

REVISTA
DE
SANIDAD MILITAR

PUBLICACIÓN CONSAGRADA

A LOS INTERESES CIENTÍFICOS Y PROFESIONALES

DEL

CUERPO DE SANIDAD MILITAR ESPAÑOL

FUNDADA

POR

L. AYCART Y A. QUINTANA

Y DIRIGIDA

POR

M. GÓMEZ FLÓRIO



Tomo XIV.—Año 1900

MADRID

—
IMPRENTA DEL CUERPO DE ADMINISTRACIÓN MILITAR

1900

PESTE BUBÓNICA

SINTOMATOLOGÍA

(Continuación.)

Evolución y terminación.—En los casos favorables, la evolución de la peste bubónica tiene lugar en un período de ocho á diez días, notándose que la temperatura, que alcanzó el máximo del tercero al quinto día, desciende mediante lisis las más veces; en ocasiones, la curva térmica afecta, durante los últimos días de la enfermedad, tipo remitente, debido á la absorción de los productos sépticos de los posibles abscesos; en todo caso, coincidiendo con la remisión de la fiebre, la transpiración suele ser abundante; el enfermo, que orinaba poco, orina mucho, y la respiración, cada vez más tranquila y natural, revela que la convalecencia es un hecho.

Cuando la terminación ha de ser fatal, del tercero al quinto día es cuando suele acaecer; la temperatura se eleva más y más; la piel, seca y ardorosa, presenta petequias en la zona abdominal, no siendo infrecuentes tampoco las placas gangrenosas; la respiración se acelera, se presenta y acentúa el coma, muriendo el enfermo en el colapso; en ocasiones es el *síncope brusco* por parálisis del corazón la causa de la muerte; pero ésto, que puede ocurrir del tercero al quinto día, en casos cuya sintomatología es alarmante, ocurre con más frecuencia del octavo al décimo día, y cuando la sintomatología hacía presumir una pronta y franca convalecencia.

En el curso de la convalecencia pueden observarse supuraciones interminables del sistema linfático, parálisis de los miembros

de tipo hemipléxico ó parapléxico, parálisis facial, afasia, pérdida de la memoria, etc., etc.

Las recaídas son frecuentes y peligrosas; se caracterizan por la aparición en la declinación de la enfermedad de un nuevo acceso febril, con todo el cortejo sintomático ya observado (Delherm.)

Las recidivas son raras; en tesis general, puede afirmarse que un primer ataque confiere inmunidad.

Formas: ligera, benigna, abortiva; *aura pestilentialis minor*.— Cuando el agente patógeno goza de escasa virulencia, ó cuando la defensa orgánica es enérgica, se originan estas formas, clínicamente caracterizadas, por la preponderancia de la sintomatología local ganglionar y la atenuación de los síntomas generales. Al iniciarse y al declinar la epidemia, se observan en la localidad afectada casos, más frecuentes en los niños, con toda la sintomatología atenuada de la peste: tumefacción ganglionar, fiebre á lo sumo de 39°, y de tres días de duración á lo más; los infartos se resuelven sin supurar. Estos casos duran unos tres días y la convalecencia termina antes de los diez. Estas pestes atenuadas son relativamente más numerosas hacia la declinación de las epidemias; así vemos que en 1840, época que señala el final de las epidemias de peste en Constantinopla, Brayer indica la frecuencia exagerada de esos estados patológicos ganglionares, peste frustrada ó *aura pestilentialis minor*. Cuando se presentan al iniciarse una epidemia, son más temibles por las dificultades de diagnóstico, pasando desapercibidas la mayoría de las veces, lo cual lleva consigo el abandono higiénico con todas sus consecuencias.

Formas anormales: *fulminantes, hemorrágicas*.—En los casos que por la exagerada virulencia del agente ó por las escasas resistencias orgánicas, no existe la defensa local y linfática, la característica clínica es la falta de sintomatología local y la exageración de los fenómenos graves que la discrasia pestosa, rápidamente establecida, lleva consigo; unas veces predominan los síntomas nerviosos (forma septicémica), otras las roturas vasculares son la nota culminante (forma hemorrágica), pero siempre faltan los fenóme-

nos ganglionares y evoluciona la dolencia con inusitada rapidez.

La forma septicémica se inicia brusca y violentamente; la fiebre, desde el principio, es muy elevada, alcanzando pronto 41° y hasta 42°; los fenómenos nerviosos se acentúan desde el principio; el abatimiento es considerable desde el primer momento; el delirio es seguido prontamente del coma, y la muerte sobreviene á menudo á las veinticuatro horas, ó á lo sumo, al segundo ó tercer día. La diarrea y meteorismo son habituales, siendo también frecuente la retención de orina. Pueden existir epistaxis, hemorragias pulmonares, intestinales, etc. (Netter.)

La forma hemorrágica ó peste negra, suele confundirse con la forma pneumónica; en la generalidad de los casos, se trata de casos de peste con escasas manifestaciones ganglionares, exageración de los síntomas generales y predominio de los fenómenos hemorrágicos, sobre todo por parte del pulmón, cuyo estado congestivo y frecuentes hemorragias pueden darle aspecto pneumónico. Existen otros casos todavía más graves, en los cuales, sin elevarse la temperatura, el enfermo vomita materias biliosas ó de color obscuro de café, todas las mucosas sangran al menor contacto y hasta espontáneamente, el pulso es incontable desde los primeros momentos, y la muerte sobreviene rápidamente dentro del primer día, ó á lo sumo, en el segundo.

Formas caracterizadas por el predominio de ciertos síntomas propios de otras enfermedades: pneumónicas, tíficas, etc. Cuando la vía de inoculación fué el pulmón ó el tubo digestivo, se determinan estas formas clínicas, entre las cuales la que destaca por su frecuencia é importancia es la pneumónica; en esta forma faltan las manifestaciones ganglionares, ó á lo sumo se presentan tardíamente y como accidentes secundarios; las lesiones pulmonares reemplazan al bubón inicial y constituyen la nota característica de la sintomatología.

La forma pneumónica de la peste, entrevista por algunos autores, no fué conocida hasta Childe al estudiar el año 97 la epidemia de Bombay; después las observaciones se multiplicaron, hasta el

punto de completar su conocimiento anatomo-patológico y clínico; Matignon ha evidenciado que en la Mongolia la forma pneumónica de la peste ha sido frecuente en estos últimos años, y actualmente en Alejandría y Oporto (1) no dejan de ofrecerse casos del mismo género.

Esta forma es debida indudablemente á la penetración del bacilo por las vías respiratorias, siendo temible bajo el punto de vista del contagio, porque los productos expectorados infectan el aire, vehículo del contagio en esta forma clínica.

El comienzo, generalmente brusco, se inicia por un escalofrío violento, fiebre, punta de costado y trastornos generales; el termómetro sube rápidamente á 40°; el pulso es de 120 á 130 al minuto; todos estos fenómenos se presentan sin notarse alteración de los ganglios.

La disnea es poco intensa; la tos, ligera y húmeda, provoca la expulsión de un esputo, al pronto sero-mucoso y luego hemoptóico, pero siempre seroso, no siendo nunca herrumbroso ni adherente como en la pulmonía pneumocócica.

El análisis microscópico de los esputos demuestra la presencia del coco bacilo, cuando los esputos son viscosos en poco número, abundando varias especies de saprofitos; pero cuando son sanguinolentos contienen el bacilo pestoso en grandísima cantidad, acompañados de estreptococos y diplococos lanceolados.

A la percusión se nota submatidez ó matidez en una zona pulmonar poco extensa; generalmente es una de las bases ó las dos, y la auscultación revela en estos focos estertores crepitantes finos, llamando la atención después de la exploración torácica la desproporción manifiesta «entre la pequeñez del foco y la gravedad del estado general.» No tardan en obscurecerse estos síntomas por la infiltración que paulatinamente invade á ambos pulmones.

El aparato digestivo no suele sufrir alteraciones notables; al iniciarse la dolencia pueden ser frecuentes las náuseas y vómitos,

(1) Dr. Vicente «Epidemia de Oporto» presentada al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.

no tardando en desaparecer; la lengua, en el curso de la peste pneumónica, se conserva húmeda y limpia, á la inversa de lo que suele ocurrir en la pulmonía fibrinosa.

Müller llamó la atención sobre la existencia constante de la hipertrofia esplénica, lo que unido á la falta de herpes labial puede contribuir á facilitar el diagnóstico entre esta forma de la peste y la pneumonía vulgar; cosa difícil, porque en realidad la pneumonía pestosa no presenta ningún signo culminante que pueda definirla categóricamente; sólo el análisis microscópico de los esputos, unido á los caracteres clínicos, permiten afianzar el diagnóstico, no exento de dificultades.

La duración de la pneumonía pestosa es variable; ordinariamente es de tres á cinco días, prolongándose raras veces hasta nueve y más días, sobre todo los casos tratados por el suero anti-pestoso.

La terminación, casi siempre fatal, es producida por los progresos del coma ó por síncope cardíaco.

La existencia de una peste gastro-intestinal, debida á la infección por la vía digestiva, es admitida por muy pocos autores, si quiera pueda invocarse en su favor el hecho de haber encontrado Wilm el bacilo en las deyecciones de algunos atacados, así como los casos análogos de Galeotti y Polverini y el de una autopsia de Bombay, en la cual los únicos ganglios tumefactos eran un grupo de los mesentéricos (Netter.)

Hogel admite la existencia de la por él llamada *peste abdominal*, presentando cinco observaciones, en las cuales los síntomas fueron: escalofríos, fiebre, dolor de vientre, vómitos, diarrea y meteorismo. Al mismo tiempo se podía apreciar la sintomatología general y marcha de la peste clásica.

DR. J. SEGARRA.

(Continuará.)

Prensa y Sociedades médicas

Resección del simpático en las epilepsias esenciales generalizadas.—*M. Vidal:* La resección del simpático se halla fisiológicamente justificada cuando la anemia cerebral interviene como factor auxiliar en los fenómenos epilépticos.

Ciertas epilepsias tóxicas parecen llamadas á aprovecharse de la resección del simpático, pues una intoxicación harto leve para desencadenar la crisis puede resultar auxiliada por la irritación mecánica del simpático, irritación anemianta, es decir, excitatriz para el córtex; otras veces, un veneno vasoconstrictor actúa directamente sobre la irritabilidad celular, é indirectamente por vasoconstricción anemianta; en ambos casos, la simpatectomía suprimirá uno de los dos factores de la irritación cortical.

Esta intervención se halla formalmente contraindicada en las epilepsias que dimanen de la compresión cerebral, en razón á que aumenta primitivamente el volumen del cerebro y, secundariamente, el edema seroso, que es tan frecuente en semejante caso.

Las dificultades del diagnóstico etiológico de las epilepsias esenciales hacen útil—desde el punto de vista de las contraindicaciones á la resección—el empleo previo del nitrito de amilo, que produce transitoriamente en los enfermos los efectos de la resección. Hay que reservar la operación para los sujetos felizmente influidos por inhalaciones hechas durante los pródromos de la crisis, y parece indispensable abstenerse si el nitrito de amilo agrava ó provoca el acceso.

(XIII Congr. francés de cir.)

*
*
*

Resección ileo-cólica.—*M. Bouilly:* En un caso de obstrucción intestinal por estrechez del segmento ileo-cólico del intestino, en una mujer joven, sana en apariencia, y que acusaba desde hacia algunos años ciertos trastornos, cuyo origen parecía ser apendicular, hice la resección del apéndice. Este presentaba alteraciones antiguas, acompañadas de lesiones pericecales inflamatorias, igualmente muy antiguas. Algún tiempo después, abrióse un absceso estercoráceo y dejó una fistula intestinal, por la cual practiqué sin éxito dos tentativas de cura. En una operación más larga, noté la existencia de una estrechez intestinal y efectué entonces una resección del segmento estrechado; la curación fué obtenida sin incidente. El examen histológico ha demostrado que se trataba de una estrechez, de origen simplemente cicatricial.

En un segundo caso, en otra mujer joven atacada de tuberculosis apendicular, hice en una primera intervención la resección del

apéndice. Seis semanas después manifestáronse de nuevo los accidentes intestinales, al mismo tiempo que se percibía en la fosa ilíaca un tumor bastante voluminoso. Una segunda operación ha consistido en una resección en grande escala del asa ileo-cólica; para que la duración de la intervención fuera más corta, empleé el botón de Murphy, el cual dió un resultado mediocre, pues determinó un esfacelo del intestino, seguido de fistula; el estado general de la enferma ha mejorado considerablemente y, en la actualidad, es bastante satisfactorio.

M. Doyen: Por mi parte, hace algunos años operé un caso análogo al primero de los dos hechos que Bouilly acaba de relatar. En la resección del asa ileo-cólica, yo cierro las dos extremidades á tenor de mi procedimiento de aplaste, seguido de una doble sutura en forma de bolsa, y practico luego la anastomosis lateral. Las resecciones extensas del ileon, que he tenido que practicar en algunos casos, han dado lugar á veces á la producción de diarrea, razón por la cual yo me pregunto si, en ciertos casos de estreñimiento rebelde, se obtendrían tal vez buenos resultados por medio de una simple enteroanastomosis, establecida á cierta distancia de la válvula ileo-cecal.

M. Tédénat: En Junio de 1895 operé á un hombre de 40 años, atacado de tuberculosis intestinal; resequé los últimos 20 centímetros del ileon, que estaban atiborrados de tubérculos, y efectué el abocamiento al ciego. Desde mi intervención, el enfermo se ha sostenido en su curación.

En una mujer de 30 años, he hecho la resección del asa ileo-cólica por causa de una tuberculosis ileo-cecal, y la curación persiste desde hace treinta y ocho meses.

Por último, en Noviembre de 1896 practiqué la misma operación en un hombre de 68 años, el cual continúa hoy igualmente en muy buen estado.

(XIII Congr. francés de cir.)

*
**

Vitalidad de los microbios en las paredes.—El Dr. Vitor de Bosco, higienista italiano, estudió últimamente el tiempo durante el cual fueran peligrosos para el contagio los productos mórbidos abandonados por los enfermos en las habitaciones, cuando éstas no han sido desinfectadas. Bajo el punto de vista de la supervivencia de los gérmenes patógenos, encontró notables diferencias, según la naturaleza de revestimiento, sequedad y humedad de las paredes.

De una manera general, admite que las paredes revestidas de barniz ó estucadas, son las que favorecen en menor grado la persistencia de la vitalidad de los microbios; y las paredes ordinariamente blanqueadas secas, gozan de un considerable poder de auto-depuración. El bacilo de Eberth, el vibrión colérico y el diplococo de la neumonía, depositados en tales paredes, mueren en un período

de tiempo no menor de veinticuatro horas; el bacilo de la difteria no vive más de siete días; en cambio el bacilo de la tuberculosis puede vivir dos ó tres meses. En las paredes húmedas viven por más tiempo: el de la fiebre tifoidea tres días, el de la difteria un mes, el de la neumonía quince días, y el de la tuberculosis de seis meses á un año.

(*La Tribuna Médica.*)

* * *

Curación en el campo de batalla.—En una conferencia leída en una reunión de la Sociedad Médica Americana de Chicago, el doctor Senn manifestó que dos cosas ha demostrado la guerra greco-turca, á saber: el valor del paquete individual antiséptico en la prevención de la infección de las heridas y la importancia de la inmovilización inmediata de las fracturas por armas de fuego.

Propuso que el paquete de primera curación en campaña se compusiera de dos planchuelas de tela inglesa (algodonada) comprimida, de 4 pulgadas de ancho por 16 de largo, esterilizadas y dobladas en dos, una cucharadita de polvo borosalicílico, encerrado en una tela aséptica, una pieza de gasa esterilizada de 44 pulgadas cuadradas, arrollada de manera que corresponda en tamaño con el de las compresas, y dos alfileres de gancho, todo ésto encerrado entre las dos piezas de tela inglesa, y el conjunto envuelto en una lámina de estaño, y dos tiras de tela adhesiva de una pulgada de ancho y ocho de largo. El total deberá estar cosido dentro de una cubierta impermeable.

Al usar el paquete debe aplicarse: Primero, el polvo sobre la herida; luego se coloca una compresa de tela algodonada, se sujeta con las telas adhesivas y se coloca la gasa por encima.

Si fuera necesario vendar dos heridas al mismo tiempo, como sucede con frecuencia en las heridas de guerra, el paquete se divide en dos partes iguales, sin que esta división del paquete disminuya el valor de la curación.

La pequeña hemorragia producida en las heridas de bala de pequeño calibre, satura pronto una parte de la curación, la que por evaporación convierte pronto el polvo antiséptico y el algodón en una costra seca, que protege, perfectamente bien, la herida contra la infección.

Muchísimos Cirujanos militares han manifestado recientemente su opinión de que el paquete de curación individual debía ser aplicado siempre por los Médicos; pero Senn cree que ésto es insostenible durante una guerra, á causa de que el número de heridos excederá de ordinario en mucho la capacidad de trabajo del limitado número de Cirujanos.

Llega á las siguientes conclusiones:

- 1.^a El paquete de curación individual es indispensable en el campo de batalla en la guerra moderna.
- 2.^a El paquete debe ser suficientemente compacto y liviano, á

fin de no producir ningún inconveniente al soldado ó estar en desacuerdo con las ordenanzas militares.

3.^a La venda triangular de Esmarch es de gran valor en la Escuela de instrucción, pero es inferior en el paquete de curación individual á la venda de gasa.

4.^a La aplicación de la primera curación con el paquete debe hacerse lo más pronto posible después de recibida la herida, pudiendo encargarse de ésto, con toda seguridad, un competente cuerpo de enfermeros.

5.^a Cuando el paquete de curación individual se emplee detrás de la línea de fuego, es necesario no quitar la ropa colocada encima de la parte herida; debe colocarse sin remover la ropa situada sobre la parte herida y asegurarse á la superficie de la piel con la tela adhesiva. El vendaje debe ser colocado por encima, y no por debajo de la ropa, á fin de mover lo menos posible al herido y evitar la infección por las manos.

6.^a La primera curación debe ser y permanecer seca, por lo cual es inútil el empleo de impermeable, que impide la libre evaporación de la secreción de las heridas.

7.^a Es inútil remover innecesariamente la primera curación; pero si se observa algún defecto en ella, debe corregirse en el primer puesto de socorro.

(*Phil. Méd. Jour.*)

*
*
*

Poliadenomas del intestino grueso.—Independientemente de los adenomas del recto, descriptos con el título de pólipos, existe una afección—por lo demás bastante insólita—en la cual las producciones adenomatosas no se localizan en el recto, sino que se extienden á toda la superficie del intestino grueso; esta afección, designada por Quénu y Landel con la denominación de *poliadenoma*, es conocida en Alemania con los nombres de *poliposis del intestino grueso*, de *colitis poliposa* ó de *poliposis intestinal adenomatosa*, y en Inglaterra con los nombres de *adenomas múltiples del colon v del recto* ó de *pólipos diseminados*.

Ordinariamente se encuentran en los casos de poliposis intestinal producciones adenomatosas en todas las fases de su evolución, de suerte que pueden ser estudiadas desde que aparecen hasta su completo desarrollo. Según los autores del presente trabajo, el punto de partida del neoplasma parece ser una región de la mucosa relativamente sana, contra la opinión de Rokitansky, quien supone que los pólipos múltiples toman origen en los bordes de ulceraciones, causadas las más de las veces por la disentería crónica.

La coexistencia de los poliadenomas y del cáncer es relativamente frecuente, puesto que, sobre 42 observaciones que han llegado á reunir, Quénu y Landel notan 20 veces la presencia de uno ó varios neoplasmas que acompañan la poliposis. Estudiando los hechos de esta última categoría, se vé casi siempre sobrevenir el

cáncer muchos años después de la aparición de la poliposis; y como el examen histológico muestra á menudo la estructura adenomatosa y la estructura epiteliomatosa reunidas en un mismo pólipo, se puede considerar como incontestable el origen adenomatoso del cáncer en la poliposis.

Al revés de los monopólipos adenomatosos, los poliadenomas se desarrollan con menos frecuencia en la infancia. En la estadística que sirve de base á los autores de este trabajo, más de la mitad de los casos se observan antes de la edad de 31 años y pasados los 16 años. Regístranse sólo cuatro hechos á una edad inferior á los 16 años y ocho después de los 45. Sobre 37 casos en que el sexo aparece indicado, aparecen 23 en el hombre y 14 en la mujer.

Con frecuencia, las observaciones dejan de ser explícitas sobre los antecedentes y sobre los trastornos digestivos preexistentes. En algunas, sin embargo, se nota una diarrea antigua; en otras, los síntomas de poliposis múltiples van precedidos por los signos de un monopólipo ó de un prolapso rectal, sin que pueda precisarse con claridad el punto de partida entre las lesiones que han precedido la aparición de los pólipos y el desarrollo de estos últimos. Por otra parte, es de notar que muchos enfermos no han presentado antes de la aparición de los accidentes característicos ningún sin toma intestinal ó han tenido únicamente trastornos poco acentuados, tales como estreñimiento ó ligeras hemorroides.

La poliposis múltiple se traduce de ordinario por tres síntomas principales: diarrea, hemorragias y fenómenos dolorosos; más adelante sobreviene una alteración del estado general. La diarrea es muy abundante, repitiéndose las evacuaciones hasta 15 y 20 veces en veinticuatro horas y resistiendo á todas las medicaciones habituales; unas veces las materias están mezcladas con sangre y moco, otras veces están exclusivamente compuestas de viscosidades más ó menos teñidas de sangre, ó bien aún de sangre alterada ó no, y más ó menos abundante. Los fenómenos dolorosos faltan á veces completamente; pero, en general, los enfermos acusan dolores violentos en el bajo vientre ó en los costados.

La frecuencia de la complicación cancerosa bastaría para ensombrecer el pronóstico de la poliposis múltiple; pero la verdad es que, sin ella, el pronóstico de la afección es ya de suyo grave, tanto por los desórdenes generales que acarrea la enfermedad entregada á sí misma, como por la impotencia de los recursos terapéuticos.

El diagnóstico se basa en la observación directa de las producciones poliposas en el intestino grueso. El tacto rectal permite apreciar la existencia de toda una serie de pólipos blandos y pediculados, cuyo volumen varía del de un guisante al de una cereza; esos pólipos están diseminados ó reunidos por grupos, formando una masa lobulada. Las más de las veces, el dedo los encuentra hasta en los puntos más distantes que le son accesibles; su pediculación es más ó menos completa, y algunos pueden ser sesiles. En general, es desgraciadamente imposible determinar el límite supe-

rior de la implantación de los pólipos; la laparotomía exploradora ha sido practicada con este objeto por Czerny, Retter, etc.

La mayor parte de los Cirujanos han probado de extirpar por el ano todos los pólipos que se hallaban á su alcance. Cada tentativa operatoria dá lugar á positivas mejorías, sobre todo desde el punto de vista de las hemorragias; sin embargo, este resultado no es duradero, dado que la intervención no ha podido interesar sino la ampolla rectal, dejando intactos los pólipos diseminados más arriba; además, prodúcense recidivas *in situ*, es decir, en el mismo punto donde se hizo la extirpación de algún pólipo. La única operación radical sería la extirpación del recto; pero aún así, es necesario que la afección esté limitada á esta porción del intestino grueso, y la verdad es que ésto no sucede á menudo. Cuanto á ejecutar resecciones más extensas, el estado de anemia de los enfermos no se presta mucho á ello.

(Rev. de chir.)

* * *

Corteza de frangula.—Según el Dr. Chaves, sustituye esta corteza á la cáscara sagrada (*Rhamnus Purshiana* D. C.), pues presenta mucha semejanza, y se distingue en que ésta es de color más obscuro, las pecas de la parte externa son más prominentes, su fractura es rosácea ó rojiza, *no amarilla*, y poco fibrosa en la porción liberiana. Además, en esta fractura suele verse una línea blanca y fina, paralela á la superficie, situada cerca del suber ó en cualquier sitio del parénquima ó en los dos puntos, en las cortezas viejas, constituida por células pétreas, aparte de algunos grupos aislados, que pueden hallarse esparcidos por toda la parte media. El sabor es mucilaginoso al principio, y después algo amargo ó acre. Esta es también un purgante muy útil contra el estreñimiento, pero la medicación debe continuarse algunos días, y á veces hasta un mes.

Contiene *frangolina* ó *rhamnoxantina*, la cual ha sido considerada por muchos como el ácido crisofánico, porque adquiere coloración roja con los álcalis.

Castellano, arraclar hediondo, choperas; portugués, frangula, sanguinho da agua, amieiro negro; andaluz, avellanillo; gallego, sanguño; catalán, frangula, verumenut.

Los frutos son purgantes, también la corteza, que además se usa en tintorería. Como hemos tenido ocasión de observar alguna prescripción solicitando el producto, creemos prudente publicar los antedichos datos.

(El Restaur. farm.)

* * *

Inoculación intracerebral del virus rábico.—En el curso de experimentos hechos sobre las inoculaciones virulentas en el cerebro, Leclainche y Morel han tenido ocasión de estudiar los efectos

de la inoculación de materia cerebral en pleno cerebro, inyección perfectamente tolerada, en el conejo, á la dosis de un cuarto de centímetro cúbico de una emulsión bastante espesa, y en el perro, de medio centímetro cúbico de la misma substancia. Para estudiar las modificaciones sufridas por la virulencia en tales condiciones, los autores del presente trabajo han practicado dos series de inoculaciones de conejo á conejo, con virus rábico procedente del perro. La primera serie ha sido de 12 pasajes sucesivos; la segunda no fué continuada sino hasta el cuarto pasaje. Estas inoculaciones intracerebrales permiten acortar rápidamente el período de incubación. En efecto; después de haber quedado estacionaria durante tres pasajes, la virulencia se exalta muy aprisa, y la fase de incubación aparece reducida sucesivamente de diez y seis días á trece días y medio, y hasta á nueve días. Después de algunas oscilaciones, parece fijarse de una manera definitiva en siete días próximamente.

La evolución que sigue la enfermedad es siempre idéntica á poca diferencia. A menudo los trastornos cerebrales abren la escena; el animal está soñoliento, atontado, teniendo la cabeza oscilante ó apoyada contra la pared de la jaula. La parálisis invade luego los miembros anteriores; después se extiende de delante para atrás. En otros casos, los miembros anteriores aparecen atacados inmediatamente. Pero, en general, el cuarto posterior es el que primero resulta invadido por la paresia, la cual no tarda en ir seguida de una paraplegia incompleta, con invasión progresiva de la parte posterior á la delantera.

El cuadro clínico que se observa á seguida de la inoculación de virus rábico en el ojo ó debajo de la duramáter, es idéntico al que produce la inyección intracerebral. La evolución de la enfermedad parece, sin embargo, muy retardada cuando el veneno ha sido inoculado debajo de la meninge. Desde el punto de vista del valor comparativo de la inoculación intracerebral y de la inyección intraocular, conviene observar que la duración del período de incubación resulta notablemente disminuída cuando se recurre al primero de estos métodos. Las diferencias notadas varían, con todo, en límites bastante extensos (uno á siete días), puesto que la incubación puede, en ciertos casos, prolongarse hasta los treinta días. Además, la vía intraocular no es de una fidelidad absoluta. Por esta razón, Leclainche y Morel prefieren, en vez de esta última, y hasta en vez de la inyección debajo de la duramáter, la inoculación intracerebral, considerada por ellos, en razón á la seguridad y á la rapidez de los resultados, como método de preferencia para las inoculaciones hechas con un fin diagnóstico.

(*Ann. de l'Inst. Pasteur.*)

*
* *

La tuberculosis en el ejército.—Las medidas que se toman en el ejército alemán para impedir la progresión de la tuberculosis están basadas en nuestras ideas actuales sobre el papel del bacilo,

al mismo tiempo que atienden á la alimentación, á los cuidados higiénicos, personales, á los vestidos, etc., y sobre todo á la vigilancia en el reclutamiento.

Según las estadísticas de dicho ejército, la frecuencia de la enfermedad quedó estacionaria de 1882 á 1890; aumentó ligeramente en 1890 y 1892, tal vez por razón de la influenza, y desde esta última fecha tiende á disminuir de un modo constante, á pesar del aumento del contingente.

La frecuencia de la tuberculosis en cada Cuerpo, está en relación con la de la misma enfermedad en la región ocupada por aquél; por lo mismo es mayor en las tropas que guarnecen las grandes ciudades. En las tropas propiamente tales, la mortalidad general es más elevada y la producida por la tuberculosis es menor que en los soldados que desempeñan faenas que les obligan á la reclusión (panaderos, músicos, intendencia.) La aparición de la enfermedad es más común durante el primer año de servicio; es más frecuente en los soldados que entran en filas después de los 22 años, siguen los que lo hacen á menos de 20, y la frecuencia mínima corresponde á los que ingresan á los 20 años. 29 por 100 de los soldados que se tuberculizan presentan herencia tuberculosa, 30 por 100 han sufrido antes una enfermedad predisponente, y es de presumir que sufrían una tuberculosis latente en el momento de ingresar en el ejército.

(*Congr. de Berlín contra la tuberc.*)

*
* *

Pleuresia interlobular.—En una lección clínica dada por el Profesor Dieulafoy en el Hôtel-Dieu, acerca del estudio médico-quirúrgico de esta afección, termina por establecer las siguientes conclusiones:

1.^a La pleuresía interlobular es una pleuresía enquistada, purulenta, que se desarrolla entre los lóbulos de un pulmón. Puede ser consecutiva á una neumonía y entonces merece el título de pleuresía metaneumónica; pero las más de las veces es independiente de ella, por lo menos aparentemente, y evoluciona como una enfermedad primitiva;

2.^a Según que la pleuresía ocupe el espacio interlobular por entero ó una parte de él, la cantidad de líquido difiere mucho. Hay pequeños abscesos interlobulares que no contienen sino una cucharada de pus, y hay pleuresías interlobulares que contienen un litro de pus y hasta más. Entre estos dos extremos hay sitio para todos los intermedios;

3.^a La pleuresía purulenta interlobular no es casi nunca tuberculosa; puede depender de diferentes microbios, pero el neumococo es su agente patógeno más frecuente;

4.^a Durante el primer período, es decir, durante ocho á diez días, los lóbulos pulmonares contiguos á la cavidad infectada atraen sobre sí toda la atención; se fluxionan y sufren la influencia

de la *cavidad* cerrada interlobular contigua. La fiebre, el punto de costado, la tos, la opresión, abren la escena; al examen del tórax se nota una región de submacidez difusa, respiración soplante, estertores sonoros y mucosos, roces estertores; entonces nos preguntamos cuál es la parte del pulmón, cuál es la parte del pleura, y la mayor indecisión reina sobre el diagnóstico;

5.^a En una fase más avanzada, habiéndose vuelto el derrame más abundante, los signos se precisan y suministran datos más exactos. Una zona mate y casi silenciosa á la auscultación se forma en la parte posterior del tórax, hacia su parte media, si la pleuresía interlobular ocupa la porción horizontal de la cisura; esta faja de macidez suspendida desciende á la axila y penetra hacia adelante si la pleuresía interlobular ocupa la parte descendente y oblicua de la cisura. En este último caso, el corazón está desviado á la derecha, aun cuando el espacio de Traube haya conservado su sonoridad normal;

6.^a Durante la pleuresía interlobular pueden aparecer hemoptisis abundantes y repetidas, aunque el enfermo no sea tuberculoso. Estas hemoptisis, para las cuales propongo el nombre de hemoptisis interlobulares, sobrevienen antes ó después de la vómica y son debidas á ulceraciones vasculares de la pared;

7.^a En una época, que varía entre dos y algunas semanas, la vómica puede hacer su aparición. Raras veces estalla sin anunciarse de un modo ú otro. Casi siempre vá precedida de algunos contados esputos fétidos, precedidos á su vez, durante uno ó dos días, de un olor del aliento, indicio de que la fistula pleuro-bronquial se halla en vías de formación;

8.^a En algunos casos la vómica es abundante, y el enfermo expulsa, en medio de accesos de tos angustiosos y violentos, algunos centenares de gramos de líquido purulento fétido;

9.^a En otras circunstancias, el pus de la cavidad interlobular no es arrojado bajo forma de vómica abundante, sino que aparece fraccionado y expelido bajo forma de esputos, semejando la broncorrea de la dilatación bronquial ó la expectoración una bronquitis fétida;

10. Si la vómica ha sido abundante, nóntanse habitualmente, á la auscultación, signos cavitarios, soplo hueco, gruesos estertores, gorgoteo;

11. Al evacuar el foco infeccioso, la vómica puede provocar la curación espontánea de la pleuresía interlobular. Pero si la fiebre y los síntomas de infección persisten á pesar de la evacuación del foco (evacuación insuficiente), el tratamiento médico debe ser abandonado, pues no sirve entonces sino para hacer perder un tiempo precioso, y hay que acudir sin demora á la intervención quirúrgica.

(*La Sem. Méd.*)

Terapéutica del ectima infantil parasitario.— El Doctor Daucher aconseja: 1.º, desprender las costras por medio de cataplasmas de fécula de patata, cubiertas con hule de seda. Si es preciso se usan compresas de gasa, mojadas en la preparación siguiente:

Glicerolado de almidón.....	30 gramos.
Precipitado blanco.....	50 centigramos.
Sulfato de sosa.....	5 gramos.

2.º Si las costras tardan en caer, se dá al tercer día un baño gelatinoso. Si las heridas son atónicas se prefiere el baño siguiente:

Especies aromáticas:

Sauco.....	} áá 50 gramos.
Romero.....	
Serpol.....	
Espliego.....	
Hisopo.....	
Ajenjo.....	
Menta.....	
Corteza de encina.....	

Se infunden durante una hora en 10 litros de agua hirviendo, que se mezcla con la del baño.

3.º Al salir del baño, cura seca con polvo secante (sulfato ferroso) ó con traumatol (15 gramos.)

4.º Por la noche se envolverán los miembros con compresas mojadas en vino aromático.

5.º Antes de considerar curado al niño se darán fricciones varias noches sobre los puntos sospechosos con la pomada siguiente:

Ácido fénico nivoso.....	30 centigramos.
Vaselina.....	} áá 15 gramos.
Almidón.....	
Bálsamo del Perú.....	5 —

(*Journal de clinique et de thérap. infantiles.*)

*
**

Muerte repentina durante la cloroformización.— El doctor Wamtschek refiere el siguiente caso: Un niño de 3 años tenía en la cara interna del muslo derecho un escrofuloderma del tamaño de medio duro, el cual había resistido á todos los tratamientos. En vista de que era el único foco que existía en todo el cuerpo, se decidió á extirparlo. La operación se practicó en medio de la anestesia cloroformica. Después de excindida la formación patológica por medio de un corte oval, y cuando ya se iba á suturar la herida, se suspendió de pronto el pulso, dejó de dar sangre la superficie cruenta, palidieron la cara y los labios, la respiración se hizo superficial, y al fin se suspendió por completo, siendo inútiles las tentativas que durante siete cuartos de hora se practicaron para devolver la vida á la criatura.

La anestesia se había llevado á cabo con un cloroformo puro, del cual se habían consumido $4\frac{1}{2}$ gramos. Del resultado de la autopsia deduce el autor que la muerte fué debida á una constitución

anormal del cuerpo, ó sea á un estado linfático, que es causa de que el organismo presente menos resistencia á toda influencia nociva de acción repentina, y es indudable que la anestesia clorofórmica debe calificarse de este modo. El autor cree que si se hubiera empleado la anestesia local, quizá hubiese ocurrido el mismo accidente desgraciado al practicar el primer pinchazo con la jeringa de inyección.

Como prueba de la existencia de un estado linfático en el caso actual, aduce el autor los datos siguientes: Las tonsilas eran muy prominentes, y lo mismo sucedía con las nudosidades linfáticas que hay en la base de la lengua y en la faringe. El timo tenía 7 1/2 centímetros de largo, 7 de ancho, hasta 6 de grueso en algunos puntos, y pesaba 26 gramos. Las válvulas de la aorta eran muy delgadas, lo mismo que la túnica interna de esta arteria, que no parecía engrosada. El bazo estaba aumentado de volumen. Los folículos eran muy prominentes. Tanto los folículos solitarios como los agrupados del intestino, estaban aumentados de tamaño, pero la mucosa presentaba en todo lo demás sus caracteres normales. Los ganglios linfáticos del mesenterio estaban también muy hipertrofiados.

(*Prager. med. Wochenschr.*)

* * *

Medicación cacodilica.—*M. Gautier*: Cuando las preparaciones cacodilicas son administradas por la boca ó dadas en inyecciones rectales, no es raro observar al cabo de algunos días fenómenos de intolerancia: el enfermo acusa pesadez y calambres en el epigastrio, algunas veces desórdenes intestinales, y, además, su aliento toma con frecuencia un olor aliáceo. Estos fenómenos pueden persistir algunos días después de la supresión del medicamento.

He notado igualmente que en los sujetos cuyos riñones están perfectamente sanos y, con mayor motivo, en aquéllos cuyos riñones son incompletamente permeables, la ingestión prolongada de ácido cacodílico puede determinar una albuminuria más ó menos persistente.

En razón á estos inconvenientes, debidos á la reducción incompleta del ácido cacodílico en su trayecto á través del tubo digestivo, he renunciado desde hace algún tiempo á administrar este medicamento por las vías bucal ó rectal, y no lo empleo más, sino bajo la forma de inyecciones hipodérmicas. De esta manera se evita no solamente el olor aliáceo del aliento, sino también todos los otros accidentes de la medicación arsenical.

De lo que se trata luego, es de hallar un buen medicamento; se le reconocerá en los caracteres siguientes: el ácido cacodílico puro es cristalizado, blanco, inodoro, apenas ácido al paladar. El cacodilato de sosa puro no debe precipitar por el nitrato de plata; no debe tampoco precipitar después de agitación con una mezcla de sal amoniaca, de amoniaco y de sulfato de magnesia.

Se encuentra actualmente en el comercio ácido cacodílico y cacodilato de sosa, que responden á estos caracteres de pureza.

Para el uso médico, es más sencillo recurrir al cacodilato de sosa y formular la solución que hay que inyectar del modo siguiente:

Cacodilato de sosa puro.	6 gr. 40 centigr.
Alcohol fenicado.	X gotas.
Agua destilada.	100 c.c.

Hágase hervir un instante, restablézcanse los 100 c.c. y viértase en un frasco esterilizado.

Cada centímetro cúbico de esta solución corresponde á 0 gr. 05 centigramos de ácido cacodílico, es decir, á la dosis media que conviene al adulto en una vez y por veinticuatro horas, dosis que se puede duplicar, en general, sin inconveniente, con tal que se deje descansar al enfermo, cada ocho ó diez días, durante un lapso de tiempo igual á aquél durante el cual ha recibido el medicamento. Si hay tendencia á las congestiones y, en la mujer, en los períodos menstruales, es preferible, para evitar complicaciones, suspender algún tiempo el uso de la medicación cacodílica.

(*Acad. de Medic. de Paris.*)

* * *

La salud de las tropas.—Hé aquí cómo explica Sternberg las epidemias que diezmaron á las tropas norteamericanas en los campos de instrucción en que fueron reunidas antes de ser enviadas á Cuba.

El Cirujano general cree que la reducción de la edad (hasta 18 años) para ingresar en el ejército tuvo notable influencia en el aumento de las enfermedades, y establece que los jóvenes de menos de 21 sucumben fácilmente á las fatigas de la guerra.

La falta de conocimientos apropiados en los Médicos que prestaban servicios en las tropas voluntarias, fué la causante del verdadero desastre sanitario sufrido por las tropas desde que acamparon.

Los Médicos salidos de la práctica civil carecían de la preparación suficiente y no supieron llevar á cabo las reglas más elementales de la higiene militar, y así se vió que ni uno sólo de los campamentos, levantados á toda prisa para recibir á los voluntarios, pudo escapar á las influencias nocivas que hacen sentir su acción donde quiera que haya aglomeración y falta de higiene en las tropas. Los Médicos, lejos de remediar este estado de cosas, lo consideraban como consecuencia natural de la vida de campamento y se resignaban á sufrir sus inconvenientes, y así sucedió que las tropas que estaban en excelentes condiciones para entrar en batalla, sucumbían á fatigas y á las condiciones de insalubridad de sus campos de instrucción.

El primer mal lo constituía la aglomeración en los campamentos. Aun cuando tenían á su disposición suficiente espacio, parecía que intencionalmente se hubiera querido reducir el concedido á

cada regimiento, que ocupaba á veces apenas el que hubiera sido suficiente para una compañía.

Como consecuencia de ésto, había falta de ventilación, las calles eran excesivamente estrechas, y se convirtieron, una vez que su manto de hierba se gastó por los pies, en lodazales ó en caminos cubiertos por una espesa capa de polvo, según el tiempo que reinase. Todo ésto constituyó un gran mal; pero el grave inconveniente sanitario que resulta de la aglomeración, es que los residuos de las cocinas y los excreta de las letrinas están demasiado próximos de las habitaciones.

El olor á materia fecal se percibía en muchas de las calles de los campamentos, y en algunos regimientos llegó á constituir una verdadera calamidad.

Esta reducción de espacio tenía como consecuencia inmediata la imposibilidad de usar letrinas de un tamaño apropiado para cada compañía.

Un batallón tenía que usar de una letrina insuficiente para una compañía, y era imposible mantener estos pozos en buenas condiciones cuando los usaban tantos hombres.

No era posible cubrir las deposiciones á su debido tiempo de una manera satisfactoria, pues mientras se verificaba ésto se volvían á hacer nuevos depósitos de materia fecal.

No siendo posible por falta de espacio construir suficiente cantidad de letrinas, aun á una conveniente distancia, al frente ó á los flancos del campamento, las letrinas pequeñas se llenaban con mucha rapidez y debían reemplazarse por nuevos pozos; de manera que al poco tiempo todo el frente del campamento se había convertido en un almacigo de letrinas.

Una vez que se comprendieron los inconvenientes de esta situación, se trató de remediarlos, estableciendo una policía sanitaria estricta; pero la densidad de la población militar impedía mantener un estado sanitario bueno.

No solamente había aglomeración de gente en el campamento, sino además dentro de las carpas habitaban excesivo número de hombres, de cuatro á siete individuos en un espacio de siete á ocho pies. Carecían de camas; la ropa que poseían, en condiciones de desaseo sumamente grande; así que estas tropas estaban sujetas á la mayor parte de las fatigas é inconvenientes de una campaña activa, mientras que nominalmente gozaban de las ventajas de un campo fijo de instrucción,

Los soldados solamente frente al enemigo se les puede permitir dormir en el suelo durante semanas, bajo abrigos insuficientes y con pocas facilidades para la limpieza personal.

En campaña hubieran cambiado, de tiempo en tiempo, de campamento, librándose de la influencia perniciosa de la acumulación de inmundicias, y hubieran tenido oportunidad de bañarse al pasar ó acampar cerca de los arroyos.

Este estado de cosas duró hasta que se llamó la atención del Mi-

nistro de la Guerra por Inspectores médicos enviados *ad hoc*, pero no antes que la infección tifoidea hubiera hecho presa de las tropas, y se manifestara aún con violencia en los nuevos campamentos elegidos.

La primera manifestación del peligro la constituyó el establecimiento de una epidemia de diarrea en los campamentos, debida, en parte, al enfriamiento que sufrían los soldados acostándose después del ejercicio en el suelo limpio, así como también á la uniformidad de la dieta á que estaban sometidos y á la ingestión inconsulta de refrescos y golosinas, expendidas por los vivanderos ó enviadas por los amigos.

Poco después empezó á hacer víctimas la fiebre tifoidea; casos esporádicos aparecieron en Mayo y Junio, para constituir una verdadera epidemia en Julio. La causa primordial de la epidemia residía en las condiciones de insalubridad general, común á todos los campamentos, y que ya se han descripto. En la época en que estalló la fiebre tifoidea, los campamentos sufrían de una verdadera plaga de moscas.

Nubes de estos insectos pululaban sobre las materias fecales é inmundicias de toda clase, depositadas en el suelo, pozos y letrinas, y de allí iban conduciendo materiales putrefactos é infecciosos á los alimentos que esperaban la preparación conveniente ó que estaban ya preparados.

Como indudablemente la propagación de la fiebre tifoidea se debe al uso de agua contaminada, el Cirujano general dió una circular recomendando el uso de agua hervida para beber.

Otra circunstancia que contribuyó grandemente á propagar la infección tifoidea la constituyó la gran cantidad de polvo en que estaban envueltos los campamentos, polvo procedente del barro infecto resultante de lluvias anteriores, que habían hecho rebosar las letrinas y que luego el sol se había encargado de secar. Las tropas acampadas contra el viento sufrieron extraordinariamente de la fiebre.

(*Anales de Sanidad militar de Buenos Aires.*)

* * *

Tratamiento de la morfínomania.—*M. Joffroy* comunica la observación de un hombre de 27 años, quien, estando en América, vióse obligado, con un fin terapéutico, á recurrir al uso de la morfina.

Durante cuatro años, la dosis de esta substancia que tomó diariamente varió entre 0 gramos 05 y 0 gramos 10 centigramos; pero más adelante fué aumentándola progresivamente hasta llegar á 0 gramos 75 centigramos. Cada vez que el enfermo carecía de morfina, ofrecía accidentes graves de abstinencia. Entonces se decidió á regresar á Francia para hacerse tratar. Al efecto, ingresó en el servicio de Magnan, donde le fué aplicado el método de la supresión gradual. Salió curado al cabo de unos cincuenta días, pero no

sin haber presentado varios accesos de excitación maniaca durante la demorfinización.

Dos meses después, ese hombre volvíase de nuevo morfinómano y, decayendo cada día más su salud, ingresó, en Septiembre de 1898, en el servicio de Joffroy.

El enfermo se hallaba en esa época en un estado de profunda caquexia; su tez era pálida y de color terroso, no pesaba más que 62 kilogramos, y presentaba, además, á nivel de los dos vértices, signos de tuberculosis pulmonar incipiente.

Una primera tentativa de demorfinización semi-brusca fué seguida de accidentes graves (pulso filiforme, amenazas de síncope, etcétera); en su vista, se persuadió al paciente de que, antes de empezar una nueva cura, era necesario someterle á un régimen reconstituyente y de que durante este período se le seguiría inyectando cada día su ración habitual de morfina, ó sea 0 gramos 50 centigramos. Así se hizo; después, cuando el enfermo hubo recobrado fuerzas, cuando su peso, que era de 62 kilogramos, hubo llegado hasta 71 kilogramos, se le sometió, sin prevenirle é ignorándolo todo el personal del servicio, al método de demorfinización de Erlennmeyer. Quince días después se hallaba completamente demorfinizado, sin haber presentado el menor accidente, y su sorpresa fué grande cuando supo que estaba curado.

De este hecho y de muchos otros análogos por él observados, el orador cree poder deducir los siguientes preceptos:

1.º No debe ensayarse nunca de demorfinizar á un sujeto caquético; hay que restablecer previamente su nutrición, restaurar sus fuerzas, remontar su estado general.

2.º Hay que dejar ignorar completamente al enfermo y al personal que le rodea ó le cuida el momento en que empieza la cura de reducción, y continuarla hasta la supresión completa del tóxico, dejándole creer que recibe siempre la misma dosis de morfina. De este modo se evitarán los accidentes de la supresión, accidentes cuya gravedad está en razón directa del terror que esa supresión inspira al morfinómano.

M. Rendu: La influencia del elemento moral sobre una producción de una parte, por lo menos, de los accidentes de la demorfinización, es incontestable. Yo he conocido en otro tiempo á un morfinómano, cuyos dolores se calmaban merced al simple simulacro de una inyección hecha con una jeringa que no contenía ningún líquido y que, una vez introducida, se hacía maniobrar como si lo contuviera.

M. Sivedey: Por mi parte, he tenido ocasión de tratar á una enfermera que, para calmar los dolores que le producía una úlcera del estómago, se hacía inyectar cada día de 0 gramos 08 á 0 gramos 10 centigramos de morfina; bruscamente, y sin saber nada la enferma, reemplacé las inyecciones de morfina por inyecciones de agua salada. La paciente no advirtió esta sustitución y sus dolores desaparecieron, sin embargo de que se hallaba efectivamente ata-

cada de una úlcera, como evidenció la autopsia algún tiempo después.

(*La Sem. Méd.*)

*
*
*

Masaje en la enfermedad de Basedow.—El Dr. Zabłudowski (de Berlín) obtiene en los basedowianos, sobre todo si presentan un bocio de consistencia blanda y animado de pulsaciones, una mejoría sensible de los principales síntomas morbosos merced al masaje del cuerpo tiroides, combinado con presiones vibratorias sobre el trayecto de ciertos nervios y con la gimnástica pasiva.

Con las dos manos se ejecuta un amasamiento enérgico del bocio, en dirección horizontal y vertical, como si se tratase de exprimir una esponja. Estas compresiones son bien soportadas, á condición de no interesar todo el cuerpo tiroides á la vez, sino primeramente una mitad de la glándula, luego la otra. En los sujetos muy sensibles, este amasamiento es practicado con una mano, en tanto que con la otra se golpea la columna vertebral, maniobra que ejerce una influencia sumamente favorable sobre la taquicardia. En seguida se procede á presiones vibratorias é intermitentes, ejercidas con los dedos á nivel de las partes más accesibles de los nervios neumogástricos, grandes simpáticos, occipitales, cervicales é intercostales. Por último, se pasa á los ejercicios de gimnástica pasiva, cuyo objeto es fortalecer los músculos del tronco y de los miembros, los cuales músculos, en los basedowianos, se hallan debilitados por el hecho de los trastornos de la nutrición.

Al cabo de cuatro á seis semanas de este tratamiento, disminuyen las palpitations del corazón y las crisis sudorales, al mismo tiempo que el estado general se mejora y que la fuerza muscular aumenta de una manera manifiesta.

(*La Sem. Méd.*)



FÓRMULAS

369

Oxido de zinc.....	} á á	50 centigramos
Almidón en polvo.....		75 »
Protargol.....		8 gramos.
Vaselina blanca.....		

M. Para aplicaciones en el borde de los párpados.
En la **blefaritis**.

(*Darier.*)

*
*
*

370

Paraldehido.....	10 gramos.
Alcohol á 90°.....	48 »
Jarabe simple.....	60 »
Tintura de vainilla.....	2 »
Agua destilada.....	30 »

M. Para tomar tres ó cuatro cucharadas, con media hora de intervalo, por las noches.

En el **insomnio nervioso.**

(Ivon.)

* *

371

Salicilato de methylo.....	2 gramos.
Oxido de zinc.....	{ áá 20 »
Vaselina.....	

M. Para uso externo.

En el **prurito.**

(Leredde.)

* *

372

Salol.....	{ áá 4 gramos.
Terpina hidratada.....	
Sulfato de codeína.....	

Dividase en 20 paquetes; para tomar uno cada cuatro horas.

En la **bronquitis gripal.**

(Solis Cohen.)

SECCION PROFESIONAL

RECLUTAMIENTO.

«Exemo. Sr.: En vista de las comunicaciones que ha dirigido á este Ministerio en 21 y 22 de Abril, 12 y 17 de Mayo últimos, la Comisión mixta de reclutamiento de la provincia de Cádiz, consultando si con arreglo á la Real Orden de 7 de Febrero de 1885, están autorizadas dichas corporaciones para disponer sean sometidos á observación facultativa en los hospitales militares los reclutas que hayan expuesto exenciones físicas ante las mismas, una vez que el Director del de la citada capital se opone á que sufra tal reconocimiento el mozo José Valero García, por no considerarse autorizado para ordenar la observación refe-

rida, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Que los Médicos de la Comisión mixta de reclutamiento de Cádiz, al certificar la necesidad del pase del mozo José Valero García al hospital, faltaron á lo prevenido en el artículo 29 del Reglamento para la declaración de exenciones por causa de inutilidad física, según el cual deberán resolver en definitiva.

2.º Que la Comisión mixta, al hacer suyo el dictamen médico, que es ilegal, se excedió de sus atribuciones.

3.º Que el Director del hospital militar de Cádiz cumplió estrictamente con las suyas, con arreglo á lo legislado; y

4.º Que con los datos que existen sobre el citado mozo debe someterse á un nuevo reconocimiento facultativo, practicándolo los Médicos de la Comisión mixta de reclutamiento, los que se atenderán á lo que dispone el artículo 29 antes referido.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 19 de Diciembre de 1899. —Azcárraga.—Sr. Capitán General de Andalucía.»

VARIEDADES

Para el ingreso, en virtud del examen, en el Cuerpo médico de la Marina civil, que se crea por el capítulo III del Reglamento de Sanidad exterior de 27 de Octubre último, publicado en la *Gaceta* del 29 del mismo mes, se convoca á todos los que, reuniendo las condiciones determinadas en el artículo 60 del mismo, deseen formar parte del mencionado Cuerpo, para que presenten en esta Dirección antes del día 16 del próximo mes de Enero la solicitud de examen.

El artículo 60 dice así: Para ingresar en el Cuerpo médico de la Marina civil es indispensable ser español; estar en posesión de todos sus derechos civiles y políticos; no haber sufrido castigos por faltas graves cometidas contra la policía sanitaria marítima; ser Licenciado ó Doctor en Medicina, aprobado por una de las Universidades del Reino, y demostrar su suficiencia ante un Tribunal nombrado por el Ministro de la Gobernación, de las materias siguientes: Geografía comercial y marítima.

Leyes y Reglamentos de policía sanitaria marítima internacional, y muy en particular de la legislación española.

Epidemiología en general, y con la extensión necesaria por lo que respecta á la profilaxis del cólera, fiebre amarilla y de la peste, y en las aplicaciones prácticas de los Reglamentos contra estos azotes. Bacteriología; idioma francés.

Servirá de recomendación especial el conocimiento del inglés, del italiano, del alemán ó de otros idiomas, y el poseer diploma ó certificado de haber practicado con provecho en los Institutos bacteriológicos y Laboratorios del Estado.

*
* *

PREMIOS.—La Academia Médico-Quirúrgica Española abre concurso sobre el siguiente tema:

Diagnóstico diferencial de los estados patológicos constituidos fundamentalmente por un aumento de volumen del hígado.

El premio consistirá en 250 pesetas y el título de socio corresponsal de la misma. Las Memorias optando al premio deberán estar escritas en castellano, portugués, francés, italiano, inglés ó alemán. Quedan excluidos de este certamen los socios de la Corporación.

Las Memorias se dirigirán con sobre al Presidente de la Academia, y dirección á la Secretaría general de la misma, Montera, 22, bajo, donde se expedirá á quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega. El concurso quedará cerrado el 15 de Septiembre de 1900, después de cuyo plazo no será admitida ninguna de las Memorias que se presenten.

*
* *

Las amortizaciones hechas en el Cuerpo, durante el año de 1899 que acaba de terminar, han producido en las distintas clases que se expresan la disminución del personal siguiente: 1 Inspector médico de segunda clase, 7 Médicos mayores, 8 Médicos primeros, 2 Farmacéuticos mayores, 2 Farmacéuticos segundos, 170 Médicos provisionales y 20 Farmacéuticos provisionales.

Como no es bastante el resultado obtenido en un solo año para hacer cálculos sobre el tiempo que ha de durar la excedencia en el Cuerpo, y puede haber muchas circunstancias fortuitas que los modifiquen, imposibles de prever, nos abstenemos por hoy de comentar las cifras anteriores.