

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO VII. MADRID 15 DE JUNIO DE 1893. NÚM. 144.

Contribución al estudio del valor terapéutico del método sequardiano. (1)

(Continuación.)

Observación 6.^a

Salvador Alfambra y Goy, de cuarenta y dos años de edad, natural de Lugo, soltero, cesante de Hacienda, ingresó en los primeros días de Marzo último en la sala del Hospital General que está á cargo del distinguido especialista de enfermedades de las vías urinarias, mi muy querido amigo y antiguo condiscípulo el doctor R. Viforcós, el que tuvo no sólo la bondad de poner el enfermo á nuestra disposición, sino también la de redactar la unida nota clínica, á la que seguirá la de mi también excelente amigo el doctor Cebrián, que con nosotros vió al mencionado enfermo. Seguros estamos de que nuestros lectores leerán con gusto las observaciones de tan distinguidos compañeros, á los que desde este sitio damos las gracias más expresivas por habernos honrado con tan señalada distinción.

Dice así el Sr. Viforcós: «Únicamente el deseo de complacer á mi buen amigo el doctor Cano, pudiera ser motivo que justificase mi escasa intervención en un asunto de tanta trascendencia como lo es en verdad el estudio que tan brillantemente ha emprendido mi distinguido compañero, y que á no dudar terminará pronto con los mismos bríos que comienza; dispénsenme, pues, los lectores de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR si por muy pocos momentos distraigo su atención y abro un paréntesis en aquel trabajo; pero repito que las circunstancias me obligan, puesto que además de las razones expuestas he sido atento observador de un caso tratado por las inyecciones de líquido testicular.

»El enfermo en cuestión ha ocupado durante algún tiempo una cama en la clínica de mi servicio en el Hospital General; por este solo hecho me creería excusado decir que su dolencia apremiante radicaba en el aparato urinario, si no fuera porque de la interpretación de los fenómenos por mí observados hubiera de cambiar por completo aquella opinión; pero no quiero anticipar los hechos, y he de referir textualmente mi conducta en este caso.

»Acostado y en decúbito supino encontré al enfermo cuando

(1) Véanse los núms. 141, 142 y 143 de esta REVISTA.

le visité por primera vez, y desde luego empecé á interrogarle: —¿Qué tiene usted? le pregunté. ¿Por qué viene usted aquí?—No siento ninguna molestia, me contestó; mi enfermedad consiste en que orino con mucha frecuencia, y que algunas veces, particularmente durante la noche y con el sueño, me orino sin darme cuenta. Estas fueron sus palabras, y á cuantas preguntas le hacía me contestaba siempre del mismo modo. Como es de suponer, traté de averiguar si antes de ahora había sufrido trastorno alguno en el aparato urinario, pero todo fué inútil; ni un solo antecedente pude recabar que me pusiera en camino de adquirir con fundamento datos para la más pequeña noción patogénica de la afección. ¿Se tratará de alguna psicopatía urinaria? me pregunté. Este fué el primer punto que pensaba resolver; la antigüedad del mal me hubiese proporcionado noticias que, unidas al curso de la dolencia, podían tal vez haber prestado grandes elementos para el diagnóstico; pero en este asunto tuve que desistir, porque los recuerdos que de su afección tenía el enfermo eran muy vagos, y sólo pude poner en claro, como digo más arriba, el que á la polakiuria diurna siguió la incontinenencia nocturna.

»La polakiuria es siempre el comienzo de la psicopatía urinaria; pero en este caso no existía ni un solo síntoma más que pudiera hacer sospechar el desarrollo de la afección. Tenía, pues, sólo dos síntomas: era preciso discurrir para formar el diagnóstico, y al efecto empecé por estudiar algo en lo que á la capacidad y tensión vexical se refiere, y ambas resultaban al parecer íntegras, si bien la capacidad fisiológica de la vejiga se diferenciaba bastante en las distintas ocasiones que inyectamos líquido en el recipiente urinario; esta manipulación no produjo jamás molestia alguna; lo contrario precisamente de lo que ocurre cuando los síntomas que vengo estudiando dependen de algún proceso inflamatorio del aparato urinario. ¿Qué pensar, pues, de este caso? ¿Podrán ser estos síntomas propios del período preatáxico de la tabes? Para mí, dije á los que me honran acompañándome en la visita, pertenecen á aquel período; y al efecto, sin estudiar el caso más, sin ocuparme del estado de la sensibilidad, sin buscar el signo de Brach-Romberg, reflejos, etc., etc., llamé entonces á los doctores Cano y Cebrián, al primero para decirle: «aquí tienes un enfermo muy á propósito para tus estudios de hoy;» y al segundo para que le reconociese y dijera cómo pensaba en este caso. Mi opinión fué comprobada por estos dos ilustrados compañeros; y al efecto el doctor Cebrián, uno de nuestros más estimados neurópatas, se encargará de presentar el enfermo bajo el punto de vista que merece, puesto que sólo por error pudo ocupar una cama en la enfermería de mi cargo; pero me complazco en consignar que al abandonar ésta habían desaparecido los síntomas que le llevaron allí, no habiendo tenido otro tratamiento que las inyecciones de líquido testicular.»

El Sr. Cebrian se expresa de la siguiente manera:

«Sin ambages, preámbulos ni rodeos, éntrome deroso y belloso por el difícil terreno de la neuropatología, para decir á V. que el enfermo que en la sala de nuestro amigo Viforcós estuvo, no

ofrecía á la observación desordenes en la esfera sensitiva, en lo que se refiere al dolor, al tacto, á la presión, etc., etc.; pero en cambio, en la de reflectividad presentaba alteraciones lo bastante características para juzgarme autorizado para considerar al paciente como tabético incipiente. La atenuación, aunque no desaparición absoluta, del reflejo de Wespbal, en cuya investigación utilicé los diferentes procedimientos de técnica semiológica aplicables al sistema nervioso; la existencia del signo de Romberg, comprobada por la imposibilidad en que estaba el enfermo de andar con los ojos tapados, por pérdida absoluta del sentido del lugar y del espacio, siéndole imposible, una vez elevado un miembro, sostener el equilibrio, viéndose obligado á tener muy separados los dos piés, como buscando más amplia base de sustentación; y aun estando parado le era imposible conservarse en una actitud militar, sin sufrir oscilaciones en todos sentidos que denotaban lo inestable de su equilibrio en esta actitud; la ostensible presencia del signo llamado de la *pata coja*, como se comprobó haciendo que el enfermo, con los ojos tapados, elevase una pierna y sostuviese el peso del cuerpo sobre la otra; y no era tan pronto cumplir nuestro mandato, como caerse hácia atrás, si no se le hubiese oportunamente sostenido; y por último, la existencia del signo de Argill-Roberston, motivos fueron que me autorizaban para afirmar que de una tabes incipiente se trataba. En su virtud, no vacilé V. en someterle á la medicación Brown-Sequard, y usted sabrá el tiempo que á semejante plan le tuvo sujeto; pero ello es lo cierto que cuando V. me devolvió al enfermo para nuevas investigaciones semiológicas, se encontraba en un estado general muy satisfactorio, por lo que á la nutrición se refiere; se sostuvo muy bien sobre un solo pié, dando un salto en esta actitud, sin perder el equilibrio; se habian disipado las vacilaciones que caracterizan el signo de Romberg, desarrollando la marcha al mandato en sus tres tiempos, sin ofrecer aquellos desequilibrios que tanto le martirizaban, impidiéndole andar, contra su deseo; y el signo de Wespbal habia reaparecido, hallándose en bastante buen estado.»

«Que el enfermo ha mejorado de una manera notable y evidente, no hay duda alguna, amigo Cano; y no habiéndola tampoco respecto al tratamiento instituido, es lícito y de toda justicia pensar que las inyecciones de Brown-Sequard han obrado el milagro en este caso.»

«Ahora bien; quédanos la interpretación del hecho terapéutico; asunto que dejo á su reconocida competencia, y que no dudo ha de proporcionarnos datos muy interesantes acerca de este punto concreto, hartó trascendental para que se le deje abandonado en las páginas de un periódico, cuando en realidad merece que todos le consagremos algunas horas de meditación, aun á costa de ocupaciones más perentorias.»

¿Qué hemos de decir nosotros despues de estas brillantes manifestaciones que del caso han hecho nuestros dos queridos compañeros? Son tan exactas, tienen tal relieve y tal colorido, que temeríamos hacer que pudiesen desmerecer si añadíamos una sola

palabra más. Por esta razón, y por no poner á prueba la paciencia de nuestros lectores, nos limitaremos á decirles en cuatro líneas la manera como empleamos en este enfermo las inyecciones hipodérmicas de líquido testicular, único que usamos durante todo el tratamiento.

En el mes de Marzo, y con la inyección inicial de tres gramos de jugo testicular diaria, se le pusieron doce inyecciones, que hacen una cantidad total de 36 gramos de líquido vital. Durante el mes de Abril se le pusieron 22 inyecciones de á tres gramos durante los cuatro primeros días, y seis los siguientes, que hacen en junto 66 gramos de jugo testicular. El enfermo había mejorado tan notablemente, que el día 2 de Mayo recibió el alta, saliendo del hospital con el ánimo de terminar su curación por medio del método de Brown Sequard asistiendo á mi consulta, como así lo verificó, desarrollándose el tratamiento en la siguiente forma:

Día	8	tres centímetros cúbicos del jugo testicular.			
»	9	tres	íd.	íd.	íd.
»	10	tres	íd.	íd.	íd.
»	12	seis	íd.	íd.	íd.
»	13	seis	íd.	íd.	íd.
»	14	seis	íd.	íd.	íd.
»	15	seis	íd.	íd.	íd.
»	16	seis	íd.	íd.	íd.
»	18	seis	íd.	íd.	íd.
»	19	seis	íd.	íd.	íd.
»	20	seis	íd.	íd.	íd.
»	22	seis	íd.	íd.	íd.
»	23	seis	íd.	íd.	íd.
»	24	seis	íd.	íd.	íd.
»	25	seis	íd.	íd.	íd.
»	26	seis	íd.	íd.	íd.
»	29	seis	íd.	íd.	íd.

Resumen: 30 inyecciones, ó sean 90 gramos de líquido testicular, que con el empleado en las dos series anteriores, hacen una cantidad de 192 gramos de dicho líquido. En esta fecha, y sin que afortunadamente hubiera ocurrido el más ligero trastorno local ni general, debido á tan numerosas picaduras, dimos por terminada la tercera serie, encontrándose el enfermo perfectamente bien, pues de todo su cuadro sintomatológico no le queda más que un ligero arrastre de la pierna derecha al hacer la progresión, que realiza sin apoyos y con toda la rapidez habitual

suya antes de estar enfermo. Dicho individuo continúa bajo nuestra inmediata dirección y vigilancia.

Antes de terminar esta observación, y á modo de epilogo, creemos de nuestro deber manifestar á nuestros lectores los antecedentes que logramos recoger últimamente, ya que en sus comienzos no fué posible recogerlos por las causas que quedan apuntadas. A ello nos obliga doblemente lo interesante del caso.

El padre de Salvador Alfambra falleció á consecuencia de la rotura de un aneurisma de la aorta abdominal; le vive su madre y dos hermanas. A los dieciocho años, nuestro enfermo sufrió una blenorragia. El año 1872 marchó de soldado á la isla de Cuba, en donde tuvo la fiebre amarilla, regresando á la Península en el mes de Mayo del año 1877. Dos años después estuvo colocado de guarda en las minas de plomo de Arayanes, en Linares (Jaén), donde comenzó á notar que cojeaba un poco, por lo que dejó el destino para trasladarse á Madrid, logrando emplearse en una dependencia de Hacienda, hasta que declarado cesante y mortificado con sus dolencias, ingresó en el hospital.

(Continuará.)

A. CANO Y FERNANDEZ,

Médico primero.

Tratamiento de las estrecheces de la uretra por la electrolisis lineal.

Entre los muchos folletos que diariamente recibimos, y que nos vemos obligados á desechar después de convencernos de su nulo valor y de su ninguna utilidad, figuran en notable proporción los que no obedecen á otro fin que el de pregonar las excelencias de un específico ó de una preparación determinada. Figuran también números sueltos de publicaciones periódicas que aparecen á nuestra vista como contando varios años de vida, y que en vez de aspirar á que se establezcan con ellas las relaciones de cambio, tan frecuentes en la prensa profesional, se limitan á visitarnos modestamente, obsequiándonos con unas cuantas páginas dedicadas á encarecer los éxitos alcanzados por un nuevo cirujano, inventor de un procedimiento operatorio, ó por una nueva substancia preparada por una casa determinada, que acapara aquel periódico-cometa para hacer propaganda de su especialidad.

Poco favorable fué, indudablemente, la impresión que nos produjo el número 6.º, correspondiente al 15 de marzo último, de

la *Revue Chirurgicale, consacrée spécialement aux retrecissements*, dirigida por J. A. Fort, que cayó en nuestras manos, hallándose hoy en el quinto año de su existencia; pero á pesar de la desventajosa recomendación que del periódico nos hacía su exclusiva significación, y la casi descarada claridad con que en el artículo de fondo se tratan algunas cuestiones que podrían llamarse íntimas, y en que tienen participación las más renombradas personalidades de la ciencia médica francesa, la seguridad con que se indican los medios de comprobar la veracidad del citado autor al relatar los casos clínicos en que ha practicado la electrolisis lineal, y la valentía con que se señalan los vicios de que adolece la provisión por concurso de las cátedras y las clínicas de los hospitales, nos obligó á continuar la lectura de tan arrogante publicación. Nuestro primitivo juicio se modificó después por completo, y creemos prestar un servicio á nuestros compañeros transcribiendo la historia clínica en que el Dr. Fort da cuenta de la más antigua de sus operaciones de electrolisis lineal, practicada el 1.º de mayo de 1888 (1).

«Cuando una operación data de cinco años—dice el citado autor;—cuando se sostiene durante todo este tiempo la curación obtenida mediante un nuevo procedimiento operatorio, y sobre todo, cuando la operación ha sido practicada en un caso grave y difícil, hay fundamento para afirmar que el procedimiento es bueno.

La historia del enfermo á que aludo puede condensarse en los siguientes términos: en abril de 1888 rogué al profesor M. Richet presentara á la Academia de Medicina mi primera Memoria acerca de la electrolisis lineal, y M. Richet, que era mi maestro, poco versado, sin duda, en la electroterapia, no comprendía se pudieran destruir los tejidos orgánicos por medio de una corriente continua. Para demostrar que mi sospecha era fundada, diré que este sabio cirujano creía que la corriente hace enrojecer el electrolizador, del mismo modo que la corriente producida por una solución de bicromato potásico enrojece el galvano-

(1) En la sesión celebrada el 7 de marzo último en la *Académie de Médecine*, leyó el Dr. Le Fort una nueva comunicación de M. Fort, acerca del tratamiento de las estrecheces uretrales por la electrolisis lineal. Se indica en este trabajo que la destrucción de las bridas que producen la estrechez se consigue con la electrolisis de un modo insensible, molécula á molécula, y en ocasiones con una rapididad, que la operación es casi instantánea. En el trabajo de M. Fort figuran 51 observaciones de enfermos operados en su clínica, en su clientela particular y en los hospitales. Se nombró una comisión compuesta de los Doctores Tillaux y Pean para que informen acerca del método operatorio de M. Fort, y este último se lamenta de que, á causa sin duda de un olvido fácilmente reparable, el presidente no haya remitido su trabajo á la indicada comisión, y de que ésta no parezca muy entusiasmada para dar su dictamen.

cauterio. Yo me cuidé de demostrarle inmediatamente lo contrario.

Este error, que consiste en creer que la electrolisis opera á una alta temperatura, tiene su origen, indudablemente, en la producción de calórico que se comprueba en otras circunstancias, y que impresiona los sentidos. Es lógico, en efecto, suponer que no habiendo distintas clases de electricidad, una corriente que produce una luz tan intensa como la de las lámparas Edison, y que enrojece el galvano-cauterio, debe destruir los tejidos mediante una elevada temperatura; y se comprende que el que no ha profundizado el estudio de la electroterapia, no se da cuenta de cómo la corriente eléctrica, á dosis mucho más débil, puede tener una acción destructora molecular distinta, que se ejerce en frío, es decir, sin elevación alguna de la temperatura.

No puedo extenderme mucho en este punto para explicar el por qué la electrolisis produce una sensación de quemadura aunque no determine elevación de temperatura; pero los que vean con interés este asunto, pueden consultar un trabajo muy bien hecho, publicado en abril de 1887 en la *Gacette hebdomadaire des sciences medicales* por el Dr. Lauret, Jefe de los trabajos prácticos de física en la Facultad de Medicina de Montpellier.

Si no hay más que una clase de corrientes eléctricas, es probable que las diferentes intensidades de estas corrientes determinen efectos distintos: para producir la luz eléctrica es preciso una intensidad considerable, y debe ser esta menor para enrojecer el galvano-cauterio. Para producir la electrolisis, es decir, la destrucción de los tejidos sin elevación de la temperatura, hace falta una dosis homeopática, digámoslo así, de corriente eléctrica que se mide por miliamperes, en tanto que para medir las grandes intensidades que producen la luz hace falta medir por volts. Tengo, pues, razón para decir que la dosis de corriente necesaria para producir la electrolisis es á las corrientes más intensas lo que una dosis homeopática es á una dosis alopática.

Tan pronto como el Dr. Richet se enteró de los detalles de mi procedimiento operatorio, me confió dos enfermos con estrecheces uretrales. El Dr. Richet era un hombre muy atento, pero sin tratar de rebajar en lo más mínimo sus excelentes cualidades, era ante todo profesor oficial, y consideraba como intrusos á todos los que aspiraban á hacer ciencia seria fuera del terreno oficial. Se comprende, pues, que al cederme los dos enfermos puse cuidado en buscar los dos casos más difíciles que le fué dado hallar en su clínica en el espacio de algunos días. Uno llamado Du-

moulin, con estrecheces duras, que murió á consecuencia de una afección pulmonar aguda, después de haber sido operado con éxito, y otro llamado Mulot, que tenía una estrechez que había llegado á hacerse infranqueable, y padecía una fiebre urinosa: este enfermo tenía setenta años, había sido operado en el hospital Tenon por el Dr. Delens, que le hizo la uretrotomía en 1883, y había sido sometido á la dilatación tres años más tarde, después de una recidiva, por M. Gillette. Nos encontrábamos en el año 1888; de modo que el efecto de la uretrotomía había durado tres años y el de la dilatación dos años solamente; podía, pues, servir este caso para comparar los efectos de la uretrotomía, la dilatación y la electrolisis lineal.

Al entrar en el Hotel-Dieu el 26 de abril de 1888, orinaba gota á gota, tenía escalofríos todas las tardes, y la orina exhalaba un fuerte olor amoniacal. Cuando M. Richet me presentó el enfermo trató inútilmente de introducirle en la vejiga una candelilla filiforme de las más delgadas; á la mañana siguiente fui yo más afortunado y logré dejar en la vejiga una bujía, y á los tres días pude ya confiar en que la porción conductora de mi electrolizador salvaría la estrechez. Era ésta sumamente dura, á causa sin duda de su antigüedad y á consecuencia también de la operación de uretrotomía que había sufrido el enfermo cinco años antes.

Con el deseo de complacerme, sin duda alguna, quiso el Dr. Richet que el enfermo fuera operado durante su lección clínica en presencia de un numeroso público. Practiqué la operación como la practico hoy (1), y duró más que dura ordinariamente, puesto que tardé en terminarla seis minutos y medio (2); no salió ni una gota de sangre, y después de colocar una gruesa candelilla, volvió á su cama el enfermo. A partir del momento de la operación salía la orina formando un grueso chorro; cesaron los accesos febriles, perdió la orina su olor amoniacal y el enfermo salió de la clínica perfectamente curado.

No cito este caso bajo el punto de vista de los detalles operatorios, ni por el resultado inmediato de la electrolisis, puesto que todo ocurre hoy como entonces, con la sola diferencia de que ahora opero con más rapidez; lo cito porque las circunstancias que hacen interesante este caso, sirven para contestar la objeción que á mi procedimiento se suele hacer respecto á la repro-

(1) Seis ú ocho elementos de la pila de Gaiffe proporcionan los 14 ó 18 miliamperes que son necesarios; después de destruida la estrechez, introdúcese una candelilla gruesa (del número 18 al 24), y se lava la uretra de dentro á fuera, inyectando en la vejiga 300 ó 400 gramos de agua bericada, y haciendo expulsar después el líquido inyectado.

(2) En la mayor parte de los casos se invierten tan solo 18 ó 20 segundos.

ducción de la estrechez. Desde el día que se practicó la electrolisis, hace cerca de cinco años, no ha consentido el enfermo que se le sonde, orina perfectamente y goza de una perfecta salud. Después de haber sufrido la uretrotomía, en 1883 se le sometió á la dilatación, como se acostumbra en estos casos, y esta dilatación no está del todo exenta de peligro. En menos de tres años se reprodujo la estrechez; después de la dilatación practicada metódicamente durante un mes, según se puede comprobar por los datos consignados en el registro del hospital Tenon, se reprodujo la estrechez al cabo de dos años. Es de creer, pues, que este enfermo estaba condenado á sufrir periódicamente durante toda su vida la dilatación ó la uretrotomía, si no hubiera sido operado por la electrolisis; y merced á esta feliz circunstancia, se sostiene desde hace cinco años la curación, y no hay peligro alguno de recidiva.

Este hombre, que cuenta en la actualidad setenta y cuatro años, pensionista del Hospicio de Bicétre, donde he conseguido colocarle mediante poderosas recomendaciones, se le puede ver, pues está vivo, y bien vivo, y es una prueba irrefutable del valor de la electrolisis lineal; de la inocuidad de esta operación cuando se practica metódicamente, y de su superioridad incontestable sobre los procedimientos de uretrotomía y de dilatación habitualmente empleados.»

A. QUINTANA.

PRENSA Y SOCIEDADES MEDICAS

Fiebre. —Antitérmicos.—El Dr. Tross ha estudiado detenidamente el valor real de los antipiréticos, y en un discurso pronunciado recientemente por el citado autor en la Sociedad de los Médicos de Karlsruhe, formuló las siguientes conclusiones:

1.^a Los hechos demuestran que en las enfermedades infecciosas obran dos toxinas distintas: una, que produce la calentura, y otra, que paraliza el corazón. La toxina pirogénica se neutraliza con grandes cantidades de cognac; cuanto más elevada es la temperatura, más cognac se ha de dar; este es el combustible que se suministra al cuerpo para evitar que tomé del propio organismo el material de oxidación. La toxina cardio-paralítica se neutraliza con los cardiacos (el alcanfor, la cafeína, el cocimiento de quina, etc.), que han de propinarse pronto, sin aguardar á que desfallezca la actividad cardiaca.

2.^a Los antipiréticos *pueden* paralizar el corazón, y este efecto es tanto más temible cuando este órgano se halla ya amenazado por las toxinas que circulan en la sangre; de modo que se debe prescindir de los

antipiréticos, por inútiles y por positivamente perjudiciales, puesto que su acción se acumula ó agrega á la de la toxina.

(*Deutsche Méd. Woch.—Rev. de Cien. Med.*)

* * *

Tratamiento de la psoriasis.—En una conferencia clínica que dió en el Hospital Middlesex, de Londres, sobre algunos casos de psoriasis, el Dr. Pringle, expuso que consideraba dicha enfermedad como constitucional, y que, probablemente, es una trofo-neurosis de origen central; hablando de la cuestión más importante del tratamiento, dijo que para él el medicamento principal es el arsénico, el cual se halla, sin embargo, contraindicado cuando á la psoriasis acompaña alguna violenta inflamación, ó presenta tendencias á generalizarse. Si la lengua está limpia y el tubo digestivo funciona con regularidad, se puede tomar el medicamento; pero si no se presentan dichas condiciones, se ha de emplear, ante todo, el tratamiento más conveniente para obtenerlas. Generalmente ordena la solución arsenical de Fowler, comenzando con dos ó tres gotas por dosis, tres veces al día, disponiendo que se tomen después de las comidas con una buena cantidad de agua; cada semana se puede aumentar cada dosis en una gota. Si la enfermedad se hallase complicada con una gran congestión ó inflamación de la piel, usa el ioduro de potasio en grandes dosis, comenzando con un gramo tres veces al día, aumentando gradualmente la dosis hasta tres gramos. Cuando la enfermedad se halla muy extendida, emplea como tratamiento externo, mañana y noche, el baño alcalino caliente (90 á 120 gramos de carbonato de potasa por 150 litros de agua), á la temperatura de 35° á 38° C., donde debe permanecer el paciente de veinte minutos á media hora, friccionando bien con jabón blando. Esto hace que se desprendan las escamas, siendo entonces necesaria la aplicación de un unguento apropiado; para esto, las substancias que principalmente se emplean son las resinas, la crisarobina, y en algunos casos el ácido pirogálico.

El Dr. Pringle prefiere la crisarobina cuando al paciente se le puede observar con frecuencia, aunque no debe emplearse nunca en el cuero cabelludo ó cara.

Al principio considera prudente usar una preparación débil, tal como gramo y medio de crisarobina para 15 gramos de lanolina y otros 15 de vaselina. Más tarde, usa frecuentemente: crisarobina, 3 gramos; ictiol, gramo y medio; ácido salicílico, un gramo, para 15 gramos de lanolina y 15 de manteca; en razón á la mayor limpieza, ordena también la crisarobina en toques con un pincel (crisarobina tres gramos, licor gutapercha 30 gramos), y sus experiencias posteriores son favorables al empleo de dicha substancia incorporada al linimento de Pick.

Cualesquiera que sean los remedios externos que se empleen, hay que perseverar en ellos hasta que desaparezca toda traza de erupción, empleando después el tratamiento esencial más ó menos modificado por una

larga temporada, con el fin de reducir á un minimum el riesgo de las recidivas.

(*The Clinical Journal.*)

*
* *

Afecciones quirúrgicas microbianas.—Teucrina.—

El profesor V. Mosestig-Moochof, á quien debemos la introducción del iodoformo en la cirugía, ha propuesto recientemente esta substancia para el tratamiento de las indicadas afecciones. La teucrina es un extracto de *Teucrium scordium*, planta de la familia de las labiadas, que se encuentra en toda la Europa central: es un líquido moreno negrozco, de sabor acre, que contiene sulfato ácido de cal en proporción muy considerable.

Partiendo del hecho de que en las afecciones locales de origen micótico influye favorablemente el aumento de actividad de la circulación, es decir, la producción de una hiperemia activa, buscaba Mosestig un agente que, sin ser perjudicial para el organismo, fuera capaz de provocar una irritación *loco dolenti*, puesto que la mayor actividad de la circulación coloca á los tejidos vivos en condiciones especiales que permiten puedan luchar con más eficacia contra los agentes patógenos.

V. Mosestig ha ensayado la teucrina durante cinco años antes de dar al público los resultados de sus experimentos: la ha empleado principalmente para la curación de abscesos fríos, inyectándola en las inmediaciones del foco del mal.

Los efectos que produce esta substancia son de dos ordenes: generales y locales. Los primeros son primitivos, y los segundos consecutivos—aquéllos aparecen desde luego, y sólo á los días se inician las modificaciones de la región enferma. Se observa en primer lugar una reacción febril intensa, que se inicia á las cuatro horas de practicada la inyección: la temperatura se eleva gradualmente hasta los 39 ó los 40.º y desciende después para volver á la normal á las diez ó doce horas. Se presentan escalofríos irregulares y aceleración del pulso, y tanto el estado general del paciente como las vísceras no sufren alteración alguna apreciable.

Los síntomas secundarios locales son notables en extremo. Una inyección de teucrina puede transformar un absceso frío en absceso caliente á las cuarenta y ocho horas de practicada, puesto que este fenómeno ha sido comprobado por el autor en más de doscientos casos. La piel que cubre el absceso se enrojece; la temperatura local se eleva; la colección purulenta, antes indolente, es muy sensible á la menor presión. Abandonando el proceso á sí mismo se nota, al cabo de algunos días, que el absceso se reduce hasta que desaparecen los fenómenos flegmáticos; y se incinde el absceso á los tres días de hecha la inyección, la cavidad se rellena, y á los quince días es perfecta la cicatrización.

Análogos resultados, igualmente favorables, se han obtenido con la teucrina en la curación de los abscesos tuberculosos.

(*L'Unión Méd.*)

FORMULAS

201.

Amoniaco liquido.....	3 gramos.
Colodión.....	1 gramo.
Acido salicillico.....	10 centigramos.

D.º Para aplicar una gota en cada picadura.

En las **picaduras de los insectos.**

(Lang.)

202.

Alcanfor monobromado.....	3 gramos.
Extracto de cuasia.....	3 „
Excipiente.....	c. s.

M. y d. en 20 píldoras. Para tomar de una á tres cada día.

En la **histeria con agitación mental.**

(Blocq.)

SECCIÓN PROFESIONAL

Ideas y proposiciones relacionadas con la organización del Cuerpo.

Por lo que respecta exclusivamente al personal, el Cuerpo de Sanidad Militar no puede tener otras aspiraciones ni necesita invocar otros derechos que los que arrancan del artículo 1.º de la ley de 20 de Marzo de 1860, precepto legal que no ha sido derogado hasta ahora, y en el cual se expresa de modo bien terminante que «los Jefes y Oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar «disfrutarán, así en tiempo de paz como en el de guerra, sueldos «iguales á los que estén señalados á los Jefes y Oficiales del «Ejército á cuya clase se hallen asimilados por sus empleos res- «pectivos, y tendrán derecho á las consideraciones y ventajas «que á los últimos están declarados ó en adelante se declaren en «las situaciones de actividad y retiro.»

En todas las vicisitudes por que atraviase el Ejército, siendo éste, como lo es, uno en su esencia, por la ley natural á que responden su origen y especial objeto, y uno en la forma, por virtud de la ley escrita promulgada en 19 de Julio de 1889, el personal de Sanidad sólo debe aspirar á que resulte evidente la asimilación que le conceden todas las leyes y todos los reglamentos que hacen referencia á la organización y los servicios del Cuerpo; siendo lógico pensar que, alcanzando dicha asimilación á todas las obligaciones que exige la disciplina y regulan las Ordenanzas, á todos los deberes y á todos los sacrificios que impone el honroso uniforme militar, no habrá de desconocerse ó rega-

tearse aquélla precisamente cuando se trate de hacer extensivos derechos ó beneficios otorgados á la mayoría del Ejército.

Yo sé de sobra—porque esto nadie lo puede ignorar—que si el carácter militar de una institución hubiera de graduarse apreciando únicamente la extensión é intimidad de sus relaciones con la vida del soldado, la importancia de sus servicios para la organización de los ejércitos y la mayor ó menor eficacia de su directa participación en todos los combates y en todas las vicisitudes de la guerra, el Cuerpo de Sanidad Militar se consideraría por todos, más que asimilado, identificado con los elementos principales de la fuerza armada. Pero como se ha creído conveniente constituir un grupo de Cuerpos *auxiliares* del Ejército con todos los que por su índole especial no están llamados á desempeñar el papel de combatientes, y como dentro del referido grupo no caben preferencias por razón de la importancia del *auxilio* que á estos últimos se preste, el concepto de *asimilado*, consecuencia precisa del calificativo de *auxiliar*, no consiente al personal de Sanidad otras aspiraciones dentro del Ejército que aquellas que puedan fundarse en la analogía ó semejanza reconocida por el sentido común y declarada oficialmente por las leyes.

Asimilación en categorías y consideraciones de orden moral; asimilación en sueldos y ventajas materiales: hé aquí lo que en justicia corresponde obtener y conservar. Si es logrado ese fin, el personal del Cuerpo habrá conseguido absolutamente todo cuanto puede esperar de los poderes públicos; éstos no habrán hecho nada demás, pero aquél tampoco echaría nada de menos.

Asimilada la plantilla orgánica de Sanidad Militar á la de los Cuerpos armados del Ejército, resultará la debida proporción entre las diferentes escalas que constituyen aquella carrera del Estado; las jerarquías estarán en relación con la importancia de los destinos, y éstos responderán á su vez á las conveniencias y á las necesidades del servicio. En la milicia, más que en ninguna otra institución, interesa mucho evitar que los empleos se subordinen á las conveniencias de los hombres designados para servirlos; y si no cabe suponer que aumente la importancia de un cargo militar por que haya correspondido ascender al Jefe ú Oficial que lo estuviera ejerciendo, tampoco en el Ejército se concibe que acabe la necesidad ó utilidad de determinado servicio, aun el más insignificante, en el momento mismo en que un caballero quiera ó deba dejar de desempeñarlo.

La asimilación en las categorías trae consigo la asimilación ó analogías de las situaciones; por eso llama á algunos la atención que todavía no se haya organizado la Reserva de Sanidad Mili-

tar en forma parecida á la que se ha adoptado en otros Cuerpos del Ejército. Para mí, es indudable que al fin y al cabo la creación de la Reserva de Sanidad Militar se impondrá, bien como una de tantas medidas preventivas para caso de guerra, bien como único recurso para contrarrestar la crónica paralización de las escalas; mas implicando tales reformas gastos de alguna consideración, porque no es de suponer—ni sería justo ni equitativo,— que fuera á plantearse con perjuicio material de la plantilla orgánica, se explica bien que antes de dar forma definitiva á la Reserva de Sanidad Militar, se estudie el medio de sufragar ó compensar el aumento de gastos que sufriría con ello el presupuesto.

Cuando en circunstancias difíciles para la Hacienda se llevan á cabo reformas aplicables á distintos servicios de un mismo departamento ministerial, y que afectan directamente al presupuesto de gastos, facilita en gran manera la equitativa distribución de los beneficios que se deriven de aquéllos, el que no se omitan las gestiones conducentes á la determinación clara y precisa del alcance que dichos beneficios hayan de tener; de otra suerte, puede ocurrir—y ocurre con frecuencia,—que al tratar de darles la extensión á que haya lugar en justicia, se tropiece con el obstáculo de la escasez ó falta de recursos; es decir, parezca un nuevo y doloroso *sacrificio* para el Erario público lo que no es más que una *obligación*, por lo justa, propuesta y acordada por el Poder legislativo.

Esto es, ni más ni menos, lo que acontece hoy el asunto del célebre *tapón* del 75.

Quien quiera que lea el Real decreto de 27 de Agosto del año próximo pasado, verá que lo mismo en la parte expositiva que en la preceptiva de dicha disposición, se refleja perfectamente el deseo de favorecer á los Capitanes de Infantería que tuviesen antigüedad del año 1875, porque se suponía de antemano que los Capitanes de esa arma eran los más atrasados en su carrera. Allí se declara, más ó menos embozadamente, que el llevar diez y siete años de antigüedad en uno de los primeros empleos de la milicia es motivo suficiente para pasar á la escala superior inmediata, aun teniendo que hacerlo por gracia especial; y no es creíble que este y los demás argumentos en que se funda la disposición mencionada, pierdan todo su valor y toda su fuerza tan luego como dejen de emplearse en provecho exclusivo del arma de Infantería.

Como consecuencia de aquel Real decreto, ascendieron á Comandantes oficiales que llevaban tres ó cuatro años cobrando

el sueldo de Capitán, no faltando entre los agraciados algunos que, por no contar los dos años de efectividad en su empleo, tuvieron que esperar algún tiempo para disfrutar la ventaja que se les concedía; en una palabra, se dió el empleo inmediato á todos los Capitanes que tenían el grado desde el año 1875.

Pues bien; háse visto después que en Sanidad Militar había Médicos primeros, es decir, oficiales asimilados á Capitán, cuya *efectividad* databa de 1875; y no obstante eso, y á pesar de los favorables auspicios con que se emprendieron diversos caminos conducentes á la *asimilación* para los efectos del decreto, resulta hoy, cuando va á hacer un año que se otorgó la ventaja á una parte del Ejército, que esa ventaja no ha podido hacerse extensiva todavía al Cuerpo de Sanidad Militar.

¿Cómo puede explicarse esta preterición? Pues sola y exclusivamente por las consideraciones que más arriba quedan expuestas. Que no estuviéramos en época de apuros y economías, ó que, comprendiendo que lo estamos, se hubiera legislado de una vez para todos los que se hallasen en las mismas atendibles circunstancias, y á estas horas seguro es que no figurarían en la escala de primeros oficiales Médicos que llevan ya más de diez y ocho años cobrando el sueldo de Capitán.

O. ARRÁNZ Y COLET.

VARIEDADES

La Comisión iniciadora de la *Asociación para constituir el Colegio de Médicos de Madrid*, invita á todos los que ejercen en la corte á la reunión que tendrá lugar el lunes 19 del corriente, á las nueve de la noche, con objeto de estatuir las bases por que dicha Asociación ha de regirse.

Dada la trascendencia que para la clase médica tiene la constitución de este Colegio, no dudamos que la reunión á que nos referimos será muy numerosa y de resultados prácticos é inmediatos.

* * *

En las plantillas que acompañan al proyecto de presupuestos presentado á las Cortes por el Sr. Gamazo, figuran los siguientes empleos para el servicio activo del Cuerpo en la Península:

Médicos:

- 2 Inspectores de 1.^a clase.
- 6 Inspectores de 2.^a
- 11 Subinspectores de 1.^a
- 23 Subinspectores de 2.^a
- 91 Mayores.
- 189 Primeros.
- 94 Segundos.

Farmacéuticos:

- 1 Inspector de 2.^a clase.
- 3 Subinspectores de 1.^a
- 3 Subinspectores de 2.^a
- 10 Mayores.
- 25 Primeros.
- 30 Segundos.

* * *

El Sr. Delorme, profesor de la Escuela de aplicación de Medicina militar en Val-de-Grâce, acaba de completar su imponente *Tratado de Cirugía de Guerra*, cuyo primer volumen vió la luz pública hace algunos años (1).

El tomo segundo de esta obra forma un volumen de más de 1.000 páginas en 8.^o mayor, con 397 figuras en el texto y tres láminas fuera de él, dibujadas todas por el autor, como demostración de experiencias originales ó de notables casos patológicos; comprende las *lesiones óseas por arma de fuego*, las *heridas de las regiones* y el *servicio de Sanidad en campaña*.

El estudio de los traumatismos óseos por arma de fuego es quizá el más interesante de los que abraza la cirugía militar. La frecuencia de dichas heridas, su carácter particular, su gravedad, la multiplicidad é importancia de las intervenciones que reelaman; la duración y las dificultades de su tratamiento, y por último, la directa participación que el cirujano tiene en los éxitos obtenidos, obligan á este último á dedicaries preferente atención. Gracias á numerosas experiencias, el autor ha podido fijar, mejor que lo hicieron otros antes que él, los caracteres anatómo-patológicos de dichas lesiones; si la transformación del armamento ha modificado en algo su modo de ser, el método antiséptico, cambiando su proceso, ha vuelto del revés lo que una larga observación habia establecido acerca de su pronóstico y su tratamiento, y respecto á los accidentes á que podía dar lugar.

De los numerosos detalles del servicio de campaña, M. Delorme expone y discute preferentemente los relativos á los primeros socorros en el campo de batalla, al levantamiento metódico de los heridos, al cuidado y evacuación rápida de los mismos, á la creación de hospitales y á los servicios sanitarios, en general, durante el sitio de las plazas fuertes.

En vista de las continuas variaciones sufridas por el armamento de todos los países, el autor ha tratado en su último capítulo, en forma de apéndice, las cuestiones más importantes relacionadas con el progreso operado recientemente en las armas y en los proyectiles empleados para la guerra.

Las condiciones económicas de esta notabilísima obra del D. Delorme, podrán verlas nuestros lectores en el anuncio correspondiente, inserto en la cubierta de este número.

(1) Véase el tomo II de esta REVISTA, pág. 122 y 151.