LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

LA REDACCIÓN DE "LA CRÓNICA MÉDICA"

dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina, ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO XI

LIMA, MAYO 15 DE 1894.

N.º 129.

SECCION NACIONAL

ENTORSIS VERTEBRAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. — COM-PLICACIONES: ARTRITIS VERTEBRAL, MENINGITIS ESPINAL, MIELITIS COR-TICAL, PSOITIS.—CURACIÓN.

Historia clínica

POR EL DR. JUAN C. CASTILLO,

(Conclusión)

Concluída la relación que antecede, nos preguntamos: ¿Cuál fué la enfermedad que sufrió el señor N. N., y que se presentó de manera tan insidiosa y obscura, y con un cuadro de síntomas tan múlti-

ples como variados?

¿Ha sido un lumbago?—El sitio del dolor al nivel del cuadrado de los lomos; la existencia misma de una orina cargada de sedimentos uráticos; la circunstancia de haberse presentado el dolor después de un esfuerzo; la de exagerarse este dolor con los movimientos del enfermo; su apirexia al principio; su ligera reacción febril después, guardando una intermitencia mal acentuada; todo esto podía hacer creer en la existencia de un lumbago; pero la falta de bilateralidad (sobre todo al principio); la exacerba-

ción del dolor en la posición de decúbito supino, en la que disminuye ó desaparece el dolor del verdadero lumbago; la exageración del dolor por la presión, circunstancia contraria á lo que pasa en aquél; el hecho de que este dolor se despertaba ó se exacerbaba por la presión de las apófisis espinosas de las vértebras, sobre todo por la de la primera lumbar; la forma de paroxismos dolorosos, repitiéndose de dos en dos horas sin que mediase movimiento ni esfuerzo alguno; el estado tetánico ó de contractura de los músculos abdominales y la retracción de los miembros inferiores; todo esto nos hizo alejar del espíritu la idea de la existencia de un lumbago.

un lumbago. ¿Ha sido u

¿Ha sido una nefritis?—Busquemos primero en la etiología si es posible encontrar alguna de las causas que originan con frecuencia esta enfermedad. El enfriamiento es una de las más frecuentes, y no sería imposible que el enfermo lo hubiera sufrido. Debemos recordar también que el señor N. N. tuvo una grave fiebre tifoidea en meses anteriores (6 meses poco más ó menos), enfermedad que, como sabemos, puede originar las nefritis que el profesor Bouchard llama infecciosas, en el supuesto que sean debidas á la eliminación de los microbios ó sus toxinas por

el filtro renal. Admitir esta suposición sería un poco forzado, en atención al tiempo trascurrido. Pero dando como posible la existencia de esas causas para generar una nefritis, veamos si los síntomas observados en el enfermo correspondieron á esta enfermedad.

¿Sería una nefritis epitelial aguda?—En ésta se observa un malestar general, con fiebre intensa, vómitos, dolores lumbares, edemas que principian por la cara, sobre todo por los párpados, orinas escasas, rojizas, hemáticas y albuminosas, no siendo pocos los casos en que la fiebre falta. En este caso han existido algunos de los síntomas indicados, tales como los dolores lumbares con apirexia al principio; pero debemos decir que estos dolores no han tenido ninguno de los caracteres de los que se observan en aquella enfermedad, que, como sabemos, son más ó menos sordos, no se exasperan con los movimientos ni con la presión, ni presentan esos paroxismos dolorosos como en nuestro enfermo. La orina fué roja, casi hemática y notablemente albuminosa, como en la nefritis; pero ya tendremos ocasión de explicar este fenómeno que, por otra parte, no implica siempre la existencia de una nefritis, pues la orina albuminosa puede presentarse en muchos estados patológicos diferentes de la inflamación renal. No hubo, pues, una nefritis epitelial aguda.

¿Se trató acaso de una nefritis parenquimatosa aguda?—En el caso actual han faltado los calofríos iniciales, la fiebre, los vómitos, el anasarca más ó menos generalizado, los catarros laringo-bronquiales, las perturbaciones visuales, la cefalalgia, los epístaxis, el insomnio por la exigencia de la emisión de la orina; sólo se han presentado como síntomas comunes, los dolores lumbares y la orina francamente albuminosa; pero ya hemos demostrado que estos síntomas no

tienen valor suficiente para acreditar la existencia de una nefritis. Por consiguiente, no ha habido una nefritis parenquimatosa aguda.

¿Se ha tratado de un flegmón perinefritico?— Desde luego, en nuestro enfermo ha faltado el calofrío inicial violento, seguido de fiebre alta con sudores abundantes; estado que reviste perfectamente la forma de una intermitente con sus tres estadíos, guardando hasta la periodicidad propia de estas fiebres; la orina ha sido roja v albuminosa, síntoma que no se observa en la perinefritis, en que la orina sólo reviste los caracteres de una orina febril, rara, roja v con sedimentos uráticos. Verdad es que en este caso se ha observado el dolor lumbar que también se observa en la perinefritis, dolor que ha sido agudísimo, que sus accesiones han sido intermitentes y hasta con cierta periodicidad, como en la perinefritis; ha habido también paresia del miembro inferior izquierdo; la cual tratándose de una perinefritis reconocería por causa la compresión que el flegmón ejerciese sobre el plexo nervioso correspondiente. El enfermo ha presentado además la lengua blanca y pastosa, sed, anorexia y constipación; fenómenos propios de la perinefritis, que, analizados en el caso que estudiamos, no han podido referirse á este proceso patológico. Bien sabemos que cuando el organismo humano reacciona bajo la influencia de algún agente ó causa morbosa, puede presentar fenómenos que son comunes á muchos procesos patológicos, y otros que son exclusivos de determinadas afecciones; esto es lo que ha pasado en nuestro enfermo, en el que se han observado síntomas comunes á muchas enfermedades; pero no hemos encontrado ninguno que sea patognomónico de la perinefritis.

¿Hubo litiasis renal?—No es aceptable esta idea, porque el dolor, que ha sido el síntoma primordial, no ha sido unilateral, ni se ha irradiado á la vejiga, al muslo y al testículo, retrayéndolo fuertemente hacia el anillo, ni ha venido acompañado de náuseas y vómitos biliosos, ni la orina se presentó disminuída en cantidad, ni hubo tenesmo vesical angustioso, seguido de la expulsión de pequeña cantidad de orina clara ó turbia, mucosa y sanguinolenta.

¿Habrá sido una pielitis ó pielonefritis?—Sabemos que la litiasis renal es con gran frecuencia la causa de la pielonefritis, y como hemos dicho ya que no existió litiasis, podríamos afirmar que tampoco hubo pielonefritis. Pero sin fijarnos en las causas, diremos que los síntomas observados en nuestro enfermo no han correspondido á esta lesión, puesto que no hubo desde el principio fiebre, ni vómitos, ni hematuria, ni se observaron las modificaciones propias de la orina, como son: reacción ácida, la presencia de moco y pus; substancias que buscamos cuidadosamente, sobre todo la última, valiéndonos del amoniaco como reac-

¿Fué reumatismo espinal?—Este estado patológico se observa raras veces; pero no fué ésta la enfermedad del señor N. N., pues faltó la hipertermia, que se observa desde el principio, y todos los accidentes graves que acompañan á esta manifestación del reumatismo.

¿Fué acaso una luxación de las vértebras lumbares?—No lo creemos, y debemos hacer constar, ante todo, que las luxaciones de estas vértebras jamás se producen por acción muscular exclusiva, sino que siempre son originadas por violencias exteriores. A parte de esta causa etiológica que, por sí sola, es bastante para alejar la idea de una luxación en el caso que examinamos, puesto que no intervino

violencia exterior alguna, veamos si la sintomatología fué la de una luxación. Lo primero que se nota en ésta es la deformación, observándose que la apófisis espinosa de la vértebra luxada y la correspondiente á la vértebra que está debajo, se encuentran separadas por un largo espacio; hay además dolor localizado, no sólo en el sitio de la luxación, sino en toda la región inervada por los nervios que nacen al nivel del sitio de la lesión; se observa además paraplegia y parálisis de la vejiga y de los intestinos; síntomas que no se presentaron en este caso.

¿Se trató quizás de una fractura de las vértebras lumbares?—No nos parece; pues para que tal cosa se hubiera realizado, habría sido necesario la existencia de una violencia exterior considerable, que no se produjo; es verdad que hubo dolor en el momento del esfuerzo, pero ya sabemos también que después de seis ú ocho días, el enfermo estuvo de pie, sin sentir la menor molestia, trascurriendo así hasta el 9 de marzo (20 á 25 días), que fué la fecha en que sintió, por primera vez, el dolor agudo que inició su grave enfermedad. Tampoco existió deformación de la columna vertebral; pues ni la inspección visual, ni el examen directo paseando los dedos á lo largo del raquis y siguiendo la línea de las apófisis espinosas, pudo revelarnos ninguna salida brusca, ninguna depresión ni desviación lateral; menos existió crepitación, pues ni el enfermo, ni nosotros la sentimos nunca; no existió movilidad, no hubo paraplegia; en una palabra, faltaron todos los síntomas de fractura vertebral, ya se tratara de las apófisis espinosas, ya de las láminas vertebrales ó ya del cuerpo mismo de las vértebras.

¿Fué meningitis espinal traumática?—En ésta se nota, ante todo, un calofrío inicial seguido de fiebre altísima y dolor intenso (raquialgia) en el sitio de la región

afecta, dolor que aumenta con los movimientos y con la presión; hay hiperestesia en una ó en ambas extremidades inferiores, rigidez y contractura de los músculos. cervicales y dorsales; estos músculos pueden ser el asiento de un espasmo tónico tan intenso que puede hacer pensar en la existencia de un tétano; síntomas que pueden matar en pocas horas, como sucede en la forma violenta ó fulminante, y producir el estado tetánico ó la forma hiperestésica. Ninguno de estos síntomas abrió la escena dolorosa de nuestro enfermo. Por consiguiente, no se pudo pensar en la existencia de una meningitis espinal traumática. Sin embargo, nos adelantaremos á anunciar que en el curso de la enfermedad se presentaron síntomas de compromiso de las meninges espinales. Oportunamente explicaremos la génesis de esta complica-

¿Tuvo nuestro enfermo mielitis traumática?-No vacilamos en contestar negativamente, puesto que no hubo calofrío inicial seguido de fiebre, ni el dolor fué obtuso y moderado en el raquis, al nivel de la lesión; y si es verdad que existió dolor que se aumentaba con los movimientos, no sucedía lo mismo por la percusión, ni por la aplicación de una esponja empapada en agua caliente; el enfermo no se quejó de hormigueos, ni tuvo sensaciones de calor y de frio, ni anestesia, ni hubo abolición de la motilidad voluntaria al principio; no hubo escaras sino al fin. Como se vé, faltaron todos los síntomas propios de la mielitis traumática; pero debemos dejar constancia que se presentaron en el curso de la enfermedad, y ya llegará la ocasión de explicar la causa de esta complicación.

¿Fué una psoitis, es decir, la inflamación del músculo psoas ó absceso iliaco subaponeurótico, como algunos lo llaman?—No habria si-

aventurada esta suposición, porque si es cierto que las inflamaciones y supuraciones musculares son raras, no sucede lo mismo tratándose del músculo psoas, que es uno de los que se inflaman y supuran con mayor frecuencia; v, en el presente caso, podría tenerse cuenta, no sólo la textura delicadísima de este músculo, no sólo su papel fisiológico, colocado como se encuentra en una región que puede ser considerada como el centro de los movimientos de locomoción, y en la que dicho músculo está expuesto á violencias de todo género, sino también á la circunstancia muy atendible de que el señor N. N. había sufrido hacía poco tiempo una fiebre tifoidea gravísima, enfermedad que, como sabemos, predispone grandemente á las inflamaciones musculares, y muy especialmente á la del psoas; más aún, nuestro enfermo había forzado considerablemente una de las corvaduras del raquis, violencia en la que debió sufrir el psoas. Dados estos antecedentes, forzoso le fué al médico fijarse en la posibilidad de una psoítis, si bien es cierto que tuvo que desechar pronto esta idea, una vez que comprobó que los síntomas que presentaba el enfermo no correspondían á esta enfermedad.—Efectivamente, uno de los síntomas primordiales en toda psoítis traumática, como debía ser ésta, es la caída al suelo en el momento del esfuerzo, fenómeno que no se realizó en este caso; tampoco arrastró la pierna en los días siguientes al accidente, ni tuvo el cuerpo inclinado hacia adelante, síntoma que se debe á cierto grado de flexión del muslo sobre la pelvis; tuvo, sí, dolor que, como dijimos antes, fué tratado en Valparaiso como reumático (según nos dijo el enfermo); pero este dolor no tuvo los caracteres del que se observa en las psoítis, en las que, como se sabe, principia en los lomos ó en la región iliaca, extendiéndose

hasta el muslo y aún á la escápula, dolores que aumentan con los movimientos del enfermo y sobre todo con la extensión del muslo; circunstancias que no se realizaron en el paciente; tampoco existió la actitud especial del miembro inferior, que consiste en ligera flexión del muslo sobre la pelvis, ni el acortamiento aparente del miembro, ni el tumor en la región del múscalo psoas-iliaco; tumor que, según Marcano, se puede sentir desde el segundo ó tercer día después de los primeros accidentes, encontrándose habitualmente dicho dolor en la ingle, por encima ó debajo del arco de Falopio. La ausencia, pues, de los síntomas más característicos de la psoítis nos hizo rechazar este diagnóstico. Sin embargo, debemos anticipar que en el curso de la enfermedad que sufrió nuestro cliente, tuvimos ocasión de observar síntomas que nos obligaron á creer que la inflamación del músculo psoas sobrevino como complicación.

¿Fué tuberculosis vertebral, es decir, lo que se llama mal de Pott? - Uno de los primeros sintomas del mal de Pott, es la rigidez de la parte enferma de la columna vertebral, rigidez que se debe á la contracción de los músculos del dorso, con el fin de mantener en reposo las partes inflamadas; verdad es que este síntoma se presentó; y al principio de esta historia, hemos llamado la atención sobre cierta tiesura ó rigidez que notamos en el señor N. N., desde un día en que nos encontramos en la calle y cuando no se quejaba de nada. Es cierto que este fenómeno se encuentra como iniciador del mal de Pott; pero en nuestro cliente se debió á otra lesión diferente y en la que es uno de los síntomas principales, como tendrémos ocasión de probarlo. Otro de los síntomas del mal de Pott, es el dolor; síntoma que puede faltar, sucediendo por lo general que falte, y

cuando existe es muy ligero, sordo, profundo, exagerándose por los movimientos y en la noche; en nuestro enfermo hemos referido que el síntoma dominante, el principal fenómeno que abrió la escena, fué un dolor agudísimo, desgarrador, que durante sus accesos lo colocaba en las condiciones más deplorables; dolor que de ninguna manera pudimos referir á la inflamación de los huesos mismos, sino á la irritación que produjo sobre los nervios espinales, la lesión que en nuestro concepto tuvo el señor N. El dolor aquí, pues, no tuvo ningún valor diagnóstico en favor del mal de Pott; tanto más cuanto que el profesor Ficher ha observado con justísima razón, que la raquialgia se presenta más generalmente fuera de todo afecto de la columna vertebral y más bien en los casos en que ésta se halla enferma. La desviación espinal de forma angular, es uno de los síntomas evidentísimos del mal de Pott; este fenómeno ha faltado en nuestro paciente, porque si es verdad que notamos en él una tumefacción al nivel de la apófisis espinosa de la primera vértebra lum. bar, no era una desviación angular, sino producida por el trabajo flogístico verificado en los medios de unión de las vértebras y en el tejido vecino, á consecuencia de la lesión primitiva. En favor de este juicio, podemos hacer presente que esta tumefacción se presentó 20 ó 25 días después de iniciada la enfermedad, tiempo insuficiente para producir la desviación del mal de Pott, sobre todo en la región lumbar, en que su producción es lentísima, á consecuencia de la corvadura normal de esta región; corvadura cuya convexidad es anterior, de manera que es necesario una destrucción muy considerable del cuerpo de las vértebras para que dicha desviación se haga evidente. El éxito de la curación, y el perfecto estado de la columna

después de la enfermedad, testifican claramente que no han tenido lugar tales alteraciones. En el mal de Pott, se observan síntomas que manifiestan el compromiso de la médula y sus cordones nerviosos, tales como: neuralgias, convulsiones, parálisis, etc.; síntomas que se producen cuando las alteraciones de la columna vertebral son bastante avanzadas para comprometer estos órganos delicados é importantes; en el presente caso, se han observado muchos de los fenómenos que dejamos apuntados, pero no han sido originados de ninguna manera por el mal de Pott; su existencia estuvo ligada á otra lesión, como nos será grato demostrarlo. Si el conjunto de estos síntomas que hemos notado en nuestro enfermo, si el análisis minucioso que de ellos hemos hecho, no fuera suficiente para manifestar que la enfermedad del señor N. N. no ha sido el mal de Pott; podremos agregar otras razones de gran importancia. Sabido es que la ciencia médica moderna establece hoy sus entidades morbosas y sus agrupaciones nosológicas, basándose en la etiología y en la anatomía patológica, más que en la sintomatología, como se hacía en otras épocas; si nosotros recurrimos en el presente caso á estas fuentes, veremos que el señor N. N. es un hombre joven, de 26 años, poco más ó menos, ride buenos antecedentes, de constitución fuerte, nacido de padres sanos y que aún viven, con nueve hermanos también sanos; en una palabra, no se descubre en él, ni en sus ascendientes la diátesis escrofulosa, ni tuberculosa; es decir. ninguna de las circunstancias favorables para el desarrollo de la tuberculosis vertebral ó mal de Pott: enfermedad que, por parte, como sabemos, es más bien propia de los niños — Creemos que todas estas razones nos permiten afirmar que hasta el estudio de la etiología está en contra de la

existencia del mal de Pott en el citado enfermo. En cuanto á la anatomía patológica, muy plausible es que en este caso no hayamos tenido ocasión de comprobar de visu, las alteraciones producidas en la columna vertebral de nuestro afortunado cliente.

Pero si no ha sido ninguna de las enfermedades que hemos señalado la que sufrió el señor N. N. ¿cuál pudo ser? En nuestro concepto dicho señor tuvo una entorsis vertebral. Antes de entrar en el análisis de este diagnóstico, veamos primero si en el terreno científico son posibles estas lesiones. Según el profesor Hilton (1), la entorsis ò sea el desprendimiento parcial de las vértebras, es una de las lesiones más frecuentes, lo que se explica perfectamente si se tiene en cuenta que el punto de unión de un cuerpo más elástico con un cuerpo menos elástico tiene que ser uno de los puntos más débiles. El profesor John Lidelle, cirujano del hospital Bellevue de Nueva York, en su importantísimo trabajo sobre las afecciones traumáticas de la columna vertebral, sostiene, á su vez, que las entorsis de las vértebras lumbares son mucho más frecuentes que las de las otras regiones, lo que se debe sin duda á que esta parte del tallo raquídeo goza de movimientos mucho más extensos, estando por lo mismo más expuesta á la distensión ó ruptura de sus ligamentos. Busquemos ahora la etiología de las entorsis y encontrarémos consideradas como causas, en primer lugar los movimientos bruscos y los esfuerzos violentos que pueden distender y romper no sólo los ligamentos que unen las vértebras entre sí, sino también los tendones y fibras de los músculos raquideos. En nuestro, enfermo encontramos palpitantes estas dos causas reunidas; hubo movimientos bruscos en el juego de

⁽¹⁾ On rest and pain. p. p. 47 y 48.

Lawn Tennis, y hubo esfuerzo violento en el momento de incurbar rápidamente hacia atrás el raquis, para esquivar el puntapié que su compañero le dirigía á la región glútea. Vamos ahora á analizar metódicamente el cuadro de síntomas que fué presentando el enfermo y veamos si ellos corresponden á la existencia de una entorsis vertebral, que en nuestro concepto tuvo su asiento en la primera vértebra lumbar. Hemos dicho, en nuestra historia, que después de la violencia ó traumatismo que sufrió el señor N. N., lo primero que sintió fué un vivo dolor en la región lumbar, dolor producido por la distensión ó ruptura de los ligamentos vertebrales que ocasionaron la entorsis. Hemos dicho, también, que pasados algunos días el enfermo volvió á su vida ordinaria, no sintiendo nada hasta su regreso á esta ca pital, donde el 9 de marzo principiaron nuevamente sus sufrimientos de una manera cruel-; Es compatible ese período de tregua con la lesión que creemos haber combatido en el señor N. N.?—Evidentemente sí, y en apoyo de esta aserción tenemos la práctica autorizada del profesor Lidell, quien opina que en los casos de entorsis ligeras, las consecuencias son más desastrosas, pues su poca gravedad permite que pase desapercibida la inflamación que se despierta en esos casos como resultado obligado de la dislaceración de los tejidos; inflamación que no combatida á tiempo, puede dar lugar á artritis, é ir muy lejos haciéndose supurativa y concluir por destruir las articulaciones vertebrales enfermas; alteraciones que vienen acompañadas de una serie de fenómenos complejos, que son la manifestación de la lesión ó compromiso de órganos vecinos importantes. Y según el profesor Hilton, casi todas las afecciones de la columna vertebral, son el resultado de accidentes ligeros, á los que se les da poca importancia.

Justamente es lo que pasó en el presente caso: una lesión ligera, como lo fué al principio, pasó desapercibida por algún tiempo, hasta que se desarrollaron accidentes graves. El dolor vivo, desgarrador, que abrió la escena el 9 de marzo, es un síntoma que corrobora, no sólo la existencia de la entorsis, si que también la de una de sus consecuencias, cual fué la inflamación de los ligamentos vertebrales y demás tejidos dislacerados, de la artritis vertebral, en una palabra, así como la irritación de los nervios espinales; y si recordamos las diversas manifestaciones dolorosas que sufrió nuestro enfermo, veremos que hay perfecto acuerdo con las ideas del profesor Hilton, que dice, que en todo caso de artritis vertebral consecutiva á una entorsis (excepción hecha de las lesiones del atlas y axis) son simétricas las irradiaciones dolorosas. El profesor Fouchet (1) dice que cuando la columna vertebral ha sufrido la exageración de una de sus curvas. es seguro que hay una entorsis al nivel del punto doloroso. La rigidez de la parte enferma de la columna, fué otro de los síntomas que notamos en el enfermo; fenómeno debido á la contracción de los músculos, con el fin de mantener en reposo las partes inflamadas, síntoma que se encuentra también en el mal de Pott. Otro de los síntomas que se notó y que corresponde tanto á la entorsis como á la artritis consecutiva, fué la tumefacción al nivel de la primera vértebra lumbar; también se observó la dificultad de los movimientos, la inmovilidad casi absoluta del enfermo, la semiflexión del tronco con las rodillas algo levantadas, el decúbito lateral que guardó por algunos días; en una palabra, podemos decir que no faltó casi ningún síntoma de los que la ciencia señala en las entorsis vertebrales.

⁽¹⁾ Fouchet, Traité du diagnostic des maladies chirurgicales.

como por otra parte hemos probado que no ha existido ninguna de las enfermedades de que hemos hecho mención, y que pudieran confundirse con una entorsis, estamos perfectamente autorizados para concluir, que esta fué la enfermedad del señor N. N.

Sentado este diagnóstico, necesario es que veamos si en conformidad con él, puede explicarse la diversidad de síntomas que dieron à la enfermedad esa forma compleja y que tanto obscureció su naturaleza. Hemos dicho que hubo en la columna vertebral dolores similares, así como cierta contractura de los músculos del vientre, fenómenos que han sido producidos por la inflamación ó irritación de los nervios espinales correspondientes al sitio de la lesión y la de los músculos interespinosos de la región lumbar, del oblícuo menor, del transverso del abdomen, así como del cuadrado de los lomos, cuyas inserciones lumbares son bastante conocidas. La irritación ó estímulo de estos mismos músculos, puede explicar también la flexión del tronco, así como la aceleración de la respiración; fenómenos que hemos señalado en nuestro enfermo. La presencia de la albúmina en la que también señalamos, orina, puede explicarse muy bien, recordando que el señor Lidell, en su ya citado trabajo sobre traumatismos de la columna vertebral, señala la hematuria como resultado del traumatismo de la región lumbar, en que los riñones pueden sufrir una dislaceración; no siendo extraño, por consiguiente, que la contusión sólo produzca una congestión, en cuyo caso puede presentarse la orina albuminosa; esto es tanto más realizable cuanto que, como se recordará, los riñones están colocados en ambos lados de la columna y precisamente al nivel de la primera y segunda vértebras lumbares, que es donde tuvo lugar el traumatismo de nuestro enfermo. Otros

de los fenómenos que hemos señalado son las contracturas y sacudidas musculares de los miembros inferiores, síntomas que se desarrollaron en el curso de la enfermedad, y que vinieron acompanados de reacción febril intensa, náuseas y vómitos, atestiguando su presencia la evidente existencia del compromiso de las meninmedulares; es decir, una meningitis espinal; complicación ó enfermedad intercurrente, perfectamente explicable en caso de entorsis de las vértebras lumbares, sobre todo cuando no se atiende á tiempo (1). bién hemos señalado como síntomas: el estreñimiento, el meteorismo, la paresia ó semiparálisis de los miembros abdominales, la paresia de la vejiga que llegó á producir una retención durante 26 horas; síntomas todos propios de una mielitis (que por fortuna comprendió sólo una capa muy superficial de la médula); es decir, que nuestro enfermo tuvo como complicación una meningomielitis, que es frecuente en el curso de una entorsis vertebral, ó mejor dicho, de la artritis vertebral que se desarrolla á consecuencia de una entorsis.

Igualmente, hemos hecho notar que en nuestro enfermo se presentaron escaras en la región sacra, en un tiempo relativamente corto, escaras que no podemos considerarlas como aquellas que son producidas por la compresión prolongada en el decúbito supino, combinada con la irritación causada por la descomposición de la orina -y materirs fecales, sino como de naturaleza neurotrófica, lo que sucede cuando hay una excitación morbosa en la médula (2). Que hubo una excitación morbosa en la médula del señor N. N., está fuera de duda; por lo tanto, las escaras que observamos en la región sacra fueron de naturaleza neurotrófica.

⁽¹⁾ John Lidell.

⁽²⁾ Brown Sequard

Hemos señalado también entre los síntomas, el meteorismo y esa especie de peritonismo que tanto mortificó al enfermo, síntomas que bien se explican por la excitación morbosa de la médula y por la perturbación del simpático abdominal, perturbación fácil de concebir, si se tiene en cuenta que los ganglios lumbares de la porción abdominal del gran simpático, reciben ramos comunicantes que les envían los pares raquideos de la región.

Entre los síntomas que presentó el enfermo y que le ocasionaron mayores mortificaciones, produciendo la alarma más grande en los médicos, fueron la hinchazón, rubicundez, pastosidad y dolor agudísimo en la región de la fosa iliaca izquierda, así como también al nivel del trocanter menor del fémur, sitio en que se inserta el músculo psoas. Estos síntomas prueban claramente que hubo una inflamación de este músculo, es decir, una psoitis secundaria. Podemos asegurar que no faltó ninguno de los síntomas propios de esta enfermedad, pues la retracción ó flexión del muslo sobre la pelvis, síntoma señalado como clásico en la psoítis, si no se presentó de una manera típica, tampoco faltó absolutamente, pues bien se recordará que hemos señalado la semiflexión de los miembros abdominales como uno de los síntomas más constantes que presentó el enfermo en casi toda su gravedad, circunstancia que de alguna manera veló el síntoma flexión del muslo sobre la pelvis, señalado frecuentemente en la psoítis. Pero aun dado el caso de que su ausencia hubiese sido absoluta, no habría implicado de ninguna manera la falta de inflamación del psoas, pues Natalio Guillot y Desprez, han observado casos en que la autopsia ha revelado la existencia de una psoítis, sin que los enfermos hubieran presentado el síntoma flexión del muslo. Es, pues, evidente que mues al Marcos

tro enfermo tuvo una psoitis intercurrente.

Veamos ahora si es posible aceptar que la inflamación del psoas se presente como complicación de una entorsis de las vértebras lumbares ó mejor dicho, de una artritis vertebral originada por una entorsis. Para el que conozca la anatomía le será muy fácil recordar que el músculo psoas se inserta por su parte superior en las partes laterales de los discos intervertebrales correspondientes á la duodécima vértebra dorsal, á las cinco lumbares y en el sacro, en los intervalos de los discos y además en los bordes inferiores de las apófisis transversas de las vértebras lumbares, en la parte superior de la articulación sacro-iliaca, reuniéndose sus fibras en un manojo fusiforme, que se dirige después hacia atrás para insertarse en el trocánter menor del fémur, después de haber recibido sobre el borde externo de su tendón las fibras del músculo iliaco, Estos simples datos anatómicos son suficientes para hacer comprender cómo pudo venir esta psoitis intercurrente. Había una inflamación primitiva en los puntos de las inserciones superiores de este músculo, y nada más natural que aquélla se propagara á las fibras musculares; y esto con tanta mayor razón cuanto que este músculo cuyo tejido es de lo más friable y de textura delicadísima, se encontraba debilitado, en estado de susceptibilidad morbosa, digamos así, puesto que hacía muy poco tiempo que el señor N. N., había sufrido una fiebre tifoidea grave; enfermedad que, como ya hemos dicho, es de muy deplorables efectos para el organismo en general y muy especialmente para el sistema muscular (1). Queda, pues, fuera de duda que hubo una psoítis intercurrente.

Con lo expuesto creemos haber probado, no sólo la existencia de la entorsis vertebral, que fué el diagnóstico positivo de la enfermedad sufrida por el señor N. N., sino además, que la serie de complicaciones que tuvo dicho enfermo han estado perfectamente eslabonadas con la enfermedad primitiva.

Por la presente historia tenemos ya conocimiento de la marcha que siguió la enfermedad. Rememoremos ahora la que pudo seguir.

La artritis consecutiva que sufrió el enfermo, pudo hacerse supurativa, ulcerar los cartílagos, producir la caries de las vértebras y concluir por destruir las articulaciones, y bien se comprende cuales habrían sido las gravísimas consecuencias de estas alteraciones. La meningitis espinal que fué otra de las complicaciones, pudo determinar la compresión de la médula, por sus exudados inflamatorios, y ocasionar la muerte más ó menos pronto, según el sitio ó extensión de la lesión, ó, por lo menos, dar lugar á una parálisis. La mielitis que también se inició, enfermedad terrible, que mata muchas veces, sobre todo cuando tiene una marcha invasora, como sucede en la de naturaleza traumática, pudo tener este desenlace en nuestro enfermo, ó cuando menos pudo dejarlo paralítico. Las escaras de naturaleza neurotrófica que se presentaron, pudieron ser un accidente funesto, pues sabemos que son seguro presagio de muerte en las afecciones cerebrales y que si en las lesiones espinales puede esperarse su reparación, no es menos cierto también que exponen à multitud de accidentes graves que pueden ocasionar la muerte, como la septisemia, la piemia, ó sea la meningitis supurativa, por abertura del canal raquídeo. La psoitis intercurrente que también sufrió, es una enfermedad

nocen como muy grave y casi siem pre mortal. Nosotros tuvimos la suerte de dominar esta complicación, consiguiendo que terminara por resolución, que es una de las evoluciones posibles, aunque muy rara, en esta temible enfermedad. En el cuadro de las terminaciones posibles no hacemos más que patentizar las lecciones palpitantes que la clínica nos enseña día á día y que encontramos consignadas por insignes maestros, en sus mejores obras.

¿La curación obtenida ha sido definitiva? Puedo asegurar que sí; porque habiendo sido la enfermedad de origen traumático y no existiendo diátesis ninguna en este enfermo, no hay razón por qué temer en lo futuro un mal resultado. No sería tan afirmativo en caso que la enfermedad hubiese sido el mal de Pott que, como sabemos, reconoce un fondo tuberculoso, de manera que aun cuando hubiese sido curado en lo posible, quedaría algún temor, desde que existía la diátesis.

El 9 de julio del año de 1892 regresó dicho señor de Inglaterra, diez meses después de su partida de esta capital; he tenido ocasión de verlo y lo encuentro en magníficas condiciones; goza de buena salud, está ágil y entregado á sus asuntos comerciales.

Por lo que respecta al tratamiento, ya lo hemos señalado en el curso de esta historiai se verá que desde el primer momento tuvimos la suerte de prescribir los medicamentos más aparentes para combatir dicha enfermedad, pues la artritis que fué la primera manifestación seria, consecutiva á la entorsis, la tratamos por el voduro y nitrato de potasio, el salicilato de soda, la antipirina, la quinina, ya solos ó asociados, según las circunstancias; los vejigatorios, la cauterización con el termo-cauterio de Paquelin, medicación perfectamenque todos los nosografistas reco. Il te recomendada en semejantes casos Todo esto sin descuidar el reposo absoluto, como base indispensable, y sin descuidar tampoco la medicación sintomática y la de todas las complicaciones que se fueron presentando; y tenemos la complacencia de decir que el tratamiento empleado correspondió siempre á nuestros deseos.

Sólo debemos hacer presente lo que ya hemos mencionado en el curso de esta historia, y es el habernos visto obligados á colocar al enfermo en el aparato de Bonnet, de Lyon, y también se recordará cuáles fueron los resultados de esta aplicación que no fué soportada ni por 48 horas.

¿Cuál fué la causa de esa intolerancia para un aparato perfectamente recomendado en el mal vertebral de Pott? ¿Fueron las malas condiciones del aparato, ó su mala aplicación? En nuestro concepto, las condiciones del aparato eran magnificas, pues estaba recientemente colchado; cuanto á su mala aplicación, por más que pequemos de inmodestia, diremos que no es difícil, y que hemos tenido ocasión de aplicarlo muchas veces, con buenos resultados, contra enfermedades de otro género, como fracturas del cuello del fémur. coxalgias, etc.

Por qué no fué, pues, tolerado este aparato por el enfermo, siendo así que es un medio perfectamente indicado en el mal vertebral de Pott? - Podríamos contestar simplemente, porque no fué mal de Pott la enfermedad del señor N. N.—Pero necesario es que entremos en algunas reflexiones. Se sabe que en la tuberculosis vertebral ó mal de Pott, si hay un trabajo inflamatorio, éste es lento, crónico, digamos así, sin grandes resonancias orgánicas (salvo cuando la enfermedad es muy avanzada y ha producido alteraciones considerables), razón por la cual se encuentra perfectamente tolerado el aparato de Bonnet, de Lyon, que, como sabemos, produce un reposo completo de los músculos, evitando todo movimiento que pueda despertar ese estado de lentitud ó de cronicidad de la lesión; pero tratándose del caso presente, en que había una artritis vertebral aguda, consecutiva á la entorsis, acompañada de una meningo mielitis, la aplicación de ese aparato no podía encontrarse indicada, y al aplicarlo, debía suceder lo que en efecto pasó en nuestro enfermo. En él existía una artritis vertebral aguda, y la presión sobre esa articulación, por suave que ella fuese, tenía que exael trabajo inflamatorio. Existía, también, una meningomielitis intercurrente que había producido los síntomas de hiperescontractura, etc. Existía, además, la incurvación del tronco. y la flexión de los miembros abdominales, síntomas propios de la lesión que tenía el enfermo y dependientes del estímulo ó irritación que los músculos psoas, oblícuo, transverso del abdomen y cuadrado de los lomos habían sufrido por el hecho de insertarse en el sitio mismo del traumatismo, circunstancias todas que contribuyeron á colocar al enfermo en una actitud especial, en la que encontraba alguna tranquilidad. Pero al aplicarle el aparato de Bonnet, de Lyon, hubo necesidad de destruir ese grado de fiexión y de violentar los músculos contracturados, á fin de ponerlo en la extensión completa que requiere la colocación de este aparato.

Tal procedimiento que violentó su sistema muscular, fué un estímulo poderoso que no sólo exageró los síntomas meningo-medulares, sino que determinó también una inflamación del músculo psoas; músculo de organización más delicada que los demás y que se encontraba en estado de inminencia morbosa. Resultó de ahí, como hemos consignado en la presente historia, la faz alarmantísima que tomó la enfermedad desde

entonces. Estas son las razones que á mi juicio hicieron inoportuna é intolerable la aplicación del aparato de Bonnet, de Lyon; juicio que sometemos á la ilustrada consideración de clínicos más experimentados.

OFICIAL

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Vacuna animal cultivada en Lima

Señor Presidente:

Los miembros de la Comisión de vacuna que suscriben, nombrados para examinar la vacuna animal, cultivada por los doctores Manuel C. Barrios y Antonio Pérez Roca, después de haber llenado su cometido de la mejor manera posible, tienen la honra de emitir su opinión, en los términos que á continuación se expresan.

Constituídos, el día 5 de los corrientes, en la casa número 199 de la cuadra de Malambito, se nos presentaron por los indicados doctores, tres terneras vacunadas. En este acto estuvieron presentes, además de la comisión, los doctores Odriozola, Secretario de la Academia, Basadre, Ganoza y Sánchez

Concha.

La primera ternera, que tenía 16 días desde que fué inoculada, según se nos dijo, con vacuna animal remitida directamente por los Directores del Instituto vaccinógeno de París, ofrecía á la inspección una superficie rasurada, en gran parte de la mitad izquierda de la región tóraco-abdominal, con costras de un color parduzco, las que, al desprenderlas, dejaban una superficie oval, en la que aparecía el dermis denudado. Dichas costras quitadas por simple arrancamiento con los dedos, prévia desinfección del vientre de la ternera y de las manos del operador, fueron depositadas en un frasquito esterilizado, el que contenía glicerina neutra; bien tapado y sellado con lacre, se entregó dicho frasco al señor Presidente

de la Comisión, para procedimientos ulteriores.

Después se nos mostró una segunda ternera, igualmente rasurada en el vientre y en el mismo lado que la anterior, y con costras de pústulas de vacuna, cuya poca consistencia correspondía á los 11 días de inoculada, según se nos indicó.

Luego una tercera con sólo nueve días de vacunada, la que pre sentaba á la simple vista pústulas

que contenían linfa.

Hechas por los cultivadores las explicaciones del procedimiento operatorio empleado en las vacunaciones de las terneras, se dió por terminada la sesión; citándose á la Comisión para el próximo jueves 8, en el local de la "Oficina Municipal de vacuna," con el objeto de proceder á la vacunación en niños, utilizando las costras recogidas, de que ya se ha dado cuenta.

Reunida por segunda vez la Comisión, el 8 de los corrientes, en la "Oficina Municipal de vacuna," sita en el Mercado de la Concepción, estando presentes, además, los doctores Ganoza y Pretel, y á la vista de los doctores Barrios y Pérez Roca, se procedió á reconocer y destapar el frasquito que contenía las costras extraídas en la sesión anterior, hecho lo cual, se emulsionó una parte de ellas en un mortero pequeño de ágata, con la misma glicerina en que habían sido conservadas, y se vacunaron por medio del escarificador, 17 niños de ambos sexos, á los cuales se les citó para el próximo día 15, en el mismo lugar.

Habiéndose reunido nuevamente la Comisión, el día 15 de los corrientes, en la "Oficina Municipal de Vacuna", con el objeto de observar el resultado de las vacunaciones practicadas el día 8, presente, además, el doctor Aníbal Fernández Dávila, se pudo comprobar en diez de los niños que concurrieron, de los diezisiete vacunados en la sesión anterior, que nueve de ellos o presentaban pústulas de

vacuna en número variable, con todos los caracteres clásicos; y que sólo en uno no se encontró ninguna pústula, habiendo sido en éste, por consiguiente, nulo el éxi-

El cuadro adjunto, suministrado por el doctor Quiroga, quien por encargo de la Comisión ha dirigido las diferentes operaciones practicadas, demostrará á la Academia el éxito obtenido con la vacuna animal, objeto del informe de esta Comisión.

Completaremos nuestras observaciones, dando cuenta de los síntomas así locales como generales, observados en los niños vacunados, los que han resultado exactamente iguales á los que corresponden á la evolución de una buena vacuna. En efecto, al quinto día comenzaron á aparecer las papulas vaccinales; del sétimo al octavo día se notó ya la vesícula bien formada, umbilicada en el centro. presentando desde ese último día la aureola rojiza característica.

Los granos han sido aperlados y transparentes, de regular tamaño los más y algunos grandes, con la reacción inflamatoria que les es

propia.

En algunos niños se han picado las pústulas para recoger fluído á inocular á otros, obteniéndose una linfa clara, transparente y de emisión lenta, que salía poco á poco,

como gotas de rocio.

Respecto á síntomas generales, haremos presente que sólo en muy pocos niños de los vacunados se ha presentado una ligera reacción febril, si nos atenemos á los datos suministrados por las madres; no obstante, como este síntoma no se presenta siempre, no debemos dar-. le gran importancia.

Como resumen de todo lo expuesto, que es la explicación y resultado de los experimentos verificados por la Comisión, para comprobar la existencia de la vacuna animal cultivada en Lima, debemos declarar, como en efecto declara

mos:

1.º Que los caracteres de las

costras recogidas en la ternera que se nos presentó en la sesión del 5 de los corrientes, las cicatrices que dejaron dichas costras al ser arrancadas, así como los granos obtenidos en la vacunación de prueba ejecutada en la "Oficina municipal de vacuna", presentan todas las condiciones clásicas de legítima vacuna animal; y

2.º Que el éxito de las vacunaciones en la ternera presentada, así como también el de las de los niños, con las costras de aquélla, emulsionadas en glicerina neutra, han sido

del todo satisfactorias.

Por todo lo expuesto, vuestra comisión declara: que los doctores Manuel C. Barrios y Antonio Pérez Roca, han conseguido, por primera vez en el Perú, el cultivo de la vacuna animal; y propone que la Academia dé un voto de felicitación a los expresados doctores, como premio á la valiosa adquisición que han alcanzado.

Salvo mejor acuerdo. Lima. 15 de abril de 1894.

José María Quiroga—Gerardo Bravo-Enrique Arius y Soto-Belisario Sosa-Manuel R. Artola-David Matto-Evaristo M. Chavez. Secretario Relator.

NOTAS CIENTIFICAS

Herencia de la Sífilis

Admitese sin duda alguna que la sífilis se propaga al engendro cuando el padre ó la madre están contaminados por la afección; pero se acepta, sin embargo, con algunas reservas que pueda aparecer en el hijo por el padre y estando la madre sana. Para desechar aquéllas v sostener la posibilidad de este hecho, sirve la historia descrita por Bergh. Una prostituta joven, libre seguramente de la sífilis, dió á luz una niña que á las tres semanas de haber nacido ofreció síntomas evidentes de la herencia sifilítica: el eritema, las úlceras en la región anal y el coriza. Desaparecieron éstos con el tratamiento por los calo-Jniversidad del Perú. Decana de America

melanos. Seis meses más tarde, la madre presentó manifestaciones de sífilis recién adquirida, como úlcera dura, infarto de los ganglios

inguinales, etc.

El niño ofrecía todas las señales de la sífilis hereditaria, y la madre, seis meses después, las de la sífilis contraída días antes; prueba palpable de que no la tenía, ni antes del embarazo ni después del parto. Resulta por esta observación un hecho más para sostener la conclusión de que un padre sifilítico puede contaminar al hijo dejando libre á la madre.

(Arch. de Gin. Obst. y Ped.)

Tratamiento de la influenza

POR A. RUBINO

Creo oportuno, para comodidad de los prácticos, resumir las reglas curativas que una larga experiencia me ha demostrado ser más útiles contra la influenza, considerada en las diversas formas que puede afectar.

Ante todo, es útil anotar que las formas leves, caracterizadas por fiebre alta, invasión brusca y acompañadas de no muy fuerte dolor en la cabeza, articulaciones, region lumbar, etc., curan lo más de las veces espontáneamente, gracias al reposo en el lecho, y al uso de un purgante suave y de los medios aptos para favorecer la transpiración.

En la forma nerviosa, en que los dolores adquieren una intensidad especial y el malestar general es muy manifiesto, es necesario, después de la administración de un purgante, someter el enfermo á dieta líquida (leche, caldos) y recurrir á los preparados salicilados, á la antipirina ó á la fenacetina, para actuar á la vez contra la fiebre y contra el elemento doloroso.

Las fórmulas de que me sirvo

son las siguientes:

Salicilato de sodio. 2 gramos. Antipirina.....

Hágase cuatro obleas.—Una cada dos horas.

Universidad del Perú

Polvos de Dower... 0 gr. 50 centíg.

Salicilato de quinina.. 1 gramo. Fenacetina.....

Hágase cuatro obleas.—Una cada dos horas.

Si se quisiera emplear estos medicamentos en solución, se prescribirá:

Infusión de tilo..... 200 gramos. Salicilato de sodio... Antipirina ó Fenace-

tina..... Tint. acuosa de opio. 10 gotas. Jarabe..... 30 gramos.

Para tomar á pocos en el curso del día.

Cesada la fiebre, se procederá gradualmente á tomar alimentos y se suministrarán pequeñas dosis de salicilato de quinina (30 á 50 centígramos al día, en varias veces), ó si no una poción tónica:

Agua..... 150 gramos. Extracto de quina... 5 Glicerina neutra.... 20Jarabe de cortezas de

naranjas..... Una cucharada antes de la comida.

En la forma bronquial, se continuarán suministrando los preparados salicilados, y junta ó separadamente se darán los alcalinos y los expectorantes. Una buena fórmula es la que sigue:

Polígala senega.... 5 á 8 gramos Agua 150

Hágase decoción, cuélese y agréguese

Salicilato de sodio..... 2 gramos Benzoato de sodio..... 3

Agua de menta) aa 20

Jarabe..... 30 Dos cucharadas de sopa cada dos horas.

Si la tos es muy exigente, se darán juntamente con la poción precedente, algunas gotas de la mezcla que sigue:

Agua de laurel cere-

20 gramos ZO...... Clorhidrato de morfi-

Extracto de bellado-

na...... 0gr. 10 centig. Para tomar 10 gotas, tres ó cuatro veces al día.

Cuando la secreción bronquial sea muy copiosa y sea menester facilitar la expectoración, se podrá recurrir á la ipecacuana:

Ipecacuana...... 1 ó 2 gramos

Agua..... 100 Hágase infusión, cuélese y agréguese

Agua de menta | aa. 20 gramos .. de anís

Jarabe de polígala... 30

Una cucharada de sopa cada dos horas.

Al exterior estará indicada también la aplicación de cataplasmas calientes de harina de linazas, simples ó sinapizadas, ó de pedazos de panqueque caliente.

En la forma gastro-intestinal (diarreica), se prescribirá la dieta láctea absoluta, y después de administrar un purgante, se usarán los antisépticos, como el benzonaftol, el benzoato ó el salicilato de bismuto, el salol, etc.

Hé aquí algunas fórmulas:

Benzonaftol.... 2 gramos Benzoato de bismuto.... 3

Hágase 10 obleas.—Una cada dos horas (antes de la leche).

Salicilato de bismuto 3 gramos Naftol B.....

Hágase 10 obleas. - Una cada dos horas.

En la forma adinámica, se dará cada dos horas, alternativamente, una taza de leche ó de infusión de carne, y en los intervalos una cucharada de la siguiente poción:

Cafeina Benzoato de sodio aa.. Agua de melisa } aa.. 25 Jarabe.....

Si es necesario obrar más rápidamente, se harán inyecciones hipodérmicas de cafeina: idad Nacional M

Cafeina Benzoato de sodio } aa.. 2 gramos Agua destilada y esteri

lizada..... 10

Cada 3 ó 4 horas se inyectará el contenido de una jeringuilla de Pravaz (20 centígramos de cafeína).

Si los fenómenos adinámicos se agravaran, se recurrirá á las inhalaciones de exígeno, al uso interno de los alcohólicos, al alcanfor (10 centígramos cada dos horas), á las inyecciones hipodérmicas de éter,

En la convalecencia, recomiéndese evitar los enfriamientos, aconséjese el cambio de temperamento, una alimentación reconstituyente, el uso de quina, de los ferruginosos y del arsénico.

(Rivista Ital. di Terap. e Igiene).

CRONICA

Criminalidad en Inglaterra. Las estadísticas anuales de las prisiones de Inglaterra y del país de Gales señalan una disminución regular del número de criminales de profesión. Así, en 1878, había 20,833 personas en las prisiones, mientras que en 1892 no se contaban más que 12.663. La categoría de los jóvenes criminales es la que particularmente ha disminuído. De las relaciones médicas oficiales resulta que un gran número de crímenes son cometidos por personas cuyo estado mental deja más ó menos que desear. También se ha demostrado que el abuso de las bebidas no ejerce particular influencia sobre la proporción de la criminalidad.

Buen premio.—Leemos en un periódico la siguiente noticia:

El New York Recorder ofrece un premio de 25,000 francos al autor del mejor trabajo sobre las causas y el tratamiento de la tisis. Se invita á todos los sabios y médicos de ambos mundos á tomar parte en el concurso y dirigir al citado Universidad del Perú. Decana de América

periódico el resultado de sus investigaciones y experimentos.

Estudiantes de medicina en Austria. — Según las estadísticas recientemente publicadas, el número total de estudiantes en todas las Universidades de Austria, durante el semestre de invierno de 1892-93. fué de 13,537, de les cuales 5,451 eran de medicina.

La Universidad de Viena ha sido la que más alumnos ha tenido, alcanzando su número á 2,205; después han seguido la Facultad Czech de Praga, con 1,046; la Facultad Alemana de la misma Universidad, con 676; la de Graz, con 584; la de Gracovia, con 517, y la de Imsbruck, con 323.

Los médicos del Emperador de China. - Sintiéndose indispuesto el Emperador de China, hizo llamara á cuatro médicos de la Academia de Medicina de Pekín. Les preguntó separadamente, y obtuvo cuatro respuestas diferentes sobre su en-

fermedad y el modo de curarla. En vista de eso, el Emperador les condenó á la pena de privación, por un año, de los honorarios como miembros de la Academia y como médicos de la corte.

Aforismos profesionales

La vida es corta, la clientela difícil, la confraternidad engañosa.

La clientela es un campo cuyo principal abono lo constituye el tacto médico.

Queréis deshaceros de un cliente enojoso? Enviadle la cuenta de vuestros honorarios.

El cliente que le paga á su médico no es exigente, el que no le paga es un déspota.

El médico que espera sus honorarios del reconocimiento esportáneo de sus clientes, se asemeja á aquel viajero que esperaba que el río hubiese acabado de correr para pasar al otro lado.

Publicaciones recibidas

CUYA REMISIÓN AGRADECEMOS A SUS AUTORES Ó EDITORES

Primer Congreso Médico-Farmacéutico Regional celebrado en Valencia, del 26 al 31 de enero de 1891, para conmemorar el año de la fundación del Instituto Médico. Actas y detalles publicados bajo la dirección del Dr. Faustino Barberá, Secretario general de dicho Congreso. Un volumen de 720 páginas con láminas, obsequiado por el autor.—Valencia (España). Imprenta de F. Domenech, Mar 65.—Año de 1894.

I.—De l'empyéme du sinus sphénoidal, II.—Un cas d'angiokératome de la corde vocale droite, por el Dr. E. J. Moure, encargado del curso de laringología, otología y rinología en la Facultad de Medicina de Burdeos.—Un folleto de 23 páginas con láminas, obsequiado por el autor.—Paris-Bordeaux (Francia), O. Doin y Feret et Fils, editores.— Año de 1894.

Catálogo de instrumentos de Cirugía.—Hemos recibido un ejemplar del Catálogo ilustrado de instrumentos de Cirugía y útiles para médicos, de la importante casa de RI-CHARD KNY & C.*, de New-York.

Esta casa sólo ofrece al cuerpo médico instrumentos extrictamente asépticos, y garantiza que es de primera clase la calidad de sus artículos.

Los pedidos pueden dirigirse á 17 Park Place, New-York (E. U. de A.)

Memoria-Resumen de la Estadística Sanitaria del Ejército español, correspondiente al año de 1892.—*Madrid* (España), Establecimiento tipográfico de Felipe Pinto, calle de la Flor Baja, 11. Año de 1894.—Hemos recibido un ejemplar de esta Memoria, que consta de 25 páginas y cuya lectura es bastante interesante.

Le Phosphore injectable, por el doctor G. Roussel (de Genéve), autor del método de las invecciones oleosas.—Folleto de 29 páginas.—Sceaux (Francia), Imprimerie Charaire et C.*, 68 et 70, rue Houdan.—Año de 1894. Hemos recibido dos ejemplares.