

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIII

MADRID 15 DE JULIO DE 1899

NÚM. 290.

FARMACIA PRÁCTICA

ELIXOIDES

Se dá el nombre de *elixoides* á un grupo de preparaciones que hoy son consideradas como magistrales, pero que, sin duda alguna, pueden llegar á ser oficinales, y conservarse y despacharse envasadas, del mismo modo que las que llevan el nombre de *espectficos* generalmente, pero sin que resulte justificado este calificativo muchas veces.

La preparación de los elixoides exige grandes conocimientos teóricos, lo mismo que todas las operaciones que se relacionan con la práctica de la farmacia, y poseer suficientemente los fundamentos químicos necesarios para estas preparaciones. De aquí resulta que los que pasan como prácticos acreditados, más que esta práctica poseen grandes conocimientos teóricos, que saben aplicar en ocasión dada oportunamente.

Por estas razones las preparaciones á que nos referimos suelen llamar mucho la atención, al conocerse las numerosas y variadas sustancias que entran en su composición.

Quiere ésto decir que volvemos á la *polifarmacia*? No; lo que ocurre es que, teniendo en cuenta las propiedades físico-químicas de ciertos cuerpos y las facilidades que hoy se tienen para obtener ciertos compuestos, pueden unirse fácilmente y administrarse, por lo tanto, á la vez, cosas que nos parecen incompatibles físicamente y que no lo son en realidad. El bismuto, la pepsina y la nuez vómica, pueden administrarse en forma de elixoides de buen aspecto y de sabor agradable, y lo mismo podemos conseguir con el sándalo ce-trino, el buchú, la cubeba, todos los hipofosfitos y los bromuros; en esta forma complicada se administra un tónico nervioso que está muy en boga, empleando el éter sulfúrico para disolver el *fósforo*

amorfo, que se dice forma la base de dicha preparación. Esta fórmula y otras semejantes se comportan muy bien como elixoides.

Llámanse elixoides estas preparaciones para acercarlas y no confundirlas con los elixires; el elixir lleva un alcohol y una materia edulcorante, el elixoide lleva otro alcohol, la glicerina..... y como todos los líquidos glicéricos tienen una gran potencia disolvente, podemos reunir en ellos una multitud de substancias.

Así:

| | | |
|--------------------------|-------|---------|
| Sulfato estrícnico..... | 0'002 | gramos. |
| Hipofosfito de sosa..... | 0'050 | » |
| » de cal. | 0'050 | » |
| » de quinina..... | 0'010 | » |
| Sulfato manganoso..... | 0'020 | » |
| Fósforo amorfo..... | 0'001 | » |
| Glicerina. | 2'000 | » |
| Agua..... | 8'000 | » |

para dosis de cinco gramos.

Los sulfatos se disuelven sin dificultad en dos gramos de agua, y los hipofosfitos, si están recientemente preparados, en los seis restantes; si ha actuado el aire sobre ellos, una pequeñísima parte de ácido tártrico ayuda la solución (Hager); el fósforo es muy soluble en la glicerina, y la mezcla de las soluciones resulta estable y límpida, y el elixoide muy agradable.

Otro elixoide, de fórmula muy semejante á la de algún elixir de uso frecuente, puede prepararse así:

| | | |
|-------------------------------------|------|---------|
| Citrato bismútico-amónico..... | 0'50 | gramos. |
| Pepsina pura..... | 0'20 | » |
| Alcoholado de extracto de opio..... | 0'10 | » |
| Agua de laurel cerezo..... | 1'50 | » |
| Glicerina..... | 2'00 | » |
| Agua..... | 6'00 | » |

La sal bismútica es soluble en agua; la pepsina se comporta bien en la mezcla de la glicerina y el agua de laurel cerezo; incorporadas todas estas mezclas, obtendremos un elixoide que podemos colorear para darle aspecto, y en casos indicados agregarle la nuez vómica.

En líquidos que llevan glicerina podemos reunir el aceite volátil de sándalo, el de cubebas y el extracto flúido de buchú (hecho con glicerina 20, alcohol de 60° el resto para 100 partes que representen el peso del material); así también podemos resolver la dispensación

de bromuros, cuando la poción lleva todos los usuales, incluso el alcanfor monobromado.

Los elixoides tienen la ventaja de que no llevan jarabes, pues los edulcora la misma glicerina, y, por lo tanto, pueden conservarse largo tiempo. Son un grupo de preparaciones que están llamadas á usarse mucho.

L. NIETO.

Farmacéutico primero.

Prensa y Sociedades médicas

Paludismo pernicioso.—El Dr. Rupilanchas dijo que tenía gran importancia la comunicación acerca de tres casos de padecimientos periódicos y constitución médica del mes de Marzo último, que presentó en sesiones anteriores el Dr. Iglesias y que, abundando en el mismo criterio, iba á exponer dos observaciones de paludismo pernicioso. En una, se trató de un enfermo de 20 años de edad, estudiante, que en Enero de 1890, después de haber estado en un teatro, notó síntomas de pleuritis con temperaturas superiores á 41°. Habiendo notado una gran reacción al día siguiente por la mañana, se empleó el sulfato de quinina al interior, en enemas y en inyecciones hipodérmicas, y el enfermo se restableció inmediatamente sin que sufriera nuevos ataques. En otra, se trató de un penado de la prisión celular de esta Corte que había estado mucho tiempo en Filipinas. Conociendo que se trataba de unas intermitentes perniciosas, prescribió cuatro gramos de sal quínica en ocho sellos para tomar uno de hora en hora, con lo cual se logró inmediatamente la cesación de la fiebre, que pudo ser originada por la influencia palúdica del río Manzanares y de la Moncloa.

El Dr. Iglesias se felicitó por discutirse este asunto de tanto interés en la patología de esta Corte. Con este motivo recordó que los elementos periódicos habían sido siempre frecuentísimos en Madrid, según consta en todos los escritos publicados desde el siglo XIII en las actas de esta Academia y en la topografía médica de Escolar publicada á fines del siglo anterior, razones que autorizan á no atribuirlos á los riegos de la vía pública, como equivocadamente se ha pretendido, puesto que éstos no empezaron hasta el año 1858, en que se trajeron las aguas del Lozoya. Indicó que el elemento periódico constituía á veces toda la enfermedad y en otras era uno de sus factores, que adoptaba la forma benigna y per-

niciosa con manifestaciones cerebrales ó pectorales, febriles ó larvadas, y que las sales de quinina despleaban siempre su poderosa acción, evitando en bastantes casos la muerte y constituyendo en general un modificador inofensivo. En su opinión, las enfermedades periódicas no pueden reducirse al paludismo, puesto que ha observado casos de perniciosidad en inviernos rigurosos con temperaturas muy bajas y condiciones contrarias al desarrollo del agente palúdico, y dió valor etiológico á las variaciones atmosféricas, tan frecuentes en ambas Castillas. Recomendó, al terminar, el estudio de las enfermedades de localidad y la constitución médica reinante, por ser elemento indispensable en la medicina práctica, y la necesidad de administrar un preparado quínico después de ciertos accidentes cerebrales ó pectorales que se presentan y desaparecen inopinadamente, pues casi siempre son manifestaciones perniciosas que matan al segundo acceso si no se emplea dicho alcaloide.

El Dr. Hernández Britz expuso el caso de un niño de 11 años, alumno de un colegio de esta Corte, el cual padecía con frecuencia fiebres intermitentes desde hacía largo tiempo, padecimiento que le había obligado á salir del colegio y suspender sus estudios diferentes veces. Un día, dicho niño fué acometido de un acceso de la misma clase, con frío intensísimo, que duró seis ó siete horas, habiéndole prescripto el Médico del colegio un purgante, por creer que se trataba de un estado saburral. A las treinta y tantas horas se reprodujo el acceso y el niño murió al parecer de fiebre perniciosa, sin que se le hubiera administrado ningún preparado quínico. Con este motivo hizo constar la afirmación del profesor Bacelli en el último Congreso de Medicina de Roma, de que *la mortalidad por el paludismo se había reducido á cero en dicha capital*, merced á las inyecciones intravenosas del cloruro quínico que, según su opinión, mataba al hematozoario patógeno. Recomendó el clorhidrosulfato de quinina al interior ó en inyecciones hipodérmicas si había vómitos ú otras perturbaciones, y se hizo partidario de la conveniencia de estudiar el paludismo de Madrid, su profilaxis, los abusos de la quinina y las formas larvadas de los padecimientos periódicos.

(Real. Acad. de Méd. de Madrid.)

*
*
*

Patogenia y profilaxis de la fiebre puerperal.—*M. Ahlfeld* (de Marburgo), *ponente*: Lo mismo desde el punto de vista clínico que desde el punto de vista bacteriológico, es imposible, por el momento, dar una definición precisa de la fiebre puerperal. Aunque en la mayor parte de los casos graves pueda ser atribuída al estreptococo, es incontestable que otros microorganismos ocasionan á veces infecciones mortales, que clínicamente no pueden ser diferenciadas de la fiebre puerperal debida al estreptococo. Por otra parte, los estreptococos pueden existir en número muy considerable en el útero sin determinar ningún accidente. Cuando la salida de los loquios no encuentra obstáculo del lado de la vagina, la cavidad ute-

rina puede desembarazarse de microorganismos sin que sobrevengan fenómenos morbosos durante el período puerperal. Por último, importa tener igualmente en cuenta que los mismos síntomas infecciosos pueden ser la consecuencia de una invasión bacteriana, de la misma manera que pueden serlo de una reabsorción de toxinas. Con esto se comprende cuán difícil se hace englobar estos diferentes fenómenos en una definición común y cuánto cuesta formular debidamente el diagnóstico de la fiebre puerperal.

Por todas estas razones, disto de compartir las esperanzas de Bumm cuando cree que llegará un día en que el práctico podrá distinguir por el simple examen bacteriológico los casos graves de fiebre puerperal de los casos leves.

Los mismos síntomas clínicos faltan á veces de precisión. En general, toda fiebre que sobreviene durante la sucesión del parto en una mujer que antes del alumbramiento estaba en buena salud, debe ser considerada como fiebre puerperal, si, después de examen minucioso, ningún otro órgano—fuera del aparato genital—puede ser hecho responsable de ello.

Hasta estos últimos tiempos, la mayor parte de los profesores de partos no admitían sino la *hetero-infección*, pareciendo que la fiebre puerperal era debida siempre á una intervención del Médico ó de la comadrona; en la actualidad todos sabemos que existe otra forma de fiebre puerperal—por *auto-infección*—cuya realidad está demostrada no sólo por observaciones clínicas, sino también por exámenes bacteriológicos.

En lo que concierne á la *hetero-infección*, concedo una gran importancia al punto donde se ha realizado, siendo el pronóstico tanto más grave cuanto más cerca se halla el punto de partida del proceso del sitio de inserción de la placenta. A este respecto, las lesiones de los órganos externos y de la vagina importan poco; ocurre á menudo que los dedos de la recién parida, en un estado de suciedad repugnante, pónense en contacto con las partes genitales externas, y, sin embargo, este hecho no desempeña sino un papel muy secundario en la etiología de la fiebre puerperal.

Desde el punto de vista profiláctico, no reconozco una positiva eficacia sino á la desinfección por medio del agua caliente, el jabón y el alcohol. Puede afirmarse que después de la aplicación concienzuda de este procedimiento de desinfección, el tacto se halla exento de todo peligro.

La *auto-infección* es debida á microorganismos preexistentes en el organismo ó que se introducen en él espontáneamente; la mayor parte de las veces se hallan en la vagina en estado inofensivo y no se vuelven virulentos sino en ciertas condiciones particulares; en otras ocasiones provienen de antiguos focos purulentos situados en la contigüidad de los órganos genitales. La cavidad uterina, y especialmente el punto de inserción de la placenta, desempeñan aquí un papel considerable, no produciéndose la fiebre mientras una y otro continúen desprovistos de microbios.

Los puntos más importantes para el estudio de esta cuestión interesante son, al parecer, los siguientes: ¿De qué manera los microorganismos de la vagina llegan á la cavidad uterina durante el parto ó después de él? ¿Cuáles son las circunstancias que favorecen esta penetración? ¿En qué condiciones pueden ejercer una acción patógena sobre el endometrio, y, finalmente, cuáles son las causas del aumento de virulencia de esos microbios?

La solución de estas diferentes cuestiones es lo único que podrá darnos indicaciones suficientes sobre la conducta que hay que seguir durante las diferentes fases del parto.

M. Bumm (de Basilea), *co-ponente*: Al igual que toda fiebre séptica, la fiebre puerperal comprende dos formas: la una, caracterizada por la reabsorción de productos bacterianos formados en la superficie de las heridas, es la *intoxicación*; la otra, debida á la penetración de gérmenes en el organismo por mediación de las vías sanguíneas ó linfáticas, es la *infección*. Como ejemplo típico de intoxicación, citaré la descomposición del líquido amniótico en los partos muy laboriosos, la putrefacción en la cavidad uterina de coágulos, de restos placentarios, de membranas, etc. La intoxicación es una de las causas más frecuentes de esas débiles elevaciones de temperatura de corta duración que sobrevienen en puerperios aparentemente normales y que no dan lugar á ningún síntoma local.

Después del parto, la cavidad uterina no contiene microbios y puede mantenerse estéril; sin embargo, en la mayor parte de los casos prodúcese una ascensión lenta y progresiva de los microorganismos. Mientras la salida de las secreciones se efectúa libremente, no se realiza ninguna reabsorción de los productos sépticos; pero ya no sucede lo mismo tan luego como ese flujo encuentra un obstáculo (obliteración del canal cervical por fragmentos de membranas, coágulos, etc.) Según mis investigaciones, 60 por 100 de las fiebres puerperales tienen por origen fenómenos de este género.

Nada sabemos todavía acerca de la composición química de las sustancias tóxicas contenidas en los loquios, y hasta la misma naturaleza de los microbios que las producen nos es muy poco conocida; sin embargo, lo probable es que el colibacilo desempeña ahí cierto papel.

La infección séptica comprende las formas graves y mortales de la afección, siendo el estreptococo su principal agente etiológico. Encontramos este microorganismo en las ulceraciones puerperales del perineo, de la vagina y del cuello, á nivel de las escaras blanquizcas del endometrio impropriamente llamadas difteríticas, en los linfáticos del útero y en los flemones paramétricos, á nivel de los trombos de la flegmasia alba dolens y de la puohemia, en la sangre de las septicémicas y en el peritoneo cuando existe peritonitis puerperal. La invasión bacteriana tiene las más de las veces como punto de partida la región de la inserción placentaria, como lo han demostrado las investigaciones de Krönig. Dejando aparte el estrepto-

coco, los microorganismos cuya presencia ha sido señalada en la forma infecciosa de la fiebre puerperal, no desempeñan generalmente sino un papel secundario.

Estando perfectamente admitidos estos hechos, queda aún por determinar cuál es la procedencia de esos agentes infecciosos y de qué manera llegan hasta las heridas puerperales; aquí es donde precisamente se manifiestan las divergencias de opinión.

Trátase principalmente de saber si en general las secreciones vaginales se hallan infectadas; en otros términos, si debemos hacer la desinfección de la vagina en las parturientas. Desde el punto de vista bacteriológico, la primera cuestión que se presenta es la de la existencia del estreptococo puógeno en el conducto vaginal. Observada por los unos, negada por los otros, la presencia de este microbio se ha convertido en uno de los principales temas de controversia en la cuestión que nos ocupa. Döderlein dice haberlo encontrado en 5 por 100 de las mujeres en cinta; Walthard en 27 por 100 de las parturientas; Vahle en 25 por 100. Pero al lado de estas observaciones importa igualmente tener en cuenta las investigaciones de Krönig y Menge, quienes no han hallado nunca el estreptococo en estado de saprofito en las secreciones vaginales. Verdad es que estas diferencias de resultados pueden explicarse por el hecho de que los dos últimos experimentadores se sirvieron de medios de cultivo sólidos, al paso que el estreptococo de que se trata no se desarrolla sino en elementos líquidos. Sin embargo, según mis investigaciones personales, y según las que Gönner y Burckhardt han practicado últimamente en mi clínica, es muy dudoso que el estreptococo notado en las secreciones vaginales sea positivamente idéntico al estreptococo puógeno. Dejando aparte las diferencias morfológicas, hay que observar que este microbio está desprovisto de toda virulencia, hasta á veces en el mismo medio uterino donde Burckhardt ha notado su presencia en recién paridas, cuya curva térmica era absolutamente normal.

En el terreno de la clínica, no son menos numerosas las contradicciones.

Ahlfeld ha observado una serie de casos de auto-infección en mujeres que no habían sufrido ningún tacto vaginal, y admite que, después de la rotura del útero ó del fondo de la vagina, las secreciones vaginales, al penetrar en la cavidad peritoneal, pueden determinar una peritonitis, á menudo mortal. Pero existen casos de curación espontánea de rotura uterina con prolapso del epiplón ó del intestino en la vagina, y si sobreviene en estas condiciones una peritonitis, ésta puede explicarse siempre por la comunicación de la parte prolapsada con el exterior.

De otra parte, cítase como ejemplo de auto-infección el desarrollo de para y de perimetritis á seguida de desgarros profundos del cuello, la aparición de la fiebre después de un período de expulsión largo y penoso, la descomposición de restos de membranas ó de placenta, así como de los loquios uterinos, en recién paridas que no

han sufrido ningún examen interno. Pero en ninguno de estos casos puede excluirse la posibilidad de la invasión de la vagina por los microbios procedentes del exterior, y consiguientemente estas observaciones clínicas no constituyen prueba alguna en pró de la auto-infección.

El método, que consiste en comparar los resultados que suministra la desinfección vaginal antes del parto y durante él, con los que se obtienen en los casos en que no son aplicadas estas medidas profilácticas, dista de llegar á la observación de hechos constantes y uniformes. Así, por ejemplo, en el servicio de Ahlfeld la *morbilidad puerperal* alcanza 35 por 100, en tanto que en el de Hofmeier no es más que de 9.5 por 100, y sin embargo, en estas dos clínicas se practica la desinfección vaginal *por principio*. De otra parte, Leopold, Braun, von Fernwald, von Rosthorn, obtienen los mismos resultados favorables sin necesidad de acudir á esta desinfección preventiva. Aun aplicando los dos métodos alternativamente en el mismo servicio, se llega á resultados contradictorios. La adopción de las inyecciones ha producido una disminución de la morbilidad en las clínicas de Steffek (de 19 á 7 por 100), Ahlfeld (de 62 á 45 por 100), Güdther (de 47 á 30 por 100), Frommel (de 11 á 5.7 por 100), al paso que en manos de otros comadrones la desinfección vaginal ha dado resultados opuestos á los que se esperaban. Leopold, por ejemplo, ha publicado varias series de observaciones en que la morbilidad aparece aumentada á seguida del empleo de las inyecciones vaginales. Fehling ha visto disminuir el número de las complicaciones después de haber cesado las inyecciones; en Basilea de 30 á 19 por 100, en Halle de 28 á 11 por 100, etc.

Por mi parte, me limito á prescribir un gran baño de limpieza y á hacer desinfectar las partes externas y sus inmediaciones con jabón negro, alcohol y sublimado; los lavados exteriores con sublimado son repetidos antes de cada examen interno. Pues bien; sobre 3.957 partos, no he tenido que registrar sino 21 muertes, de las cuales cuatro únicamente (ó sea 0.101 por 100), debidas á la septicemia.

De todos estos hechos cabe inferir que en las formas graves y mortales de la fiebre puerperal, *el peligro viene de fuera*. La antisepsia obstétrica tropezará siempre con dos grandes dificultades, á saber: la infección por las manos y la que proviene de la contigüidad del recto. El deber del comadrón es de tomar todas las precauciones para evitar la contaminación de sus manos por microbios virulentos, y á esté respecto el empleo de guantes de caucho es susceptible de prestar positivos servicios.

En cambio la antisepsia no ha disminuído gran cosa el número de las endometritis pútridas, respecto de las cuales es difícil actualmente afirmar si los microbios que las causan existen en las secreciones vaginales ó bien si provienen de fuera.

M. Döderlein (de Tubinga): Ahlfeld pretende que después de la desinfección de las manos siguiendo su método, la penetración

de microbios procedentes de fuera se hace imposible. Pero en realidad, las investigaciones bacteriológicas demuestran que es sumamente difícil ponerse á cubierto de los microorganismos que provienen de las capas profundas de la piel; la asepsia superficial es realizable, mas no persiste mucho tiempo, pues los microbios de las partes profundas no tardan en llegar á la superficie, haciendo de este modo necesaria una nueva desinfección. En mi clínica, toda persona llamada á practicar el tacto en las parturientas está obligada á calzarse guantes de caucho esterilizables. Sobre 400 partos efectuados en estas condiciones, no se ha notado hipertermia sino en 8 por 100 de los casos.

M. Fehling (de Halle): Al revés de Bumm, creo que ciertas infecciones puerperales tienen por punto de partida el cuello y no el sitio de inserción de la placenta. Haré notar, además, que en mi clínica la proporción de los puerperios febriles observados en pleno año escolar, cuando los estudiantes practican el tacto y asisten á los partos, es de 5 á 10 por 100 superior á la que se observa durante las vacaciones.

M. Krönig (de Leipzig): Yo he demostrado que la desinfección por medio del jabón y del alcohol no puede responder á las exigencias de la antisepsia moderna; lo mismo ocurre, por lo demás, con muchos otros procedimientos de desinfección de las manos. No participo tampoco de las ideas de Bumm acerca de la no virulencia de los saprofitos, los cuales, en mi concepto, son susceptibles de determinar accidentes muy graves.

M. Prochownik (de Hamburgo): Para darme cuenta de la gravedad de las infecciones que sobrevienen después del parto, he practicado siembras con sangre de mis enfermas, y he hallado que la mayor parte de los tubos sembrados habían quedado estériles. En los contados casos en que ha habido un resultado positivo, tratábase siempre del estreptococo, y todas las pacientes de esta categoría acabaron por sucumbir, salvo una que fué operada temprano. Todos los ensayos de seroterapia antiestreptocócica se mostraron completamente ineficaces.

Dada la rareza de las curaciones espontáneas en las infecciones puerperales, considero la intervención quirúrgica como indicada cuando las siembras dan un resultado positivo; cabe extirpar el útero cuando la infección proviene de restos ovulares, de miomas ó de molas en estado de necrosis ó de putrefacción. Si el resultado de las siembras es negativo, hay que abstenerse de toda intervención radical.

M. von Rosthorn: El empleo de guantes de caucho no es práctico para las grandes intervenciones, pero presta servicios en los casos en que hay infección marcada, así como en las operaciones sobre el cadáver ó en la disección de las piezas anatómicas.

Cuanto al tratamiento de la fiebre puerperal, todos los Médicos de partos están de acuerdo para reconocer que los ensayos hechos con el suero antiestreptocócico han dado resultados absolutamente

negativos; en ciertos casos puede imponerse como necesaria la intervención quirúrgica.

M. Zweifel se declara partidario del empleo de los guantes, en atención á que ninguno de los procedimientos utilizados para la desinfección de las manos dá resultados absolutamente seguros.

(VIII Congr. de la Soc. alem. de ginecol.)

*
* *

Horas en que deben administrarse los medicamentos.—El Doctor E. Vogt estudia en la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgical* la importante cuestión del momento en que deben administrarse los principales medicamentos. Llama la atención acerca de los fenómenos gástricos dolorosos que acaecen por la introducción en el estómago vacío de los medicamentos irritantes. Así es que la forma pilular empleada en ayunas puede provocar la gastralgia. El sello medicinal, que se toma con muy poca agua, produce el mismo resultado.

El salicilato de sosa en forma de sello puede llegar hasta provocar una ulceración de la mucosa.

Las soluciones que se prescriben en ayunas deben ser muy diluídas. Las soluciones concentradas sólo deben prescribirse en el momento de la comida. Algunos medicamentos interrumpen el trabajo digestivo, por ejemplo, el cloroformo, el naftol y la sacarina. Se prescribirán en pequeñas cantidades cada vez y en el momento en que la digestión no pueda interrumpirse. Los ioduros se administran en ayunas á los enfermos que los toleran bien.

En casos de iodismo se tomarán en medio de la comida.

Las sales de mercurio, irritantes de la mucosa gástrica, se prescribirán en píldoras para tomarlas en el momento de la comida ó en soluciones diluídas.

Los amargos deben tomarse en el momento de sentarse á la mesa. El aceite de hígado de bacalao *no* debe tomarse antes de la ingestión alimenticia, porque la capa de aceite que barniza la mucosa gastro-intestinal se opone á la absorción de los alimentos.

Se prescribirá *una hora por lo menos* antes de la comida ó en los postres.

El hierro y el arsénico deben darse siempre en medio de la comida. Los efectos del bicarbonato de sosa difieren según el momento en que se administre. Huchard ha demostrado que durante la comida exagera la secreción del jugo gástrico, y que cuando se administra después obra químicamente, neutralizando la acidez normal del estómago.

(Gac. Méd. del Norte.)

*
* *

Azúcar en el tratamiento local de las dermatosis húmedas.—

El Dr. Hodara (de Constantinopla) obtiene en los casos de eczema húmedo, de impétigo, de ectima, de sicosis subnasal y en otras

dermatosis vesiculosas ó pustulosas, resultados particularmente favorables por medio de aplicaciones de una pasta á base de óxido de zinc y de azufre, adicionada con azúcar, substancia cuyas propiedades secativas y queratoplásticas son perfectamente conocidas.

Hé aquí la fórmula de que se sirve nuestro colega:

| | | |
|----------------------|---|---------------|
| Lanolina | } | áá 20 gramos. |
| Vaselina..... | | |
| Azúcar en polvo..... | | |
| Oxido de zinc..... | | |
| Glicerina..... | } | áá 10 — |
| Azúcar..... | | |

En la sicosis subnasal, esta pasta es aplicada, día y noche, en capa espesa encima de las partes atacadas del labio superior y de la barba. Además, se practican repetidos toques en la mucosa nasal con una disolución de nitrato de plata, cuyo *título* es llevado progresivamente de 1 á 4 por 100. Una vez la sicosis entrada en vías de curación, no se aplica la pasta por la noche. Cuanto á los toques con el nitrato de plata, se continúan durante algún tiempo después que haya desaparecido completamente la sicosis, con el fin de evitar que se produzca una recidiva.

Gracias á este tratamiento, Hodara ha podido curar, sin epilación, ocho casos de sicosis crónica.

Finalmente, en dos casos de eczema seborréico generalizado psoriasisiforme, nuestro colega ha obtenido buenos resultados del uso de una pomada, compuesta á tenor de la siguiente fórmula:

| | | |
|----------------------|---|---------------|
| Lanolina | } | áá 30 gramos. |
| Vaselina..... | | |
| Azúcar en polvo..... | } | 20 — |
| Glicerina..... | | |
| Azufre..... | | |
| Crisarobina..... | | |
| | | áá 10 — |
| | | 1 á 2 — |

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Del espasmo y de la atonia del esófago. — *M. Rosenheim*: En 13 de Octubre último fui consultado por un hombre de 67 años, que se quejaba de no poder tragar nada. Refirióme que tres días antes, estando comiendo, había ingerido un pedazo de carne, el cual había quedado detenido en sus fauces. Al cateterizarle, la sonda quedó detenida á 48 centímetros de los dientes; luego, á seguida de algunos movimientos de deglución, acabó por penetrar en el estómago. Tratábase, pues, de un simple espasmo del exófago.

Idéntico fenómeno se reprodujo, en ese hombre, al cabo de dos meses. Examinéle con el esófagooscopia y noté entonces que á una distancia de 37 centímetros del arco dental la mucosa del esófago estaba abotagada y retenía un pedazo de carne. Creyendo que era cuestión de un espasmo del esófago, practiqué una inyección de morfina y alimenté al paciente por el recto. Al cabo de tres días la

deglución había vuelto á su estado normal, y desde hace seis meses no se ha observado recidiva.

El espasmo idiopático del esófago es sumamente raro y se reproduce casi siempre á seguida de un enfriamiento. Uno de mis enfermos, atacado de hemoglobinuria paroxística, presenta un espasmo esofágico cada vez que tiene un acceso de hemoglobinuria.

Hay también espasmos de origen reflejo, que se observan á seguida de la ingestión de un líquido harto caliente ó harto frío.

Para tener la seguridad de que no se trata de un espasmo sintomático de una afección ulcerosa ó cancerosa, hay que someter al paciente al examen esófagos-cópico.

No se olvidará tampoco que la atonía del esófago puede dar lugar á ciertos síntomas semejando el espasmo.

Hace algunos meses publiqué un caso de atonía incontestable del esófago, y últimamente he observado otro análogo; una señora de 55 años, que había tenido la sífilis, experimenta desde hace diez y seis años una dificultad para deglutir los alimentos sólidos. La sonda pasa sin obstáculo. El esófagoscopio hace ver una mucosa normal, pero que en el tercio inferior es más flácida, presentando, por decirlo así, una convexidad en el interior del canal. Este relajamiento de la parte inferior del esófago coincide con la existencia de una gastritis atrófica; esta misma coincidencia fué también observada en mi primer enfermo.

Por medio de la administración del ácido clorhídrico y por la galvanización y la faradización del esófago, obtuve en el primer caso una curación completa, aun cuando su origen databa de diez años. La segunda paciente, sometida á idéntico tratamiento, vá ya mejor y todo hace esperar también su próxima y definitiva curación.

Para el tratamiento de los espasmos esofágicos, sírvenme de sondas que se dilatan una vez franqueada la parte estrecha del canal y que se retiran luego. La anestesia obtenida por medio de una solución de eucaína á 3 ó 4 por 100, facilita grandemente esta operación.

Las alteraciones atónicas del esófago se caracterizan por la posibilidad de tragar líquidos, con exclusión de toda especie de alimentos sólidos y por la ausencia de obstáculo al paso de la sonda. El diagnóstico será completado por medio de la esófagoscopia.

Con ayuda de este método, he descubierto un cáncer del cardías en una señora que era tratada como afectada de un simple espasmo de esa región; la enferma sucumbió algunos meses después. A este propósito, importa hacer notar que los sujetos atacados de cáncer del esófago apenas si sobreviven más allá de nueve meses á un año, á partir del momento en que aparecen los trastornos de la deglución.

M. Karewski: Yo creo también que el esófagoscopio puede prestar buenos servicios para el diagnóstico de las estrecheces del esófago; en cambio, paréceme exagerado decir que los cánceres de

este órgano acarrear fatalmente la muerte nueve meses próximamente después de la época en que comienza á manifestarse la dificultad de la deglución. Por mi parte, he operado á dos enfermos atacados de cáncer del esófago, que vivieron muchos años á contar del momento en que experimentaron los primeros trastornos de la deglución.

M. Rosenheim: En los casos á los cuales acaba de aludir Karszewski no está demostrado que se tratase de carcinomas puros; todos sabemos que estos neoplasmas van á menudo precedidos de ulceraciones crónicas que dan lugar á espasmos. Aun cuando la mayor parte de los cánceres esofágicos sean canceroides, no es menos cierto que su evolución es siempre muy rápida.

(*Soc. de Med. interna de Berlin.*)

*
*
*

De las relaciones de la anemia de los países cálidos con la infección malarica.—*M. Plehn:* En 1896 observé, en los europeos que habitaban Camerón, una anemia caracterizada por una disminución del número de los eritrocitos y del contenido de hemoglobina en la sangre. Más tarde he continuado ese estudio y he observado que, un mes próximamente después de su llegada á Camerón, los extranjeros presentan ya una disminución, á veces notable, de la proporción normal de hemoglobina; este fenómeno, sin embargo, no es las más de las veces sino transitorio.

Esta alteración de la sangre no se observa únicamente en los europeos, sino también en los negros del litoral, y como no he podido atribuirla nunca á una afección cualquiera, creo que en realidad se trata de un proceso *sui generis*, debido á una causa específica.

Examinando los eritrocitos colorados con una solución ácida de hematoxilina-eosina, he observado en su protoplasma unas pequeñas granulaciones azules aisladas ó reunidas de dos en dos, de forma redondeada, y en número de 6 á 20 en un solo eritrocito.

La coloración con el azul de metileno permite percibir los más voluminosos de esos corpúsculos. Hecho importante: éstos aumentan de número en el momento de los accesos de malaria.

En razón á su avidez por las substancias que coloran á los nucleolos, yo designo esas granulaciones con el nombre de corpúsculos cariocromatófilos. Se las encuentra hasta en la sangre de sujetos que no han vuelto á tener la malaria desde muchos años.

Los corpúsculos cariocromatófilos son, en mi concepto, microorganismos que se multiplican en los eritrocitos y que los destruyen poco á poco para desaparecer luego ellos mismos en el plasma sanguíneo.

Esos corpúsculos vendrían á representar el estado inicial de las plasmodias, las cuales, al desarrollarse, provocan la aparición de los accesos de malaria. Puede observarse el proceso de transformación de esas granulaciones en plasmodias directamente en la

sangre, con tal que se examine este líquido dos días antes de la aparición del primer acceso.

He notado igualmente la existencia de corpúsculos cariocromatófilos en la sangre de sujetos que habitan la campiña romana y en marinos que llegaban de las regiones tropicales donde reina el impaludismo.

Esa forma de parásito parece idéntica al *pyrosoma bigeminum* que caracteriza á la malaria de la raza bovina, ó, en otros términos, la fiebre llamada de Tejas.

Cuanto á la variedad de fiebre palúdica conocida con el nombre de fiebre biliosa hemoglobínica, es el resultado de la destrucción rápida de los eritrocitos, la cual es, á su vez, la expresión de la supraactividad del veneno malárico. En esta forma de impaludismo, el uso de la quinina está contraindicado.

Repitiendo á menudo el examen de la sangre es como podrá precisarse el momento en que conviene administrar la quinina ó prescribir un cambio de residencia.

Las observaciones que yo he recogido en Camerón vienen á contradecir la idea de que la infección malárica puede ser transmitida por ciertas especies de mosquitos. En efecto; las formas parasíticas semilunares, que son consideradas como susceptibles de ser inoculadas por estos insectos, se encuentran rarísimamente en Camerón. Durante cuatro años no he llegado á observar sino en un solo caso la existencia de parásitos flageliformes.

M. Virchow: Schmauch ha descrito recientemente unos pequeños corpúsculos análogos á los de que acaba de hablarnos Plehn, y que dicho experimentador ha encontrado en la sangre de los gatos. Según él mismo, esos corpúsculos no son otra cosa que productos de descomposición de los nucleolos.

M. Krönig: Es posible, como cree Plehn, que los corpúsculos que nos ha señalado sean de naturaleza parasítica; pero también puede ocurrir que no se trate ahí sino de figuras artificiales.

M. Plehn: Por mi parte, no creo que pueda ser esta cuestión de productos de descomposición de los nucleolos, puesto que se encuentran aún en mis preparaciones muchos eritrocitos provistos de su nucleolo. Por lo demás, si se tratase de productos artificiales no se comprendería por qué no los he observado sino en la sangre de maláricos y nunca en la de sujetos sanos.

M. Engel: Tampoco creo yo que los corpúsculos de referencia sean figuras artificiales. Hoy mismo he tenido ocasión de observar la presencia de corpúsculos semejantes en la sangre de un embrión de ratón. Más bien me inclinaría á admitir que se trata de nucleolos destruídos á consecuencia de un proceso cariolítico.

(*Soc. berlinese de Méd.*)

Tratamiento del lupus.—*M. Nélaton* presenta una serie de sujetos atacados de lupus, tratados por medio de la exéresis y de la autoplastia.

Una primera enferma ha sido operada por causa de un lupus que había destruído la parte mediana de la región nasal sin destruir los orificios de entrada de la nariz. Gracias á la conservación de éstos, la nariz pudo ser restaurada de una manera completa. Quedan los inconvenientes inherentes á toda cicatriz consecutiva á la autoplastia, es decir, ciertos trastornos tróficos, entre los cuales descuella especialmente la tumefacción en el momento de las reglas. Cuando los orificios de entrada de la nariz son atacados por el proceso, es imposible volver á dar á la nariz su forma normal.

Los lupus de la mejilla que se adelantan hacia el ángulo del ojo, son operados por la ablación del dermis entero, rebasando en seis milímetros los bordes de la lesión; luego se hacen sobre la superficie ensangrentada ingertos de Thiersch. El resultado inmediato es poco satisfactorio; pero al cabo de algunos meses el aspecto de la parte atacada cambia completamente, y la curación no tarda en obtenerse. Hasta hoy, Nélaton no ha observado ninguna recidiva en sus enfermos.

En un caso de lupus del pie y de la pierna, la ablación con ingertos de Thiersch ha dado magnífico resultado; la cicatriz es lisa, regular y no adherida á los tendones.

Los lupus sumamente pequeños pueden ser extirpados como se extirpa una lúpia, con reunión por primera intención. La proporción de no recidiva es de 30 sobre 40.

El orador ha empleado en otro tiempo el raspado y la cauterización ígnea (método de Broca) en los lupus muy vastos, pero ha notado siempre recidivas, salvo en un caso de lupus de la nalga. El único tratamiento radical del lupus consiste, á su juicio, en rebasar los límites del mal y en proceder como si se tratase de un cáncer.

M. Brocq: ¿Admite Nélaton que se intervenga en sujetos que ofrecen accidentes tuberculosos viscerales, ya sean pulmonares ú otros? Yo asisto en el hospital Broca á una enferma que presenta un lupus de la cara, de extensión continúa, y que, además, se halla atacada de tuberculosis renal y pulmonar. Como quiera que su estado de salud es aparentemente bastante satisfactorio, de ahí que yo me diga que tal vez podría serle extirpado el lupus.

M. Nélaton: Todo depende de la extensión de las lesiones viscerales y de la rapidez de su evolución. La enferma de Brocq presenta dos focos de tuberculosis visceral y por ésto no creo que sea operable.

M. Brocq: Yo he hecho operar á un cierto número de sujetos atacados de lupus. Los unos han sido tratados por medio de la ablación total, los otros por el raspado; por mi parte, creo que en la mayor parte de los casos el primero de dichos métodos es el preferible. Recientemente he observado también un hecho, en el cual no se notaba recidiva alguna al cabo de un año. Los mejores resultados son obtenidos cuando se completa la operación por medio de los ingertos de Thiersch.

La operación se halla principalmente indicada en los casos de

lesiones de las mejillas; pero mucho menos en el lupus de los orificios. Por lo que hace á este último, prefiero recurrir á las cauterizaciones.

La observación de Nélaton relativa á un lupus de la nalga, curado por el raspado y por la cauterización, confirma lo que ya sabíamos acerca de la diferencia que existe, desde el punto de vista de la curabilidad, entre los lupus de la cara y los de las otras partes del cuerpo.

El método del raspado, seguido de la cauterización ígnea, puede ofrecer ventajas en los casos de lesiones muy extensas, á pesar de las recidivas constantes. Permite operar en grande escala, y el Médico puede luego practicar cauterizaciones á nivel de los puntos de recidiva.

M. Besnier: Es muy de agradecer á Nélaton que nos haya mostrado los efectos de un procedimiento que en otro tiempo no fué empleado por nosotros, así como la utilidad de la ablación total del dermis.

Cuanto á saber de qué manera debemos tratar á los enfermos que presentan simultáneamente una tuberculosis externa é interna, yo entiendo que no es posible hallar una contestación uniforme que resuelva este punto. He visto á una mujer atacada á la vez de tuberculosis articular y pulmonar (pareciendo esta última avanzada) y que reportó gran beneficio del tratamiento quirúrgico de la afección articular. El estado general se mejoró á seguida de la operación y, algunos años después, la salud era perfecta. Hay que tener menos en cuenta los signos físicos que el estado general.

Nélaton no nos ha dicho nada del subtabique nasal, el cual puede ser destruido no sólo por la tuberculosis, sino por la sífilis. Sería prestar un servicio considerable á ciertos enfermos el que pudiera ser restaurado.

M. Nélaton: Es imposible realizar la restauración del subtabique. He tenido que limitarme siempre á reemplazarlo por una lengüeta de piel; luego por un aparato protético.

M. Fournier presenta á un hombre portador de lupus de la mejilla desde su infancia. Ha sido tratado, con buen éxito, por el raspado y por los ingertos de Thiersch; pero al cabo de seis meses sobrevino una ulceración que interesaba toda la superficie invadida primitivamente. El enfermo, en quien no podía sospecharse la sífilis, fué sometido, sin embargo, á inyecciones de calomelanos. Una mejoría notable se operó después de esas inyecciones; en la actualidad, no puede afirmarse que haya curación, pero el estado es evidentemente satisfactorio, habiéndose cerrado por completo la ulceración al cabo de diez y nueve días de tratamiento. Más adelante me propongo hacerle algunas cauterizaciones.

M. Besnier: Desde el punto de vista del tratamiento ulterior, creo que la exéresis pudiera ser acaso favorable, y sobre este punto deseo saber qué opina Nélaton. A mí me parece que en el enfermo de referencia las lesiones son muy profundas y que las cauteriza-

ciones no podrían producir ningún efecto sino á condición de que fueran tan profundas como esas mismas lesiones.

M. Nélaton: Aunque creyendo que la elección de un método terapéutico pertenece, en tal caso, más bien al Médico que al Cirujano, entiendo que el enfermo de Fournier podría sacar efectivamente gran beneficio de la exéresis.

M. Sabouraud: Cuando se examinan desde el punto de vista histológico los productos de un lupus tratado por medio de la ruginación, encuéntranse siempre células gigantes cortadas en dos; en cambio, al examen de los tejidos de exéresis, las lesiones tuberculosas se muestran en todos los casos por cima del plano de ablación quirúrgica. La exéresis, por consiguiente, parece constituir el único procedimiento de tratamiento radical.

M. Du Castel presenta á una mujer atacada de lupus, cuyo estado ha mejorado de una manera considerable merced á las inyecciones de calomelanos.

(*Soc. de dermat. y sifiliogr. de Paris.*)

*
*
*

Tratamiento de las heridas penetrantes del pecho.—*M. De Lorme:* La mayor parte de las heridas pulmonares causadas por proyectiles, sobre todo por las balas de revólver del comercio, armas blancas ó instrumentos punzantes y cortantes, curan muy simplemente. El tratamiento de estas heridas, ya sea cuestión de heridas simples ó de heridas complicadas con hemorragia, hemoptisis, hemotórax, hemoneumotórax, con la presencia de la bala, etc., requiere en primer término la inmovilización general y torácica y la cura antiséptica oclusiva de la herida; en segundo lugar—y según la naturaleza de los accidentes observados—el empleo de la morfina, del éter, de la cafeína, etc.

La morfina se halla particularmente indicada bajo forma de inyecciones hipodérmicas en los heridos á seguida de duelos. En ellos, las luchas íntimas de la pasión, del amor propio herido, el esfuerzo penoso y más ó menos artificial para presentar una sangre fría de que generalmente carecen, acarrean, con el dolor que provoca la herida, una pérdida de influjo nervioso que predispone al síncope. Es preferible, pues, tratar á estos enfermos sobre el terreno, por lo menos en los primeros días: las conmociones y los esfuerzos inseparables de un transporte á distancia les expone, en efecto, á agudos dolores y á accidentes hemorrágicos.

Las inyecciones de suero artificial constituyen un poderoso medio para combatir la anemia resultante de la hemorragia, á condición de no hacerlas ni harto abundantes ni con demasiada rapidez. Practicadas con poca mesura, ofrecen el inconveniente de congestionar el pulmón, aumentar la dificultad respiratoria y prolongar acaso la pérdida sanguínea.

En las hemorragias pulmonares graves, en los hemotórax que amenazan la existencia, los medios empleados comunmente para

cohibir las hemorragias ligeras ó de mediana intensidad son con harta frecuencia inseguros y deben ser reemplazados por otros medios de intervención directa, tales como la ligadura, la sutura, el taponamiento, la compresión.

Una brecha torácica de extensión suficiente permitirá poner al descubierto la región herida.

El temor del neumotórax total no debe paralizar la acción del cirujano, pues según que el pulmón está ó no retenido en la pared por adherencias, ese neumotórax se halla ya producido ó dejará de producirse; aun no existiendo ninguna adherencia, dista de ser fatal.

El hecho de descubrir el pulmón permitirá asegurar simultáneamente, por la sutura ó el taponamiento antisépticos, el tratamiento del neumotórax traumático concomitante de la hemorragia y del hemotórax. El mismo tratamiento podrá ser aplicado al neumotórax con válvula, sin hemotórax. La abertura de los gruesos bronquios que le dá origen expone á la infección de la cavidad pleural. En razón á los peligros que ese neumotórax hace correr al enfermo, necesita, á mi juicio, los mismos procedimientos de intervención directa que los neumotórax que complican los hemotórax.

M. Lucas-Championnière: Hay un punto sobre el cual estoy en completo desacuerdo con Delorme. Según nuestro colega, la intervención armada es preferible á la expectación en los casos de heridas penetrantes de pecho complicadas con hemorragias considerables. Yo estoy convencido, por el contrario, que se corre mucho más riesgo de ver morir al enfermo interviniendo que limitándonos á la inmovilización. Conozco á dos heridos que han tenido hemorragias verdaderamente fulminantes del pulmón á seguida de heridas causadas por instrumentos punzantes; han curado gracias á la inmovilización, y no vacilo en declarar que habrían sucumbido si se les hubiera abierto el tórax para ir en busca de los vasos que sangraban. Cuando un herido se halla en inminencia de síncope, el menor traumatismo puede volverse mortal. No hay que olvidar, por lo demás, que las heridas del pulmón, aun las extensas, se reunen espontáneamente cuando se las abandona á sí mismas y, en cambio, que sangran indefinidamente, aun cuando sean muy estrechas, si se las irrita por medio de maniobras más ó menos intempestivas.

M. Delorme: Parece que Lucas-Championnière exagera la importancia del traumatismo que permite alcanzar el foco de la hemorragia. Reconozco con él que en la mayor parte de los casos la hemostasis puede ser asegurada mediante el reposo inmediato y la inmovilización; pero cuando la sangre sale en chorro por la boca y por la herida, cuando los bronquios soplan con fuerza, cuando el síncope es inminente, etc., no hay que vacilar entre una expectación peligrosa y una operación, desgarradora sin duda, pero sobre la cual cabe concebir grandes esperanzas. Aguardar es, en mi concepto, exponer al enfermo á la asfixia y á la muerte.

M. Lucas-Championnière: No es el traumatismo de por sí lo que me espanta, sino las condiciones en que se halla el enfermo en el momento de realizarlo; y estas condiciones, en realidad son tales, que la pleurotomía más sencilla toma en esa circunstancia las proporciones de una operación gravísima.

(*Acad. de Méd. de Paris.*)

*
**

Tenalina.—Este producto no es otra cosa que una mezcla de los alcaloides de la nuez de arec, á saber: la *arecaina*, la *arecaidina* y la *guavina*, desprovisto en lo que sea posible del otro alcaloide del arec intitulado *arecolina*. La tenalina se administra á la dosis de 0,06 centigramos por cada medio kilo que pesa el animal á quien se administra, como tenífugo de bastante prestigio.

(*El Rest. Farm.*)

*
**

Peligros del empleo terapéutico de la cafeína.—La cafeína es de un uso corriente en calidad de tónico del corazón en las afecciones cardíacas y renales, lo mismo que contra la hiposistolia que sobreviene durante el curso ó en el período final de otras enfermedades agudas ó crónicas. Resulta, sin embargo, según el Doctor K. Zénetz, profesor extraordinario de terapéutica en la Facultad de medicina de Varsovia, que este medicamento, considerado generalmente como inofensivo, es en realidad de un manejo peligroso y podría determinar la muerte súbita por paro del corazón en sístole, como así ha ocurrido en tres enfermos de nuestro colega. En uno de esos casos, tratábase de una mujer indemne de toda lesión orgánica, y que, sintiéndose indispuesta, tuvo la ocurrencia de tomarse cada dos horas un paquete conteniendo 0 gr. 90 centígr. de citrato de cafeína. Una vez absorbida la quinta toma, esa mujer cayó en un síncope del que costó mucho trabajo hacerla salir. Vuelta en sí, la enferma continuó haciendo uso de la cafeína y murió bruscamente después de otras cinco tomas del medicamento. La segunda observación refiérese á un pneumónico que sucumbió de una manera súbita, después de haber ingerido, en el espacio de dos días, 1 gramo 20 centígr. de citrato de cafeína. Finalmente, en el tercer caso, la muerte súbita sobrevino en una mujer atacada de nefritis y sometida igualmente á la medicación cafénica. En esos tres enfermos hallóse en la autopsia el corazón de tal modo contraído, que costaba mucho trabajo cortarlo con el escalpelo.

De otra parte, administrando á sujetos portadores de lesiones cardiorrenales cafeína pura á la dosis de 0 gr. 20 á 0 gr. 30 centigramos, repetida dos ó tres veces por día, Zénetz ha observado á menudo, paralelamente con la mejoría de los trastornos cardíacos y con el aumento de la diuresis, una agravación del estado general, que se manifestaba por opresión, disnea y agitación nocturna. Al mismo tiempo la percusión denotaba á veces una disminución de la

zona de macidez del corazón en todos sus diámetros. Cuando se suspendía el uso de la cafeína, se la encontraba todavía durante diez á quince días en los orines. Resulta, por consiguiente, que esa substancia no se elimina sino lentamente por los riñones, y que á su acumulación en el organismo son debidos los efectos peligrosos que es susceptible de producir.

(*La Sem. Méd.*)

FÓRMULAS

355

| | |
|-------------------------|-----------------|
| Hidrato de cloral. | } á á 4 gramos. |
| Alcanfor. | |
| Polvo de almidón. | |

Para uso externo.

En el **prurito de la urticaria**.

(*Brocq.*)

*
*
*
356

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Magnesia calcinada. | } á á partes iguales. |
| Fosfato de cal. | |
| Carbón pulverizado. | |
| Flor de azufre. | |

De dos á cuatro cucharadas de café por día.

En el **embarazo gástrico**.

(*G. Lyon.*)

SECCION PROFESIONAL

REMONTA

«Excmo. Sr.: En virtud de lo prevenido en la regla 9.^a de las instrucciones para la organización de la remonta de Sanidad militar, aprobadas por Real Orden de 19 de Enero de 1894 (*C. L.* núm. 18), en armonía con lo dispuesto en el capítulo 2.^o del Reglamento de intervención y contabilidad de los servicios de remonta del Arma de Caballería, el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver que se constituya en este Ministerio una Junta superior económica de remonta de Sanidad militar, de la cual formarán parte el

Jefe de la Sección de Sanidad militar como Presidente, un Subinspector médico de primera clase como Vicepresidente, un Subintendente de Administración militar, el segundo Jefe de la Brigada Sanitaria y un Subinspector veterinario de primera clase como Vocales, y como Secretario un Médico mayor de Sanidad militar.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 21 de Junio de 1899.—Polavieja.—Sr....»

*
*
*

JUSTICIA

«Circular.—Excmo. Sr.: Con esta fecha digo al Sr. Ministro de Gracia y Justicia lo siguiente:

La Real Orden de 13 de Mayo de 1884 (*C. L.* núm. 174), dictada del acuerdo por los Ministerios de la Guerra y de Gracia y Justicia, para regular el traslado y la comparecencia de los individuos del ejército ante las Audiencias en los casos en que éstas lo acuerdan, desarrollando el precepto legal contenido en el artículo 722 de la Ley de Enjuiciamiento criminal, ha sido objeto de repetidas disposiciones complementarias, tanto por lo que se refiere á la forma de ejecución del servicio como por su aspecto económico, partiendo siempre en cuanto á éste del principio de que los gastos de transporte que produzcan dichas comparecencias deben ser á cargo del presupuesto de Gracia y Justicia. Como se originasen dudas acerca de si dicha Real Orden de 13 de Mayo de 1884 era aplicable á los casos en que los Juzgados de instrucción acuerdan la comparecencia de testigos ó acusados militares, ese Ministerio, después de la oportuna tramitación, declaró en Real Orden de 20 de Mayo de 1896, que este caso no se halla comprendido en la expresada Real Orden de 1884, la cual se limita á los requerimientos que procedan de las Audiencias y no de los Juzgados de instrucción, respecto de los que no existía otro precepto aplicable que el párrafo 2.º del artículo 242 de la mencionada Ley, según el cual los que hayan declarado á instancia de parte podrían exigir de ellas las indemnizaciones que le correspondan; en vista de lo cual, y no pudiendo quedar los gastos de transporte dispuesto por las autoridades militares á solicitud de los Juzgados, sujetos á las consecuencias de una reclamación privada en los casos de dicho precepto, ni pesar en los demás sobre el presupuesto de Guerra, ajeno á este servicio, que sólo afecta al de Gracia y Justicia, se dictó la Real Orden de 24 de Noviembre de 1897 (*C. L.* núm. 341), comunicada á V. E., acordando que cuando hayan de ocasionarse gastos no se acceda á las peti-

ciones de los jueces de instrucción para que ante los mismos comparezcan los militares que no sean del Cuerpo de Carabineros: excepción fundada en que el Ministerio de Hacienda, en Real Orden de 27 de Agosto de 1897 (publicada en la *C. L. del Ejército* núm. 256), dispuso que los gastos de transporte causados por los carabineros, cuya presentación reclamasen los Juzgados de instrucción, se satisficiesen con cargo al presupuesto de aquel Ministerio. Resulta, pues, perfectamente clara la legislación vigente sobre el particular, y según ella no pueden acceder las autoridades militares á los requerimientos de comparecencia de los Juzgados cuando se hayan de ocasionar gastos, á no ser que se trate de individuos del Cuerpo de Carabineros. A pesar de ser así, se expiden y cursan con gran frecuencia suplicatorios encaminados á obtener la comparecencia de individuos del ejército que no pertenecen al Cuerpo de Carabineros ante los Juzgados de instrucción, suplicatorios que no pueden ser atendidos, y cuyas negativas se evitarían teniendo en cuenta los Juzgados requirentes que la Real Orden de 13 de Mayo de 1884 no es aplicable á estos casos, y que no existe precepto alguno que autorice la forma de sufragar los gastos que estas comparecencias ocasionen, por lo que, S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que se manifieste á V. E. la conveniencia que por ese Ministerio se recuerde á los Jueces de instrucción lo dispuesto sobre el particular, para que mientras otra cosa se acuerde, no reclamen la traslación de individuos del ejército que no pertenezcan al expresado Cuerpo de Carabineros para ante los Juzgados, por la imposibilidad que existe de acceder á estas reclamaciones, á menos que por considerar ese departamento atendibles con toda preferencia las necesidades de la administración de justicia, acuerde, al dar curso á los suplicatorios correspondientes, admitir los gastos que se ocasionen en su cumplimiento con cargo á ese Ministerio.»

De Real Orden lo traslado á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 5 de Julio de 1899.—Polovieja.—Sr.»

V A R I E D A D E S

Sociedad italiana de Laringología.—Según se dispuso en la tercera sesión de la Sociedad italiana de Laringología, Otología y Rinología (celebrada en Octubre de 1897), la cuarta sesión se verificará en Roma, en Octubre de este año, para discutir los temas siguientes: de *Otología*, «Vías y modos de difusión de las infecciones timpano-mastoideas»; de *Rinolo-*

gia, «Sobre la fisiopatología de los nervios olfatorios», y de *Laringología*, «Lesiones parasifilíticas ó post-sifilíticas de la laringe.» Además se pondrá á la orden del día el siguiente tema: «El título de especialista en Oto-rino-laringología.»

Las comunicaciones se recibirán hasta el 31 de Agosto próximo en casa del secretario, Dr. V. Garzia, via Maddaloni a Toledo, número 6, Nápoles.

*
*
*

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE BARCELONA

Programa del concurso para los premios del año 1899

PREMIO DE LA ACADEMIA

Estudio topográfico médico de cualquier punto del distrito académico de Barcelona (Principado de Cataluña), excepto los de Vich, Tarragona, Caldas de Malavella, Lérida, Olot, San Feliú de Guixols, Gerona, Tarrasa, La Escala, Masquefa, Seo de Urgel, Reus, Sentmanat, Mataró, Tremp, Vilaseca de Solcina, García, Castellar del Vallés, Castelltersol, Santa Coloma de Queralt y Sallent, ya premiados en concursos anteriores.

PREMIO DEL DR. SALVÁ Y CAMPILLO, COSTEADO POR LA ACADEMIA

Escribir la observación de una epidemia ocurrida en algún punto de España.

PREMIO COSTEADO POR EL ACADÉMICO DE NÚMERO

DR. RODRÍQUEZ MÉNDEZ

Organización sanitaria española. Estado actual; crítica de la misma y reformas más urgentes. Exposición completa y detallada de un servicio sanitario para nuestro país; justificación del que se proponga y manera de llevarlo á la práctica y de sostenerlo, en armonía constante con el progreso higiénico.

Para cada uno de estos tres temas habrá un premio y un accésit, pudiendo además la Academia adjudicar las menciones honoríficas y aumentar el número de premios y accésits que estimare merecidos.

El premio consistirá en el título de Académico correspondiente de esta Corporación y una medalla de oro. Además, si la Academia acordare la impresión de la Memoria á sus expensas, regalará al autor 200 ejemplares.

El accésit consistirá en el título de Académico correspondiente. Sin embargo, dicho título no se concederá al autor de la Memoria que obtuviere premio ó accésit, si no es Doctor ó Licenciado en Medicina y Cirugía, ó en Farmacia, ó Veterinario de primera clase.

Las Memorias deberán reunir precisamente las siguientes condiciones:

- 1.^a Estar escritas con letra muy clara.
- 2.^a Las que traten del premio Salvá, han de venir redactadas en

castellano; pudiéndolo estar en latín, francés ó italiano las que versen sobre los otros premios.

3.^a Expresarse el nombre del autor y el punto de su residencia dentro de un pliego cerrado, en cuyo sobre se pondrá un epigrafe, que ha de haberse escrito también al principio de la Memoria.

4.^a Ser dirigidas á la Secretaría de la Academia (*Baños Nuevos, número 9*), en donde se admitirán hasta las doce de la mañana del 30 de Septiembre próximo.

5.^a Finalmente, presentarse las memorias sin firma ni rúbrica, no debiendo ser copiadas por sus autores respectivos, ni aparecer siquiera con sobrescritos de su letra.

Los pliegos de las que obtuvieren *premio, accésit ó mención honorífica*, serán abiertos, y los de las restantes quemados en la sesión pública inaugural de 1900, en la que, sabidos los autores de las Memorias que hayan sido premiadas, serán llamados por el Presidente, quien les entregará la medalla si asistieren al acto.

Las memorias que vinieren después de dicho día 30 de Septiembre no serán admitidas al concurso. Se invitará públicamente á sus autores á que en el término de un año pasen á recobrarlas en la Secretaría de la Academia, mediante los requisitos establecidos; mas si finido aquel plazo no se hubiesen presentado, los pliegos cerrados correspondientes á dichas Memorias serán quemados en la sesión pública inaugural de 1901.

Los individuos de número de esta Academia no pueden concurrir al presente certamen, pero sí los corresponsales.

Sólo á los autores de las Memorias que hayan obtenido *premio ó accésit*, dará permiso la Academia para publicarlas.

Barcelona 30 de Enero de 1899.—El Presidente, *Eduardo Bertrán y Rubio*.—El Académico Secretario perpetuo, *Luis Suñé y Molist*.

PREMIO GARÍ

Estudio de la cistitis tuberculosa: concepto clínico y tratamiento de la misma.—Esta Academia recuerda que el plazo para la admisión de Memorias termina á las doce de la mañana del 30 de Septiembre de 1899.

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

Revista general internacional, dirigida por *D. Gustavo Ruiz y López Falcón*.—Se publica cuatro veces al mes.—Madrid. 1899.

Memoria acerca del estado y progreso de las obras de saneamiento de la Ilustre Villa de Bilbao, en fin del año económico de 1897 á 1898.—Bilbao. 1898.

Proyectores de luz eléctrica, por *D. Lorenzo de la Tejera y Maguín y D. José Barranco y Catalá*, Capitanes de Ingenieros.—Cuaderno segundo.—Madrid. 1899.

Baños de Zaldívar.—Memoria descriptiva.—Bilbao. 1899.

Revista valenciana de ciencias médicas.—Publicación mensual, dirigida por el *Dr. Faustino Barberá*.—Valencia. 1899.

Contribución á la historia médico-quirúrgica de la última campaña de Cuba.—Hospital militar de Alfonso XIII.—Estadística de operaciones practicadas y traumatismos asistidos en la clínica de heridos y cirugía general del *Médico mayor D. Federico Baeza y Godívez*.—Valencia. 1899. (Dos ejemplares.)