

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO VI.

MADRID 1.º DE JUNIO DE 1892.

Núm. 119.

UNIDAD ETIOLÓGICA DEL CRUP Y DE LA DIFTERIA

Entre todas las enfermedades que atacan con preferencia á los niños, ninguna seguramente es tan grave como la difteria, ni ninguna como ella, sobre todo en las grandes poblaciones, envía á los cementerios tan numeroso contingente.

No es, pues, extraño el ver al padre de un niño que azorado va en busca del médico, y con palabras que denotan el terror de que se encuentra poseído, refiere que su hijo, á quien ha mirado la garganta, presenta unas manchas blanquecinas, que han alarmado á la familia.

En cambio, otras veces van con menos inquietud y dicen que el niño lleva unos cuantos días de estar delicado, con inapetencia, tos ronca y frecuente, sobre todo por la noche; sueño intranquilo y piel más caliente que en su estado normal, pero que no le han hecho caso, y no molestarían al médico si no fuera por que la noche antes había sufrido dos ó tres ataques de sofocación tan intensos, que les hizo temer que se les asfixiara.

Va el médico, y tan pronto como ve al enfermo, diagnostica la enfermedad de crup; pues sabido es que cuando está confirmado presenta síntomas que, vistos una vez, jamás se olvidan. Entonces, y sólo entonces, es cuando los padres se aperciben de la inminencia del peligro, y aun á mí me ha ocurrido el tener que decirles el nombre vulgar de *garrotillo* para que se convencieran de la gravedad.

Ahora bien: en el primer caso, los padres se alarman y ven el peligro aun antes de que el médico se lo manifieste; y en el segundo, no lo ven hasta que la enfermedad se halla muy adelantada. Y si los accesos no son muy acentuados, y como suele ocurrir, no hay fiebre ni pérdida del apetito, llegan á dudar del diagnóstico y califican al médico de visionario, y lo que es peor, también para éste suelen pasar desapercibidos los primeros síntomas cuando, como sucede con harta frecuencia, se presentan disfrazados con una simple apariencia catarral, aunque por fortuna pocas veces falta la tonalidad grave de la tos; y si bien este síntoma puede presentarse en otras enfermedades de la laringe, siempre será como una especie de centinela avanzado que, por lo menos, haga sospechar el peligro, y que unido á otros después, dan al práctico muchas probabilidades de establecer un diagnóstico seguro.

Resulta que podremos afirmar que el enfermo está grave, tanto si por la exploración de las fauces observamos la existencia de placas pseudo-membranosas, que nos hagan sospechar que se trata de la difteria, cuanto si notamos en él tos ronca, respiración algo anhelosa y accesos de sofocación, siquiera sean cortos y poco marcados; síntomas, en una palabra, de laringitis crupal.

Pero en presencia de los expresados síntomas, ¿podremos asegurar que se trata real y efectivamente de la difteria ó del crup? No; de ninguna manera, pues las manchas blancas sucias aparecidas en la mucosa faríngea pueden ser formadas por el bacilo de Klebs Loeffler, ó sea el bacilo difterógeno, y también por el diplococo de Fraenkel, por estafilococcus y estreptococcus, microbios que, aunque no inocentes, no producen ni con mucho sustancias sépticas, cuya absorción sea tan nociva como la de los primeros. Para estar seguros del diagnóstico habría necesidad de un examen bacteriológico que pocos saben hacer, y para el cual, por otra parte, se necesitan instrumentos poco generalizados y costosos.

Lo que digo respecto á las pseudo-membranas, puede también decirse de alguno de los síntomas del crup. En efecto; un niño se encuentra bueno y sano, y en medio de la noche es despertado por un violento absceso de sofocación, acompañado y seguido de tos ronca y sibilante, repitiéndose dicho absceso al día siguiente, y sobre todo, por la noche. ¿Quién, en presencia de tales síntomas, podrá desde el primer momento afirmar con certeza si se trata del falso ó del verdadero crup? Por mi parte no me atrevería si al mismo tiempo no observaba la presencia de falsas membranas en las fauces, infartos ganglionares del cuello, fiebre, etc., etc.; es decir, cuando á los síntomas del crup fuesen unidos los de la difteria. Mas en uno y otro caso, creo preferible pecar más bien por carta de más, y obrar desde luego como si se tratase de la difteria, atacándola desde un principio con energía. Y no hago mención de tal ó cual principio ó tal procedimiento, porque no conozco ninguno que pueda decirse de él que es verdaderamente eficaz; y lo que en unos casos parece que ha producido resultados satisfactorios, suele fallar en otros, haciéndonos perder la confianza que nos había inspirado.

He dicho antes, y lo he dicho de intento, que en uno y otro caso debe procederse como si de la difteria se tratara, y he omitido la palabra crup, porque precisamente lo que deseo manifestar es mi creencia de que difteria y crup son una misma entidad morbosa. Y creo también que el dualismo admitido por la escuela alemana, aparte de la confusión que suscita, puede ser perjudicial, toda vez que en un caso de crup primitivo, es decir, de laringitis crupal aparecida sin que en la faringe se hayan presentado pseudo-membranas,

podría el clínico creer que se hallaba dispensado de emplear un riguroso tratamiento antiséptico, cuando en realidad lo mismo existe en este caso el bacilo de Loeffler que si hubiera pseudo-membranas faríngeas; no hay más que una variación de lugar, y en vez de hallarse en la faringe, es en la laringe donde han establecido su morada. Y por más que algunos defiendan el dualismo y digan que éste es el erup no diftérico, ó habrán de avenirse á razones y considerarlo tan diftérico como el otro, ó admitir el que un individuo mismo tenga dos padres distintos.

Puede ser, repito, perjudicial esta manera de apreciar las cosas, porque en uno y otro caso existe el bacilo difterógeno; y si no, ¿por qué cuando se practica la traqueotomía, con poco que se descuide la antisepsia se cubre la herida de falsas membranas con todos los caracteres de diftéricas? La cosa es clara: porque en la laringe existía ya el bacilo, y una vez abierta la tráquea, como encuentra fácil salida y campo abonado para su proliferación, se extiende rápidamente por la superficie cruenta si á ello no nos oponemos con sustancias que lo aniquilen.

Si no fuera por la dificultad, ó mejor dicho, por la imposibilidad de hacer uso del laringoscopio en los niños, podríamos ver con él que en los casos de erup confirmado existían pseudo-membranas en la laringe del enfermo. Pero, por desgracia, en estos pequeños enfermos no podemos utilizar tan precioso medio, no ya sólo de exploración, si que también para la aplicación local de sustancias medicamentosas. Bien que la laringe de los niños es tan sensible, que la aplicación en ella de una sustancia un poco irritante provoca fácilmente el espasmo de la glotis.

Antes creía yo también que erup y difteria eran dos enfermedades completamente distintas, si bien la primera unas veces se presentaba de una manera que pudiéramos llamar esencial, y otras era consecutiva á la segunda. Esta creencia, que dicho sea de paso no estaba muy arraigada, hubo de modificarse, ya por mis propias observaciones, ya principalmente por las muy autorizadas de mi buen amigo é ilustrado especialista en enfermedades de oídos, nariz y garganta, Dr. Botey, quien me manifestó su creencia de que dichas dos enfermedades eran distintas manifestaciones de una misma causa, y que, por consiguiente, en su esencia podían considerarse como una misma enfermedad.

Yo que, como antes digo, necesitaba poco, adopté con gusto la teoría de la unidad etiológica, no sólo porque la creo verdad, sino también porque con ella pienso que se tiene mucho adelantado para establecer desde luego un tratamiento conveniente.

Siendo la difteria en su principio puramente local y producida por

la presencia en uno ó varios puntos de una mucosa ó piel desprovista de epidermis del bacilo Klebs-Loeffler, si conseguimos destruirlo antes de que se multiplique ó segregue los productos sépticos absorbibles, habremos conseguido la curación; tanto más difícil cuanto mayor incremento hayan tomado los microbios, cuanto más se hayan multiplicado y cuanta mayor absorción haya habido de la sustancia tóxica que segregan.

En último término, y aun suponiendo que el erup no fuese producido por la misma causa que la difteria, nada perderíamos adoptando desde el principio enérgicas medidas.

A pesar de mi convicción y de la importancia que en mi concepto tiene este asunto, no me hubiera atrevido á escribir estas líneas si no viera que los doctores Egidi y Concetti, de Roma, han publicado sobre el particular recientes é instructivas observaciones. Y como quiera que dichos profesores gozan de envidiable y merecida reputación, y que cuanto dicen es práctico y deducido de un gran número de casos observados, dejo á ellos la palabra en la persuasión de que ha de leerse con gusto cuanto dicen sobre el particular.

Decía el doctor Egidi en diciembre de 1891: «En el pasado año, y durante los primeros meses del corriente, ha reinado en Roma una grave epidemia de erup, que me ha convencido de la identidad de proceso morboso entre la difteria y erup. Para probar dicha identidad no invoqué el criterio histórico ni anatómico, sino sólo la observación clínica, confirmada por la bacteriología, convencido de que muchas cuestiones se resuelven bastante mejor á la cabecera del enfermo que sobre la mesa de anatomía.

He tenido ocasión de seguir el curso de más de cien enfermos atacados de erup en la verdadera acepción de la palabra, no habiendo fallecido ninguno á consecuencia de sofocación, porque los pequeños pacientes fueron todos operados: ó de traqueotomía (61), ó de intubación (60). La diferencia entre esta última epidemia y la de los pasados años se ve al primer golpe de vista por la estadística de mis operados. En un trabajo presentado á la Sociedad Lancisiana de Roma en la sesión del 13 de abril del 89, manifestaba que de 31 traqueotomías practicadas por causa del erup, obtuve 19 curaciones (61,3 por 100), mientras en las traqueotomías é intubaciones hechas en esta última epidemia apenas he obtenido el 20 por 100.

Y no puede objetarse que sea por defecto del método, esto es, por haber hecho la intubación en lugar de la traqueotomía, porque los intubados murieron por bien distinta causa que por falta de aire, y porque á los operados de traqueotomía tocó la misma suerte.

En la epidemia ya dicha he observado habitualmente cuanto sigue:

He operado niños, las más de las veces apiréticos y en el período asfético del erup, casi siempre simple, primitivo, ó sea no consecutivo á difteria de las fauces. La cianosis, que amenazaba sofocarlos, cesaba como por encanto después de la traqueotomía ó intubación; los enfermos pasaban uno ó dos días tranquilísimos y en un estado de relativo bienestar, con un máximo de fiebre de 38 á 38 1/2 grados. El segundo día ó el tercero la fiebre se elevaba rápidamente, llegando hasta 40°, y frecuentemente á 41°; el pulso se hacía frecuente, pequeño y filiforme; la respiración se aceleraba, no por obstáculo al paso del aire, pues funcionaban siempre la cánula ó el tubo, sino por paresia cardio-respiratoria; el pequeño enfermo rehusaba el alimento, y en medio de un grave abatimiento, con todos los fenómenos de profunda adinamia, como suele verificarse en las verdaderas enfermedades infecciosas, cesaba de vivir, unas veces rápidamente y otras en el espacio de algunas horas.

El cuadro descrito fué el que se presentó en la mayoría de los enfermos, y sería suficiente por sí solo para probar hasta la evidencia la profunda infección crupal; mas para confirmar de una manera más evidente dicha infección y su semejanza con la forma diftérica, referiré brevemente la historia de algunos casos.

El niño Tancredo Ruggero, de 5 1/2 años, fué operado de traqueotomía por erup primitivo, sin ningún rastro de difteria de las fauces, el día 23 de diciembre de 1890, hallándose presente y ayudándome el profesor Blasi. Abierta la tráquea, se verificó la expulsión de dos gruesas membranas. La herida se recubrió en seguida de difteria, destruyendo en tres ó cuatro centímetros de circunferencia los tejidos blandos hasta la tráquea. Al mismo tiempo, los ganglios cervicales se hincharon como en la difteria de las fauces, efecto de la comunicación directa de los vasos linfáticos con el tejido celular. Al séptimo día sobrevino parálisis faringo-laríngea, á causa de la cual los alimentos, especialmente los líquidos, descendían por la tráquea y eran expulsados por la cánula á consecuencia de golpes de tos. La fiebre osciló entre 38 y 39° durante los primeros ocho días. Al décimo se manifestó también la parálisis del velo del paladar, y como consecuencia la salida de los líquidos por las narices. Al mismo tiempo se desarrolló una gravísima nefritis, con presencia de 12 por 1.000 de albúmina en la orina. Por ulceración de los vasos del cuello se presentó una gravísima hemorragia á la caída de las escaras. Al décimo octavo día se quitó la cánula, y al vigésimodécimo la cicatriz de la herida traqueal y de las partes blandas era completa. Cuando todo hacía esperar una curación cierta, hallándose el niño aparentemente en buenas condiciones para la convalecencia, una forma de parálisis lenta cardio-respiratoria, rebelde á todos los medios de curación

mató al enfermo á los cuarenta y cuatro días después de la operación.

Passanisi Ricardo, de 5 1/2 años, fué operado de intubación por crup simple el 16 enero de 1891 en el período asfíctico. La respiración se normalizó súbitamente después de la operación, y hubo expulsión de membranas á través del tubo, que funcionó perfecta mente desde que fué colocado. El 20, ó sea á los cuatro días de estar puesto, se quitó el tubo de la laringe, y la respiración siguió siendo tranquila. Se consideraba al niño como curado, cuando el día 23, ó sea cincuenta y cinco horas después de retirar el tubo, comenzó á reaparecer la estenosis laríngea, que me obligó á intentar nuevamente la operación. Pero las membranas en la laringe eran tan numerosas y profundas, que en las varias tentativas que se hicieron para volver á colocar el tubo, éste las empujaba hacia abajo y hubo amenaza de asfixia. Para no perder el enfermo, me ví obligado á abrir rápidamente la tráquea, y, después de la salida de dos gruesas membranas á través de la herida, sobrevino la calma acostumbrada después de la traqueotomía. También en este caso, como en el anteriormente descrito, al sexto día se verificó parálisis faringo-laríngea y del velo palatino, difteria de la herida, nefritis grave, y muerte por parálisis cardio-respiratoria al décimo octavo día después de la operación.

Cesari Romeo, de 4 1/2 años, fué operado de intubación por crup simple en el período asfíctico la noche del 1.º de noviembre de 1890 sin la menor señal de difteria de las fauces. El tubo funcionó siempre perfectamente, pudiendo el niño respirar y espectorar bien y nutrirse. La fiebre se mantuvo entre 38º á 38 1/2º hasta el día 10. Se probó por tres veces á quitar el tubo, esto es, al tercero, al octavo y al décimo octavo día; pero hubo necesidad siempre de volver á introducirlo, porque la respiración, calmada en las primeras horas, iba después lentamente haciéndose difícil, y por la estenosis creciente de la laringe volvió á presentarse amenaza de asfixia. El día 23 púdose, por fin, quitar el tubo; pero cuando creíamos que se había verificado una curación completa, sobrevino una parálisis cardíaca fulminante que mató al enfermo en pocos minutos, parálisis que suele presentarse sólo en la convalecencia de gravísimas difterias de las fauces.

Podría citar otros casos semejantes á los precedentes; pero no lo hago por no cansar á mis colegas.

El cuadro clínico presentado en todos los eruposos de la última epidemia, y especialmente en algunos cuya historia dejo referida, aunque brevemente, debe en absoluto convencernos que el crup, de la misma manera que la difteria, es altamente infectivo, y que los dos procesos morbosos son idénticos, y no de diversa naturaleza. En efecto, en él se han notado todos los síntomas de difteria verdadera

con toda su gravedad, como fiebre alta, adinamia, albuminuria, difteria de la herida traqueal, infartos ganglionares, parálisis consecutiva, etc.

Además de esto, otra prueba evidente es el contagio, negado por muchos. Insisto en esto, porque la mayor parte de los médicos prácticos abrigan la creencia de que el crup no es tan contagioso como la difteria, lo cual es absolutamente falso. En estos últimos días he visto un niño, ya de alguna edad, atacado de difteria, después que una hermana menor había muerto á consecuencia de crup simple pocos días antes. También Massei refiere casos semejantes. Y como comprobante de esto, basta sólo recordar cómo Valleix, Blache, Foulis, Felicetti y otros han pagado con el sacrificio de su vida el tributo á la ciencia, siendo muertos de difteria después de haber operado niños afectados de crup.

Si á todo lo dicho se añade el valioso concurso de la bacteriología, que ha venido á decir la última palabra con sus resultados absolutamente positivos, como referirá dentro de poco el colega doctor Concetti, podemos con absoluta certeza establecer la identidad de proceso entre el crup y la difteria.»



Bastaría lo dicho para probar esta identidad; pero deseando yo ser fiel á mi promesa de traducir las observaciones de dos de los más afamados médicos de Roma, réstame consignar lo dicho por el doctor Concetti. Mas como este escrito va siendo demasiado largo, dejo para otro número la prosecución de este asunto.

(Continuará.)

ANTONIO ALMANSA.
Médico primero.

TRATAMIENTO DE LA NEURASTENIA POR LA TRASFUSIÓN NERVIOSA

Los grandes descubrimientos científicos hechos en la Fisiología y Patología nerviosa, han encaminado á dirigir sabios tratamientos contra las afecciones de este sistema. Sublime fué el presentado por monsieur Brown-Séguard á la Sociedad Biológica en el mes de junio de 1889, y el practicado por C. Paul y expuesto en la sesión del 24 de febrero último en la Sociedad de Terapéutica.

Un nuevo medicamento ha invadido la Medicina, no como la mayoría de los modernos que nos acosan, sino sumando curaciones múltiples que mejoren nuestras fatales estadísticas.

Las afecciones neurasténicas han sido siempre las más estudiadas

por lo frecuentes y tenaces á su curación. Unas por lo rebeldes al tratamiento, y otras porque imprimen al enfermo el sello de imperseverancia para aprovechar las medidas higiénicas, el tiempo y paciencia necesarias para modificar su organismo desequilibrado.

Los efectos de la sugestión en estas enfermedades son con frecuencia pasajeros, y lo mismo que la castración, han dado poco resultado, además de la gravedad de estos procedimientos. La electricidad estática deja muchos enfermos convencidos de su incurabilidad.

En vista de esto, M. C. Paul propone un nuevo tónico, afirmando ser el organizador de las alteraciones que en la nutrición, secreciones, etc., etc., se observan á causa de la acción del sistema nervioso.

He aquí la exposición:

Recordareis, dice Constantino Paul, (1) la declaración de Brown-Séquard ante la Sociedad de Biología: «Tengo setenta y dos años; gozo en general de buena salud, excepto algún que otro ataque reumático y mericismo, y no haciendo ejercicio hace ya lo menos treinta años, mi vigor, que era considerable, ha desaparecido gradualmente, encontrando ahora mis fuerzas muy debilitadas, pues sólo dos ó tres horas de laboratorio me llevan á la cama para descansar. Una decena de inyecciones subcutáneas me han bastado para recobrar mi antiguo vigor.»

Sólo por proceder esta narración de un hombre de tanto mérito y prestigio no fué puesta en duda por la mayor parte de los oyentes, y aun así y todo algunos confesaron no tener gran fe en lo maravilloso del éxito.

Después de la primera inyección, Mr. Brown-Séquard pudo trabajar de pie por espacio de muchas horas sin fatigarse, habiendo ganado 6 ó 7 kilógramos en el dinamómetro, había aumentado notablemente el poder de la médula espinal en los actos de micción y defecación; en total había ganado todo lo perdido en años anteriores.

Convencidos los sabios escépticos en vista de estas manifestaciones, pensaron si sería la inyección de Brown-Séquard un excitante ó un tónico; pero bien pronto reconocieron esto último pues la experiencia les demostró que no existe depresión consecutiva á la excitación, y por lo tanto, la acción no es pasajera.

Ahora bien, partiendo de la afirmación de Brown-Séquard y teniendo en cuenta algunos de los hechos observados en las inoculaciones propuestas por Pasteur contra la rabia, M. Constantin Paul ha llevado á cabo una serie de experiencias, fisiológicas primero, terapéuticas después, de las cuales ha creído poder deducir que en los

(1) *Bull. gen. de Therapeutique.*—23 Mars 1892.

enfermos neurasténicos ofrece ventajas positivas la trasfusión nerviosa. (1).

Multitud de observaciones presenta en las que se ha hecho uso de la trasfusión nerviosa: 3 clorosis neurasténicas, 3 neurastenias clásicas, 1 caso de pulso lento y 4 atáxicos ó tabéticos. Todos estos enfermos se han curado ó mejorado.

Expondremos la técnica y práctica de esta operación:

Preparación del líquido.—Primero, se toma de un cerebro de carnero recientemente sacrificado 15 gramos de sustancia cerebral, con preferencia la gris (cuerpo estriado, circunvoluciones, cerebelo, etc.), y se la divide en pequeños pedazos. Segundo: se la macera durante veinticuatro horas en cinco veces su peso en glicerina pura, es decir, 75 gramos. Tercero: se añade enseguida una cantidad igual de agua (75 gramos). Cuarto: se vacía en el tubo del aparato d'Arsonval y se la filtra con una presión de 40 á 50 atmósferas.

Debido á esta enorme presión, desarrollada por el ácido carbónico líquido, se obtienen 150 gramos de solución al décimo, que es la que se usa.

Caracteres del líquido.—El líquido así obtenido es incoloro, transparente, reacción neutra y de 10,80 á 10,90 de densidad. Se conserva fácilmente durante diez días sin alterarse.

En estos últimos tiempos, por consejo de Mr. Gautier, se ha mezclado á la sustancia cerebral agua con sal marina en la proporción de un 12 por 100, poniendo una parte de sustancia por cinco de agua salada. Las experiencias de que se ha dado cuenta se han hecho con la primera solución, pues la segunda, ó sea la salina, está todavía en estudio.

Proceder operatorio.—La mejor región para hacer una inyección hipodérmica es aquella en que el tejido celular subcutáneo es más flojo y resbala más fácilmente entre la piel y aponeurosis subyacentes; de entre ellas tenemos que las elegidas han sido las partes laterales del abdomen, y por detrás la parte inferior de la región dorsal, cerca de la lumbar. Se ha adoptado especialmente esta última en los enfermos que sufren raquialgia, porque el dolor se calma á poco de practicada la inyección.

Esterilización de la piel.—Al nivel del punto elegido se frota con una disolución de ácido fénico fuerte.

Anestesia de la región.—La picadura en general la soportan bien los

(1) El autor da este nombre á la inyección de una solución de tejido nervioso, por la analogía que encuentra entre dicha operación y la trasfusión sanguínea; en esta ocurre que el líquido inyectado no se une á la sangre del paciente como un constituyente normal, sino que hace el papel de un poderoso estimulante que se transforma en el organismo y se elimina al cabo de algunas horas.

enfermos; pero en algunos pusilánimes se aplica sobre la región un poco de cloruro de etilo.

La inyección subcutánea se hace con una jeringuilla, previamente esterilizada en el agua hirviendo ó agua fenicada fuerte, y que se introduce perpendicularmente al pliegue de la piel inyectando poco á poco 1, 2, 3, y hasta 5 centímetros cúbicos. Esta solución tiene el inconveniente de que á la larga ataca el cuero del pistón.

Efectos inmediatos de la picadura.—Al retirarse la aguja, en el acto se aprecia un tumorcito del tamaño de media nuez. El enfermo experimenta un poco de sensibilidad como la consiguiente á una inyección de agua pura, sensibilidad que no dura más que algunos minutos. No sobreviene por lo general ni rubicundez, calor, edema ni dolor; en una palabra, ninguno de los síntomas de inflamación local; excepcionalmente, una dureza que desaparece á los pocos días.

Los primeros ensayos fueron hechos en un enfermo atacado de parálisis general de forma depresiva, usando para hacer la disolución una médula de conejo; pero ésta no da más que 3 ó 4 gramos de tejido nervioso, en el cual la sustancia blanca forma las tres cuartas partes de su masa; por eso la reemplazó M. Paul con el cerebro de carnero, por ser además éste el animal menos expuesto á enfermedades virulentas.

El mencionado profesor terminó su interesante exposición con las siguientes

«*Conclusiones.*—1.^a Una solución al décimo de sustancia gris de cerebro de carnero, filtrada en el aparato d'Arsonval, inyectada en el tejido celular subcutáneo á la dosis de 5 centímetros cúbicos, se tolera perfectamente y no provoca ninguna reacción, ni local ni general.

2.^a Excepcionalmente se produce infarto linfático, que desaparece á los tres ó cuatro días á lo más.

3.^a Más de 200 inyecciones se han practicado en doce individuos, y en ninguno se presentaron abscesos ni pústulas acnéicas.

4.^a El enfermo siente un ligero calor por espacio de cuatro ó cinco minutos, que enseguida desaparece.

5.^a La región más á propósito para hacer las inyecciones es la región lumbar.

6.^a El primer efecto que notan los enfermos es una sensación de fuerza de que antes carecían.

7.^a La neurastenia y la impotencia muscular disminuyen rápidamente; se comprueba esto por el mismo enfermo, que puede andar sin cansarse.

8.^a Los dolores vertebrales y la hiperestesia espinal desaparecen al cabo de algunas inyecciones. En la ataxia desaparecen los dolores fulgurantes.

9.^a Lo mismo ocurre con la cefalea neurasténica y el insomnio.

10.^a La impotencia funcional del cerebro desaparece poco á poco.

11.^a Los enfermos recobran el apetito, se mejora su nutrición; y si antes hubieran sido dispépticos, la nutrición gana notablemente como lo prueba el aumento rápido del peso.

12.^a Respecto á la impotencia sexual, también se nota mejoría, pero sólo ha habido ocasión de observarla en tres neurasténicos simples.

13.^a Es muy de notar que las neurasténicas cloróticas recobran el apetito, aumentan en fuerzas y soportan perfectamente el hierro.

Tenemos, pues, en la inyección subcutánea de sustancia gris cerebral un verdadero tónico neurosténico, como decía Tronseau.»

Las observaciones practicadas recientemente por Constantino Paul demuestran que el procedimiento lleva en sí las esperanzas concebidas; la sustancia gris del cerebro no parece tener acción microbicida alguna y sí curativa, comportándose como un tónico y reconstituyente precioso, mejorando mucho el estado general. Esta acción tónica, no hay duda, impide sumir á los enfermos en una anemia general de fatales consecuencias, y produce un restablecimiento rápido y definitivo, observándose además que, á beneficio de su acción anti-dispéptica, pone en condiciones la economía, por sus efectos en la nutrición, de absorber en mejores condiciones las sales ferruginosas.

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Cólicos hepáticos.—Glicerina.—Las conclusiones formuladas acerca de este asunto en un interesante trabajo presentado por el doctor Ferrand á la *Académie de Médecine*, son las siguientes:

1.^a Cuando la glicerina se administra al interior, se absorbe por la vía linfática, especialmente por los vasos que van desde el estómago al surco transversal del hígado y á la vesícula biliar, y se la encuentra también en la sangre de las venas suprahepáticas.

2.^a La glicerina es un excelente colágeno y un recurso precioso contra los cólicos hepáticos.

3.^a A dosis elevadas, de 20 á 30 gramos, precipita la terminación del cólico.

4.^a A dosis cortas, 5 á 15 gramos, en agua alcalina, evita la repetición de los ataques.

5.^a Sin ser un litontríptico, constituye un excelente medio de tratamiento de la litiasis biliar.

••

Disenteria.—Salol.—Iodoformo.—Los doctores Lardier y Peruet han empleado con gran éxito estas sustancias en una epidemia de disenteria que reinó en Rambervilliers.

Administraron el salol con arreglo á la fórmula siguiente:

Salol.....	3 gramos.
Tintura de tolú.....	10 »
Jarabe de membrillo.....	30 »
Extracto tebáico.....	10 centigramos.
Agua gomosa	150 gramos.

Para tomar á cucharadas (de las de sopa) de hora en hora.

El iodoformo produjo efectos notables é inmediatos á la dosis diaria de 30 á 40 centigramos; y se administró en sellos pequeños que contenían 3 centigramos de este antiséptico y 5 de polvo de opio.

Para combatir el tenesmo se recurrió á los supositorios preparados con 10 centigramos de clorhidrato de cocaína, 15 de opio en polvo y 2 gramos de manteca de cacao.

(*Le Courrier Méd.*)

* * *

Microbiología.—Elefantiasis nostras.—Según el doctor Sabourand, esta enfermedad no difiere clínicamente de la elefantiasis de los trópicos si no por el grado ordinariamente menor de las lesiones; y como ésta, es una enfermedad notable por su marcha paroxística, entrecortada por intervalos de calma más ó menos duraderos. Cada paroxismo es una erupción de linfagitis local típica, acompañada de síntomas generales de infección, escalofríos, anorexia, temperatura elevada.

Las investigaciones bacteriológicas llevadas á cabo en cinco casos observados por el autor, han demostrado la presencia en los cultivos del estreptococo en estado de pureza durante el transcurso del acceso febril. Durante los intervalos de los accesos son estériles los cultivos del suero del enfermo; de modo que, á lo menos en la mayoría de los casos, la elefantiasis *nostras* no es más que una linfagitis crónica, resultante de una erisipela repetida.

Los cultivos se hicieron por medio de la siembra del suero y de la sangre, extraídos por escarificaciones superficiales de las zonas atacadas por la linfagitis. Como este procedimiento suministró mayor cantidad de sangre que de suero, y los gérmenes recogidos son á veces bastante escasos, después de aspirar la sangre con una pipeta debe cerrarse ésta y hacer penetrar en ella algunas gotas de caldo estéril. Se coloca la pipeta en la estufa, y al siguiente día se pueden llevar á cabo las siembras.

(*Sem. Méd.*)

* * *

Tiña.—Esencia de canela de la China.—El doctor Busquet ha observado que la esencia de canela es un medio excelente para destruir el achorion y el tricophyton. Emplea la fórmula siguiente:

Esencia de canela.	10 gramos.
Éter sulfúrico ligeramente alcoholizado.	30 »

Se emplea esta disolución en toques diarios con un pincel de algodón, que se quema después. Los cabellos deben cortarse al rape y no emplear lociones para evitar la humedad de la piel del cráneo. Los cabellos se desinfectan con frecuencia por medio de una disolución fuerte de ácido fénico.

Las primeras aplicaciones de la esencia de canela suelen producir algo de enrojecimiento de la piel del cráneo y calor. Estos fenómenos de irritación tardan poco en desaparecer suspendiéndose por un par de días el tratamiento. Las costras favosas se desecan y pulverizan. El herpes circinado desaparece también con rapidez con este tratamiento. Los resultados son también satisfactorios en la pelada; se han curado en tres á cinco semanas casos rebeldes á otros medios. Los cabellos se desarrollan en forma de plumón blanquecino que adquiere un color más oscuro, y se fortifica cada vez más.

(*Rev. de Med. y Cir. prác.*)

SECCIÓN PROFESIONAL

RESUMEN

DE LA

ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL

correspondiente al año 1890.

EXCMO. SEÑOR:

El tercer Negociado del digno mando de V. E. tiene la honra de elevar á su superior consideración el resumen de la Estadística Sanitaria del Ejército perteneciente, tanto á la Península é islas adyacentes y posesiones de Africa, como á los distritos de Cuba, Puerto Rico y Filipinas, y correspondiente al año 1890.

Hubiera deseado el Negociado desarrollar este trabajo comparando las cifras que el mismo arroja con las similares de los Ejércitos franceses, alemán, inglés ó italiano, para deducir las oportunas consideraciones; pero se ve privado de hacer esto, porque al comenzar á escribir la presente Memoria, parece no se ha publicado ninguna Estadística Militar europea correspondiente al citado año de 1890, y aunque este hecho sea muy lisonjero para nuestro amor propio nacional, en el sentido de que hemos podido adelantarnos á las demás naciones citadas en la publicación de la Estadística Sanitaria Militar, es lo cierto, no obstante, que no tenemos medios hábiles de comparar año con año con cualquiera de los Ejércitos antes citados y el nuestro, y ante la imposibilidad material de verificar este trabajo comparativo, vamos á emprenderlo teniendo en cuenta los datos que arrojó nuestra Estadística Sanitaria en el año 1889 y el 1890.

La fuerza en revista que tuvo el Ejército de la Península durante el citado año, ascendió en los doce meses á 952.655 hombres, lo que da un término medio de 79.387. De estos se asistieron en los hospitales 44.244, de los que fueron 39.762 imputables á Guerra y el resto

dependientes de otros ministerios. Las estancias que estos causaron ascendieron á 956.254. El promedio de la hospitalidad diaria causada por cada individuo, á 24, y el término medio de la hospitalidad general diaria, á 2.619.

El número de ingresados por cada 1.000 hombres de fuerza en revista fué en 1890 de 500, y como en 1889 ascendió á 503, resultó menor en el año que venimos reseñando. En el año 1889 ascendió la proporcionalidad de fallecidos, por cada 1.000 sanos, á 10,92, y como en el año de 1890 sólo alcanzó la cifra de 10,44 por 1.000 hombres de fuerza en revista, resulta una disminución de 0,48, ó sea casi medio entero menos que el año 89, dato halagüeño que el Negociado consigna con el mayor gusto, como cumpliendo su deber hizo presente á V. E. en el año anterior se había elevado algo con respecto al similar de 1888.

Para dar una idea sintética de las fuerzas asistidas en los hospitales militares y cívico-militares durante el año que venimos reseñando, creemos oportuno dar á continuación dos estados en que se detallan el movimiento hospitalario por armas, imputables y no imputables al ministerio de la Guerra:

Fuerza imputable á Guerra

ARMAS	Asistidos.	Salidos.	Muertos.	Quedan.
Infantería	27.059	25.227	562	1.270
Caballería	5.783	5.289	149	345
Artillería	4.035	3.688	71	276
Ingenieros	2.219	2.071	36	112
Administración	448	417	8	23
Sanidad	180	174	1	5
Inválidos	3	2	1	»
Brigada topográfica....	35	34	1	»
TOTAL.....	39.762	86.902	829	2.031

Fuerza no imputable

Jefes y oficiales	146	122	8	16
Guardia Civil.....	677	618	27	32
Carabineros.....	664	601	23	40
Ultramar.....	691	607	12	72
Marina.....	428	384	13	31
Diversos.....	1.876	1.751	54	71
TOTAL.....	4.482	4.083	137	262

Los fallecidos, que en 1889 ascendieron á 941, bajaron en 1890 hasta 829. En 1.º de enero de 1891 quedaron en hospitales 2.031

hombres imputables á Guerra contra 3.124 que continuaban en tratamiento en los citados nosocomios en igual día y fecha de 1890.

De la fuerza no imputable á Guerra murieron en 1889 158 contra 137, que fallecieron en el siguiente, y quedaron en 1.º de enero de 1890 427 individuos, contra 262 que existían en 1.º de enero de 1891.

Réstanos para completar este somero estudio de estadística sanitaria dar á conocer el resumen del movimiento general, por distritos, de las fuerzas imputables y no imputables á Guerra, lo cual vamos á efectuar en los siguientes estados:

Fuerza imputable á Guerra

DISTRITOS	Asistidos.	Salidos.	Muertos.	Quedan.
Castilla la Nueva.	8.401	7.831	189	381
Cataluña.....	4.528	4.104	118	306
Andalucía.....	4.214	3.938	67	209
Valencia.....	2.911	2.703	65	143
Galicia.....	1.720	1.589	38	93
Aragón.....	2.094	1.900	64	130
Granada.....	3.395	3.200	27	168
Castilla la Vieja..	2.704	2.482	81	141
Extremadura.....	1.361	1.297	9	55
Navarra.....	1.058	945	25	88
Vascongadas.....	3.162	2.987	43	132
Burgos.....	2.012	1.832	87	93
Baleares.....	900	853	6	41
Canarias.....	473	454	2	17
Ceuta.....	829	787	8	34
TOTAL.....	39.762	36.902	829	2.031

Fuerza no imputable

Castilla la Nueva..	472	426	20	26
Cataluña.....	556	499	11	46
Andalucía.....	755	717	11	27
Valencia.....	419	372	16	31
Galicia.....	235	216	6	13
Aragón.....	104	97	2	5
Granada.....	1.165	1.079	22	64
Castilla la Vieja..	83	75	6	2
Extremadura.....	90	86	2	2
Navarra.....	45	40	3	2
Vascongadas.....	87	75	3	9
Burgos.....	159	140	12	7
Baleares.....	100	86	7	7
Canarias.....	77	69	2	6
Ceuta.....	135	106	14	15
TOTAL.....	4.482	4.083	137	262

(Continuará.)

CARLOS DE TORRECILLA.
Subinspector médico de segunda clase.

FÓRMULAS

163

Betol. } áá. 4 gramos.
Pepsina ó pancreatina. }
Polvo de nuez vómica. 4 decigramos.

M. y div. en 20 sellos, para tomar uno cada día.
En la **dispepsia**.

(Huchard.)

164

Resina de guayaco. 10 gramos.
Whisky. 100 »

D. Para tomar una cucharada con agua, al fin de cada comida.
En la **colecistiasis**.

(Fagwell.)

VARIEDADES

El ministro de la Guerra de Francia ha presentado un proyecto de ley para enagenar los hospitales de Saint Martín y Gros-Caillou, destinando el producto de la venta de los solares y edificios correspondientes, á la construcción de un hospital de 600 camas en el parque de Saint-Cloud, hacia las alturas de Monbretout.

También se piensa destinar algunas cantidades á mejorar las condiciones de los hospitales de Val-de-Grace, Vincennes y algunos otros de los diferentes departamentos.

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

Diccionario de Medicina, Cirugía y ciencias auxiliares, por E. Li-tré; versión española por los doctores *Aguilar Lara y Carreras Sanchis*.—P. Aguilar, editor, Valencia. (Cuaderno 56.)

Nuevo formulario enciclopédico de Medicina, Farmacia y Veterinaria, por *D. Mariano P. M. Mínguez*.—J. Seix, editor, Barcelona. (Cuadernos 64 y 65.)

Memorandum de Histología, de Anatomía (osteología, esplanología y órganos de los sentidos) **y de Embriología**, por el profesor Pablo Lefert; traducida al castellano por *D. F. Santana y Villanueva*.—Madrid 1891. B. Bailliére é hijos, editores.

El ictiol, su estudio clínico y terapéutico, con un apéndice acerca de sus aplicaciones en las enfermedades de los países cálidos, por el *Dr. D. Manuel Santamaría y Bustamante*.—Madrid, 1892.

Contribución al estudio de los tumores mamarios y de su tratamiento, por el *Dr. D. Jerónimo Pérez Ortiz*. (Publicado en los *Anales de Obstetricia, Ginecopatía y Pediatría*).—Madrid, 1892.

La Unión Médico-Farmacéutica, revista decenal que se publica en Madrid bajo la dirección de *D. José García y González del Valle*.

Estudio climatológico y topográfico-médico del Real Sitio de San Lorenzo, por el *Dr. Baltasar Hernández Briz*.—Madrid, 1892. (Dos ejemplares.)

La tuberculosis del ojo, por los doctores *D. José A. Barraquer y Don Julio Altabás*.—Barcelona, 1892. (Dos ejemplares.)