

REVISTA

DE

# SANIDAD MILITAR

PUBLICACIÓN CONSAGRADA

A LOS INTERESES CIENTÍFICOS Y PROFESIONALES

DEL

CUERPO DE SANIDAD MILITAR ESPAÑOL

Y DIRIGIDA POR LOS OFICIALES DEL MISMO

**L. AYCART y A. QUINTANA**

---

TOMO V — Año 1891



MADRID  
IMPRENTA MODERNA  
Cueva, 5, bajo.  
1891



# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO V. MADRID 1.º DE ENERO DE 1891. NÚM. 85.

## LA PNEUMONÍA ACTUAL

### I

No precisa que nos extendamos en largas consideraciones para justificar el epígrafe de este insignificante estudio, porque es de común evidencia que la patología humana sufre los cambios de forma que los demás sujetos cósmicos. La historia de la *stíflis* por sí sola, muestra bien claras las diferencias entre aquellas manifestaciones primitivas, *salvajes*, de tormentos nocturnos, adenitis multiplicadísimas, terminadas por infecciosos accesos, sólo hoy comparables á los del muermo; de aquellas caries y necrosis con profundas cloacas y extensos secuestros, y de aquellas rupias luposas que acababan en poco tiempo con el órgano invadido, ya que no con la vida del paciente; y las *civilizadas* formas actuales, mimadas por los bellos encajes y entredoses que las anidan y de tan disimulado origen, que requieren para su diferenciación conocimientos nada superficiales en la materia. ¿Quién observa con frecuencia aquellas formas tíficas, magistralmente descritas por nuestros mayores con el nombre de *tabardillos pintados*, ni aquellas fiebres gástricas, *exquisitas* ó *ardientes*, que han llegado hasta nuestros días? No es de creer que estas ni otras especies morbosas hayan desaparecido como estados anatomo-patológicos definidos, sino que se hayan modificado más ó menos, con arreglo á variaciones impresas por agentes etiológicos ignotos, y más, probablemente, con arreglo á los cambios, insensibles quizá, pero no por eso menos ciertos, que afectan los organismos en que se desarrollan.

De la regularidad con que se desenvolvía el proceso morbooso que vamos á bosquejar, según las descripciones clásicas, á la marcha seguida hoy, hay una notable diferencia, ya bastante apreciada por los prácticos actuales.

En efecto: en las Academias ha sido motivo de brillante y detallada controversia la clasificación de las pneumonías, refiriéndose unos á la preponderancia de la fiebre, suponiendo que ésta es el factor principal y secundaria la localización, y asegurando otros que la *infección* procedente del órgano respiratorio, actuando sobre los demás, es la responsable de los trastornos concomitantes. No sólo la prensa profesional, si que también las obras modernas, obedecen á

estos dos criterios que, por otra parte, vienen á resultar conformes á poco que sobre ellos se reflexiona; pero es condición indispensable tener en cuenta que la expresión morbosa corresponde al estado individual ó social, y que la patología ha de participar del *atavismo* dominante. Conste de antemano que no intentamos decidir contienda alguna, sino exponer los hechos tal cual por nosotros han sido sentidos.

## II

Desde 1.º de Enero de 1889 á fin de Septiembre de 1890, ingresaron en el Hospital 401 individuos, de los cuales padecieron pneumonías bien caracterizadas, 67; de éstos fallecieron 4 y pasaron con licencia temporal 10. Para el primer año, la proporción corresponde al 15,7 por 100, y en 1890 al 17,9 por 100, cuyo aumento corresponde al período grippal. A los 67 casos anteriores han de sumarse 19, ocurridos en la oficialidad y familias militares, y algunos, pocos, del elemento civil. Del total 86, fallecieron 5. La proporción entre el pulmón derecho y el izquierdo, es como 3 : 1. Se hicieron dobles 3, por invasión sucesiva, de las cuales hubo un fallecido y dos de éstos fueron del lado izquierdo: uno con complicación pleural, y otro con endo-pericarditis. Los dos fallecidos restantes, también con lesión doble, lo fueron por manifestación granulosa.

Sólo dos ó tres de los individuos comprendidos en la anterior estadística se hallaban debilitados por enfermedades que hubieran podido considerarse como predisponentes á afecciones pulmonares; y si se exceptúan dos de terreno abonado ya, como lo puso de manifiesto el desenvolvimiento de la granulia, los demás son individuos fuertes, jóvenes de veinte á treinta años en la inmensa mayoría y de amplio desarrollo torácico. El alcohol, las pasiones deprimentes y la mala alimentación han de desecharse desde luego del catálogo de las causas. No sucede lo mismo respecto á los que padecieron la pandemia grippal. Los invadidos de pneumonías, durante su reinado, la habían sufrido ya y estaban muchos convalecientes ó convalecidos. Lo que está fuera de duda es que la causa *determinante* en la mayoría de los casos ha sido la impresión del frío seco. Los cambios estacionales han dado mucho mayor contingente que el intenso frío de los meses de invierno. Como tendremos ocasión de repetir en la descripción clínica, el frío ha actuado de dos diferentes maneras: primero, con más frecuencia sobre la superficie exterior atravesando los planos sucesivos de la pared torácica á la glándula respiratoria; en este caso la *pleurodinia* ha sido la precursora de la fluxión de pecho primero y de la inflamación marcada después, con la especial

circunstancia de defenderse poco en las primeras vías hasta llegar al objetivo término; segundo, sobre la superficie interior del árbol respiratorio, concentrándose desde luego en las profundidades del órgano. De cualquiera manera, el frío sorprende al sujeto al levantarse de la cama desabrigoado y dedicarse al aseo personal al salir de habitaciones calientes ó en el reposo después de exagerado ejercicio; de donde resulta que el ambiente repele al interior la sangre periférica dando lugar á congestiones graduadas en relación al gran desarrollo vascular y á la actividad de la viscera. Y esto bastaría para demostrarlo, si no lo demostraran tantos hechos vulgares, lo que sucede en la congelación y la quemadura que, fisiológicamente hablando, obran en el sentido de entorpecer ó suprimir la circulación de la superficie que las sufre, dando como resultado congestiones de los órganos internos que hayan de suplir el defecto. Decíamos más arriba que influían poco las causas deprimentes, la mala salud habitual y el alcoholismo; y en efecto, nuestras observaciones recaen en sujetos que, más que para héticos, caminan para reumáticos. El uso del alcohol, y aun su abuso, como causa, nos parece una hipótesis poco probable. No podemos decir lo mismo respecto de los que han sufrido otra ú otras veces la enfermedad. Varios casos nos autorizan á sentar que la pneumonía no confiere inmunidad alguna, sino que, por el contrario, la primera deja abierta la puerta para otras sucesivas. Los que están positiva y especialmente aptos son los individuos que han vivido mucho tiempo en países cálidos y repentinamente se trasladan á los fríos. En ellos, más que predisposición, hay una verdadera determinación para la pneumonía y congestiones é inflamaciones de otros aparatos.—Escribimos, desgraciadamente, por experiencia personal.—Y las razones son obvias. La vida en aquellos climas se exterioriza, digámoslo así. La piel absorbe las funciones de emuntorio general, y su activo funcionalismo trae la hiperemia que, constantemente combatida por el frío, busca una compensación que no siempre encuentra regulada, ó si la encuentra, es á espensas de la tonicidad vascular, constituyéndose casi el primer periodo de la inflamación: el éxtasis.

### III

Realmente, Laenec describió de admirable manera el estado del pulmón en la pneumonía. Los autores de hoy le siguen, con las variantes introducidas en la división de periodos, ó mejor dicho, en su sinonimia, por las enseñanzas de Jaccoud, el sabio sustentador del organicismo moderno. Sería, pues, ridículo abuso, con honores de plagio, la descripción de la *fluxión* y *exudación*, *coagulación* y *liquefac-*

ción correspondientes al *infarto*, hepatizaciones *roja* y *gris* y *transformación purulenta*, tratadas por los maestros. Cualquiera de estos estados se aprecia á diario; pero lo que caracteriza la *pneumonía actual* es que en los fallecidos de ella se encuentran todos. Así que, mientras el lóbulo superior ó parte de él se presenta hiperemiado con distensión de sus capilares, engrosamiento de las células epitelicas, éxtasis venoso, propagación linfática rodeando los lobulillos y extendiéndose á otros sanos, en el subyacente los acini están repletos de exudado fibrinoso, denso, mezclado con hematies, leucocitos, células epiteliales y *pneumococos*. Marea su distensión el aspecto granuloso, con el cual coexiste infiltración edematosa interglandular; y en esta masa compacta, roja hepatización, oscura, tirando á azulada—infarto esplénico—ó grisácea, que se deja penetrar con mayor ó menor facilidad por el dedo, persisten trozos aislados, permeables, y que, aunque también fluxionados, dejan paso al aire, y focos reblandecidos, grisáceos en su aspecto, que contienen materia puriforme. Sean las lesiones totalmente lobulosas, ó sólo esté inutilizada una parte del lóbulo, que es lo que sucede con más frecuencia, y haya sido la *pneumonía central* ó *periférica*, los *bronquios* correspondientes hasta su unión con los del tejido sano participan de la inflamación, y en ellos persiste por bastante tiempo. En la hepatización se hallan obturados por exudado fibrinoso los más pequeños; su mucosa engrosada, enrojecida y descarnada, recuerda el aspecto que presenta la superficie interna de los grandes vasos en los individuos fallecidos de la *flebitis*, antes tan frecuente en las grandes operaciones. No hemos observado caso alguno en que faltara la complicación bronquial, ya *ab initio*, como comienzo de proceso, ya secundariamente, por continuidad de tejido. Partiendo de fuera á dentro, en los casos de *pleurodinia* marcada, la *pleura* se afecta al mismo tiempo que el pulmón, pero con la notable circunstancia de que el exudado casi siempre es *seco*; se hace líquido pocas veces, y cuando esto sucede, es en escasa cantidad y se reabsorbe, perdiendo la inflamación de la serosa su importancia. Esto no quiere decir que las cosas pasen siempre con tanta sencillez. La *pleuresía* no se limita precisamente á la parte del parénquima enfermo: suele ser bastante más extensa. Algunas veces en la superficie pleural forma el exudado una capa semi-transparente, de medio á un milímetro de espesor, compuesta de una red fibrinosa, que aprisiona numerosas células linfoideas, pequeñas, menos opacas, de núcleo más claro y más numerosas que los leucocitos, que también existen. No hemos intentado el estudio de los *pneumococos* en este producto. La neomembrana, mal llamada falsa se organiza en ocasiones, contrae adherencias con la del lado opuesto, formando bridas más ó menos fibrosas, como puede comprobarse



en las autopsias verificadas, después de mucho tiempo, y que han de oponer alguna dificultad á la expansión pulmonar, aunque no tanta que den síntomas objetivos suficientes durante la vida. Cuando el derrame es algo notable y las porciones visceral y parietal no se ponen en contacto, se organiza con dificultad, y entonces se separa fácilmente de la serosa, cuya superficie queda brillante y limpia (1).

Es cierto que el *miocardio* se encuentra flácido, y en su interior, tanto en la cavidad derecha como en la izquierda, se encuentran coágulos, debidos, sin duda, á la paresia agónica; pero esto no autoriza á tener como frecuente la complicación cardiaca. En un caso, desde el pulmón izquierdo y la pleura se presentó luego la periendocarditis con que terminó la vida; mas es preciso añadir que el sujeto había sufrido antes ataques de reumatismo poliarticular agudo, y es muy verosímil que la lesión cardiaca fuera sólo avivada por la pneumonía.

Por parte del *cerebro y sus cubiertas*, no se ha encontrado modificación alguna digna de mencionarse.

No sucede lo mismo respecto del *tubo digestivo* y sus anexos. En más ó en menos, á la pneumonía acompaña *inflamación catarral*. Difusa y de poca intensidad unas veces, repara en poco tiempo los elementos superficiales desprendidos; pero cuando los órganos glandulares han tomado parte, aparecen las lesiones de una gastro-enteritis bastante graduada; turgencia y engrosamiento de la mucosa, sobre todo la del exófago, estómago, parte alta del intestino y conductos aferentes y elevación rojiza de las placas de Peyero. El bazo está con frecuencia aumentado de volumen. Estos datos incompletos permiten suponer que el tubo digestivo allega bastante combustible á la *auto-infección*.

(1) Uno de nuestros casos, guardia civil del 12.º tercio ingresó en el Hospital de esta plaza después de haber padecido una pleuro-pneumonía. Procedía del Ejército de Puerto Rico, del cual habia regresado por infartos viscerales consecutivos al paludismo. Era tal el volumen del bazo é higado, que en un principio achacamos á ellos el grave estado del enfermo; pero como el volumen del bazo y del higado hubieran disminuido muchísimo, continuando, no obstante, la disnea, la tos mucosa, la tonalidad maciza del costado derecho y los accesos febriles, hubo de pensar mi ilustrado amigo el Dr. A. Hinojar, en la existencia de un derrame en gran cantidad, que comprobó en los dias sucesivos. Con todas las precauciones recomendadas por Dieulafoy, y con el instrumentado inventado por este sabio, practicó la punción con la aguja núm. 2, la cual dió salida á una pequeña cantidad de serosidad algo turbia. Con el liquido salió una porción de neomembrana que obturaba siempre la aguja. En vista de esto se decidió, dos dias después, á practicar una larga incisión de siete á ocho centímetros, que partiendo de la punción hecha—séptimo espacio intercostal—dirigió, hacia atrás. A más de gran cantidad de liquido se expulsaron trozos de la neo-membrana, que debian servir de revestimiento á toda la pleura. Dejó abierta la herida, que á los quince ó veinte dias se cerró por sí misma, después de haber dado paso á bastantes productos; y poco tiempo después el individuo salió de alta, sin haber tenido fiebre en todo este tiempo y bastante nutrido. Hoy se encuentra en buen estado, prestando el servicio de su clase en esta provincia.— Los resultados de los 67 casos se deben á los Dres. A. Hinojar y Blasco, que son los que tienen á su cargo la asistencia del Hospital.

IV

En la pneumonia actual existe un período prodrómico bastante tangible, que guarda cierta analogía con la incubación de las enfermedades infecciosas. Está caracterizado por cefalalgia frontal, quebrantamiento, laxitud, que llega al cansancio, horripilaciones, disminución del apetito y exagerada sensibilidad á los descensos termométricos. Con alguna frecuencia aparecen fluxiones en órganos distantes, sobre todo neuralgias dentarias, ciáticas y pleurodinias, acompañadas ó no de ligero movimiento febril. La duración media es de veinticuatro á treinta y seis horas, después de las cuales se presenta el escalofrío inicial que abre el primer grado—*fluxión y exudación*.—No siempre es único, como se asegura, sino repetido, se interrumpe con frecuencia, por lo que los enfermos expresan con la frase *llamaradas de calor*. Único ó repetido, el escalofrío dura de tres á ocho horas y coexiste con él aumento de temperatura axilar: á su terminación, ó antes, se presentan el dolor y la disnea, si la localización es periférica. El dolor tiene un foco máximo, *punta de costado*, que corresponde más bien á la pleuritis: se irradia hacia el abdomen y los músculos torácicos y dificulta el decúbito lateral y los movimientos respiratorios. La disnea consiste sólo en una dificultad mecánica que hace que la respiración sea un tanto superficial y acelerada. Pero en el curso del primer día estos dos síntomas adquieren carácter mixto, es decir, que á la *punzada* se añade la sensación de peso, que la inspiración trata de vencer para llevar á cabo la expansión vesicular. Por este tiempo la temperatura ha subido á 39°5, el pulso es frecuente y lleno, la cara animada, brillantes las conjuntivas, las encías algo bultuosas; la lengua, con capa saburral ligera en el centro, muestra los bordes y punta irritados, destacándose como puntos salientes las papilas caliciformes de color rojo-grana. Sin sed notable hay anorexia, muchas veces vómitos pertinaces de moco gástrico y productos biliosos, astricción, orina escasa, sedimentosa, cargada de uratos.

Al finalizar el primer día, remite la fiebre un grado ó grado y medio, por la mañana ó por la tarde; y desde ahora debemos consignar que estas remisiones, bastante graduadas para poderlas comparar con las del paludismo, se verifican en la primera mitad del día, y las ascensiones térmicas desde las tres de la tarde generalmente. La auscultación deja percibir disminución del murmullo vesicular, y por la percusión se encuentra submatitez mareada. A estos síntomas suelen añadirse dos que tienen verdadera significación diagnóstica: el aumento de temperatura de cuatro á siete décimas, y la chapeta



de la mejilla en el lado afecto, sobre la cual tanto llamaba la atención nuestro inolvidable maestro el Dr. Santero. Consiste en una mancha casi eritematosa, de color más subido que el del resto de la facies. Cuando ocupa los dos pómulos es de temer que la pneumonia sea doble. Jaccoud la ha observado en sí mismo antes del escalofrío inicial.

En la segunda ascensión, la temperatura se eleva hasta 40°5 en los casos de mediana intensidad, rara vez hasta 41°, y durante ella es ya bien marcada la submatítez, la ausencia del murmullo respiratorio y graduada la dispnea. En una palabra, todos los síntomas aumentan con la fiebre. El roce pleurítico es bastante claro. Entre el segundo y tercer día aparecen los síntomas locales característicos. El estertor crepitante, seco y fino, se observa muy bien en la inspiración, pero es poco durable, se mezcla pronto con el *subcrepitante* de burbujas medianas ó gruesas, pero secas al principio, del cual es preciso disociarle por representar fase diversa. La tos es seca, cuesta trabajo *arrancar* los productos segregados, y éstos son escasos en número y de pequeño volumen, viscosos casi tanto como la gelatina y de color ambarino y á veces amarillentos. Se adhieren á la escupidera y no se mezclan con la saliva ni con el agua, sino que permanecen separados y apreciables siempre. Ellos y el estertor crepitante fino que les antecede poco ó es contemporáneo, caracterizan el período de hepatización roja ó coagulación del exudado, de los autores.

A esta altura, es decir, cuando la expectoración se ha presentado, siquiera sea muy escasa, deben marchar ya unidas en la descripción las formas *central* y *periférica*. La forma central, que después de todo no varía en la esencia, sino en la región anatómica, presenta hasta este período de consolidación, tantas dificultades de diagnóstico, que en algunos casos—en los niños sobre todo—más bien se sospecha que se conoce. En efecto, el dolor pasa con frecuencia inadvertido para el enfermo, la percusión no suministra dato alguno, y á los síntomas generales se puede atribuir la ligera disnea y la rara tos. La auscultación en todos sentidos, y muy especialmente en el hueco axilar y en la fosa-infraespinal, suele anticipar algo la manifestación de los estertores, de la broncofornia, soplo tubario y vibraciones vocales. La chapeta de la mejilla y la diferencia térmica, con más motivo sirven de síntomas reveladores; pero hay que confesarlo, no son pocas las veces que la pneumonia central sorprende al práctico con su presencia.

Ya debute por la pleura ó por los bronquios, al tercer día se encuentran en apogeo los signos físicos. La percusión da la nota dura en un pequeño espacio y la submatítez en mayor extensión. El estertor se presenta mezclado: siendo todavía seco se puede apreciar sin es-

fuerzo alguno en la inspiración, y espiración aunque es más notable en la primera. La broncofonía y el soplo tubario son bien claros, y las complicaciones pleuríticas secundarias se manifiestan por el frote característico; pero como el derrame es poco notable, cuando existe, y el pulmón por otra parte se halla en parte permeable, faltan de ordinario la *egofonía* y la tan discutida *pectoriloquia afónica*. La temperatura que se había elevado al máximo en la segunda ascensión se conserva hasta el día cuarto alrededor de 39,5° con oscilaciones de un grado. Las respiraciones varían entre 28 y 37. La disnea aumentada, los esputos son francamente herrumbrosos, la tos frecuente y entre seca y húmeda. Las encías están rojizas y tumefactas á veces, la lengua punteada, seca y lustrosa en el centro: astricción y orina escasa y oscura. El delirio presentado á veces con la ascensión del segundo día, desaparece, y disminuye considerablemente el dolor de costado.

Durante el cuarto día, la fiebre remite algo; la temperatura, por la noche, alcanza como cifra máxima 39,4°. Los esputos son herrumbrosos, con algunas estrias de sangre y aireados, presentando entre su masa pequeñas burbujas, cuya forma recuerda la de los lobulillos. La expectoración tiende luego á hacerse más líquida: la tos, de seca y penosa se vuelve fácil y húmeda. La matítez es menos marcada y los estertores son de retorno, aunque pequeños, dando á conocer el principio de la *resolución* ó *liquefacción* del exudado. El borde libre de la encía es blanquecino—línea eufólica—la lengua se conserva seca, rojiza y brillante en el tercio anterior, y punteada en los bordes. Molesta poco la sed al enfermo; pero hay algo de tendencia al vómito, ligera epigastralgia y astricción todavía.

Cuando la inflamación permanece limitada al lóbulo primitivamente afecto, que es casi siempre el inferior, desde el quinto día remite la fiebre, disminuye la disnea y la submatítez y los estertores son gruesos. La lengua está ya húmeda, aunque saburrosa, y el estómago tolera alguna alimentación. La orina se hace más clara y abundante, el enfermo hace una deposición natural ó blanda y entre este día y el séptimo con un sueño ligero, pero reparador, desaparece la fiebre, sin fenómeno crítico digno de mencionarse. Es de advertir que, veinticuatro horas después, suele subir el termómetro á 38,5° para descender á la normal y entrar el enfermo en convalecencia.

En la gran mayoría de casos, entre el cuarto y sexto días, aumenta algunas décimas la temperatura, aqueja el paciente dolor en sitio más alto que el ocupado anteriormente y por la auscultación y percusión se viene luego en conocimiento de que ha sido invadido el lóbulo superior. Este presenta el estertor crepitante fino, mientras el inferior el de retorno. La expectoración es característica. En

la masa constituida por esputos herrumbrosos, mucosos y blandos, se encuentran los pequeños, viscosos y ambarinos del nuevo proceso que lleva menos intensidad que el precedente. Sin embargo, el estado adinámico aparece entonces ó se pronuncia. El pulso se hace blando, pequeño y depresible, la fiebre conserva su carácter remitente y suele observarse ligero timpanismo abdominal, sin *gargullo*; y la terminación, por ligera diarrea ó por lisis, se verifica entre el duodécimo y décimocuarto días. La extensión del proceso es casi la regla cuando el afectado es el pulmón izquierdo, en cuyo caso se extiende al vértice.

En los niños y personas debilitadas por una causa cualquiera, la temperatura sube poco desde el principio, las remisiones son notables y en general los síntomas están bastante rebajados.

Esta forma *recurrente* sirve de transición á la llamada *tifoidea*, que actualmente incluye una quinta parte de casos.

Los síntomas torácicos se pronuncian poco, y los datos suministrados por la percusión y auscultación no son claros. En cambio, desde el principio, ó desde el tercer día en adelante, alarman los que se refieren al aparato gastro-intestinal. El delirio bajo, el coma vigil, la indiferencia, el insomnio y la constancia del decúbito, dan cuenta del estado tífico. La lengua se pone roja, seca y gruesa; los vómitos son frecuentes, espontáneos ó provocados por la ingestión de cualquier substancia. Desde el cuarto al quinto día se aprecia ya la propagación superior del proceso torácico; los estertores son confusos, la expectoración *variegada* y escasa, de manera que no corresponde, ni con mucho, á la extensión de la lesión. La disnea suele ser acentuada, y las respiraciones superficiales oscilan entre 28 y 34. Por estos días el pulso es pequeño y blando, y pasa de 120 por minuto. Dos veces hemos observado epixtasis ligera de la fosa nasal correspondiente al lado afecto. En los días sucesivos desaparece el delirio, pero se conserva el estado de somnolencia, la cara se hace estuporosa y aparecen el fuligo, el meteorismo y el gargullo iliaco. A pesar de que la pneumonía ha invadido también el vértice, la temperatura rara vez pasa de 39°, y las oscilaciones llegan á 37, de manera que casi hay apirexia, coincidiendo con un estado sumamente grave. Entre los días noveno y décimocuarto la expectoración se facilita, haciéndose mucosa; el corazón se reanima un tanto; se presentan una ó dos deposiciones; un sueño corto facilita el funcionamiento del sistema nervioso, y al día siguiente el enfermo es otro. A veces un eritema generalizado le molesta por algunos días y hace subir algo la temperatura por veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, al fin de las cuales, con la apirexia completa, se ha humedecido la lengua, ha desapareido el alarmante estado abdominal y, aunque los estertores

continúen, se hacen gruesos y la espectoración abundante, con lo cual puede contarse entrada ya la convalecencia, pero no franca, pues el catarro bronquial hace creer á muchos enfermos que se han constipado de nuevo, y la susceptibilidad gastro-intestinal es tan exagerada, que dificulta la alimentación sólida por más ó menos tiempo.

Pero no siempre pasan las cosas de tan feliz manera. En ocasiones, raras por fortuna, se suprime la espectoración y la supuración de los revulsivos empleados; la percusión da la nota de matitez más graduada, y por la auscultación llegan al oído estertores de varios tamaños, con predominio de los gruesos, que ponen de manifiesto la *infiltración gris*, ó mejor dicho, el *encharcamiento pulmonar*; la disnea se acentúa; la cara palidece y se afila; las fosas nasales están pulverulentas; se presenta la diarrea, y con un hipo de mal augurio, ó sin él, se verifica el fallecimiento en el más completo colapso.

## V

La indudable existencia de período prodrómico; la marcha remittente de la fiebre; la graduación de los síntomas del tubo digestivo desde el principio; la terminación por *lisis*, y la muerte, más que á la asfixia debida al colapso, indican que la pneumonía actual es de naturaleza *infecciosa*. ¿Proviene la infección de influencia estacional ó estacionaria? ¿Obedece al desarrollo de un *germen* especial y *único*? ¿Ó procede, finalmente, como en otros muchos procesos morbosos, de *autoinfección*, por absorciones de principios tóxicos para el organismo? La discusión de estas interrogaciones nos llevaría demasiado lejos. Debemos manifestar, no obstante, sin engolfarnos en detalles, que la modificación en la flegmasia pulmonar viene observándose hace ya algún tiempo en diferentes climas. En cuanto á que el *pneumococo* sea exclusivamente el generador de la pneumonía, no lo afirmamos ni lo negamos por ahora: no hacemos más que ponerlo en duda. Su existencia es constante, al decir de los escritores actuales. Nosotros hemos comprobado el aserto en casos *grippales* y en otros, libres de la influencia de la pandemia pasada en los esputos de segundo y tercer período. Se presentan entre mallas de fibrina y otros micrococos, afectando la forma de *grano de trigo*, como si estuvieran formados por la unión de dos *cocos*, ó mejor, de dos *bacterias* unidas, de color blanquecino y refringentes. Se destacan mucho mejor en las preparaciones coloreadas con azul de anilina. Nuestras preparaciones últimas han sido hechas por el Dr. C. Mestre y examinadas en unión del ilustrado catedrático de Física del Instituto provincial, Dr. Rueda. Con todo, el microbio de Friedlander y Netter debe haber existido

siempre, y, por tanto, si él es la causa única, los efectos debieran ser constantes. El cuadro clínico llevaría sólo variación en la extensión ó intensidad del local enfermo, lo cual no sucede ciertamente.

La *autoinfección* es un hecho que entraña superior importancia. Basta recordar, que al efecto, las células del epitelio bronco-pulmonar caen mezcladas con el plasma fibrinoso exudado en el interior de los alveolos y tubos pequeños, y su degeneración se verifica en contacto con los leucocitos, microbios y el aire. Quizá éste sirva de fermento para la formación de *ptomainas* ú otros productos de la descomposición orgánica, los cuales, absorbidos por la red linfática y por los capilares sanguíneos, han de llevar al torrente circulatorio, y éste á los demás tejidos elementos nocivos, en cuyo trabajo ponen buena parte, sin duda, las absorciones de los productos degenerados en la mucosa gastro-intestinal.

La *marcía* de la pneumonía actual es *recurrente*. Es raro que la inflamación se circunscriba á un solo lóbulo. La propagación de abajo á arriba es la regla: la inversa se observa pocas veces; y tampoco es frecuente la presentación primitiva en los lóbulos superiores.

La *duración* es indeterminada. En algunos casos el cielo febril termina en el quinto ó séptimo día, cuando la pneumonía se limita; pero repetimos aquí que esto sucede pocas veces: lo más frecuente es que la fiebre termine del décimoprimeró al décimocuarto días, lo cual no quiere decir que la restitución á la integridad anatómica se verifique con tanta premura. Sucede á veces que, terminada ya la fiebre, la gravedad persiste y se sostiene por varios días con el estado tífico ó la *paresia* cardíaca que amenaza con una terminación funesta. Mas aunque esto no sea, la regeneración epitelial es muy lenta; el estado catarral, las susceptibilidades respiratoria y gástrica son manifiestas durante mucho tiempo, sobre todo en los descensos de temperatura ambiente. Y claro está que esta manera de terminar la pneumonía es un estado crónico, más ó menos grave, pero de existencia indudable, debido otras veces á infiltración glandular. No hemos tenido ocasión de observar la terminación por absesos.

## VI

Reconociendo la curabilidad de la pneumonía por los solos esfuerzos de la naturaleza, recomiendan muchos prácticos el tratamiento expectante ó aconsejan el empleo de los medios higiénicos únicamente. Muchos opinan que no puede imponerse una regla de conducta fija, sino que cada caso particular debe tratarse según sus circunstancias; y señalan tal diversidad de medios terapéuticos que su mención sola sería un trabajo de penosa erudición. En nuestro país,



la gran mayoría empieza de preferencia el método que puede calificarse de *debilitante*, ya por convicción propia ó impuesto frecuentemente por la *medicina vulgar*, muy respetable en los partidos rurales. Pero observando lo aferrado que cada cual sigue en su sistema, y los gloriosos resultados que todos obtienen, se viene á deducir que la pneumonía es de por sí inocente, ó mejor, que los pneumónicos gozamos de gran resistencia vital. Es difícil adoptar un temperamento temperado en la cuestión, descartando exclusivismos de escuela y juicios preconcebidos, no siempre beneficiosos para el paciente.

El método expectante no existe. La expectación pura nos parece desde luego la negación de la terapéutica; pero cuando se acompaña de medios higiénicos es ya un tratamiento racional, en ciertos casos, que puede sufrir ventajosa comparación con el *microbicida*, tan encomiado por los que pretenden pasar por *modernísimos*, que lo abandonarán, es seguro, tan pronto como la caprichosa moda les impulse por nuevos senderos. Hacemos alusión á los antitérmicos, salicilatos, antipirina, antifebrina y salol, cuyos resultados en nuestras manos son á propósito para apagar los entusiasmos más fervientes. Algunos prácticos emplean también el sublimado corrosivo en dosis fraccionadas, sobre el cual, así como sobre el frío aplicado loco dolenti, carecemos de experiencia personal.

Nosotros empleamos el tratamiento clásico, modificado con arreglo á la naturaleza de la pneumonía actual. Entre los que usan las evacuaciones sanguíneas hasta la desaparición de la *custra* y las repiten y acompañan del contra-estimulismo rassoriano convirtiendo las clínicas y alcobas de los pneumónicos en verdadero *Spoliarium*, y los que las proscriben por completo, hay un error de sistema que conviene desvanecer. En más de un caso, cuando la congestión es manifiesta y extensa, hemos apelado á la sangría moderada. La sangría local—aplicación de ventosas escarificadas y sanguijuelas sobre todo,—ha sido siempre muy útil, tanto en el sentido de libertar los órganos afectos de sobrecarga penosa que impide la transformación y absorción de los exudados, como para calmar el dolor, lo cual verifican casi con tanta seguridad y con menos peligro que las inyecciones de morfina y otros opiados, nocivos á todas luces.

Los antimoniales—kermes y óxido blanco—ayudan poderosamente la liquefacción, empleados á dosis moderadas; pero como contraestimulantes, aparte de la intolerancia por irritación gastro-intestinal, provocan el colaposo cardíaco del cual se sale á duras penas con el empleo del alcohol y la digital. Sea alta ó baja la fiebre, la quinina da siempre buen resultado. Cuando la vía gastro-intestinal toma gran participación en la enfermedad, hemos usado los purgantes salinos y algunas veces un emético, al principio, como aconseja la mayor



parte de autores, sin haber obtenido beneficio alguno. Por el contrario, la revulsión—tapsia en las señoras y niños y cantárida en el hombre—son de utilidad, á la terminación del proceso.

Concretando lo relativo á este importante asunto, ordenamos para bebida usual, agua azucarada ó infusión de flor de malva. Del sulfato de quinina tres gramos, extracto de genciana c. s., para hacer treinta píldoras, de las cuales ha de tomar el enfermo diez por la mañana del día primero, ocho el segundo y seis diarias hasta terminar. Si la pncumonía es extensa ó hay síntomas congestivos, sangría de 240 gramos; y más ordinariamente de doce á veinticuatro sanguijuelas al costado afecto, seguidas de aplicación de una gran cataplasma de harina de linaza caliente ó tibia, según convenga dar salida á menor ó mayor cantidad de sangre. Con frecuencia es preciso prescindir de toda evacuación, en cuyo caso, á más de la quinina disponemos del looc blanco *F. E.* 250 gramos, kermes mineral ú óxido blanco 50 centígramos, para tomar una cucharada cada hora; solemos adicionar á la poción anterior 30 gramos de jarabe de digital, y suspenderla, sin perjuicio de usarla en la terminación, cuando hay intolerancia gástrica ó se presenta el estado tífico de cuarto á quinto día. Entonces, con la aplicación de los revulsivos ó vexcicantes, prescribimos: agua carbónica para bebida á pequeñas porciones: del cocimiento antiséptico incompleto 360 gramos, una ó dos cucharadas cada hora, alternando con vino de Jerez; y cada cuatro ó seis horas una jicara de caldo colado, atendiendo en adelante al tratamiento que indiquen los síntomas,

F. FIDALGO.

Médico segundo.

Soria 24 de Noviembre de 1890.

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

---

**Hipnosis.—Cloral-antipirinas.**—Sobre el valor terapéutico de las combinaciones del hidrato de cloral y la antipirina (1) formula el doctor G. Sée las conclusiones siguientes:

- 1.<sup>a</sup> Las cloral-antipirinas á la dosis de dos á tres gramos son medicamentos somníferos comparables al cloral.
- 2.<sup>a</sup> No tienen acción paralgésica.
- 3.<sup>a</sup> Deben proscribirse en los cardiacos, sobre todo cuando presentan trastornos de compensación, porque aumentando el éstaxis sanguíneo favorecen la albuminuria.

---

(1) La que contiene una molécula de hidrato de cloral por otra de antipirina se llama monocloral-antipirina; la que se forma con dos moléculas del primero por una de la segunda, recibe el nombre de bicloral-antipirina.

4.<sup>a</sup> Pueden administrarse impunemente, como somníferos, á los aórticos en el período de compensación.

5.<sup>a</sup> No ejercen acción alguna sobre la disnea, sea ésta cardiaca ó pulmonar.

6.<sup>a</sup> En algunos casos aumentan ligeramente la diuresis.

7.<sup>a</sup> Son tan irritantes del tubo digestivo como lo es el cloral.

8.<sup>a</sup> Comparadas con el sulfonal y los somníferos de la serie cloralica (cloralimido y cloralamido), las mono y bicloral-antipirinas, resultan muy inferiores en razón de su acción depresiva sobre el corazón y los vasos, si quiera esta acción depresiva sea menos marcada que la del cloral.

(La Med. Moderne.)

\* \*

**Tratamiento del coriza agudo.**— El Dr. Morell-Mackenzie aconseja al principio de dicha enfermedad el empleo del polvo siguiente, que se usa aspirándolo por la nariz, solamente por veinticuatro horas:

Sulfato de morfina..... 12 centigramos.  
Subnitrito de bismuto..... 35 decigramos.

M.

Después, para impedir que se presenten síntomas de bronquitis, emplea las siguientes píldoras:

Extracto de beleño .... 2 decigramos.  
Polvo de acónito. . . . . 2 »  
Calomelanos..... 5 centigramos.  
Polvo de ipecacuana..... 5 »

M. y h. dos píldoras que se toman por la noche.

Al día siguiente, en ayunas, se administra un purgante de tartrato de sosa y sen.

(Rev. it. de Terap. é Higiene.)

\* \*

**Observaciones sobre el cocimiento blanco de Sydenham.**—M. Barnouvin ha trabajado mucho proponiéndose investigar el papel que desempeña la miga de pan en el cocimiento blanco de Sydenham, papel que ha sido un poco problemático antes de ahora. Los farmacologistas nos enseñan que contiene una materia ácida, pero sin señalar cuál es precisamente.

En efecto: la decocción de miga de pan presenta una reacción francamente ácida, de tal manera, que se la puede demostrar directamente, si bien su investigación es algún tanto delicada, pues después de haber intentado en vano su completo aislamiento, M. Barnouvin tuvo la idea de utilizar ciertos reactivos coloreados que se han empleado en las investigaciones fisiológicas. De modo que sometiendo el producto de la decocción de la miga de pan á la acción del reactivo de Neffelmann (ácido fénico y percloruro de hierro), ha hecho constar que ésta produce en aquél inmediatamente la reacción amarilla característica del ácido láctico. La acidez, pues, de decocción de la miga de pan es debida á este último ácido.

Tanto más interesante es este resultado, cuanto que dicho ácido se ha preconizado con éxito en el tratamiento de ciertas diarreas.

De dos maneras puede efectuarse dicha investigación: 1.<sup>a</sup>, recogiendo en un tubo de ensayo unos cuantos centímetros cúbicos del cocimiento citado, y en él se derraman algunas gotas del indicado reactivo; éste, perdiendo inmediatamente su color violeta, pasa á amarillo; 2.<sup>a</sup>, colocando unas gotas de la decoción en un vidrio de reloj colocado sobre una hoja de papel blanco, y añadiendo una gota de reactivo, el cual pierde su color inmediatamente y toma el amarillo característico.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*)

\* \*

**Chancros ulcerados.—Acetanilido.**—K. P. Basilevitch refiere tres casos de chancros ulcerados (un chanero duro en una mujer y dos blandos en dos hombres) que, espolvoreados con acetanilido, curaron en muy poco tiempo. El acetanilido en estos casos es superior al iodoformo, puesto que es inodoro y aun á dosis elevadas no provoca fenómenos de intoxicación; además, es más barato que el iodoformo, lo cual no deja de ser importante en determinados casos.

(*L'Union Méd.*)

\* \*

**Clorosis.—Aceto-fosfato de cobre.**—El Dr. Liegeois ha expuesto secretamente ante la Sociedad de Terapéutica de París varios casos de clorosis, en los cuales ha obtenido muy buenos resultados merced al siguiente tratamiento.

Prescribe al principio de cada comida una ó dos píldoras preparadas según esta fórmula:

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| Acetato neutro de cobre.....      | 1 centígramo.  |
| Fosfato de sosa cristalizado..... | 5 centígramos. |
| Polvo de regaliz y glicerina..... | c. s.          |

M. para una píldora.

Poco tiempo antes de las comidas administra 15 ó 30 gotas de tintura de nuez vómica, ó 3 gotas amargas de Beaumé; á la mitad ó al fin de la comida una cucharada de jarabe de menta con ácido clorhídrico medicinal.

El citado profesor manifiesta que la idea de este tratamiento se la sugirió el empleo de las preparaciones de cobre en la tuberculosis según el método de Lutod (de Reims), y asegura que ha sido perfectamente tolerado por gran número de pacientes, sin sobrevenir cansancio ni fatiga del estómago.

He aquí cómo explica el Dr. Liegeois las curaciones obtenidas: El cobre no es, como el hierro, un agente hematógeno ó generador directo de los glóbulos: no reconstituye directamente la materia albuminóidea activa de los glóbulos rojos, ó sea la hemoglobina. Pero tampoco los hipofosfitos, el cloruro de sodio, el manganeso ni el arsénico rehacen directamente la hemoglobina y los hematíes, y, sin embargo, su empleo da lugar á que aquélla y éstos reaparezcan en las proporciones fisiológicas. Lo que sucede es que en la clorosis, más que la disminución de la hemoglobina y los hematíes, se observa

una *falta permanente de energía en las transformaciones orgánicas, una disminución del consumo de oxígeno en la intimidad de los tejidos.*

Ahora bien: á semejanza de los hipofosfitos, el cloruro de sodio, el manganeso y el arsénico, el cobre activa los cambios gaseosos entre la sangre y los tejidos; estimula la hematosis y estimula asimismo las funciones de la vida vegetativa. El estímulo del aparato digestivo se traduce por aumento del apetito; por una asimilación más rápida y más perfecta, no sólo del hierro, sino también del carbono, del ázoe y del azufre, elementos constitutivos de la hemoglobina contenidos en los alimentos; se traduce, en fin, sin que intervenga el hierro como medicamento, por una activa reparación globular, puesto que los órganos hematopoyéticos, que participan también del estímulo indicado, favorecen por este medio la génesis de los hematoblastos y su transformación en hematies.

(*Bull. gen. de Therap.*)

**Paquidermia laríngea.**—Los histólogos alemanes designan con el nombre de paquidermia laríngea una lesión localizada en las partes de este órgano, revestidas de epitelium pavimentoso, disposición que se encuentra sobre todo en la cara posterior de la laringe en los procesos vocales y detrás de la *scuerdas* vocales inferiores. Estos territorios de la laringe son susceptibles de aumentar de volumen y ofrecer al examen laringoscópico el aspecto de verdaderos tumores de ancha base y vértice poco marcado, simulando verdaderas vegetaciones por su aspecto irregular, vegetante y dentado; son poco coloreadas blanquizcas ó grises, y por lo general, no se ulceran. Su estructura es la siguiente: separado el epitelium forma verdaderas papilas que salen al exterior ó penetran en el tejido patológico, formando en él hundimientos muy marcados. Por debajo el tejido celular se encuentra dentado, vascularizado y suele contener organismos de distintas enfermedades, tales como células gigantes y bacilos de la tuberculosis. En este último caso la alteración invade diversas partes de la laringe, y pueden encontrarse interesadas en una extensión mucho mayor de la ordinaria.

El Dr. Chiasi ha dado cuenta al Congreso internacional de Berlín de sus estudios acerca de esta variedad de lesión laríngea, y asegura en su memoria que la paquidermia se presenta en distintas enfermedades (sífilis, tuberculosis, catarros crónicos de la laringe); en una palabra, que la zona de epitelium, susceptible de enfermar de este modo, puede irritarse bajo las influencias más diversas.

La laringitis tuberculosa de forma esclerosa y vegetante, descrita por M. Gouguenheim, no es otra cosa que la paquidermia de Chiasi en los tuberculosos, y el tratamiento empleado por este mismo autor en la citada enfermedad, cualquiera que fuera la causa de ésta, ha consistido en la extirpación endolaríngea de los tumores.

(*Bull. gen. de Therap.*)



## SECCIÓN PROFESIONAL

### LAS BARRACAS-HOSPITALES

Uno de los más interesantes trabajos presentados á la Sección XVIII del Congreso Internacional de Ciencias Médicas, celebrado recientemente en Berlín, es, sin duda alguna, el estudio del Dr. H. Nimier, acerca de las barracas-hospitales portátiles.

Muy contadas son las naciones en que los ejércitos que operan en territorios civilizados, se ven obligados á recurrir á estos albergues para atender en ellos á sus enfermos y heridos, puesto que la asistencia de éstos puede llevarse á cabo en buenas condiciones en edificios susceptibles de transformarse fácilmente en enfermerías; pero en los campamentos, y sobre todo en las epidemias de rápido desarrollo, pueden prestar grandes servicios estos hospitales ligeros.

Aceptando la utilidad de las barracas-hospitales cuando las circunstancias impongan su uso, y prescindiendo de las ventajas é inconvenientes que tenga esta clase de alojamientos comparada con las tiendas de campaña, merecen la preferencia las construcciones portátiles ó transportables, y entre éstas opta el Dr. Nimier por las que mejor llenen las siguientes condiciones: 1.<sup>a</sup>, ser de fácil transporte y de rápida instalación, y 2.<sup>a</sup>, reunir mejores condiciones higiénicas.

Los tipos de barracas ideados por el Comandante de Ingenieros, M. Espitalier, por la casa Tollet y por el Dr. Olive, cuyas ventajas no han sido todavía comprobadas prácticamente, merecen ser conocidas, y en este concepto las describe el Dr. Nimier en la comunicación citada anteriormente.

El Comandante Espitalier propone un tipo de barraca desarmable cuyas paredes y armadura son de cartón sometido á una preparación especial que le hace duro, compacto é inalterable, sin que deje de ser ligero. Las paredes de la barraca son huecas, y consisten en una serie de bastidores de abeto ó de cartón, cubiertos por sus dos caras con una hoja de cartón de cuatro milímetros de espesor. Un hospital de esta clase, midiendo 22,80 metros de largo por 6,70 metros de ancho, cuyas paredes fueran de tres metros de altura y cuyo tejado se elevara en el caballete un metro más, daría 163 metros cuadrados de superficie y 570 metros cúbicos de capacidad; de modo que po-

dría servir para 24 enfermos, cada uno de los cuales dispondría de 5,35 metros superficiales y de 19 metros cúbicos de aire. Pues bien; esta barraca-hospital pesaría 6.500 kilogramos; sus materiales ocuparían 60 metros cúbicos, que podrían ser transportados en dos vagones plataformas ó en cuatro ó cinco coches, y costaría 8.000 francos.

La barraca Tollet es ojival, de 16 metros de longitud por 6 de anchura y 4,10 de altura hasta la clave de la bóveda, y permite que cada uno de los 20 enfermos que puede contener, disponga de 15,40 metros cúbicos de aire. La armadura de esta barraca es de hierro; las paredes están formadas por dos hojas de papel endurecido, entre las cuales hay papel de paja en hojas agujereadas y encoladas.

El peso total de esta barraca se acerca á los 7.000 kilogramos, sus materiales ocuparán 20 metros cúbicos y su coste se eleva también á 8.000 francos.

El Dr. Olive ha hecho construir una barraca, cuyo techo y paredes consisten en bastidores de madera cubiertos de tela metálica fina, sobre la cual hay una capa de jelatina endurecida con el bicromato. Esta construcción, capaz para 10 camas, mide 5,80 metros de latitud, 7,40 de longitud y 3 de altura; pesa 1.500 kilogramos, que se reparten en dos cajas formadas con las tablas del piso, y su coste no pasa de 3.000 francos.

Q.



## FÓRMULAS

### 129

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| Clorhidrato de cocaína . . . . .      | 5 decigr.   |
| Acido clorhídrico medicinal . . . . . | 25 »        |
| Elixir de Garus . . . . .             | 250 gramos. |
| Agua destilada . . . . .              | 50 »        |

M. Para tomar una copita después de cada comida.

En la **dispepsia gastral**ica.

(Huchard.)

### 130

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| Acido bazoico . . . . . | 4 gramos. |
| Borax . . . . .         | 6 »       |
| Agua . . . . .          | 800 »     |

M. Para tomar tres cucharadas grandes al día.

En la **polaquiuria**.

(Chunn.)



**131**

|   |          |
|---|----------|
| Bromuro de rubidio y de amonio. . . . .       | 6 gramos |
| Agua destilada. . . . .                       | 100 »    |
| Jarabe de corteza de naranja amarga . . . . . | 20 »     |

M. Para tomar dos á ocho cucharadas repetidas en dos ó cuatro veces al día.

En la **epilepsia.**

*(Laufenauer.)*

**VARIEDADES**

**ASOCIACIÓN FILANTRÓPICA DE SANIDAD MILITAR**

El día 28 se celebró la Junta general de fin de año, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 33 del reglamento de dicha Asociación.

Abierta la sesión por el Sr. Presidente, y después de leída el acta de la anterior, que fué aprobada por unanimidad, el Sr. Tesorero dió cuenta del estado del fondo social, presentando el libro de Caja y comprobantes de los gastos, resultando el siguiente balance:

|                        |   |           |                             |   |          |
|------------------------|---|-----------|-----------------------------|---|----------|
| Existencia anterior en | } | 3.873,65  | Abono de 4 cuotas funera-   | } | 6.000,00 |
| 1.º de Enero de 1890.  |   |           | Giro de las mismas.....     |   |          |
| Importe de la recauda- | } | 17.621,43 | Devolución de cuotas de     | } | 63,50    |
| ción de cuotas men-    |   |           | socios fallecidos sin de-   |   |          |
| suales .....           |   |           | rechos á la funeraria. .    |   |          |
|                        |   |           | Rocibos devueltos de da-    |   | 14,00    |
|                        |   |           | dos de baja.....            |   |          |
|                        |   |           | Impresos y gastos de escri- |   | 112,25   |
|                        |   |           | torio.....                  |   |          |
|                        |   |           | Gratificaciones mensuales   | } | 180,00   |
|                        |   |           | al encargado del cobro      |   |          |
| <i>Total</i> .....     |   | 21.495,08 | de los recibos.....         |   |          |
|                        |   |           | <i>Total</i> .....          |   | 6.378,75 |

**RESUMEN**

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Entradas.....          | 21.495,08 |
| Salidas.....           | 6.378,75  |
| Existencia en Caja.... | 15.116,33 |

Al preguntar el Sr. Presidente si se aprobaban las cuentas presentadas, el Sr. Pérez de la Fanosa manifestó el deseo de que se nombrase previamente una Comisión que las revisara, pues como Contador que era, estaba en ello interesado; pero la Junta no lo creyó necesario, aprobando el anterior balance y acordando un voto de gracias para los Sres. Tesorero y Contador.

Seguidamente, el Sr. Tesorero propuso á la Junta que debía procederse á la suspensión de los descuentos mensuales y llamar la atención de algunos socios morosos, concediéndoles un plazo para ponerse al corriente con Tesorería. La Junta acordó participar á los señores delegados que, una vez satisfecho el descuento correspondiente al mes de Diciembre, suspendan el cobro hasta nueva orden, y conceder un mes de plazo á los socios que se ha-

llen en descubierto de alguna cantidad para ponerse al corriente con Tesorería, siendo dados de baja, sin más aviso, una vez terminado el mes de Enero.

El señor Secretario, después de rogar que se hiciese constar en acta el sentimiento que había causado el fallecimiento de los socios cuya relación se expresaba en aquélla, manifestó que, debiendo procederse á la renovación de los cargos de Presidente y Vocales segundo y cuarto de la Junta directiva, podía una Comisión nominadora presentar una candidatura con los nombres de los que hubieran de elegirse para los citados cargos.

La Junta por unanimidad, á propuesta del Sr. Sanz, acordó que fuesen reelegidos los Sres. Florit, Jiménez de la Parra y Santos, y que constase en acta un voto de gracias á la Junta Directiva, por sus gestiones en beneficio de la Asociación.

El Sr. Presidente en nombre de todos los individuos de la Directiva dió las gracias por la distinción de que habfan sido objeto y no habiendo más asuntos de que tratar se dió por terminado el acto.

El Secretario,  
ANTONIO DE SANTOS.

M. Cornil terminó el 21 del mes próximo pasado la serie de conferencias que ha dado en el Hospital Laennec, con el fin de exponer los resultados obtenidos del empleo de la inyección Koch en varios casos de tuberculosis.

La opinión del citado profesor puede sintetizarse en estos términos:

En la tuberculosis articular sin fístula, el remedio de Koch produce empeoramiento en vez de mejoría; en la tuberculosis del epididimo, los resultados no son más satisfactorios; en la de la laringe se tiene que proceder con cautela, si no se quiere poner en grave peligro la vida del enfermo; y respecto de la tuberculosis pulmonar, fuerza es reconocer que hay que perder la mayor parte de las esperanzas que Koch hizo concebir, pues en la mayor parte de los casos, su tratamiento especial puede ser muy peligroso. No hay que pensar siquiera en emplearlo cuando se trata de granulía, de formas agudas ó galopantes, ó de tuberculosis granulosa de forma pneumónica; en la tisis avanzada, con grandes cavernas, se comprende bien que las inyecciones serán no sólo inútiles, sino nocivas; y en la tisis incipiente conviene abstenerse de emplearlas porque determinan en ciertos casos congestiones intensas, hemoptisis, derrames pleuríticos y otras graves complicaciones. Parece, pues, que el método de Koch sólo podrá tener aplicación en muy contados casos en que la eliminación de los tejidos necrosados pueda verificarse fácilmente.

Por su parte, el profesor Virchow y el Dr. Ewald han demostrado en la Sociedad de Medicina Berlinesa, que el líquido de Koch no modifica en manera alguna la morfología del bacilo de la tuberculosis.

Finalmente, la misma *Deutsche Med. Wochenschrift*, en el número del 18 de Diciembre, publica un artículo del profesor Czerny, eminente cirujano de Heidelberg, protestando en cierto modo de que continúe envuelta en el misterio la composición del líquido de Koch, contra cuyo secreto se rebela justamente la mayoría de los médicos.