

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO VIII MADRID 15 DE FEBRERO DE 1894 NÚM. 160

EL DEDO-RESORTE

TRASTORNO INFRECUENTE DE LA MOTILIDAD DIGITAL

En la *Deutsche Militärärztliche Zeitschrift* ha hecho notar el doctor Schwarzé la importancia que, para el buen desempeño de ciertos actos ó ejercicios propios del soldado, puede revestir el padecimiento poco común que es objeto de las presentes líneas.

He tenido ocasión de observar una vez el «resorte digital,» cuya interpretación clara encuéntrase á continuación. Schwarzé empieza con la descripción de dos casos que se ofrecieron á su examen al reconocer, teniendo su destino en el Instituto médico quirúrgico de Federico Guillermo, candidatos ó aspirantes de medicina. Los individuos á que dichos casos se refieren habían contraído la dolencia durante el semestre de servicio en filas, perteneciendo al mismo Regimiento de Infantería, en el invierno de 1889-90. Ni uno ni otro pusieron su mal en conocimiento del médico del Cuerpo, cumpliendo los seis meses de activo.

El hecho patológico era en los dos reconocidos exactamente el mismo, siendo en ambos también los dedos medio y meñique de la mano izquierda los que presentaban el trastorno.

Este consiste siempre en que la flexión, hasta un momento determinado, se efectúa bien y libremente, tropezando enseguida con un estorbo que, en los grados ligeros, se vence mediante un enérgico esfuerzo voluntario, y en los más intensos necesita el auxilio de la otra mano; la flexión se termina con un movimiento rápido, comparable al de un muelle ó resorte. La extensión se verifica con idéntica anormalidad.

Las dificultades que semejante estado crea al uso expedito de la mano son óbvias. En los dos casos mencionados, el manejo del arma, sobre todo en ciertos movimientos, se hallaba notablemente entorpecido; uno de los individuos, se veía por ejemplo, frecuentemente precisado á valerse de la mano derecha para abrir la izquierda, y separar los dedos que sujetaban el cañón del fusil. Desarrollada la dolencia en ambos casos durante el transecurso de los tres primeros meses del servicio militar, se detuvo sin tomar más incremento; acentuábase la molestia por las

mañanas, decreciendo en el día, á medida que la mano se ejercitaba; y sufrieron los pacientes varias veces reconvenciones, por causa de su defecto manual. No habiéndose sometido á una cura regular, uno de ellos continuó sin agravación ni alivio, mientras que el otro mejoró hasta el punto de mover el dedo medio casi sin incomodidad.

Consta publicado por Eulenburg el caso de un voluntario de un año, quien tuvo primeramente afecto el dedo anular izquierdo, luego el derecho, con obstáculo consiguiente para el perfecto manejo del arma. El individuo concluyó asimismo el tiempo de su empeño, sin alegar el padecimiento por temor de incurrir en sospecha de simulación.

Hasta hace pocos años considerábase la perturbación motora de que se trata como anomalía extraordinariamente rara, una singularidad patológica que había fijado poco la atención de los autores. En la literatura médica francesa hállanse algunas contadas observaciones (Notta, Nélaton), con el nombre de *doigt á ressort*. Un trabajo de Blum enumera 19; y, desde que el fenómeno empieza á ser mirado con más detenimiento, llega á 100 la cifra de los casos consignados, según Schwarze, en confirmación de que no es tan excepcional como se pudiera pensar.

El interesante artículo que motiva este escrito y los casos por Schmit estudiados demuestran la conveniencia de que el práctico tenga noción concreta de la manifestación morbosa á que se alude, la cual, á mi humilde entender, requiere un nombre técnico, indicio de haber adquirido un lugar en la ciencia. Al conservar y traducir, no sé si con acierto, la denominación francesa que apuntada queda, y la alemana *schnellende Finger* (schnellende = lanzar, arrojar, hacer resorte, rebotar), formando ahora la palabra compuesta *dedo-resorte*, pareceme que ésta, aunque gráfica, es impropia para la dicción médica, y tiene además la desventaja, no prestándose á derivados, de esclavizar ó reducir á un invariable giro la expresión. Hasta que el nombre oportuno sea propuesto con autoridad científica usaré el de *disflexia*, queriendo significar la *dificultad ó alteración funcional de los tendones flexores*, síntoma esencial del padecimiento.

El caso que al principio he indicado de observación propia refiérese á un hombre de más de sesenta años, el cual venía sufriendo mucho tiempo hacia la dificultad de mover los dedos anular y meñique izquierdos; llegando á desarrollarse tanto el impedimento, que éstos quedaban condenados á una semiflexión, de modo que el sujeto prescindía de ellos en el uso de la mano y mostraba con sorpresa tan incómodo defecto. El paciente ha-

bía sido camarero, y, en la época en que le conocí, llevaba muchos años al frente de un comercio, sin que por la ocupación ni la anamnesis pudiera inferirse dato alguno relacionado etiológicamente con la lesión expresada.

De varios modos se ha pretendido explicar el movimiento de resorte, siendo las investigaciones de Menzel, en el cadáver, las que han dado la clave de tan especial mecanismo. El experimentador reproducía el fenómeno en cuestión disponiendo en los tendones engrosamientos circunscritos, mediante un hilo ó hebra que se anuda alrededor, á la vez que ocasionaba una estrechez en las vainas tendinosas; necesitase la combinación del engrosamiento y la estrechez, pues aquél ó ésta, aisladamente, no determinaban el resorte característico. Resulta de aquí que éste se origina cuando un tendón, engrosado en un punto, ha de atravesar un espacio estrechado de la vaina en que se mueve, ya obedeciendo á contracciones activas del músculo correspondiente, ya en virtud de una fuerza extraña ó pasivamente.

Advierte Schwarze que en la mayoría de los casos, como sucedió en los que relata, se pueden apreciar pequeños abultamientos ó nódulos de consistencia más ó menos pronunciada y de variable volumen, generalmente situados en la región de las articulaciones metacarpo-falángicas.

Parece que en algunos casos antiguos se han podido notar cuerpos libres en los tendones, como se encuentran en otro género de inflamaciones de las vainas tendinosas. Los experimentos de Menzel, en este sentido, no han motivado el resorte, aun acompañando la estrechez. La mayor parte de las veces en que no se descubren nódulos, se ha tratado del padecimiento de los dedos pulgares; siendo aquí de tener en cuenta la profundidad de la corredera en que se deslizan los tendones flexores de estos dedos, aumentada todavía por los sesamoideos, precisamente en el sitio donde radica de ordinario la lesión.

La tumefacción limitada de los tendones, con angostamiento de las vainas correspondientes, ha de atribuirse á productos inflamatorios de relativa fijeza. A consecuencia de heridas, puede determinarse súbitamente la disflexia; y hay que incluir también entre las causas las hemorragias en dichas vainas tendinosas, parciales desgarros de los tendones, derrames ó exudados plásticos ó productos de inflamación, como ocurre en la tendo-vaginitis crepitante. Las fibras transversales de la aponeurosis palmar pasan tan ajustadas sobre los tendones flexores de los dedos segundo al quinto, en la proximidad de las articulaciones metacarpo-falángicas, que, según observa Notta, han de originarse

fácilmente en estos puntos angostamientos debidos á inflamaciones ó exudados intravaginales. Opina Menzel que la articulación respectiva del pulgar es particularmente abonada á las estrecheces tendo-vaginales, por efecto de la profundidad de la mortaja ósea y el reborde saliente transversal de la cápsula articular.

No hay unánime acuerdo acerca de las causas que dan lugar á la aparición del desorden flexor descrito. Es indiscutible la influencia de una lesión traumática, registrando casos en que, según se ha indicado, una herida ha producido repentinamente la disflexia. La inmensa mayoría de las veces, ésta se desarrolla de un modo paulatino, hasta un momento en que el paciente se ve inducido á reclamar el auxilio del médico. Las estadísticas prueban que están más expuestos á padecerla individuos aquejados de reuma ó gota, que los sanos; debiendo, por lo tanto, admitirse, al lado de los traumatismos, una disposición reumática ó gotosa.

Bien conocida y comprobada se halla la predisposición de los reumáticos y gotosos á inflamaciones de las vainas tendinosas, especialmente de los tendones extensores de la mano. La razón por qué en ciertos individuos el agente morboso invade los flexores y el tejido que inmediatamente los envuelve, es todavía más obscura; si bien puede colegirse que, juntamente con la diátesis, actúan los esfuerzos aislados de los dedos.

Los traumatismos que de pronto originan el resorte digital son en escaso número, y sus efectos fáciles de explicar; pues claro es que las heridas directas, las fuertes presiones, los golpes y torsiones, intensas en la región metacarpo-falángica, pueden causar derrames sanguíneos en las vainas tendinosas ó roturas incompletas de las mismas ó de los tendones, con engrosamiento subsiguiente.

La terapéutica viene también en apoyo del concepto que asigna índole inflamatoria al resorte digital; obteniéndose la curación generalmente con los mismos medios que están indicados para combatir otras inflamaciones tendinosas.

Schwarze señala oportunamente como de influencia etiológica principal los varios oficios que exigen el trabajo sostenido y forzado de algunos dedos, conviniendo enteramente con el dictamen de Schmit. El movimiento duradero y repetido siempre de los dedos aislados, en cierta clase de ocupaciones, determina la fatiga y la inflamación de los tendones y sus vainas, del mismo modo que está ya fuera de duda para otras especies de inflamación de dichos órganos, observada en las lavanderas, los carpinteros, sogueros, segadores, etc. De 67 casos de dedo disfléxico

reunidos por el último autor nombrado, en diez se reconoció la influencia reumática ó gotosa; tres fueron debidos á heridas, y 26 ocasionados por el oficio ú ocupación.

Con respecto al sexo, anotado en 64 de los referidos casos, en 39 tratábase de mujeres y en 25 de hombres; habiéndose echado de ver desde luego el predominio del femenino. Entre las mujeres cuya ocupación se designa, nueve solamente ganaban el sustento como costureras, bordadoras y colchoneras. El trabajo sostenido con la aguja tiene una acción indudable en la aparición de la disflexia, como lo prueba, no sólo la frecuencia relativa de ésta, sino principalmente la circunstancia de ser muchas más veces atacado el pulgar, y sobre todo el del lado derecho. De 27 casos de pulgar disfléxico, 24 referíanse á mujeres y tres á hombres.

Los dedos que, además del pulgar, se ven en primer término obligados á esfuerzo sostenido para los trabajos con agujas diferentes, son el medio y el anular, en los que, después del primero, se aprecia también con más frecuencia el resorte digital. Cree Schwarze que no se extrema mucho el asunto suponiendo que entre los casos mencionados por Schmit, no relacionados con el trabajo de aguja, ó sea mujeres que figuran dedicadas á otros quehaceres, habrá aún mayor número de asíduas costureras ó bordadoras.

La influencia profesional, si con lo anteriormente expuesto no quedara suficientemente probada, revélase aún en los cinco casos siguientes: Cuatro suboficiales y un profesor de la Escuela de esgrima y gimnasia de Parma, que se ejercitaban diariamente horas enteras, padecían todos la disflexia en el dedo medio de la mano derecha; dedo que en la esgrima de florete, con arreglo á la escuela italiana, se introduce en un anillo junto á la empuñadura, y ha de hacer mucha fuerza. Juzga fundadamente el autor á quien estos ejemplos se deben, que no puede llamarse rara una dolencia cuando de 130 alumnos se había presentado en cuatro.

Tomándolas de Schmit, cita Schwarze, como características también, dos observaciones en individuos dedicados á la música: uno tocaba la flauta, y tuvo disfléxico el dedo medio izquierdo; el otro era un pianista en quien los ejercicios forzados provocaron el mismo mal en el anular de dicho lado.

Manifiesta luego Schwarze que sus dos reconocidos no tenían antecedentes reumáticos, gotosos, ni traumáticos, ni podía en ellos achacarse la perturbación del movimiento digital á ocupación extraordinaria ó aficiones especiales en que se hiciese precisa la acción persistente de algunos dedos ó la de las manos.

Pero no deja de ser significativa la circunstancia de que ambos contrajesen la dolencia en los primeros meses del servicio, época en que las manos se habían de ocupar mucho en la gimnasia y el manejo del arma, ejercicios que vienen á representar lo que una actividad profesional. Llégase de este modo á la fatiga de los órganos no acostumbrados; y durante tales prácticas era cuando los individuos sentían, con la máxima intensidad, el entorpecimiento de la flexión digital.

Considera, por último, que la causa fué idéntica en ambos pacientes, en vista de que presentaban la lesión en iguales dedos de la misma mano.

La enumeración de los casos termina con el comunicado por Bernhardt, de un violoncellista que fuvo disfléxico el anular izquierdo, dedo de muy activa aplicación tocando el violoncello; el padecimiento impidió al músico seguir con su arte, y se declaró más tarde en el anular derecho. Adviértense aquí dos distintas formas de acción en cada mano, conduciendo al esfuerzo y á la fatiga.

El *resorte digital* es curable con los oportunos medios, y por esta razón ha de mirarse como temporal ó transitorio el detrimento ú obstáculo que opone al servicio. En un grado excesivo, es innegable que acarreará evidente perjuicio al cumplimiento de muchas funciones encomendadas al soldado, al uso del arma, sujeción de las riendas, etc. Un examen atento, la comparación de los dedos, la investigación de las causas y concausas, darán elementos al médico para descubrir la poco probable simulación del *dedo-resorte*.

J. DEL CASTILLO,

Médico primero.

UNA PEQUEÑA CONTRIBUCIÓN

PARA LA FISIOLOGÍA DE LOS GANGLIOS AUTOMOTORES CARDIACOS (1)

La Fisiología vive desde hace muchos años, en punto á inervación propia del corazón, de las experiencias localizadoras, una y otra vez repetidas en la rana y en la tortuga, y de la definición de los efectos de los excitantes y venenos directamente aplicados al corazón de los citados animales y de otros de más elevada jerarquía zoológica. Más afortunada la Anatomía, cuenta des-

(1) Transcribimos con gusto esta importante comunicación dirigida á la *Crónica Médica de Valencia* por nuestro querido amigo el distinguido catedrático de Fisiología de la Facultad de Cádiz.

cripciones completas de los ganglios cardiacos en los anfibios, peces, mamíferos inferiores y primates. La Terapéutica anda tan atrasada como la Fisiología, pero sus productos son reclamados de continuo por esa secular urgencia que se llama Clínica, y ha de socorrerla con medicamentos nuevos, con tal de que los efectos se conozcan, siquiera no esté ni á medio madurar la teoría de la acción. Entre tanto, la curiosidad científica se satisface con hipótesis provisionales, aunque se funden en vivisecciones tan alejadas de la Fisiología humana, como son las sufridas por ranas y tortugas; y he aquí cómo la hipótesis de los ganglios excitomotores é inhibitorios, sustentada principalmente por las experiencias de Stannius y Gaskell en los referidos anfibios, y el esquema de Schmiedeberg, que considero espuma de la teoría, han sido traídos y llevados desde los libros de Fisiología á los de Patología y Terapéutica.

Por las razones apuntadas, tiene excepcional interés en los momentos actuales todo lo que se refiere á la inervación cardiaca, máxime si el hecho investigado corresponde á un animal más próximo al hombre que á los anfibios, y ellas me deciden á dar á la estampa una contribución que obtuve no há muchos días experimentando en el Laboratorio de esta Facultad.

Demostraba á mis alumnos, sobre el conejo, animal singularmente apto para estas experiencias, la acción inhibitoria del neumogástrico sobre el corazón, y cuando, repetida muchas veces la excitación del nervio en el cuello, todos habían observado sus efectos, quise que los apreciaran *de visu*, y á este fin hendí el esternón por su parte media, entreabrí las paredes del tórax y puse el órgano al descubierto. Terminada la experiencia se me ocurrió, para aprovechar la destrozada víctima del experimento, si serían posibles en el conejo las experiencias de Stannius, y pensarlo y ponerlo en práctica fué obra de un momento. Con una pinza de Pean, larga y fuerte, estrangulé en masa todos los grandes vasos y los nervios del plexo cardiaco que les acompañan, y de esta suerte quedó suspensa la circulación de la sangre, y el corazón *aislado fisiológicamente* del resto del cuerpo. Como era de esperar, el órgano siguió latiendo, y seguidamente establecí sólidamente dos ligaduras: una sobre los ventrículos, en la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores, y otra oblicuamente colocada desde la zona aurículoventricular derecha á la aurícula izquierda. Así quedó el corazón dividido en tres porciones: una inferior por bajo de la primera ligadura, que comprendía el vértice; otra media entre dos ligaduras, que abarcaba la base de los ventrículos con la zona aurículoventricular

y gran parte de la aurícula izquierda, y otra superior entre la segunda ligadura y la pinza, con toda la aurícula derecha y el origen de los grandes vasos. De estas tres porciones, la inferior quedó inmóvil en cuanto apreté la ligadura; la media siguió latiendo, mas con ritmo lento, y la aurícula derecha latiendo con el ritmo ordinario. Los latidos de la porción superior eran, en cuanto á frecuencia, respecto á los de la porción media como 5 : 3.

La improvisación de la experiencia no permitió obtener detalles precisos, no porque el corazón dejara de dar lugar á nuevas investigaciones, pues latió más de cinco minutos, sino que mi avaricia estaba satisfecha con los datos cosechados. En otras vivisecciones me propongo comenzar por donde ahora concluí.

Convencido de los hechos que provoqué, y seguro, por lo apretado de las ligaduras, que la diferencia de ritmo entre la aurícula y los ventrículos no era debida á retardo en la conducción nerviosa, *bloqueo*, que dice Gaskell, me creo autorizado para establecer las siguientes conclusiones, que corroboran las provisionales que escribí en una monografía sobre la circulación, recientemente publicada (1):

1.^a Existen en la aurícula derecha y en la zona aurículoventricular del corazón del conejo ganglios capaces de mantener contracciones ó latidos rítmicos, en ausencia de todo gobierno nervioso central.

2.^a Los referidos ganglios pueden obrar aisladamente, ó sin relaciones recíprocas, cuando se aíslan las partes por sendas ligaduras.

3.^a La punta del corazón carece de ganglios, ó no los posee con aptitudes para subvenir al movimiento rítmico.

4.^a El ganglio excitomotor, situado en la porción media del órgano, es menos poderoso que el que se aloja en la aurícula derecha, ó bien existe en dicha porción media un ganglio inhibitorio (gel de Ludwig?) que, excitado por la ligadura, contrarrestaría al excitomotor.

Hasta aquí he llegado, que descubierto el filón, he de explotarlo cuanto mis recursos alcancen y él se deje explotar.

J. GÓMEZ OCAÑA.

(1) Véase el tomo VII, pág. 349 de esta REVISTA.

PRENSA Y SOCIEDADES MEDICAS

Infección diftérica.—Eucaliptol.—Gayacol.—Según Beugnies (*Gaz. Méd. de Lieg.*), el líquido que debe ser inyectado se compone de: aceite de olivas esterilizado á 120°, 80 gramos; eucaliptol, 15 gramos; gayacol, 5 gramos.

Las inyecciones las practicó el autor en cuatro adultos en las primeras veinticuatro horas de la enfermedad, inyectando 50 gramos con tres horas de intervalo. A la mañana siguiente, una segunda inyección, y última, de 25 gramos de líquido. Al tercer día se hallaba vencida la enfermedad.

Este método, dice, no excluye el tratamiento local, pues no hace más que prevenir el organismo contra la infección general, colocando al enemigo entre dos fuegos.

Es asimismo aplicable á los niños. Legroux lo ensalza, y afirma que usa de cuatro á cinco centímetros cúbicos de aceite creosotado por sesión.

En definitiva, este tratamiento no excluye al tratamiento local, toda vez que obra sobre la sangre, haciéndola inhabitable á las colonias microbianas, circunscribiendo de este modo el mal á su punto de ataque, en donde es más fácil destruirle.

(*Los Nuevos Rem.*)

* *

Tuberculosis.—Eucaliptol y esparteina.—La taquicardia esencial sin lesiones cardiacas es uno de los síntomas de pronóstico más grave en los tuberculosos jóvenes. Con frecuencia precede este síntoma á los primeros signos estetoscópicos que indican la evolución de las lesiones de los vértices, y que, una vez declarada, progresa con gran rapidez.

En casos de esta indole se le ha ocurrido al doctor Maurange (de París) asociar al tratamiento de la tuberculosis por las inyecciones de aceite eucaliptolado á altas dosis, un moderador del corazón como el sulfato de esparteina.

Desde hace tres años emplea el doctor Maurange la siguiente fórmula:

Sulfato de esparteina.. .. .	20 á 40 centigramos.
Eucaliptol rectificado.....	25 gramos.
Aceite de olivas esterilizado á 120° y desembarazado de todo principio ácido.....	c. s. para 100 c. c.

H. s. a. y colóquese la mezcla en un frasco esterilizado. Para inyecciones hipodérmicas.

El sulfato de esparteina es insoluble en el aceite y en el eucaliptol, de modo que es preciso recurrir á procedimientos especiales para incorporarlo á la solución. Se disuelve el alcaloide en una corta cantidad de

agua, y se mezcla al aceite, y se coloca la mezcla en la estufa á 65°, hasta la completa evaporación de la porción acuosa; la solución así obtenida es clara, y contiene de dos á cuatro miligramos de sulfato de esparteína por centímetro cúbico, según se ha comprobado en los análisis practicados en el laboratorio de la Farmacia central de Francia.

El doctor Maurange ha empleado esta medicación en 16 casos: ha inyectado diariamente de 10 á 20 c. c. de esta solución durante un mes, practicando la inyección lentamente en la región glútea. Ha observado en todos los casos que la inyección no es dolorosa, y se absorbe rápidamente; á los 10 ó 20 días de tratamiento disminuye de un modo notable la frecuencia de los latidos cardiacos, y mejora el estado general, que siempre está en relación con el estado del centro circulatorio.

La expectoración se modifica desde el octavo día; los esputos son más claros y menos abundantes.

Conviene añadir que el doctor Maurange no asocia medicamento alguno á este tratamiento; y prescribe tan sólo un régimen alimenticio muy rico en ázoe. De los 16 enfermos murió uno sólo, en que el tratamiento se emprendió muy tarde; en los otros quince se sostiene la mejoría después de tres años para tres de ellos; más de dos años para cinco; más de un año para otros cinco, y de seis á ocho meses para dos.

(*La Med. Moderne.*)

*
* *

Terapéutica de la viruela.—El doctor A. J. Plicque sintetiza en la *Gazette Médicale*, de Paris, el tratamiento racional de dicha enfermedad, según sea ésta de mediana intensidad ó complicada.

1.º *Tratamiento de la viruela de mediana intensidad.*—La higiene tiene en él parte preponderante. Se colocará al enfermo en una habitación grande, bien ventilada, bien soleada. En caso de epidemia de familia, cuidese de no colocar varios variolosos en la misma habitación, pues se infectarían unos á otros.

La temperatura de la habitación debe ser de 18 á 19° en el período de erupción, y de 16° más tarde. La calefacción se hará por una chimenea, que ventila, y no por braseros. Tapando bien á los enfermos, deberá abrirse las ventanas varias veces al día, excepción hecha del período de erupción y del tiempo muy riguroso.

Un varioloso ligeramente atacado por esta enfermedad puede levantarse desde el final de la primera semana. Sydenham nunca dejaba de hacer que se levantaran en cuanto podían varias veces al día, y hasta les hacía salir á la calle en verano.

Como régimen, al principio dieta láctea exclusiva: la leche será hervida y deberá estar tibia y hasta un poco caliente. A los enfermos que no toleran la leche se les dará caldo colado y huevos muy frescos.

Las bebidas tibias, útiles para las diaforesis, no calman la sed, que se combatirá tomando buchec de agua alcalina, un poco de naranja, unos granos de uva (tirando los huesos).

Se asegurará la antiseptia intestinal: 1.º, combatiendo el estreñimien-

to mediante enemas y ligeros laxantes; 2.º, administrando, en caso de que las deposiciones sean demasiado fétidas, la mezcla de Bouchard:

Naftol β.....	} aa 0,20 gramos.
Salicilato de bismuto.....	

Para un sello, de los que se darán de cuatro á diez diarios.

Se respetará la diarrea, salvo el caso en que sea profusa.

Por último, extremada limpieza de la piel. Baño alcalino ó jabonoso á 32 ó 34º al principio, para limpiar la piel y calmar los accidentes nerviosos. Los baños de sublimado son inútiles, y á menudo peligrosos.

Aparecida la erupción, cuidados de antisepsia extrema para disminuir la supuración y prevenir las cicatrices. Grandes lociones de todo el cuerpo tres á cuatro veces al día con la solución boricada tibias. Untura sobre la pústula con una pomada:

Vaselina.....	20 gramos.
Acido salicilico.....	1 —

Verdaderas curas con uata ó con gasa boricada sobre los puntos más confluentes.

Para la erupción de la conjuntiva, lociones boricadas, cura con:

Vaselina.....	0,50 gramos.
Precipitado rojo.....	0,05 —

En los casos graves, loción con la solución de sublimado al 8 por 100 sin alcohol.

Para la nariz, lociones boricadas, vaselina boricada.

Para la boca y garganta, irrigaciones y gargarismos, ora con la solución boricada, ora con la de cloral al 1 por 100.

Como tratamiento interno, el percloruro de hierro (20 gotas diarias), basta en las viruelas ligeras. En las más graves se empleará, además de esto, la medicación etéreo-opiácea de Ducastel. El enfermo tomará diariamente la poción siguiente:

Poción de Todd.....	125,00 gramos.
Extracto tebaico.....	0,10 á 0,20 —

Se hará además diariamente en las nalgas, en pleno músculo, dos ó tres inyecciones profundas de una jeringa de Pravaz llena de éter, pues es insuficiente la acción del éter administrado al interior.

2.º *Tratamiento de las viruelas complicadas.*—En caso de accidentes ataxo-adinámicos que resistan á la medicación etéreo-opiácea, se recurrirá sin titubear á los baños fríos á 20º de cinco minutos de duración. Estos baños facilitan la salida de la erupción. El Sr. Vinay ha llegado á prescribir de 6 á 8 al día. Después del baño se calienta cuidadosamente al enfermo. Alcohol á grandes dosis, sobre todo en los alcoholizados.

En la forma hemorrágica insístase en las inyecciones de éter, el alcohol y la quina. Inhalaciones de oxígeno, zumo de limón, limonada sulfúrica. Esta forma es sumamente grave.

Como complicaciones de las viruelas graves, se pensará principal-

mente en las complicaciones cardiacas (miocarditis, endocarditis, pericarditis cardiacas) y pulmonares.

Contra los accidentes cardiacos se empleará, sobre todo, los medios externos, revulsión sobre el corazón, faradización por el procedimiento de la mano eléctrica. Se insistirá en las inyecciones de éter y se disminuirán las dosis de opio. Inhalaciones de oxígeno; inyecciones subcutáneas de cafeína ó de esparteína.

1.º Cafeína.....	} aa 2,50 gramos.
Benzoato de sosa.....	
Agua.....	

De una á cuatro jeringas de Pravaz, ó sea de 0,25 á 1 gramo diario de cafeína.

2.º Sulfato de esparteína.....	0,50 gramos.
Agua.....	10,00 —

De una á tres jeringas de Pravaz, ó sea de 0,05 á 0,15 gramos diarios de esparteína.

Contra los accidentes pulmonares, ventosas secas, alcohol. Los baños frios son el mejor tratamiento de las dispneas graves del principio.

Por último, no olvidaremos que la viruela, cuando ataca á las embarazadas, va muy á menudo seguida de aborto, y que la infección puerperal consecutiva no puede evitarse sino merced á minuciosas precauciones antisépticas.

Los sujetos curados de la viruela presentan durante muchos años especial aptitud para contraer la tuberculosis (Landouzy). Debe, pues, atenderse minuciosamente su higiene.

(*El Siglo Médico*).

SECCIÓN PROFESIONAL

MEMORIA RESUMEN

DE LA

ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL

correspondiente al año 1892

(Continuación.) (1)

Venéreo.—Se han asistido en los Hospitales, durante el año 1892, 3.407 de Infantería, 670 de Caballería, 673 de Artillería, 282 de Ingenieros, 183 de Administración y 15 de Sanidad. Total, 5.230.—Todos han curado, á excepción de 2 inútiles que se han dado en Artillería.

Las proporcionalidades de asistidos han sido las siguientes:

(1) Véanse los números 158 y 159 de esta REVISTA.

DISTRITOS	Año 1892.
Castilla la Nueva.....	91,78
Cataluña.....	65,39
Andalucía.....	149,45
Valencia.....	50,02
Galicia.....	30,40
Granada.....	203,86
Aragón.....	50,74
Castilla la Vieja.....	25,91
Vascongadas.....	54,30
Extremadura.....	19,93
Navarra.....	56,30
Burgos.....	27,83
Baleares.....	61,00
Canarias.....	3,82
Ceuta.....	52,57

La proporcionalidad comparada por armas ha sido la siguiente:

ARMAS	Año 1891.	Año 1892.
Infantería.....	55,34	68,28
Caballería.....	102,49	51,25
Artillería.....	81,33	59,15
Ingenieros.....	95,74	53,36
Administración.....	158,17	101,27
Sanidad.....	38,69	21,67

El arma más castigada ha sido Administración, y la menos Sanidad.

Sifilis.—Ingresaron de esta afección 506 individuos de Infantería, 133 de Caballería, 129 de Artillería, 30 de Ingenieros, 14 de Administración y 5 de Sanidad. Total 817.

De éstos se declararon 1 inútil en Caballería y 4 en Artillería, restableciéndose los demás.

Las proporcionalidades de asistidos fueron las siguientes:

DISTRITOS	Asistidos.
Castilla la Nueva.....	11,29
Cataluña.....	17,41
Andalucía.....	29,96
Valencia.....	3,01
Galicia.....	17,24
Granada.....	20,14
Aragón.....	3,18
Castilla la Vieja.....	3,27
Vascongadas.....	6,50
Navarra.....	22,94
Extremadura.....	6,48
Burgos.....	1,23
Baleares.....	14,00
Canarias.....	2,18
Ceuta.....	0,54

La proporcionalidad comparada por armas es la siguiente:

ARMAS	Año 1891.	Año 1892.
Infantería.....	5,48	10,17
Caballería.....	7,46	10,17
Artillería.....	7,74	11,33
Ingenieros.....	7,50	5,67
Administración.....	6,50	7,64
Sanidad.....	4,67	7,22

Siendo el arma más castigada Artillería, y la menos Ingenieros.

Viruelas.—Se asistieron de esta enfermedad 150 individuos: hubo 89 venidos de otras clínicas, 21 pasados; se causaron 6.479 estancias, 187 salidos, 17 muertos entre imputables y no imputables al Ministerio de la Guerra, y quedaron 14 curándose en 31 de Diciembre de 1892.

De los 17 fallecidos hubo en Castilla la Nueva 1, en Andalucía 1, en Valencia 5, en Aragón 3, en Granada 3, en Castilla la Vieja 1, en Navarra 1, en Vascongadas 1 y en Ceuta 1.

Por armas han fallecido: 13 en Infantería, en Caballería 2, en Artillería 1 y 1 en Administración. Total 17.

Las proporcionalidades de fallecidos por armas fueron las siguientes:

ARMAS	Año 1891.	Año 1892.
Infantería.. .. .	0,38	0,26
Caballería.	0,15	0,13
Artillería.	0,20	0,09
Ingenieros.	»	»
Administración.	1,08	0,97
Sanidad	»	»

Viéndose que las armas más castigadas han sido Administración é Infantería, y las menos Ingenieros y Sanidad. En estas dos últimas no ha habido ningún fallecido ni en éste ni en el anterior año. Por lo demás en todas ellas son menores las proporcionalidades en el año 1892.

Pneumonías y peri-pneumonías.—El movimiento, durante el año que venimos reseñando, de esta enfermedad, fué el siguiente:

ARMAS	Asistidos	Curados.	Muertos.	Inútiles.	Licencias	Quedan.
Infantería.	530	284	71	3	141	31
Caballería.	136	90	18	»	19	9
Artillería.	90	53	15	1	19	2
Ingenieros.	38	17	5	»	15	1
Administración.	5	4	»	»	1	»
Sanidad.	5	1	2	»	2	»
TOTALES.	804	449	111	4	197	43

Las proporcionalidades, por distritos, de fallecidos han sido las siguientes:

DISTRITOS	Fallecidos.
Castilla la Nueva.	2,40
Cataluña.	1,38
Andalucía.	0,81
Valencia.	1,44
Galicia.	1,42
Granada.	1,25
Aragón.	0,17
Castilla la Vieja.	2,26
Extremadura.	0,00
Navarra.	2,55
Vascongadas.	2,60
Burgos.	1,54
Baleares.	0,90
Canarias.	0,54
Ceuta.	1,09

La proporcionalidad comparada por armas ha sido la siguiente:

ARMAS	Año 1891.	Año 1892.
Infantería.....	1,87	1,42
Caballería.....	2 54	1,37
Artillería.....	1,17	1,31
Ingenieros.....	1,10	0,94
Administración...	0,00	0,00
Sanidad.....	0,00	2,89

Siendo el arma más castigada Sanidad y la menos Administración.

(Continuará.)

VARIEDADES

De la solución que tendrá el problema relativo á las escalas—que con tanta razón preocupa hoy á todos los Jefes y Oficiales del Cuerpo,—nada podemos adelantar á nuestros lectores. Huelga en absoluto que manifestemos cuál es la opinión general, y sería hoy indiscreto discutir sobre las excepciones rarísimas que pueda ofrecer la regla.

Lo satisfactorio para todos sería que el problema estuviese ya resuelto en armonía con las aspiraciones del Cuerpo; pero como *nunca es tarde si la dicha es buena*, no quisiéramos, por días más ó menos, pecar de impacientes, y que se achacaran luego á nuestra intervención las dificultades con que tropezase la solución del conflicto.

Todo esto quiere decir que la REVISTA emitirá su juicio acerca del asunto, reflejando, como siempre que trata alguno de interés general, las ideas inspiradas en el bien común y más conformes con el espíritu de Cuerpo; si no lo ha hecho ya, ha sido sencillamente para que el éxito resulte espontáneo, como debe ser, y para que, si sobreviene un fracaso, cargue con él *el autor*, y no quepa disculpa de ningún género.

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

Los grandes medios terapéuticos, periódico trimestral, órgano del *Establecimiento Terápico-Sulfuroso*, de Barcelona, dirigido por los doctores *D. José Puigcarbó* y *D. Agustín Bassols*.

La alimentación del soldado, estudio de higiene militar, por *D. José Sievert Jackson*. San Fernando, 1893.

Máximas sanitarias relativas á las viviendas, por *D. Tomás Valera Jiménez*; segunda edición. (Dos ejemplares).

Consecuencias del desconocimiento y descuido en las enfermedades del oído. Conferencia dada en la Academia Médico-Quirúrgica Española, por el doctor *C. Compaired*. (Dos ejemplares).

Perturbaciones y trastornos que la hipertrofia tonsilar y los adenomas naso-faríngeos determinan en la organización infantil, por el doctor *C. Compaired*. (Dos ejemplares).

La viruela y su profilaxis, por *D. Guillermo Serra y Bennasar*; Memoria premiada por el Instituto Médico Valenciano. Palma de Mallorca, 1893. (Dos ejemplares).