que difiere tanto menos del reumatismo vertebral pseudo-neurálgico cuanto que la rigidez del raquis y de la postura del enfermo son á poca diferencia idénticas en ambos casos, la evolución ulterior de la afección no tarda en permitir la apreciación del diagnóstico especial de cada caso. Si se trata de la espondilosis de forma anquilosante, véase cómo la rigidez se va confirmando progresivamente al mismo tiempo que los dolores disminuyen de intensidad y de frecuencia, y por último, nótese que el paciente queda definitivamente anquilosado y más ó menos encorvado. En cambio, si se trata de la forma pseudo-neurálgica, la afección evoluciona con bastante rapidez hacia la curación y bajo la influencia de un tratamiento apropiado (aguas sulfurosas bajo la forma de *ducha-masaje*), la rigidez vertebral y los dolores se disipan completamente en el espacio de unos diez meses.

Siendo ésto así, compréndese todo el interés que hay — desde el punto de vista del pronóstico — en no confundir la espondilosis pseudo-neurálgica con las afecciones *anquilosantes* de la columna vertebral, las cuales presentan una marcha fatalmente progresiva. Si se tiene en cuenta, además, que los fenómenos pseudo-neurálgicos y la rigidez temporal del raquis pueden simular al principio afecciones graves de la columna vertebral ó de la médula espinal (meningitis espinal, tabes, mal de Pott) é inducir al práctico en

error, vése cómo los hechos señalados por el Dr. Forestier merecen ser retenidos.

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Trinitrina. Epilepsia.—*Pellegrini* ha instituido en 15 epilépticos ensayos terapéuticos comparados, que han consistido en someter los enfermos, durante tres meses, á la medicación bromurada, dejándolos después en igual período de tiempo sin ningún tratamiento, y por último, administrarles durante tres meses igualmente solución alcohólica de trinitrina á la dosis de 2 á 10 gotas por día en dos tomas.

Comparando entre ellos los resultados de estas tres series de experiencias, el autor pudo asegurarse que en todos estos epilépticos, salvo uno sólo, la trinitrina tuvo por efecto disminuir manifiestamente el número y la intensidad de los accesos, y que, en la mitad de los casos, ella ha enmendado además sensiblemente la agitación que precedía ó seguía á las crisis convulsivas. 10 veces la acción del medicamento fué mucho más sensiblemente favorable que la de los bromuros. Por último, no ha observado jamás el menor trastorno como consecuencia de la medicación.

De estos hechos el autor cree poder concluir que la trinitrina está llamada á prestar servicios en el tratamiento de la epilepsia, y que con ella há lugar especialmente para hacer alternar su uso con el de las preparaciones bromuradas, para evitar la especie de graves inconvenientes del empleo prolongado de los bromuros á dosis elevadas, tales como el abatimiento de la vista, del oído, de la sensibilidad general y de las facultades mentales.

(*Ref. méd. et Bull méd.*)

*
**

Pulso negativo de la safena interna.—En un hombre de cincuenta y nueve años, antiguo reumático atacado de insuficiencia mitral con lesión aórtica compleja, aortitis crónica y arterioesclerosis generalizada, el autor ha tenido ocasión de observar, del lado de la safena interna, un extraño fenómeno que no parece haber sido mencionado nunca, por lo menos en idénticas condiciones. Trátase de una pulsación que comenzaba antes del diástole cardíaco, alcanzaba su máximo antes que empezara el diástole de la arteria femoral y cesaba con el sistole de esta misma arteria; esta pulsación no era perceptible sino cuando el enfermo estaba acostado; en la posición vertical, faltaba; las pausas respiratorias no producían sobre ella ningún efecto; persistía cuando se comprimía la arteria femoral contra el arco inguinal. Por la compresión de la vena en un punto cualquiera, la pulsación era perceptible y hasta exagerada en la porción central; en cambio, se detenía en la porción periférica. Importa señalar que no existía pulso venoso en ninguna otra región, especialmente en los vasos del cuello.

François-Frank y Daguini han publicado cada uno un caso algo análogo, pero concerniente á pulsaciones sistólicas ó post-sistólicas, que estos autores explican de la manera siguiente: el aumento de la presión abdominal que produce cada sistole cardíaco favorece, por aumento de la *vis a tergo*, la circulación de retorno hacia las venas intraabdominales, mientras las válvulas del sistema venoso son suficientes; pero tan luego como esta condición queda sin realizarse, tiene aquélla por efecto determinar, por el contrario, una corriente retrógrada hacia las venas extraabdominales, y de ahí una pulsación sistólica ó post sistólica.

Es indudable que esta explicación no es aplicable al caso presente, puesto que, como ya hemos visto, la pulsación era diastólica. Así, el Dr. Lanzerini admite que el pulso venoso de la safena, en el enfermo cuya observación refiere, era la expresión de las oscilaciones de la presión negativa; estas oscilaciones resultaban aparentes merced á una esclerosis de las venas crural é ilíaca externa izquierda, esclerosis que la autopsia permitió observar ulteriormente.

(*Clin. Méd. italiana*).

*
* *

Eugoformo.—El eugoformo es un polvo casi inodoro, blanco grisáceo, que se prepara haciendo obrar el formaldehido sobre el guayacol y sometiendo el producto á la acetilización. El Dr. H. Maass considera el eugoformo como utilísimo para las heridas de los niños, y en particular cuando están expuestas á contaminarse por las heces, la orina, etc., y cuando hay tendencia al eczema alrededor de la herida. Produce efectos anestésicos locales, que cree de gran valor en los casos referidos. Sus resultados no son tan excelentes en las heridas escrofulosas, en las que quedan después de abrirse los abscesos fríos, de extirparse los ganglios, de las resecciones óseas, etcétera. Prefiere tratar las granulaciones exuberantes con la tintura de iodo. El eugoformo resulta más barato que el iodoformo.

(*Bristish Med. Journal*).

FÓRMULAS

414

Heroína.....	3 á 5 centígr.
Agua de laurel-cerezo.....	10 gr.
Acido clorhídrico.....	C. S.

D.—De 10 á 15 gotas, dos ó tres veces al día.

En la **tos ferina**.

(*Hinte*r).

415

Cocimiento de poligala.....	100 gramos.
Tintura de Lobelia.....	} á á 25 »
» de opio alcanforada.	
Ioduro de potasio.....	8 »

M.—Para tomar dos cucharadas al día.

En el **asma**.

(*Elixir de Green*).

SECCION PROFESIONAL

SERVICIOS SANITARIOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Teniendo en cuenta la influencia que sobre el soldado ejercen múltiples causas debilitantes, entre las que descuellan su especial género de vida y condiciones del medio en que habita, y que la positiva disminución de sus energías orgánicas contribuye mucho al desarrollo de la tuberculosis que tan alarmantes proporciones ha adquirido en el ejército, se hace indispensable emprender una verdadera campaña contra todos los agentes que determinan la enfermedad citada. Y siendo quimérico pretender que se realicen, desde luego, todas las reformas que reclama la higiene, es de necesidad que se planteen con empeño y decisión las de mayor urgencia. A este fin, y puesto que está comprobado que los esputos de los individuos que padecen de tuberculosis pulmonar ulcerada constituyen una seria amenaza para los que, estando predispuestos á contraerla, respiren la atmósfera infestada por aquéllos, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer lo que sigue:

1.º Que se dote á todos los establecimientos del ramo de Guerra, comenzando por los hospitales, de escupideras adecuadas y en número bastante, para que colocadas convenientemente sirvan al personal con destino ó albergue en las referidas dependencias.

2.º Que se procure llevar al ánimo de la tropa el convencimiento de que tal medida no es sólo regla de policía y aseo, sino práctica que interesa mucho á su salud y á su vida.

3.º Que en todas las dependencias, como salas, dormitorios, comedores, cuerpos de guardia, oficinas, etc., se fijen grandes rótulos, estableciendo la prohibición de escupir en el suelo.

4.º Que por la Sección de Sanidad Militar se publiquen las instrucciones necesarias para fijar las distancias á que, dada la extensión de los locales y el número de individuos que alberguen, deban colocarse las escupideras, el modelo de éstas, los líquidos desinfectantes que han de contener y cuanto concierne al asunto en su aspecto técnico.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 30 de Mayo de 1901.—Weyler.—Sr...»

*
* *

INDEMNIZACIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: Siendo necesario estudiar el modo de llevar á cabo economías en los diferentes servicios públicos, y teniendo en cuenta, al mismo tiempo, que los créditos consignados en el capítulo 5.º, artículo 4.º del vigente presupuesto para pago de indemnizaciones por comisiones que se confieran á los Generales, Jefes y Oficiales del ejército y sus asimilados, es escaso con relación á las obligaciones á que responde, se impone la necesidad de buscar el medio de restringir el nombramiento de toda clase de comisiones. A este fin precisa la reforma del vigente Reglamento de indemnizaciones, aprobado por Real Orden de 1.º de Diciembre de 1884 y disposiciones posteriores sobre la materia; pero como ésto ha de ser resultado de un detenido estudio, y entretanto conviene procurar hallar una fórmula para reducir los gastos que las comisiones originan, armonizándola con las necesidades del servicio, el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que por los Capitanes y Comandantes generales, así como por las demás autoridades á quienes compete la facultad de conferir comisiones indemnizables de las comprendidas en los preceptos del citado reglamento y disposiciones posteriores, se reduzca el número de ellas á las que se consideren de imprescindible necesidad; limitando el tiempo de su duración al puramente indispensable para el desempeño de la que á cada uno se confiera. Es, asimismo, la voluntad de S. M., que los Generales, Jefes y Oficiales que por razón del cargo que ejerzan, perciban bien como gastos de representación, gratificaciones ó cualquier otro concepto, mayor sueldo que el que por sus empleos les corresponda, no tendrán derecho á indemnización alguna por las comisiones que en lo

sucesivo desempeñen dentro del territorio ó demarcación á que se extiende la acción de su respectivo mando ó cargo; entendiéndose modificado en este sentido el vigente mencionado reglamento de 1.º de Diciembre de 1884 y disposiciones posteriores acerca del particular.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 3 de Junio de 1901.—Weyler.—Sr.....»

*
*
*

SERVICIOS SANITARIOS

«Tan crecido es el número de víctimas que ocasiona la tuberculosis en el ejército, que debe considerarse de urgente necesidad la adopción de cuantas medidas profilácticas se conceptúen eficaces para disminuirlo, necesidad que se impone con mayor fuerza si, además de la mortalidad referida, se tiene en cuenta que los inútiles por dicha afección, con frecuencia de lentísimo curso, pueden ulteriormente legar á la prole su miseria fisiológica.

Razones de orden económico impiden remover de momento cuantas causas contribuyen á fomentar la debilidad orgánica que tanto predispone á contraer tan grave enfermedad, pero puede atenderse desde luego á evitar su propagación, que se realiza principalmente por el esputo.

Sabido es que este producto patológico encierra gran cantidad de bacilos de Koch, que una vez desecados se dividen en partículas, que mezcladas con el aire y polvo de los locales conducen los gérmenes patógenos que infectan la atmósfera, contagiando á los predispuestos que la respiran. De ahí que la Real Orden de 30 de Mayo próximo pasado (*D. O.* número 117) venga á llenar un vacío, disponiendo que se instalen en los hospitales, cuarteles, establecimientos y dependencias del ramo de Guerra, escupideras con soluciones desinfectantes, donde el soldado deposite sus esputos, en vez de arrojarlos al azar, neutralizándose así la extraordinaria virulencia de los contaminados, práctica que está en uso con reconocido éxito en otras naciones, afirmándose por algunos higienistas que, de cumplirse con exactitud, disminuiría más de un 50 por 100 la cifra de tuberculosos. A este fin, conviene inculcar en el ánimo del soldado la conveniencia de tal medida preservativa de su salud y hasta de su vida, apelando, si necesario fuese, á los rigores de la disciplina.

En cuanto á la forma de establecer esta medida sanitaria, se recomienda por esta Sección que el número de los recipientes que hayan de instalarse en cada dormitorio, clínica, oficina, etc., esté en relación con la amplitud del local de que se trate, pecando antes por exceso que por

defecto. Conviene situarlos á un metro del suelo, fijándolos en la pared por un brazo horizontal de hierro, cuyo extremo libre termine en un aro del mismo metal. Afectarán los recipientes la forma ordinaria y corriente, ó sea de doble cono; serán también de hierro con baño de porcelana interior y azul exterior, y, por último, sus dimensiones deberán ser de 23 centímetros el diámetro de la base del cono superior y 16 la del inferior, alcanzando la escupidera en totalidad una altura de 13 centímetros.

El líquido desinfectante que debe contener, en cantidad suficiente para llenar casi por completo el cono inferior, será una solución hecha con arreglo á la fórmula siguiente:

Bicloruro de mercurio	2 gramos.
Sal común.....	20 idem.
Agua.....	1 kilogramo.

Se adicionará una materia colorante inerte que la distinga bien y evite confusiones que pudieran ser de graves consecuencias. Las escupideras deben limpiarse todos los días con la mayor perfección.

Finalmente, es oportuno colocar en todas las dependencias, establecimientos, etc., rótulos que expresen: «Se prohíbe escupir en el suelo», y cuidar con verdadero interés que no quede impune la desobediencia á este mandato.

Los Oficiales de Sanidad Militar informarán á los Jefes respectivos, desvaneciendo cuantas dudas pudieran ocurrir en la implantación de esta medida sanitaria; contribuirán por su parte á que alcance el mayor éxito, y cuidarán en lo posible de enviar al hospital—y los que sirvan en hospitales á la clínica especial de tuberculosos—á cuantos individuos presenten síntomas que hagan presumir ó demuestren la existencia de la infección.

Lo que en virtud de lo dispuesto en la citada Real Orden, tengo el honor de manifestar á V... como complemento de la misma.—Dios guarde á V... muchos años.—Madrid 5 de Junio de 1901.—El Jefe de la Sección, Pedro Gómez».

*
* *

LICENCIAS

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de lo manifestado á este Ministerio por el Capitán General de Castilla la Nueva, acerca de los abusos á que ha venido prestándose lo preceptuado en el artículo 1.º de la Real Orden de 5 de Septiembre de 1892 (C. L. núm. 304), respecto á la concesión de licencias sin limitación de tiempo á los Jefes y Oficiales de las escalas de reserva, y con objeto de armonizar los intereses particulares con las

conveniencias del servicio, la Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), ha tenido á bien resolver:

1.º Los Capitanes Generales de las regiones y distritos y los Comandantes generales exentos de Ceuta y Melilla, concederán, como hasta ahora, las licencias que soliciten los Jefes y Oficiales de las escalas de reserva, pero limitándolas á un plazo de cuatro meses como máximo, y para un solo punto determinado. Aquéllos á quienes convenga ausentarse por más tiempo, pedirán la correspondiente autorización para trasladar su residencia.

2.º Aparte de esta regla general, cuando alguno de dichos Jefes ú Oficiales necesite licencia para más de una población, lo acreditará al solicitarlo de dichas autoridades, bien mediante certificado de reconocimiento facultativo ante un Tribunal médico militar, ó exponiendo en la instancia de una manera clara y precisa los motivos que tenga para ello, y si el Capitán General ó Comandante general respectivo encuentra justificada la causa, podrá entonces concederle licencia para dos ó tres puntos, dentro de la expresada limitación de tiempo.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 18 de Junio de 1901.—Weyler.—Sr...>

VARIEDADES

CONGRESO DE LA SOCIEDAD ITALIANA DE MEDICINA INTERNA EN 1901.
—El undécimo Congreso de la Sociedad italiana de medicina interna se celebrará en Pisa del 24 al 28 de Octubre próximo.

Hé aquí los temas que comprende el orden del día:

- 1.º *La peritonitis por propagación en la fiebre tifoidea.*
- 2.º *Acerca de algunos puntos relativos á la patología del hígado.*
- 3.º *De algunos problemas de patología cardíaca.*

* * *

Se ha publicado el número 9 de la interesante revista mensual literaria *La Patria de Cervantes*, cuyo sumario es el siguiente: La Hermandad de los Siete Reyes; De caza; Un millonario del Cabo; Hojas del Diario del Dr. Moreno; La pluma de oro; El yelmo.

Se halla de venta dicho número, por demás ameno é instructivo, en todas las librerías, y en la de los editores, Sres. Bailly-Bailliére é hijos, al precio de una peseta número suelto, 9 pesetas la suscripción por un año en Madrid, y 10 en provincias.