

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII

MADRID I.º DE ABRIL DE 1898

Núm. 259

## PLANTAS DE LOS ALREDEDORES DE ILIGAN.

*Hugo Cumming*, colector ilustradísimo de seres naturales, y cuyo nombre irá siempre unido á los trabajos que sobre Filipinas se hagan, estuvo en Mindanao, y en su herbario están marcadas como del segundo distrito, Misamis, del que Iligan es un pueblo, las siguientes plantas:

### ANONACEAS.

*Uvaria ovatifolia*. Blumen.

### MENISPERMEAS.

*Cisampelos pareira*. Lin.

### RUTACEAS.

*Zanthoxilon Avicennæ*. L.

### SIMARUBEAS.

*Harinsonia Benettii*.

### RAMNEAS.

*Gonania microcarpa*. D. C.

### LEGUMINOSAS PAPILIONACEAS

*Crotalaria chinensis*. Grah.

*C. ferruginea*.

*Tephronia vestita*. Vog.

*Desmodium girans*. D. C.

*Elysicarpus bupleurifoliis*. D.C.

### CUCURBITACEAS.

*Bryonopsis lacinosa*. Naud.

### COMPUESTAS.

*Vernonia arborea*. Ham.

### BORRAGINEAS.

*Cordia Leschenaultu*. D. C.

### ACANTACEAS.

*Nomaphila stricta*. Nees.

### TIMELEACEAS.

*Gyrinopsis Cumingiana*. Done.

### EUFORBIACEAS.

*Andracne australis*. Muell.

*Phyllanthus trichogynus*. Muell.

### URTICACEAS.

*Trema aspera*. Bl. var. *veridis*.  
Beutham.

### ESCITAMINEAS.

*Zinziber Cassumunar*. Rosb.

### GRAMINEAS.

*Leptaspis Cumingi*. Stend.

*Heteropogon contortus*. Roem.

*Antistiria gigantea*. Cavanilles.

Nosotros, en los ratos que el quehacer lo permitió, en pequeñas excursiones, y buscando más que especies que añadir, las de uso medicinal, hemos comprobado la existencia de muchas de las citadas y hallado algunas más, como es consiguiente, pero que no varían el aspecto general de la flora de Mindanao.

ENTRE LAS COMESTIBLES.

*Camote*; Dioscorea alata.  
*Papaya*; Carica papaya.  
*Lanzones*; Lansium sp.  
*Camias*; Averroa bilimbi L.  
*Guanábano*; Artabotrys; Anona muricata.  
*Nagca*; Artocarpus integrifolia. Will.  
*Piña*; Bromelia ananas.

MEDICINALES.

*Titiu*; Acanthus ilicifolius.  
*Abgao*; Premna spec.  
*Bonga*; Areca catechu.  
*Butua*; Cisampelos pareira.  
*Calachuchi*; Plumiera alba.  
*Calambibit*; Cesalpinia Bonduc.  
*Caturay*; Sesbania grandiflora.  
*Dita*; Alstonia schotaris.  
*Flor del hielo*; Tabernemontana coronaria.  
*Golondrina*; Euphorbia pilulifera.  
*Ibiot*; Coripha minor.  
*Malvas*; Abutilon indicum.  
*Mayana*; Coleus aromaticus.  
*Orégano*; Coleus aromaticus, atropurpureus.

*Quilites*; Amaranthus spinosus. L.

*Oyangiang*; Abrospreccatorius *Tua-Tua*; Jatropha curcas.

*Tagang-tagang*; Ricinus communis.

*Trompa de elefante*; Heliotropium indicum.

*Siempreviva*; Kelanchoe laciniata. D. C.

COMO DE ADORNO, CITEMOS:

*Cunde amor*; Quamocli vulgaris chois convolvulaceas.

*Boyon*; Melastoma sanguineum sino Melastomacea.

*Camotain*; Clitoria sernafea L. Papilionaceas.

*Don Diego*; Mirabilis longiflora, L. Nictagineas.

*Nopal*; Cactus; Apuntia vulgaris *Doncellas*; Vinca rósea. L.

*Rosales*; Rosa sp. (exótico.)

Y algunas más de procedencia, si no española directa, mejicana.

Por prestarse á estudio especial vamos á indicar algunas especies usadas por los visayos, por si de la familia á que pertenecen y de la clase de enfermedad á que los aplican, se puede deducir si el célebre aforismo Linneano se cumple en la medicina empírica de estas gentes.

PARA HERIDAS.

*Abgao*; *Premna spec.*: Verbenaceas.

*Saliboboc*; *Cratewa religiosa*, Forst.; Caporidea.

*Tagulauai*; *Parameria glandulifera*. V.; Apocinea.

PARA PROVOCAR EL MÉNSTRUO.

*Agoho*; *Ipomea angustifolia*. Jacq. Convolvulacea.

*Sambong*; *Blumea balsamifera*. D. C. Compuestas.

CARRASPERA.

*Anagasi*; *Leucosyke capitellata*. Wed; Urticea.

*Bulacan*; *Ipomea angustifolia*.

GRANOS Y APOSTEMAS.

*Bahay*; *Adenantha pavonina* L.; Mimoseas.

*Baluc-baluc*; *Nanlea Cuminigiana* Vidal; Rubiaceas.

*Camo-camo*; *Ipomea*.

*Lampoyang*; *Convolvulus parviflorus*: Valh.

*Lingatu*; *Laportea crenulata* Gaud; Urticeas.

*Malabohoc*; *Casuarina equisetifolia*: Forst.

*Sodo-sodo*; *Occimum sanctum* L.; Labiadas.

*Tapolanga*; *Hibiscus tiliaceus* L.: Malvaceas.

EVACUACIONES, PUJOS.

*Balanti*; *Anamirta cocculus*:

Wight; Menispermacea.

*Banag*; *Smilax sp.*

*Manga*; *Mangifera indica*. L.: Anacardicas.

*Solumbagat*; *Canarium comune*. L.: Burseracea.

*Talisay*; *Terminalia catappa* L.: Combretaceas.

PARA CURA FUENTES.

*Atay-atay*; *Graptophilum hortense* Nees. Acanthaceas.

*Lambayong*; *Convolvulus parviflorus* Vahl. Convolvulacea.

LOMBRICES.

*Balitadhad*; *Quisqualis india*. L. combretacea.

*Bolacan*; *Ipomea*.

DOLORES DE VIENTRE.

*Bacong*; *Crinum asiaticum*. L. Amarilideas.

*Palagion*; *Samadera indica* Goertn. Simarubeas.

CONTRA-VENENO.

*Bacong*; *Crinum*.

*Bitoon*; *Barrintognia racemosa*. Bl. Mirtaceas.

*Lipata*; *Excœcaria agallocha*. L. Euforbiacea.

*Palaguim*; *Samadera*.

FLUJOS DE SANGRE.

*Banaoog*; *Uvaria ovatifolia* Bl. Anonacea.

*Tanghas*; *Dolichandrone sp.* Bignoniaceas.

SINAPISMO.

*Camalongay*; *Morniga pterigosperma*, Goert. Moringeas.

VÓMITO DE SANGRE.

*Bonga*; Areca catechu L. Palmas.

PANADIZOS.

*Panaquilon*; Leea javanica. Ampelidea.

*Pangi*; Pangium edule Reinw. Bixinea.

PARA CONFECCIONAR PURGAS.

*Balayon*; Cassia alata L. Cesalpineas.

*Hagonoy*; Eleocarpus floribundus Bl. Tiliacea.

*Lipata*; Excæcaria.

*Tagan-tagan*; Ricinus communis L.

AFECCIONES DE LA ORINA.

*Bitouu*; Darringtonia....

*Naga*; Pterocarpus indicus. Willd. Papilionacea.

*Olang*; Pandanus luzonensis. Presb. Pandaneas.

CÓLERA.

*Igasud*; Haba de San Ignacio. *Manungal*; Samadera....

CALLOS DE LOS PIÉS.

*Sambolaoan*; Nephelium Litchi; Camb. Sapindacea.

INSECTICIDA.

*Balocanad*; Aleurites moluccana. Willd. Euforbiacea,

QUEMADURAS.

*Boyon*; Melastonia sanguineum; Sims.

*Dalanganan*; Uvaria....

ICTERICIA.

*Toong*; Biscophia javanica Bl. euforbiacea.

Como antidoto usan una pasta que llaman *pedra de culebra*, de elaboración pesada y tomada de antiguos formularios españoles, pues que la base es el *Usa*, mala pronunciación de *osa*, hueso, ya que el cuerno de ciervo calcinado y tratado por vinagre, puesto á secar y después de muchas manipulaciones, nos dá la sal *pedra*, que no creemos se use á diario.

Vemos, pues, que los tres grandes grupos los forman los emolientes, los amargos, los purgantes; bien es verdad que los libros que han sido base de enseñanza á los *mediquillos*, escritos los dos que más han circulado por los *padres* Elain y Santa María, hablan de *cálido* y *frio*, *húmedo* y *seco*; así, pues, resultó la medicación.

Con desconsuelo manifestamos que no hay especies de verdadera utilidad como materiales farmacéuticos, pues dos plantas que aquí llevan pomposamente el nombre de *quina*, una es el *Ditá*, *ALSTONIA* sp., que en Europa apenas ha vivido, y la otra, la *quina de los jesuitas*, la de Mindanao, no es *cinchona*, sino *BADUSA*, el *Exostema*

*philippicum* de Rœmer y Schultse, *cinchona philippica* cavanilles: Icones t. 359; y las tres únicas preparaciones que por ser de catálogo pueden hacerse en esta tierra, aceite de *tagulauai*, *bálsamo moro*, *itivan*, *gamot sasambali*, hecho por cocción de cortezas de PARAMERIA GRANDULIFERA, hoy del género ECDYSANTHERA; el extracto acuoso de *Macabuhait*, hecho de los tallos del MENISPERMUM RIMOSUM, que ha pasado á ser TINOSPORA y el extracto flúido de *Golondrina*, EUPHORBIA PILULIFERA, no creemos resuelvan grandes problemas terapéuticos, ni aventajen á los semejantes consignados en todas las farmacopeas.

BIBLIOGRAFÍA.—*Synopsis Plantarum*; Pervon. Parisis Iutetiorum. 1807.

*Genera Plantarum*; Bentham et Hooker. Londini. 1862—1883.

*Flora forestal de Filipinas*; Vidal y Soler, Manila 1883.

*Phanerogamæ cumingianæ philippinarum*. Vidal y Soler, Manila 1885.

*Revisión de plantas vasculares filipinas*. Vidal y Soler, Manila 1885.

*Diccionario de nombres vulgares*, etc. Colmeiro, Madrid 1871.

*Plantas medicinales de Filipinas*. Pardo de Tavera, Madrid 1892.

*Botánica*. Monserrat y Archs, Barcelona 1883.

L. NIETO.

Farmacéutico primero.

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

---

**De la cirugía del pulmón, principalmente en las cavernas tuberculosas y en la gangrena pulmonar.**—*M. Macewen* (de Glasgow):—Estoy de acuerdo con Tuffier acerca de la mayor parte de los puntos que abarca su informe; pero en lo que concierne á la fisiología mecánica de la pleura, no creo que sea la presión del aire la que retenga las dos hojas pleurales en contacto entre sí. En cambio, lo que produce ese resultado es la cohesión molecular ejerciéndose entre dos superficies lisas. Así es que no temo hacer una amplia abertura de la cavidad pleural, pues, cuando se procede de este modo, no se produce ninguna acumulación de aire entre ambas hojas.

En la práctica, yo creo que hay que distinguir los casos, según que se trata de cavernas *pequeñas*, *grandes* ó *muy grandes*.

Para las pequeñas cavernas no incindo la pleura y me limito á

resecar tres costillas enfrente del foco, de suerte que obtengo con ello la desaparición de la cavidad.

Por lo que hace á las grandes cavernas, abro la pleura, hago un raspado y desague con gasa iodofórmica.

Cuanto á las cavernas muy grandes, procedo del mismo modo; pero tengo el cuidado de atiborrar completamente la cavidad con gasa iodofórmica.

*M. B. Fabricant* (de Kharkow): Resulta de mi experiencia y de mis investigaciones que la neumotomía no está formalmente indicada, sino en los casos de absceso ó de gangrena del pulmón. En presencia de cavernas tuberculosas, no se debe practicar esta operación sino cuando predominan los síntomas cavernosos, y aun entonces no es más que una intervención paliativa. El volumen considerable del absceso ó de la excavación gangrenosa no es ninguna contraindicación operatoria; lo que hay es que debe procurarse una amplia salida á los productos patológicos.

El pronóstico de la neumotomía en los casos de cavernas tuberculosas es malo: si el enfermo soporta la operación, no por ésto deja de sucumbir á la tuberculosis.

Cuanto más preciso es el diagnóstico y más pronta es la intervención quirúrgica, tanto mayor es la probabilidad de que la neumotomía dé un feliz resultado. El pronóstico es más favorable en los casos de absceso del pulmón que en los de gangrena. La edad del enfermo influye sobre los efectos de la operación; por lo demás, en igualdad de circunstancias, los sujetos jóvenes soportan mejor la neumotomía que las personas de edad avanzada.

El pronóstico depende mucho de la enfermedad anterior. Donde la neumotomía dá mejores resultados es en los casos de abscesos consecutivos á una neumonía, á un quiste hidatídico ó á una herida por arma de fuego. Los efectos que se obtienen no son ya tan buenos cuando se trata de abscesos metastásicos. Se obtienen igualmente buenos resultados de la neumotomía en los casos de gangrena que reconozcan por causa una bronquitis pútrida ó una neumonía. En cambio, los resultados son menos favorables en los sujetos atacados de gangrena ligada á la broncoectasia.

Por lo que á la técnica operatoria se refiere, la punción por medio de un trocar conduce raras veces al fin que se persigue.

Si una incisión intercostal diese un acceso suficiente sobre el foco de la enfermedad, podríamos atenernos á ésto. En el caso contrario, se podría reseca una ó varias costillas, lo cual no retardaría en nada la curación. En el punto donde sea practicada la incisión, debe haber unión previa de las pleuras visceral y parietal. Si esta fusión no existiese, la sutura de las dos hojas pleurales sería preferible á cualesquier otro medio de reunión.

Para evitar la hemorragia hay que penetrar en los pulmones por medio del termocauterio moderadamente calentado ó de un instrumento romo y no recurrir al bisturí.

Después de la operación, es mejor no hacer uso de inyecciones

antisépticas, pues las sustancias antisépticas, al penetrar en los bronquios, ocasionan accesos de asfixia, una fuerte tos y algunas veces síntomas de inflamación de los canales bronquiales, de la tráquea y de la faringe.

El desagüe por medio de un tubo será reemplazado por una tira de muselina, la cual, gracias á sus propiedades higroscópicas, absorbe fácilmente y arrastra hacia afuera las materias sépticas formadas sobre el terreno.

*M. K. Sapiejko* (de Kiew): La mayor parte de los fracasos sufridos en nuestras intervenciones por causa de lesiones locales en los pulmones son debidos á la falta de un diagnóstico preciso, á la imposibilidad de determinar la existencia de las adherencias de la pleura, y, por último, á nuestra impotencia para provocar estas últimas.

Deseo comunicaros el procedimiento que yo aplico en mis operaciones para determinar si esas adherencias existen.

A este efecto, utilizo la presión negativa en la cavidad pleural. Tomando como manómetro un simple tubo de vidrio de doble acodadura, lleno de una solución fisiológica esterilizada, hago comunicar una de sus extremidades con la cavidad pleural con ayuda de una aguja tubular roma de grosor mediano, provista de una ó dos aberturas laterales.

La presión negativa atrae el líquido del manómetro hasta la pleura y el nivel desciende en la otra extremidad del aparato.

Si existen adherencias pleurales, el nivel del líquido del manómetro no desciende en la región donde aquéllas radican.

Teniendo este medio de apreciar la existencia ó la falta de adherencias, habría que probar de producir artificialmente esas adherencias. En los animales, he llegado á obtener este resultado vertiendo líquidos irritantes en el saco pleural.

(*XII Congreso Int. de Med. de Moscou.*)

\* \* \*

**Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis primitiva del testículo.**—*M. S. Duplay* (de París): Preconizada de nuevo en el tratamiento de la tuberculosis del testículo, á partir de los primeros tiempos del método antiséptico, la castración apenas si se emplea ya, sino á título de procedimiento de excepción, cuando el cirujano se halla en presencia de ciertas indicaciones especiales, especialmente cuando se trata de una tuberculosis crónica supurada, con focos purulentos múltiples, dando fístulas que atraviesan el escroto en todos sentidos y no dejan, por decirlo así, ninguna porción de la glándula intacta.

La castración precoz es actualmente rechazada, con razón, y las operaciones económicas en las cuales se conserva la mayor parte del aparato testicular son hoy día las que se emplean casi exclusivamente, fuera de los casos especiales á que acabamos de aludir.

Después de haberme servido durante mucho tiempo dellegrado

y de la cauterización ígnea para destruir los focos tuberculosos del aparato testicular, acabé por adoptar, á partir de 1890, un método de extirpación de esos focos con el bisturí, seguida de reunión, y declaro que con ello he obtenido los mejores resultados.

Ya en 1830, Astley Cooper aconsejaba que fueran extirpadas con el bisturí las fungosidades salientes del testículo; pero, al igual que Curling, limitaba esta excisión á las partes superficiales enfermas. Malgaigne fué más lejos en este modo de intervención, y propuso separar con el bisturí las partes enfermas de las partes sanas, como en la ablación de los tumores. En el período actual, la epididimectomía parcial ó total parece haber agrupado gran número de partidarios, entre los cuales hay que mencionar principalmente á Bardenheuer, Villeneuve, Humbert, Lejars.

El procedimiento que yo empleo no merece en verdad, propiamente hablando, el nombre de epididimectomía, puesto que no se aplica exclusivamente al epidídimo, y tiene por objeto extirpar con el bisturí los focos tuberculosos del aparato testicular, lo mismo si radican en el epidídimo que en el testículo.

Hame inducido á emplear este procedimiento el considerar la frecuencia de las recidivas y de las curaciones incompletas á seguida del legrado y de la cauterización; lo he aplicado primeramente á los casos supurados, mas luego, estimulado por los buenos efectos que había obtenido, lo utilicé en el tratamiento de los tubérculos no supurados.

Mi método consiste en disecar con el bisturí los focos tuberculosos, ora en el epidídimo, ora en el testículo, y en enuclearlos en su totalidad, no limitando su ablación sino á nivel de los tejidos perfectamente sanos.

El manual operatorio es sumamente sencillo. Se hace con el bisturí una incisión de dimensiones convenientes, que permite abordar los focos tuberculosos. Se disecan entonces éstos, como se haría con un neoplasma, sin preocuparse de las partes que se seccionan en la periferia. De este modo se realiza la ablación completa de cada foco tuberculoso.

Si se trata de un foco supurado, se prosigue la extirpación de la bolsa tuberculosa en toda su extensión, así como la de los trayectos fistulosos, si es que existen.

Ya dije que no hay que preocuparse de los tejidos periféricos. De suerte que, si la tuberculosis radica en el epidídimo, debe separarse este órgano del canal deferente; si las lesiones han invadido el testículo, no vacilo en seccionar la albugínea, así como el tejido sano de la glándula, para extirparlas completamente, y reuno luego la albugínea con algunos puntos de catgut fino, antes de suturar la piel.

He aplicado este método con buen éxito en unos diez casos, y puedo citaros especialmente el hecho más antiguo, que data actualmente de siete años, y en el cual la curación, como he tenido varias veces ocasión de comprobar, se ha sostenido por completo.

Tratábase de un hombre de 35 años que, en 1888, presentaba una tuberculosis del epidídimo derecho, supurada, con fistula escrotal. Le operé en esa época en el hospital Beaujon, mediante abertura del foco con el termocauterio, raspado de la cavidad y destrucción de sus paredes con el termocauterio. La curación fué completa y quedó una fistula; luego se fueron estableciendo gradualmente nuevos núcleos alrededor del epidídimo y del canal deferente.

En 1890 volvió ese mismo enfermo al hospital. Practiqué entonces (en la Charité) una incisión con el bisturí; y después de la ablación de los núcleos epididimarios, resequé una porción del testículo atacada de tuberculosis y suturé la albugínea; y el canal deferente fué resecaado á cinco ó seis centímetros por encima de la cola del epidídimo. Hubo una reunión por primera intención y la curación definitiva fué obtenida.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

\* \*

**Del estado de nuestros conocimientos sobre la etiología de las dermatosis y sobre las diversas manifestaciones de la sífilis.**—*M. Gaucher* (de París): El hecho más culminante de la historia médica de estos últimos años, es el descubrimiento del parasitismo como causa de gran número de enfermedades.

Hay que reconocer que la dermatología ha hecho otra cosa que seguir únicamente el movimiento general de la medicina en la investigación de los parásitos patógenos, puesto que en realidad le ha precedido. La noción de la influencia de los agentes animados en la producción de las dermatosis se remonta al descubrimiento del acaros de la sarna y, más cerca ya de nosotros, al de los hongos de las tiñas. En la superficie de la piel es, en efecto, donde se presentaba más fácil la investigación de los parásitos. El conocimiento de los otros epifitos, del hongo del pitiriasis versicolor y el del eritrasma, no se hizo esperar mucho tiempo.

Era necesario el perfeccionamiento de la instrumentación y de la técnica microscópicas para descubrir los parásitos más pequeños, es decir, aquéllos que hoy llevan el nombre de microbios. Estos pueden producir lesiones de la piel, no solamente por inoculación directa, sino también por infección interna.

El más importante de ellos, desde el punto de vista de la frecuencia y de la multiplicidad de las afecciones cutáneas que provoca, es el bacilo de la tuberculosis.

En el mismo grupo debemos comprender al bacilo de la lepra, al parásito del actinomicosis, al microbio de los lamparones. El origen micróbico del impétigo y del ectima ha sido uno de los primeros que han sido evidenciados: estas afecciones son producidas por los agentes ordinarios de la supuración.

De propósito no cito más que los parásitos cuya existencia ha sido perfectamente demostrada, cuya acción patógena es evidente. Es probable que existen aún otras dermatosis para-

\*

sitarias, y es casi seguro que á la lista de las enfermedades micróbicas se podrán agregar un día el micosis fungoide, el sarcoma y el epiteloma.

Pero en las afecciones que son incontestablemente de origen parasitario, no siempre se encuentra el microbio. Para estos casos es necesario adoptar otro criterio en lo que al diagnóstico atañe, y este criterio estriba en la inoculación, experimental, á los animales, la cual dá resultados positivos cuando la investigación del bacilo ha sido negativa.

Tenemos, pues, que de la ausencia del bacilo tuberculoso no puede inferirse que una lesión no sea de naturaleza tuberculosa. Es éste un hecho nuevo, de mucha importancia, que puede hallar su aplicación en otra afección bacilar, en la lepra. Los notables trabajos de Zambaco han probado que existen lepras bastardas: tal es el panadizo analgésico de Morvan; tales son ciertos casos de siringomielia.

Las investigaciones contemporáneas han mostrado, además, que existen intoxicaciones micróbicas y que el parásito no obra únicamente por sí mismo, sino también por medio de los productos solubles que elabora. Como comprobación y de paso no os citaré más que los eritemas infecciosos septicémicos, las eritrodermias tuberculosas, y entre ellas el lupus eritematoso.

Estas intoxicaciones micróbicas son, propiamente hablando, intoxicaciones de origen vegetal, dado que vegetales son los microbios que las producen; bastante quiero significar con ésto que todos los venenos, sean cuales fueren, pertenecientes á los tres reinos de la Naturaleza, pueden engendrar dermatosis del mismo orden.

Por no citar más que un ejemplo, no creo adelantarme demasiado diciendo que gran número de los casos de dermatitis exfoliatriz descritos en otro tiempo son erupciones patogenésicas, las más de las veces hidrargirias ignoradas.

Esas erupciones de origen tóxico me llevan á hablaros de un factor capital en la etiología de las dermatosis, á saber, la influencia del sistema nervioso.

Por este mecanismo es como se desarrollan todas las toxidermias, todas las erupciones patogenésicas, como las llamaba Bazin. Asimismo, en las infecciones, el sistema nervioso es el intermediario obligado entre la toxina micróbica y la afección cutánea.

La influencia nerviosa reconoce igualmente bajo su dependencia ciertas erupciones del tipo ampular ó vesiculoso.

El zona es la más patente de esas trofoneurosis. Lo mismo digo de las diversas formas de pénfigo. La roncha ó ampolla es un trastorno trófico cutáneo que reconoce como mecanismo patogénico una alteración nerviosa. La forma eruptiva vesiculosa ó ampular es también muy frecuente á seguida de las lesiones traumáticas de los nervios ó de los trastornos dinámicos del sistema nervioso.

Los venenos de origen animal tienen la misma propiedad que los venenos minerales. Como ejemplo de ello, mencionaré la urticaria

hidatídica y las erupciones diversas—urticarianas ó eritematosas—que son consecutivas á las inyecciones de suero natural.

Más aún; al lado de las dermatosis provocadas por las ptomainas procedentes de un animal de especie distinta, hay ciertas erupciones engendradas por los venenos que fabrica el mismo organismo.

Después de haber mencionado las toxidermias infecciosas y las toxidermias medicamentosas, que son debidas—unas y otras—á intoxicaciones de origen exterior, tenemos, pues, que examinar las dermatosis producidas por las intoxicaciones de origen interno, es decir, por las autointoxicaciones.

Existe un hecho que nadie puede negar, y es que las materias orgánicas, en ciertas circunstancias, pueden convertirse en especies de venenos autógenos, y que la autointoxicación que de ello resulta puede dar origen á afecciones cutáneas.

La bilis provoca un prurito especial. De otra parte, los venenos de la desasimilación, cuya acumulación en la sangre tiene como consecuencia el síndrome conocido con el nombre de uremia, se eliminan á veces por las glándulas de la piel, engendrando erupciones cutáneas eczematóformes, pitiriasiformes ó simplemente eritematosas.

Otro producto que proviene de la oxidación incompleta de la materia azoada en la economía—el ácido úrico, factor etiológico de la gota—tiene bajo su dependencia cierto número de afecciones cutáneas y, sobre todo, ciertas formas de eczema.

No hay que dar más que un paso para reconocer á las materias tóxicas desasimiladas una influencia patogénica, aun más extensa sobre la producción de las dermatosis.

Las alteraciones humorales permanentes, que resultan del retraso de las mutaciones orgánicas y del trastorno de la nutrición general, dan nacimiento á erupciones del mismo orden que las de la gota. Las materias extractivas azoadas, que tienen el mismo origen que el ácido úrico, obran de la misma manera que él.

Este grupo de la dermatosis por autointoxicación comprende todas las afecciones cutáneas, antiguamente llamadas diatésicas. De esta manera, el estado constitucional ó la diátesis y sus consecuencias se hallan química y fisiológicamente explicadas. Las antiguas teorías persisten, rejuvenecidas bajo una denominación distinta.

A este propósito, séame permitido hacer resaltar la importancia de la patología general en el estudio científico de las dermatosis.

La etiología de las dermatosis diatésicas no puede ser aclarada sino mediante el conocimiento de las relaciones que unen las manifestaciones cutáneas con las afecciones viscerales de igual origen. Adquiérese entonces la prueba de que las lesiones de la piel forman parte de un conjunto patológico que comprende manifestaciones diversas de la misma causa general, del mismo trastorno de nutrición, de las mismas alteraciones humorales, y de este modo volvemos á la doctrina de Bazin.

Sólo por la patología general es como se puede llegar á entre-

ver la verdad en la etiología de las enfermedades de la piel, y fieles á las enseñanzas del pasado, debemos combatir la especialización poco madura y desde luego prematura. El estudio de la especialidad debe ser un suplemento de la instrucción médica completa.

Sería, en efecto, un profundo error creer que el especialista pueda penetrar las causas de las enfermedades encastillándose, por decirlo así, en su especialidad. El dermatólogo no solamente no debe perder de vista la medicina general, sino que debe poseer también todas las ciencias que sirven de fundamento á la medicina.

Esta fórmula es igualmente verdadera en lo que respecta á la sifiliografía. Es necesario conocer toda la patología para descubrir las manifestaciones múltiples de la sífilis en todos los órganos.

Aun cuando el agente causal de la sífilis no esté aún descubierto, sabemos, con todo, que esta enfermedad es una infección *totius substantiæ*, y la etiología de sus diversas manifestaciones ha dado lugar á importantes trabajos.

El dominio de la sífilis visceral se ha ido extendiendo cada día más, y hoy se puede afirmar que no existe ningún órgano que no sea tributario de la infección sífilítica.

Esta última, como todas las enfermedades infecciosas, es una causa poco menos que constante de tumefacción del bazo.

El hígado resulta algunas veces alterado en su funcionamiento desde el comienzo de la afección. El riñón puede ser atacado de nefritis precoz, de nefritis infecciosa epitelial.

Desde el comienzo del período secundario, el sistema nervioso aparece á veces afectado por diversos modos: unas veces se presentan mielitis precoces, otras veces neuritis periféricas. Las lesiones oculares se producen algunas veces también con mucha rapidez.

En ese período, no sólo se observan lesiones orgánicas difusas. Las alteraciones específicas pueden ya existir bajo forma limitada, nodular, y los gomos precoces en todas las partes de la economía son harto conocidos para que me entretenga á hablarlos de su existencia.

Cuanto á las determinaciones tardías, á las lesiones terciarias de la sífilis, alcanzan todos los tejidos y todos los órganos; no existe en realidad una sola lesión orgánica en cuya semiología no merezca ser investigada la etiología sífilítica.

Las osteítis, las periostitis, las artritis reconocen frecuentemente por causa la sífilis.

Hay una esclerosis sífilítica del hígado que presenta los síntomas y el aspecto clínico de la cirrosis venosa ordinaria.

Los gomos pulmonares dan lugar á los signos estetoscópicos, al mismo decaimiento y á la misma caquexia que la tisis tuberculosa.

Pero las lesiones del sistema nervioso son principalmente aquellas cuya importancia y frecuencia no guardan pareja con ninguna otra; sin exageración puede afirmarse que la sífilis domina toda la patología nerviosa.

La mielitis transversa lumbodorsal es casi siempre de naturale-

za sifilítica. Sabido es que los gomas figuran entre los más frecuentes de los tumores encefálicos y que la epilepsia parcial dimana las más de las veces de una lesión específica. Las arteritis sifilíticas cerebrales tienen un dominio de tal manera extenso, que la posibilidad de la etiología sifilítica debe ser discutida á propósito de todas las apoplejías y de todas las hemiplejías.

El sistema vascular es, en efecto, particularmente atacado en una infección crónica esclerógena como la sífilis. Todas las arterias de todas las regiones y de todos los órganos pueden ser alteradas y el mismo miocardio no escapa á la acción del virus sifilítico: tenemos, por consiguiente, que la sífilis forma igualmente parte de la etiología de las cardiopatías.

Sobre el tegumento externo, la sífilis es capaz de producir todas las lesiones elementales: eritemas, vesículas; ampollas, pápulas, tubérculos, pústulas.

El agrupamiento de las sífilides terciarias sufre á veces la influencia manifiesta del sistema nervioso; la erupción afecta una disposición zoniforme, que podría hacerla confundir con un zona verdadero.

La etiología sifilítica tiene consecuencias más remotas. Cuando el virus ha agotado su acción propia, las modificaciones constitucionales que ha creado son capaces de producir otras afecciones aún, agrupadas con el título significativo de afecciones parasifilíticas. Son lesiones no ya sifilíticas, propiamente hablando, pero que reconocen, sin embargo, la impregnación sifilítica como causa.

Las dos principales afecciones parasifilíticas son la tabes dorsalis y la parálisis general, secundadas por la predisposición hereditaria. Una influencia secundaria análoga, ligada al artritisismo, parece regular la aparición de las lesiones vasculares parasifilíticas, pues la sífilis posee una acción patogénica nada dudosa sobre la arterioesclerosis.

Fuera de la nefritis sifilítica precoz, cuyas lesiones son primitivamente epiteliales, como las de todas las nefritis tóxicas; fuera de los gomas del riñón, la nefritis crónica intersticial, de origen arterial, es particularmente frecuente en los sifilíticos. Lo mismo diré de las cardiopatías arteriales y de las arteritis ateromatosas, especialmente del aneurisma de la aorta, en cuya etiología se descubre tan á menudo la sífilis.

Las manifestaciones de la sífilis hereditaria se prestan á consideraciones etiológicas más importantes aún y más inopinadas. Las investigaciones contemporáneas nos han dado á conocer la frecuencia de las terminaciones tardías de la heredosífilis, que representan un buen número de las lesiones de la antigua escrófula. Lesiones oculares y auriculares, lesiones nasales y faríngeas, lesiones óseas; meningitis gomosas que tienen grandísimo parecido con la meningitis tuberculosa y que no se distinguen de ella mas que por su curabilidad; ciertas alteraciones hepáticas; lesiones pulmonares se-

mejantes á la tísis: tales son las principales afecciones que observaciones múltiples han relacionado con la heredosífilis.

La naturaleza sífilítica de la mayor parte de las afecciones antes mencionadas, está demostrada por la eficacia del tratamiento específico; pero hay también una parasífilis hereditaria, que comprende un cierto número de deformaciones congénitas, en cuya etiología la infección no obra de una manera directa, sino por la intervención del trastorno general que provoca en el organismo.

Las alteraciones dentales son las más conocidas de esas lesiones parasífilíticas hereditarias.

La osificación prematura del cartilago epifisario, descubierta recientemente por medio de la radiografía, nos ha mostrado la causa tan frecuente del enanismo en los heredosifílicos.

Han podido también atribuirse á la parasífilis hereditaria ciertos casos de hidrocefalia, y aun otras deformaciones.

Ya véis, por lo que resulta de la exposición que acabo de hacer, cómo no cabe, cómo no se debe hacer de la dermatología y de la sífilografía una especialidad restringida: tan verdad es que no se puede estudiar fructuosamente una parte del cuerpo sin un conocimiento profundo del conjunto.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

\* \* \*

**Investigaciones acerca de las propiedades del formol y del paraclorofenol.**—*M. Le Dentu* (de París): He procurado determinar, desde el punto de vista práctico, las propiedades del formol y del paraclorofenol, procediendo experimentalmente sobre conejos de India luego, clínicamente, en enfermos del hospital Necker ó de la clientela privada.

Con soluciones á 5 por 100 y á 5 por 1.000 de la solución á 40 por 100 del formol polimerizado del comercio en alcohol metílico, hemos practicado á varios conejos de India, inyecciones subcutáneas. Las soluciones á 5 por 100 producen desórdenes locales considerables y poseen un poder escarificante muy marcado.

La dosis mortal ha variado entre un gramo 79 centigramos y 0 gramos 10 centigramos, pero esta última cifra es evidentemente hartó débil y representa una excepción. Las lesiones halladas en los conejos de India afectan á los riñones, al hígado, á las cápsulas suprarrenales y también al bazo.

El poder esterilizante del formol es dos veces más considerable que el del sublimado, y como puede echarse mano de él en solución á 1 por 200, de ahí que en realidad representa aquél un agente diez veces más enérgico que el sublimado á 1 por 1.000.

El formol tiene un poder *desodorante* absolutamente extraordinario, tanto, que los tejidos gangrenosos pierden inmediatamente su fetidez al contacto de una solución á 1 por 200.

En iguales proporciones es precioso para la inmersión de los instrumentos, los cuales no altera.

Para el lavado de las llagas infectadas no le conozco equivalente hasta hoy, y la solución á 1 por 200 me ha parecido siempre muy bien soportada.

En lo que concierne al paraclorofenol, en una primera serie de experimentos hechos sobre el conejo de India, la dosis mortal ha variado entre 0 gramos 21 centigramos y 0 gramos 26 centigramos por kilogramo de animal, después de una sola inyección de soluciones á 2,5 por 100, 1 por 100 y 1 por 1.000. En dos inyecciones hechas dos días consecutivos, 0 gramos 25 centigramos por kilogramo, han sido perfectamente soportados. A seguida de una serie de inyecciones, variando de 4 á 50, en un número de días variando de 6 á 66, han sido necesarias para causar la muerte dosis totales de un gramo 42 centigramos por kilogramo.

Las aplicaciones prácticas que llevo hechas hasta hoy son harto pocas en número para sentar conclusiones definitivas. Lo que sí creo desde ahora es que el paraclorofenol merece ser estudiado seriamente y que, bajo ciertos conceptos, acaso pudiera llegar á merecer con el tiempo la preferencia sobre el ácido fénico.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

\*  
\*\*

**Un nuevo procedimiento para la operación del labio leporino.**—*M. Severeanu* (de Bucarest) presenta á este propósito una comunicación, cuyo resumen es como sigue:

Uno de los inconvenientes inherentes á la operación del labio leporino es la estrechez del labio superior por consecuencia de la cicatriz que en él se forma. Para obviar semejante inconveniente, el orador ha adoptado un nuevo procedimiento, que consiste en el desdoblamiento del esfinter labial, de suerte que se obtenga una superficie sangrienta sin que haya pérdida de substancia. De esta manera se logra evitar la soldadura cicatricial del labio con la parte cruentada del maxilar, y, como consecuencia de ello, se obtiene una movilidad del labio, movilidad que los enfermos reclamaban á menudo más tarde, cuando habían sido operados por los procedimientos ordinarios. Además, al suturar los bordes de la herida por un procedimiento especial que asegure el contacto íntimo del fondo de la herida, evitando al mismo tiempo que aparezcan puntos visibles al exterior, se suprimen las múltiples cicatrices que se observan cuando la operación ha sido ejecutada por los métodos antiguos.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

\*  
\*\*

**Epilepsia jacksoniana tratada con buen éxito por medio de la craneotomía.**—*M. A. Voisin* (de París): He observado un caso de epilepsia jacksoniana en un joven de 17 años, atacado desde la edad de cuatro, de ataques convulsivos del lado izquierdo, comenzando por un aura dolorosa del miembro superior izquierdo.

Todos los tratamientos farmacéuticos habían fracasado y ese joven había concluído por no poder abandonar el lecho por la gran frecuencia de los ataques; había quedado sumido, además, en un estado próximo al idiotismo. Entonces me pareció que sólo una operación quirúrgica podía ofrecer algunas probabilidades de éxito, y rogué al Sr. Péan que practicara una amplia craniectomía en la región temporo-parietal del lado derecho de la cabeza.

Un segmento de hueso de 11 centímetros, cinco de largo sobre cinco centímetros de ancho, fué resecaado á nivel de las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes.

La duramater presentaba una convexidad muy marcada; la piamater apareció muy vascularizada; la substancia cerebral fué hallada notablemente endurecida, como esclerosada.

Las consecuencias de la intervención fueron simples. Desde entonces, el dolor del miembro superior izquierdo ha cesado totalmente, el joven operado no ha tenido más que tres nuevos ataques, no ha conservado sino algunos estremecimientos, algunas ligeras conmociones; ha recuperado poco á poco toda su inteligencia, y actualmente ha vuelto á sus trabajos. Han transcurrido dos años y medio desde que la operación fué practicada y todo hace suponer que la curación será permanente.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

\*  
\*  
\*

**Hematomielia central.**—*M. M. Pitres y Sabracés* (de Burdeos): Hemos tenido la ocasión de observar un caso de hematomielia central de la parte afilada de la prominencia lumbar, consecutiva á un traumatismo de la columna vertebral, remontándose á más de dos años. El foco de sangre extravasada en plena substancia grís, en la mitad derecha de la médula que no estaba rota, fuera del canal epidimario, ha sido el punto de partida de una cavidad voluminosa, sobre cuyas paredes se han depositado montones de hematoidina amorfa y cristalizada. La neuroglia ambiente ha formado progresivamente una cápsula que ha ido sucesiva y gradualmente invadiendo la substancia grís y los diversos cordones. Alrededor de ese quiste de origen hemático, es notable ver la extensión tomada por los fenómenos de gliosis, habiendo la hematomielia tubaria desempeñado durante más de dos años el papel de espina irritativa, *vis á vis* de la neuroglia.

Clínicamente, los síntomas observados hasta la muerte pertenecían á la serie siringomiélica; la atrofia muscular, sumamente marcada, marchaba sensiblemente sobre cada miembro inferior de una manera paralela con la disociación sensitiva.

Anatómicamente, gracias á la prolongación de la vida del enfermo durante más de dos años, ha resultado realizada una lesión medular que microscópicamente semejava la siringomielia, pero diferenciándose histológicamente de ella por la localización en un corto segmento de médula del anillo de gliosis.

En suma, despréndese de ese caso que la hematomielia central puede simular, desde el punto de vista clínico y anatómo-patológico, ciertas formas de siringomielia de evolución lenta ó de síntomas estacionarios.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

\*  
\* \*

**Sobre ciertos detalles de estructura de los hematozoarios de Laveran durante su evolución.**—*M. Gautier* (de Moscou): Para estudiar los hematozoarios del paludismo, he seguido el método de Golgi y me he servido del procedimiento de coloración de Romanovsky, el cual permite descubrir en la estructura del parásito ciertos detalles que no se llegan á distinguir con otros modos de coloración.

En los casos de fiebres intermitentes del Cáucaso, he podido observar en la sangre de los enfermos tres especies de hematozoarios de Laveran. Cada una de estas especies tiene un ciclo característico de evolución que permite distinguirla de las otras dos.

Uno de esos hematozoarios corresponde al parásito de la fiebre terciana, el otro al de la cuartana, tales como han sido descritos por Golgi. El tercer hematozoario corresponde probablemente al parásito observado en Italia por Marchafava y Bignami en casos de fiebres tercianas estivo-otoñales. Según mis observaciones, este último parásito evoluciona en el espacio de dos días. Encuéntrase en el Cáucaso en casos de fiebres que, desde el punto de vista clínico, pueden ser comprendidas entre las fiebres irregulares, cotidiana y terciana.

Esas tres especies de hematozoarios, si bien difieren entre sí bajo muchos conceptos, sufren durante su evolución una serie de modificaciones que les son comunes.

El más interesante de esos procesos es el desarrollo de un núcleo, la evolución regresiva de este núcleo, su desaparición, luego la aparición de nuevos rudimentos nucleares en el cuerpo del parásito, los cuales se convierten en centros de formación de nuevos elementos parasitarios, después de lo cual el parásito se segmenta en una nueva generación.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

\*  
\* \*

**Irrigación en la gonorrea.**—*Valentine* (New-York) indica esta forma de tratamiento, manifestando que toda uretra con estrecheces no demasiado graduadas, y todas las vejigas, pueden irrigarse sin cateter; que la irrigación es la curación más breve para la gonorrea; que los medicamentos internos son inútiles, así como las inyecciones. Emplea un embudo de cristal, que se eleva y baja mediante una polea, relacionado con un tubo de goma que se inserta en la uretra, siendo su extremidad de cristal y de tres tamaños diferentes, para ajustarse á todas las uretras. Sentado el paciente en

una silla, pasa su pene por un agujero practicado en una tela impermeable, rodeando la extremidad del tubo con una campana de cristal para prevenir que el líquido se derrame fuera de la vasija receptora. Para la irrigación de la parte anterior de la uretra, después de limpiar las partes externas, se permite á la corriente pasar á la uretra, aumentando su fuerza de un modo gradual mediante los dedos del cirujano, que, oprimiendo la uretra, regula la fuerza. Para irrigar la uretra posterior es necesario suficiente fuerza en la corriente para vencer los músculos compresor de la uretra y esfínter vexical, é irrigarse por lo tanto también la vejiga. Los esfínteres se vencen más fácilmente si el paciente hace algunas respiraciones profundas y esfuerzos para orinar. Después de ésto el paciente se levanta y orina. En algunos pocos casos es necesario anestesiar la uretra con cocaína antes de la irrigación. Según Valentine, la gonorrea aguda se cura en diez días, por término medio, dando dos irrigaciones en los primeros tres ó cuatro días, y después una diariamente. Las soluciones usadas fueron: permanganato de potasio (1 en 6.000 á 1 en 1.000); cloruro mercúrico (1 en 10.000); nitrato de plata (1 en 10.000 á 1 en 1.000); sulfato de cobre (1 en 2.000 á 1 en 500); argonina (10 por 100), aunque Valentine no considera esta última substancia superior al permanganato de potasio.

(*Med. Journ.*)

\*  
\* \*

**Soluciones de iodo en el tracoma.**—E. H. Nesnamoff recuerda el resultado que obtuvo en el tratamiento del tracoma por el iodo; lo usó ya disuelto en glicerina ó aceite blanco de vaselina, porque en estos líquidos penetra mejor los tejidos sin causar irritación. En los casos ligeros de tracoma, donde la conjuntiva se cubre al mismo tiempo de granulaciones, se aplica el iodo al 1 por 100. Si la conjuntiva apareciese húmeda y pulposa, el tratamiento debe empezarse con  $\frac{1}{2}$  por 100 (una ó dos aplicaciones), usando después la solución al 1 por 100. En los casos en que la infiltración es más uniforme (forma gelatinosa Stellwag) se usa una solución de un 2 á 3 por 100, y según progrese la curación, las soluciones han de emplearse más débiles. En casos más graves, cuando hay hipertrofia del epitelio, cuando las paredes de los vasos se hallan ya degeneradas, y cuando hay un principio de cicatrización y engrosamiento del cartilago del párpado, los resultados del tratamiento son menos brillantes; mas aun en tales casos, la aplicación de un 2 á 3 por 100 de la solución proporciona mucho alivio. Después de algunas aplicaciones las papilas se hacen más pequeñas, y la superficie de la conjuntiva es más aterciopelada y uniforme. El pannus tracomatoso y las úlceras corneales no contraindican el uso del iodo, haciendo desde luego uso de la atropina apenas se presenten signos de irritación del iris ó cuando es considerable el tamaño de la úlcera. La aplicación directa de la solución en el pannus craso, extendido sobre toda la órnea, favorece su disminución. El uso local del

iodo produce mucho alivio, aun en aquellos casos en que la cicatrización es muy pronunciada, habiendo obtenido Nesnamoff, en casos de inflamación purulenta del saco lagrimal, muy buenos resultados con las inyecciones de soluciones iodadas.

(*Vratch.*)

\*  
\* \* \*

**Kolanina.**—Dornblüth llamó primero la atención acerca de la acción estimulante de la nuez de kola. Las investigaciones de Kuebel é Hilger han demostrado que la nuez no contiene alcaloides, sino un glucócido llamado por Kuebel «Kolanina», que en el fruto maduro ó seco puede descomponerse en glucosa y cafeína. Para retener el glucócido, se hace necesario una preparación muy cuidadosa de la nuez. La kolanina se descompone por la saliva ó por el jugo gástrico. El autor ha usado esta kolanina en forma de tablitas preparadas, según las indicaciones de Kuebel, en un gran número de pacientes. Restaura rápidamente la energía después de un trabajo fatigoso sin producir malos efectos; es muy superior á la cafeína, aunque en el caso de una mujer histero-neurasténica produjeron dos decigramos un sentimiento de temblor en las manos. El buen efecto de este agente le hizo aparente en casos de debilidad y neurastenia, aunque en los últimos el resultado fué sólo temporal; también se observó mejoría en los casos de depresión cardíaca neurasténica; pero aquí también fué el efecto temporal, siendo necesario administrar otra tablita después de una hora. El nomobromato de alcanfor, que se usó también algunas veces en esta condición, no produjo efecto alguno. En algunos casos de enfermedades cardíacas orgánicas, la kolanina fué de utilidad, obteniéndose asimismo su acción benéfica en las cefalalgias que siguen al exceso de trabajo mental y de los alcoholes.

(*Berlin Klin Woch.*)

\*  
\* \* \*

**Herpes y tuberculosis.**—Rouher ha publicado recientemente algunos detalles interesantes acerca de la posible relación entre el zona y la tuberculosis, que puede aparecer bajo tres diferentes condiciones. Primera, hacia el fin de la pulmonía tubercular grave, no siendo entonces de gran interés; pero en otros casos es un síntoma muy prematuro y puede, según el autor, considerarse como un signo premonitorio; así cita el caso de pacientes sujetos á herpes zoster que no se quejaban de afección pulmonar alguna, y en el examen pulmonar se encontraron manifestaciones tuberculosas. En otros casos, que forman un tercer grupo, pueden descubrirse después de un corto intervalo los signos de tuberculosis pulmonar, no habiendo indicación física al tiempo de la erupción. Aunque el zona parece afectar á los sujetos neuropáticos ó neuro-artríticos, resulta

de las observaciones del autor que en todos los casos de esta enfermedad debe el paciente sujetarse á observación, sobre todo en lo que concierne á los pulmones.

(*Journ. de Med.*)

## SECCION PROFESIONAL

### Resumen estadístico del mes de Diciembre de 1896.

El movimiento de enfermos ocurrido durante el citado mes en los hospitales militares y civico-militares, y en las enfermerías militares de la Península, islas adyacentes y posesiones de Africa, ha sido el siguiente:

Existencia en 1.º de Diciembre.....	4.068
Entrados durante el mes.....	4.374
Hospitalidades causadas.....	129.666
Salidos.....	4.377
Muertos.....	126
Quedaban en fin de dicho mes.....	3.939

La fuerza del ejército en el indicado mes de Diciembre de 1896 fué de 75.002, cifra que permite establecer las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	100'01
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	49'49
Muertos por cada 1.000 id.....	1'26
Idem por cada 1.000 asistidos.....	12'66 (1)

Hé aquí ahora los establecimientos en que se han causado más de 1.000 hospitalidades:

Madrid.....	15.904	Cartagena.....	2.520
Barcelona.....	14.802	Guadalajara.....	2.204
Sevilla.....	10.493	Málaga.....	2.100
Valencia.....	7.779	Palma de Mallorca.....	1.994
Zaragoza.....	6.684	Badajoz.....	1.976
Granada.....	4.659	Melilla.....	1.777
Cádiz.....	4.223	Mahón.....	1.725
Valladolid.....	3.906	Santa Cruz de Tenerife..	1.546
Coruña.....	3.854	San Sebastián.....	1.448
Pamplona.....	3.836	Santander.....	1.439
Búrgos.....	3.345	Bilbao.....	1.206
Vitoria.....	3.282	Algeciras.....	1.128
Ceuta.....	2.912	León.....	1.086
Alcalá de Henares.....	2.905	Tarragona.....	1.004

(1) Téngase en cuenta que 941 asistidos, 14.591 hospitalidades y 31 fallecidos, no son imputables á las fuerzas del ejército.

## ASIGNACIONES DE ULTRAMAR.

«Excmo. Sr.: Accediendo á lo propuesto á este Ministerio por el Inspector de la Caja general de Ultramar en 18 de Febrero próximo pasado, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer se consideren ampliados en dos meses más los plazos concedidos por las Reales Ordenes de 1.º de Julio y 27 de Octubre de 1897 (*D. O.* núm. 144 y *C. L.* núm. 293), respectivamente, para la ratificación de asignaciones de los que sirven en Ultramar, cuyos plazos serán improrrogables. Es al propio tiempo la voluntad de S. M., se recomiende muy especialmente á los Capitanes Generales de los distritos de Cuba, Filipinas y Puerto Rico, la imperiosa necesidad de que las mencionadas ratificaciones se verifiquen sin demora, á fin de evitar los graves perjuicios consiguientes á las familias de los asignantes.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 5 de Marzo de 1898.—Correa.—Sr....»

\*  
\* \*

## VACUNA.

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de una instancia promovida, con fecha 5 de Febrero último, por D. José Troyano Hidalgo y don Antonio de Seras y González, Doctores en medicina y Directores del Instituto provincial de higiene de Sevilla, solicitando suministrar la vacuna que necesite el ejército; y considerando que habiendo cesado ya las circunstancias excepcionales que obligaron al Instituto anatómico-patológico de Sanidad militar, hoy Instituto de Higiene militar, á no poder prestar el suministro de pulpa vacuna glicerinada para todo el ejército, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien desestimar por dichas razones la petición de los recurrentes, disponiendo que el Instituto de Higiene militar prepare toda la pulpa vacuna mencionada que sea necesaria en el ejército, y que la vacunación del mismo se verifique con arreglo á lo prescripto en la Real Orden de 30 de Octubre de 1893 (*C. L.* núm. 368.)

De la de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y demás

efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 11 de Marzo de 1898.—Correa.—Sr . . »

\*  
\* \*

### CRUCES PENSIONADAS

«Excmo. Sr.: En vista de un escrito que dirigió á este Ministerio en 18 de Enero último el Capitán General de Filipinas, consultando á partir de qué fecha deben percibir los interesados la pensión correspondiente á la segunda cruz del Mérito Militar con distintivo rojo, cuyo abono, dentro de un mismo empleo, se concedió por Real Orden de 31 de Agosto próximo pasado (*C. L.* núm. 232), el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que el mencionado abono se verifique á partir de la fecha de la citada soberana disposición, y siempre por completo, aunque la suma exceda de la pensión correspondiente, en determinados empleos, á la cruz de María Cristina, puesto que son pensiones anexas á dos cruces otorgadas por méritos diferentes.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 14 de Marzo de 1898.—Correa.—Sr . . »

\*  
\* \*

«Excmo. Sr.: En vista de un escrito que dirigió á este Ministerio en 14 de Febrero último el Capitán General de la Isla de Cuba, consultando á partir de qué fecha deben abonarse las pensiones de cruces concedidas por un determinado tiempo de operaciones, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de conformidad con lo propuesto por V. E., se ha servido disponer que las pensiones de referencia se reclamen desde el día siguiente al último de los que en cada caso comprenda el mencionado período de operaciones, siempre que dichas cruces se concedan directamente en virtud de las correspondientes propuestas, pues para las otorgadas como consecuencia de permutas ó mejoras de recompensa, continuará vigente la Real Orden de 10 de Junio último (*C. L.* núm. 150.)

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás

efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 16 de Marzo de 1898.—Correa.—Sr...»



## VARIEDADES

Durante el mes de Septiembre de 1896 hubo en Madrid 1.333 defunciones, cuya relación con la población es de 2'76 por cada 1.000 habitantes. En Agosto del mismo año, la cifra absoluta de mortalidad fué de 1,389, y en Septiembre de 1895 de 1.107.

La distribución por edades de la mortalidad, en Septiembre de 1896, es como sigue:

Hasta 5 meses. . . . .	221	De 20 á 25 años. . . . .	57
De 5 meses á 3 años. . . . .	309	De 25 á 40 id. . . . .	138
De 3 á 6 id. . . . .	100	De 40 á 60 id. . . . .	213
De 6 á 13 id. . . . .	58	De 60 á 80 id. . . . .	159
De 13 á 20 id. . . . .	46	De 80 en adelante. . . . .	32

De estas defunciones corresponden 705 al sexo masculino y 628 al femenino. Por su estado: 904 solteros, 268 casados y 161 viudos.

Hé aquí la clasificación por enfermedades de la necrología del referido mes de Septiembre de 1896.

<p>FOR ENFERMEDADES INFECCIOSAS:</p> <p>Paludismo. . . . . 7</p> <p>Pelagra. . . . . 5</p> <p>Otras infecciones. . . . . 7</p> <p>FOR ENFERMEDADES INFECCIO- CONTAGIOSAS:</p> <p>Viruela. . . . . 195</p> <p>Sarampión. . . . . 8</p> <p>Escarlatina. . . . . 6</p> <p>Erisipela. . . . . 9</p> <p>Tifoideas. . . . . 56</p> <p>Grippe. . . . . 9</p> <p>Puerperales. . . . . 10</p> <p>Disentería. . . . . 1</p>	<p>Coqueluche. . . . . 2</p> <p>Difteria. . . . . 10</p> <p>Tuberculosis. . . . . 178</p> <p>Sífilis. . . . . 2</p> <p>Otras varias. . . . . 10</p> <p>FOR OTRAS ENFERMEDADES:</p> <p>Cancerosas. . . . . 32</p> <p>En el claustro materno. . . . . 90</p> <p>Del aparato circulatorio . . . . . 86</p> <p>Laringitis. . . . . 2</p> <p>Bronquitis. . . . . 95</p> <p>Pulmonía. . . . . 101</p> <p>Pleuresía. . . . . 3</p> <p>Otras del aparato respiratorio. 11</p> <p>Del estómago. . . . . 16</p> <p>Del intestino. . . . . 63</p>
---	--

Del hígado.....	19	Escrófula.....	3
Otras del aparato digestivo ..	2	Atrepsia.....	38
Del aparato génito-urinario...	18	Raquitismo.....	6
Del id. locomotor.....	2	Reumatismo.....	4
Apoplejía.....	48	Diabetes.....	2
Cerebritis.....	8	Intoxicaciones.....	1
Meningitis.....	76	Otras varias.....	30
Mielitis.....	4		
Eclampsia.....	38	MUERTES VIOLENTAS.	
Epilepsia.....	1	Por accidentes.....	6
Enfermedades mentales .....	3	Por homicidio.....	2
Anemia.....	5	Por suicidio.....	3

La mortalidad media diaria fué de 44'43; cifra inferior á la de Agosto del mismo año, que alcanzó á 44'80.

\*  
\* \*

Probablemente la propuesta de ascensos del presente mes será de relativa importancia, á fin de cubrir las distintas vacantes que existen en la actualidad y que han sido determinadas, más ó menos recientemente, en la plantilla orgánica de la Península.

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

**Aplicaciones del suero fisiológico equino en el tratamiento de algunas enfermedades de la infancia.** Tema presentado por el *Dr. D. F. Vidal y Solares* en el XII Congreso médico internacional celebrado en Moscou en 1897.—Barcelona, 1897.

**Coexistencia de tres epidemias de viruela, sarampión y escarlatina** en Palma durante el año 1836, por *D. Enrique Fajarnés Tur.*—Palma de Mallorca, 1897.

**Estudo sobre o recrutamento dos criurgiões militares,** pelo Coronel *José Estevão de Moraes Sarmento.*—Porto, 1898.

**Refutación á la ley de las analogías botánicas y médicas.** Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año 1898 en la Real Academia de Medicina, por el *Dr. D. Juan Ramón Gómez Pamo.*—Madrid, 1898.

**Resumen de la historia y tareas desempeñadas por la Academia en el año 1897.** Memoria leída en la sesión inaugural del año 1898 en la Real Academia de Medicina, por su Secretario perpétuo, el *Excmo. é Ilmo. Sr. Dr. D. Manuel Iglesias y Díaz.*—Madrid 1898.