REVISTA CLÍNIC
de los
Hospitales.

2

1890

REVISTA CLÍNICA DE LOS HOSPITALES

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

REDACTORES

Dres. D. JUAN AZUA (del H. de San Juan de Dios); D. ANTONIO BRAVO (del H. General); D. JUAN BRAVO (del H. General); D. ENRIQUE CAMPESINO (del H. General); D. PASCUAL CANDELA (del H. General); D. ENRIQUE CAPDEVILA (del H. General); D. EUSEBIO CASTELO (del H. de San Juan de Dios); D. FERNANDO CASTELO (del H. de San Juan de Dios); D. VÍCTOR CEBRIÁN (del H. General); D. EULOGIO CERVERA (del Instituto Encinas); D. JUAN CISNEROS (del H. General); D. ANTONIO M. COSPEDAL TOMÉ (del H. de la Princesa); D. JOSÉ M. ESQUERDO (del H. General); D. RAMÓN EZQUERRA (del H. de la Princesa); D. ALBERTO FERNÁNDEZ GÓMEZ (del H. de la Princesa); D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA (del H. General); D. ISIDRO GIOL DEL VALLE (del H. General); D. SIMÓN HERGUETA (del H. General); D. FRANCISCO HUERTAS (del H. General); D. ENRIQUE ISLA (del H. General); D. JACOBO LÓPEZ ELIZAGARAY (del H. General); D. JUAN M. MARIANI (del H. de la Princesa); D. ISIDORO DE MIGUEL Y VIGURI (del H. de la Princesa); D. JOSÉ E. OLAVIDE (del H. de San Juan de Dios); D. JOSÉ ORTIZ DE LA TORRE (del H. General); D. FRANCISCO OSSORIO (de la Casa de Maternidad); D. JULIO PÉREZ OBÓN (del H. General); D. RICARDO PÉREZ VALDÉS (del H. General); D. LEOPOLDO RAMONEDA (del H. General); D. MATÍAS M. ROMERO (del H. General); D. JOSÉ SAEZ VELÁZQUEZ (del H. General); D. MARIANO SALAZAR (del H. de la Princesa); D. MIGUEL SANTA CRUZ (del Instituto Oftálmico); D. JOSÉ USTÁRIZ (del H. de la Princesa); D. FRANCISCO VALENZUELA (del H. General); D. JAIME VERA Y LÓPEZ (del H. General).

COMITÉ DE REDACCIÓN

Director, D. JOSÉ MARÍA ESQUERDO (del H. General)
director del Manicomio de Carabanchel

D. ANTONIO M. COSPEDAL TOMÉ
Jefe de la consulta de Ginecología en el H. de la Princesa

D. JUAN CISNEROS SEVILLANO
Jefe de la consulta de Laringología y Otología en el H. General

TOMO II.—AÑO 1890

MADRID

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE FORTANET

IMPRESOR DE LA REAL ACADEMIA DE LA HISTORIA

Calle de la Libertad, núm. 29

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

LOCURA HISTÉRICA, FORMA CIRCULAR

POR

D. JOSÉ MARÍA ESQUERDO,

MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE MADRID,
DIRECTOR Y PROPIETARIO DEL MANICOMIO SITUADO EN CARABANCHEL.

(Continuación) (1).

Esta interesantísima forma mental de la locura histérica, considerada por algunos como padecimiento propiamente dicho, merece en mi concepto detenido estudio, no solo bajo el punto de vista clínico, sí que también en su aspecto médico-legal; y como es infrecuente, y acaso en mucho tiempo no tengamos ocasión de publicar nuevas historias clínicas de dicha enfermedad ó forma mental, aprovecharemos esta oportunidad para dar á conocer nuestras opiniones.

Desde luego se nos puede argüir que incurrimos en grave falta involucrando el estudio de la locura circular, en general, tratándose de artículos referentes exclusivamente á la locura histérica; pero esto, que sería defecto capital en una obra didáctica, me parece de menor cuantía en una serie de artículos periodísticos. Tiempo há que nos preocupan los graves males que pudieran originárseles á nuestros compañeros de tener que intervenir sin la debida preparación en un asunto médico-legal referente á la locura de doble forma en sus grados de mediana intensidad, ó sea, cuando los períodos de exaltación no trasponen los límites de la excitación maniaca; padecimiento ó forma mental, que esto lo discutiremos más tarde, difícil de demostrar en dicho período ante los Tribunales; padecimiento

(1) Véanse los números 1, 6 y 8 del tomo I.

ó forma mental que lleva aparejada la perversidad morbosa como en ningún otro; padecimiento ó forma mental, por último, que demostraría á la faz pública nuestra indiscutible superioridad si consiguiéramos suspender el juicio oral ó las sesiones del Jurado, anunciando que aquel enfermo de excitación maniaca, cuya clara y viva inteligencia de bien repuesto y ordenado almacén de recuerdos, que se presenta ante el Tribunal dotado de inteligencia rápida en sus movimientos, diestro en argumentar, certero en el herir, discutiendo con el desembarazo propio de estos enajenados á quienes no oprimen ni enfrenan los sentimientos é instintos cohebitivos del cuerdo, animados de un fuerte afán de hacer daño, con menosprecio de los demás é idolatría de sí mismo, dentro de un plazo breve comparecería ante el mismo Tribunal amenguada su sensibilidad, adormecida su inteligencia, moderados sus sentimientos, indiferente para con los demás, ó para consigo mismo, si es que no comparecía, castrada su espontaneidad, abrumado por la pesadumbre de su inmenso infortunio.

Y todavía sería más brillante nuestro triunfo si excepcionalmente que, á decir verdad, sería una rara excepción, pero que yo tengo ejemplo de ellos, se presentase en el período intercalar historiando con fidelidad el enajenado su propio padecimiento y apreciando con rectitud sus maquiavélicas tramas. Todavía se conmueven todas mis entrañas al recuerdo de la confesión sincera de un loco circular que solicitaba ingresar en mi manicomio sin expediente previo, porque en su sentir no podría certificar de su enajenación á conciencia médico alguno, á quien no pude convencer de que mi negativa se fundaba en el precepto legal y que se fué amargado por la creencia de que yo no le había querido recibir, horrorizado de su hediondo aspecto moral. «He sido un insensato, verdaderamente debo estar loco, porque solo á un loco se le ocurre hacer la confesión que yo he hecho, solicitando entrar en su Manicomio.» Conste, por si llegaran estas líneas á sus manos, que le hubiera recibido en mi Manicomio con el debido expediente, por creerme moralmente obligado á ello, aunque solo fuera en justa correspondencia del sacrificio que se impuso al hacerme la revelación de sus inauditos desbarros y en pago del inmerecido concepto con que me honró; á pesar de que el altísimo concepto y el entrañable afecto, aparentes formidables obstáculos, serían atropellados como livianos impedimentos á los primeros albores de la reaparición de los paroxismos morbosos.

Como nuestros lectores tienen derecho á exigirnos opiniones propias, ¿qué menos han de darles médicos que en sus respectivas especialidades ven infinidad de enfermos? Quede para otros el traducir y arreglar obras extranjeras; nosotros, esto es, los médicos de hospitales, estamos obligados á producir trabajos originales; allá van nuestras opiniones:

Afirmamos desde luego que es forma mental de la locura histérica, que la hemos visto en la parálisis general progresiva, aunque debe ser muy rara por cuanto solo recordamos una observación típica, perfectamente caracterizada, de una brillantez, limpieza y relieve como no registramos otra igual, y eso que han de sorprenderse algunos de mis lectores (otros no, porque conocen los hechos clínicos que referiré más tarde) de la maravillosa corrección con que la Naturaleza presenta, siquiera sea á largos trechos, algunos tipos clínicos de incomparable valor para la enseñanza.

La hemos observado también en la epilepsia, ofreciendo caracteres tales de vehemencia, intensidad tan grande, extremos tan opuestos de exaltación y depresión, que bastara esa máxima graduación para que el verdadero clínico entreveyese la índole epiléptica de aquella locura circular.

La buena compañía nos alienta y no sabemos, en verdad, si los frenópatas contemporáneos opinan como nosotros; solo un insigne mentalista, el Doctor Mattos, primer médico del manicomio del Conde de Ferreira (Oporto), con quien conferenciamos al visitar dicho Hospital de enajenados, pareció asentir á este nuestro modo particular de ver.

Traspasaremos los límites del programa que nos habíamos trazado (Locura histérica), porque nos parece pueril el no extenderse á otras locuras tratándose de forma tan infrecuente por el temor de involucrar en una serie de artículos referentes á la locura histérica, observaciones pertenecientes á otras enfermedades mentales.

Justifica esta trasgresión la importancia altísima de la locura circular ó de doble forma, ora sea considerada como una enfermedad, ora como mera ó mudable forma de diferentes padecimientos mentales.

Más de una vez, departiendo con mis antiguos amigos acerca de los conflictos ante los tribunales entre médicos y abogados, he dicho, refiriéndome á la época presente, en que parece haber recrudecido la lucha, esfuerzos últimos, sin duda, de una doctrina llamada á su-

cumbir á los embates de nuestro denodado empuje: «El gran acontecimiento, probablemente escandaloso, ocurrirá el día en que sea conducido á los tribunales un loco circular ó de doble forma, cuyos paroxismos estén caracterizados por excitación maniaca de mediana intensidad, depresión melancólica y espacio intercalar libre.» Y el conflicto será mayor, y el escándalo mayúsculo, con los procedimientos actuales, juicio oral ó Jurado, de los cuales soy sincero partidario, el día en que un loco ó loca circular sea conducido ante el Jurado en presencia de numeroso público, por supuesto arbitrario, secuestro ó para definir la validez de un documento otorgado ó la culpabilidad de un hecho penable.

En apurado trance han de verse los mentalistas para demostrar la enajenación de aquel sujeto que discurre con sutileza, que argumenta diestramente y habla con facilidad; aquella inteligencia vivaz, de movilidad extrema, que acude con presteza á rebatir los cargos sin temor de la inconveniencia, sin cuidarse del agravio, con el desembarazo propio solo del vesánico, que no se cuida más que de hacer blanco, importándosele un bledo que en la lucha salgan lastimados sus amigos ó sus compañeros, sus hermanos y aun sus padres é hijos.

Para que puedan juzgar nuestros lectores de si son mis temores fundados ó quiméricos, trascribiré algunos trozos de los autores que se han ocupado de la *locura circular*, contrayéndome á los rasgos psíquicos:

Ammon: «Fuertemente impresionado por el valor de su individualidad, el que padece esta variedad del período de excitación de la locura circular no se deja vencer por aquellos con quienes discute. Afirma con tenacidad siempre, y si es incapaz de sostener su afirmación por otros medios, no titubea en mentir y engañar, para conseguir su objeto, á los que se imagina le son hostiles, y llega á propalar contra los amigos las calumnias más infames, gozando de un modo malicioso al observar el dolor y confusión que produce.»

E. Régis, en una nota sobre el diagnóstico diferencial de la locura de doble forma y la parálisis general progresiva, publicada en *L'encefale*, da tanta importancia á la perversidad moral de estos enajenados, que en ella funda la distinción.

«Hé aquí, dice, el paralítico expansivo. Es con seguridad el mejor de los enajenados, y casi me atrevería á decir el mejor de los hombres.»

Los enfermos invadidos de la locura de doble forma son, al contrario, de los más peligrosos y más malos, y bajo el punto de vista del carácter, son el reverso de la medalla de los paralíticos generales, pasan bruscamente del cariño á la cólera, de las pasiones eróticas más violentas á los movimientos de odio, celos y venganza más peligrosos.

Falret retrata fotográficamente á estos enajenados. Ved: «Inventan á cada momento las historias más falsas y mentirosas, y afirman con un cinismo que no tiene analogía más que en las mujeres histéricas.

»Refieren las invenciones más inverosímiles con el acento de verdad más convincente, y atacan la reputación, la fama y la moralidad de todos los que viven con ellos, con una precisión de detalles y una persistencia maligna, que llevan con frecuencia la convicción al ánimo de los que les escuchan, aun de aquellos que mejor les conocen, y que la experiencia del pasado debiera, sin embargo, hacerles estar en guardia contra su carácter maligno y contra sus invenciones maquiavélicas.

»Hé aquí, añade más adelante, el cuadro sorprendente trazado por uno de nuestros más insignes clínicos, y ciertamente no hay nada de exagerado, porque estos enfermos son realmente de una increíble malignidad. Libres, murmuran de todo el mundo y calumnian sin cesar, están siempre discutiendo sobre sus negocios, acusan, insultan y llevan ante los tribunales á todos aquellos que se encuentran en relación con sus intereses; orgullosos, vanagloriosos, llenos de fiereza y de presunción, no pueden sufrir que se les contradiga, y á la menor palabra que les choque se entregan á actos de la más refinada violencia.»

Con la elocuencia del que siente el escozor de la herida, diríamos en lenguaje vulgar, pero gráfico, exclama: «Una vez asilados en los manicomios, estos enfermos, los peores de todos, son insoportables. Disputan con los camareros, amenazan á los médicos y pegan á los demás enfermos; están en acecho de todo lo que pasa en su derredor para hacer la base de acusaciones mentirosas que exponen al primero que encuentran, y con un aire de convicción que imponen aun á los espíritus más prevenidos contra ellos; son indóciles en el más alto grado y rehusan constantemente á obedecer; se quejan de malos tratamientos que se les hace sufrir, y encuentran detestable todo lo que se les da; incomodan á todo el mundo y son la plaga de los establecimientos en que están colocados.»

Si convencidos mis lectores de la malignidad (morbosa se sobreentiende) de estos enajenados, no ya según mi opinión de insignificante peso, sí que también según el testimonio de los mentalistas todos, consideran justificada mi conducta, seguiré el plan trazado, esto es, aprovecharé la oportunidad para estudiar la locura de doble forma en toda su extensión; y si, por el contrario, creen que debo limitarme á la forma circular de la locura histérica, así lo haré previa la menor indicación, toda vez que no he desistido del propósito, tiempo ha formado, de dar una conferencia acerca de la locura circular ó de doble forma bajo todos sus interesantísimos aspectos.

VISITA Á LAS CLÍNICAS GINECOLÓGICAS DEL EXTRANJERO.

POR EL DOCTOR

D. A. M. COSPEDAL TOMÉ,

MÉDICO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA, ENCARGADO EN EL MISMO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.

En forma muy breve voy á comunicar á los lectores de esta Revista, tan exactamente como me lo permitan mis recuerdos y ayudado por las notas que conservo, tomadas en cada momento oportuno, cuanto he visto, y algunas reflexiones que me ha sugerido la contemplación de los trabajos científicos que tienen lugar en aquellos puntos del extranjero que he visitado durante el verano de 1889.

Será difícil evitar repeticiones en el plan que me propongo seguir; pero es el más realizable para mí, y quizá el menos fatigoso para el lector. El más realizable para mí, porque referiré las cosas según he ido viéndolas, por el mismo orden en que se verificaba mi viaje; y el menos fatigoso para el lector quizá, porque presumo que será más ameno seguirme en mi camino que leer lo que pudiera estimarse como síntesis de este relato, que consistiría en una agrupación de ideas y de hechos con más ó menos orden colocados, faltos desde luego de atractivo para el que ya conoce por libros, revistas y periódicos, multitud de detalles, de datos, de descripciones, cuyo conjunto

constituye el asunto de publicaciones varias. El lector hará la síntesis si quiere tomarse este trabajo.

El dia 3 de Julio partí de Madrid en la agradable y utilísima compañía de mis queridos y antiguos amigos el Dr. Cisneros, distinguido laringólogo del Hospital general de esta corte, y el Dr. Peña, no menos distinguido oftalmólogo libre, también de Madrid. Ellos se proponian ver lo que con las especialidades que cultivan tuviera relación, y, si quieren, publicará cada uno lo que vió. Mi objeto era conocer personalmente á los ginecólogos extranjeros, presenciar sus trabajos, visitar sus clínicas y entablar relaciones científicas que me permitieran rectificar ó ratificar juicios que yo tenía aprendidos en sus publicaciones de diversa índole. Estos artículos, pues, no tienen más objeto que la exposición de lo que concierne á ginecología, especialidad que, como se sabe, constituye el asunto preferente de mis estudios y de mi práctica.

Llegamos á París en plena Exposición universal. Mis amigos y yo prescindimos de la Exposición en la esperanza de visitarla á nuestro regreso y después de descansar dos días en París, continuamos nuestro viaje á Berlín, llenos de ilusiones y ansiosos de conocer los progresos médicos de que teníamos noticia por lecturas anteriores.

Lieja (de Bélgica) y Colonia (de Alemania) estuvieron á punto de interrumpir nuestro camino directo á Berlín. Lieja por su Universidad y su industria; Colonia por su monumento grandioso, por su soberbia catedral. Pero el tiempo apremiaba; del curso oficial en las universidades alemanas apenas quedaban ya treinta días, y era preciso aprovecharlos para lograr conocer en plena actividad á los profesores y no á los suplentes, ó asistentes, como allí se les llama. Con sentimiento, pues, no descendimos, pero sí admiramos, pasando por Colonia, su hermosísima catedral, emplazada á pocos metros de distancia de la estación del ferrocarril. Tanto como pudimos aprovechar los puntos de vista á la vez que atravesábamos sobre el magnífico puente de hierro tendido sobre el Rhin, contemplamos el esbelto y elegantísimo corte de aquel célebre monumento, una de las más espléndidas manifestaciones del arte gótico.

Entramos en Berlín á las diez de la noche y nos acomodamos muy confortablemente en el Central Hotel, punto estratégico para nuestro plan de visitas á los diferentes y numerosos centros de enseñanza médica de la capital de Alemania. Al lado mismo del Hotel se encuentra la estación del ferrocarril metropolitano, una de las principales y la más céntrica de las distintas colocadas en varios puntos de la ciudad para utilizar este cómodo medio de traslación.

Nuestra primera mirada fué para las guías médicas. Son estas de verdadera utilidad; forman pequeños libros que contienen toda clase de indicaciones relativas á las universidades, hospitales, laboratorios, institutos, casas de salud y clínicas particulares; señalan, además, los nombres de todos los profesores, con la indicación de la especialidad que cultivan, del sitio donde dan su enseñanza, detallada por días, horas, clases de ejercicios, operaciones, etc., etc.; todo lo cual facilita al extranjero su tarea, evita pérdida de tiempo, ahorra trabajo y permite formar cada noche el plan para el día siguiente. No aconsejaré á todo médico que allá vaya que se provea de las mencionadas guías que con tan buen criterio se publican cada año en Alemania.

Proyectado mi plan para todo el tiempo de mi permanencia en Berlín, visité en los días sucesivos el Hospital de la Caridad, donde explica y ejerce el profesor Guserow; la clínica oficial de mujeres, que se encuentra bajo la dirección del profesor Olshausen; la clínica particular de mujeres, del doctor Martin; las clínicas reales de cirugía, bajo la dirección del profesor Bergman; el hospital de Friedrichshain, donde opera el doctor Hann; el Hospital Augusta, en que ejerce el doctor Küster; el Instituto anatomo-patológico, en que explica el profesor Virchow, y laboratorios y clínicas de diversas especialidades médicas.

No tuve tiempo para mucho más digno de atención en Berlín, á pesar de levantarme de la cama á las seis de la mañana y concluir mi tarea diaria á las cinco de la tarde. En Berlín, por lo menos en la época de mi estancia allí, es preciso madrugar mucho. Las operaciones se practican muy temprano por regla general, especialmente las abdominales. Pero afirmo que, sin salir de dichas clínicas, sin visitar otras, hay trabajo abundante para emplear en ellas algunos meses. Como mi objeto principal era la ginecología, á esta me referiré particularmente.

HOSPITAL DE LA CARIDAD.

Profesor Guserow.

Es el profesor Guserow hombre como de 54 á 58 años, de fisonomía inteligente y simpática, dotado de gran actividad y aptitudes para la obstetricia y ginecologia. Así lo revelan su cátedra y su clínica. Forma esta, en el gran Hospital de la Caridad, un pabellón, mejor, un edificio aislado de reciente construcción, muy próximo al Instituto patológico en que explica Virchow. Visité detenidamente la clínica de Guserow, escuché sus explicaciones y pude apreciar que la enseñanza del profesor Guserow ha de ser altamente provechosa.

Pequeñas habitaciones capaces para un número de camas que no exceden de ocho en cada una, donde se alojan las enfermas con toda comodidad. La limpieza es el sello distintivo en aquellas salas, todo en orden, cada útil de enseñanza clínica en su sitio, bien acondicionado; el aspecto exterior, el pulimento de cuanto allí se contiene, parece revelar que no se maneja diariamente todo el material clínico que el pabellón de Guserow encierra, y sin embargo, todo se utiliza cada dia. Esto da á entender cómo cumple cada cual con su deber.

Entre otras cosas, me llamó la atención el sinnúmero de *fantomes* que contiene la sala destinada á la enseñanza práctica de los partos, y el número otro tanto considerable de fetos naturales encerrados en grandes frascos, dentro de liquidos conservadores, para servir al mismo objeto. Se comprende que de este modo no se sorprenderán los alumnos cuando asistan á parturientes en casos normales y en los distócicos. Han visto ya y hasta han practicado las maniobras que ellos exigen.

Gracias á la amabilidad del primer asistente de Guserow, cuyo nombre siento no recordar, mi visita del primer día y las sucesivas me fueron de gran utilidad.

Allí supe que los estudiantes se encontraban en la época de sus exámenes, y en efecto, ví cómo en la cátedra Guserow preguntaba á cada examinando lo que hacía relación con la teoría de los partos, y cómo el profesor discutía con el alumno, marcando con tizas sobre los grandes cristales traslúcidos que se ven en todas las aulas y en que se hallan dibujadas las pelvis, las modificaciones que experimentan los órganos sexuales de la mujer en las distintas fases porque pasan durante el estado de gestación y del parto y después de

este. Los profesores que yo he visto son además buenos dibujantes y esta circunstancia tiene que influir considerablemente en la mejor enseñanza del alumno, el cual, después de leer en los libros y contemplar sus grabados, ve reproducidos estos en la cátedra, oye al profesor, le ve señalar en los encerados ó sobre los cristales la representación de lo que explica y lo comprueba al fin en los *fantomes* y en las mujeres. La enseñanza así dada, es una enseñanza verdadera, porque es práctica y bien cuidada, en contraposición á otras enseñanzas de que no quiero ocuparme, que solo lo son en el nombre.

En la cátedra, en cada sala de enseñanza, en las de las enfermas, en la sala especial destinada solamente al acto del parto, existe bien dispuesto el necesario material para la asepsia, cosa ya indiscutible en todas partes donde reside el sentido común. Los irrigadores, los líquidos antisépticos, las estufas, los filtros, todo aquello que se utiliza en cada maniobra es objeto del necesario cuidado por parte de odo el personal alto y bajo. Cada uno está persuadido de la imporancia que tiene para la vida de la mujer y de su hijo la práctica impia, cómoda y legitimada por sus resultados, y todos cumplen con su deber.

La enseñanza obstétrica que da Guserow es, pues, esmerada y cuidadosa. Si yo me extendiera en presentar aquí los datos estadísticos de diversa índole que tengo recogidos en el Hospital de la Caridad, de Berlín, sería á más de prolijo, tal vez inoportuno, porque quizá no tendrán utilidad más que para mí. Desde luego no se hallarían bien colocados en un trabajo de esta clase. Me los reservo, pues.

CLÍNICA PARTICULAR DE GINECOLOGÍA.

Dr. E. A. Martin.

Cuando yo leí la obra de Martin, inmediatamente después que se publicó en Francia, traducida del alemán, sentí por este profesor verdadera simpatía. Hay en su libro todo lo que le es personal. Se ha fotografiado á sí mismo en las páginas de su obra. Sobriedad y verdad escueta, dominando en todo él un excelente criterio y una espontánea modestia, que así debe decirse de aquel que expone lo que sabe y lo que hace con la naturalidad del que convencido de su propio valer y fundado en documentos científicos reunidos por sí mismo y cosechados en una práctica diaria de verdadera labor, cui-

dadosa y esmerada, ofrece al público, á instancias de sus asistentes y discípulos, sin jactancias y sin alardes de hombre extraordinario, el resultado de sus trabajos, que constituye su experiencia personal. Verdad es que en Alemania abundan los hombres como Martin, y cada uno de ellos sabe que no puede presentarse como único ejemplar.

Las palabras que el Dr. Pozzi escribe, relativas á Martin, en el prólogo de la traducción francesa, tienen gran exactitud, puesto que expresan cómo se ve al Dr. E. A. Martin en su clínica particular.

Sentía yo, por estas razones, gran deseo de conocer á este ginecólogo. En el segundo día de mi estancia en Berlín, á las siete de la mañana estaba en la clínica de mujeres de Martin, *Elsassen Strasse* —85, con el júbilo propio de quien se halla próximo á satisfacer una necesidad del espíritu.

El aspecto exterior de la casa no revelaba, en verdad, que en ella se encerrase tan hermoso centro de enseñanza ginecológica. Es una casa como otras muchas de aquella amplia calle de Berlín, grande, con espaciosas ventanas exteriores, formada de tres pisos y con una sencilla verja de hierro en la puerta de entrada, en donde se lee en letras negras sobre una pequeña plancha blanca *Frauenklinik— Dr. Martin.*—Atravesé esta puerta y un pequeño vestíbulo, en cuyo lado derecho se encuentra la portería, entregué mi tarjeta al portero y seguí á este, pasando por un patio más pequeño que grande, y subiendo la breve escalera que conduce al piso entresuelo, esperé en un saloncito destinado á tales usos, adornado con gusto, pero sin pretensiones de lujo. Se me presentó después una señora como de 42 años, más baja que alta, algo gruesa, con el cabello gris y muy bien alisado, fuerte, de excelente color en el rostro, vestida sencillamente y cubiertos sus vestidos por delante con un delantal blanquísimo y sus brazos hasta las muñecas con manguitos como el delantal. Era una señora absolutamente simpática, la Sra. Horn, ayudante inteligentísima, según pude ver después, del Dr. Martin, inventora de una sencilla mesa para laparotomías y de varios instrumentos para cirugía ginecológica, como el cuchillo y enrollador para las colporrafias y la pinza para cortar y extraer los puntos de sutura. La Sra. Horn me rogó amablemente que esperase allí hasta la llegada del Dr. Martin que no tardaría en presentarse en la clínica. Pocos minutos después aparecía en el saloncito donde yo esperaba el doctor Martin con mi tarjeta en la mano y preguntándome el objeto de mi

visita. Enterado de cuál era este, me rogó que le acompañara hasta la habitación en que se reunen sus asistentes y me presentó á estos, indicándome que podía en seguida subir al piso de encima para presenciar las operaciones de aquel día.

Confieso que me llevé un solemne chasco á la vista de este profesor. Muy alto, corpulento, de gran abdómen, muy serio, con cara de pocos amigos á la que hace menos simpática el pequeño defecto de su ojo izquierdo y lo rapado del cabello, venía el Dr. Martin vestido el cuerpo con una americana de alpaca transparente de color amarillo de caña, y cubierta su cabeza con un anchísimo sombrero de paja. Sus formas sociales eran corteses y correctas.

Cuando volví á verle, pocos minutos después, se hallaba cubierto todo el cuerpo, excepto los brazos que estaban totalmente desnudos, con un enorme saco, abierto por la espalda, de goma flexible oscura, sujeto por el cuello y por la cintura con cadenas finas de acero. Este gran delantal arrastra por el suelo una media vara y el Dr. Martin le recoge para colocarle por su extremo inferior dentro de un baño de zinc que tiene delante de sí, en la posición sentado para operar, y que sale de debajo de la mesa de operaciones, destinado á recoger los líquidos de la irrigación.

Aquel día, que según mis notas era el 9 de Julio, le vi practicar las siguientes operaciones: 1.ª enferma, legración de la cavidad uterina, amputación del cuello uterino, colporrafia posterior y perinéausexis; empleó treinta y cinco minutos; 2.ª enferma, enucleación de un pequeño fibromioma del labio inferior ó posterior del cuello uterino; empleó seis minutos; 3.ª enferma, extirpación de la glándula de Bartolino del lado izquierdo, en ocho minutos; 4.ª enferma, legración de la matriz; 5.ª enferma, legración de la matriz, ambas muy rápidas; 6.ª enferma, excisión y legración con la cuchara grande de un carcinoma excrecente del cuello uterino, también en muy breve tiempo; es decir, en el espacio comprendido desde las ocho y media de la mañana hasta las diez ó diez y cuarto, el Dr. Martin habia hecho seis operaciones, de las cuales, por lo menos tres, exigen tiempo, paciencia y habilidad.

Terminada la sesión en aquella mañana, me despedí del habilísimo ginecólogo, quien, muy galantemente, me ofreció su casa, su clínica y su amistad, todo lo cual le agradecí infinito y me complazco ahora en recordar para enviarle nuevo testimonio de mi gratitud.

Hé aquí como se verifican estas cosas en la clínica de Martin: uno

de sus ayudantes cloroformiza á la enferma en la cama y en la habitación misma que ocupa; en la camilla ambulante la conduce, con la mascarilla del cloroformo sobre el rostro, á la sala de operaciones; de la camilla la traslada á la mesa y sigue encargado de la administración del cloroformo; otros dos ayudantes colocan á la enferma en la posición dorso-sacra; un cuarto ayudante lee en el libro registro de entrada los datos relativos á la enferma; la señora Horn vierte sobre los órganos sexuales de aquella, en gran cantidad, una solución de líquido antiséptico, que los ayudantes que sostienen las piernas utilizan para el lavado de aquellos órganos y el de la vajina. Si es preciso se rasura el vello de la región. Entonces, el Dr. Martin se sienta á operar, cubierto, como he dicho, con el gran delantal de goma. El ayudante encargado de la anestesia no se ocupa de otra cosa que del cloroformo; los dos ayudantes que sostienen las piernas mantienen á la vez el especulum, los separadores, las pinzas y los extremos de los hilos de suturas una vez colocados; practican la irrigación continua sosteniendo la cánula unida al tubo que parte desde la gran vasija de porcelana colocada á un lado y por detrás de la mesa de operaciones; la ayudante Horn tiene á su cuidado las agujas y los hilos de sutura, que va presentando al operador á medida que son necesarios, las tijeras con que se han de cortar los hilos, la jeringa de inyecciones intrauterinas, las torundas de algodón con iodoformo, y á la vez cuida de verter abundante cantidad de líquido antiséptico, de cuando en cuando, sobre el campo de la operación, no obstante la irrigación continua que se practica por los otros ayudantes, y de presentar al Dr. Martin algún instrumento que sea preciso eventualmente y que no se haya colocado de antemano entre los que el operador tiene á su izquierda, sumergidos en solución antiséptica, dentro de una bandeja honda, de la cual él mismo los toma y en la cual los deja antes y después de usarlos. Esta sencilla disposición de los que intervienen en el acto quirúrgico, facilita el trabajo y constituye un factor importantísimo para la brevedad y rapidez con que en aquella casa se opera. Todos los ayudantes saben y cumplen su obligación sin descuidar detalle, y á veces suplen con su inteligencia cualquiera omisión inesperada, facilitando así, en beneficio de la enferma, la tarea del operador, sin distraerse nunca y sin permitirse palabra ni observación que no sea pertinente al delicado asunto que les ocupa. Y de este modo, en silencio, siguiendo los deseos del profesor, observando atentamente la marcha de la operación, ahorran

á aquel hasta las ligeras indicaciones necesarias para variar la posición de un instrumento, para separar el que ya no es necesario, para descubrir más un punto que otro de la región en que se opera, para contribuir, en una palabra, al buen resultado de la operación.

Cuando se aproxima el fin de esta, el ayudante que ha permanecido desocupado se dirige al cuarto de la enferma que va á ser operada en seguida y la administra el cloroformo, y luego se repite para esta segunda enferma la serie de actos que acabo de describir, sin más diferencia que la de que son distintos el cloroformizador y los que sostienen las piernas. Así no se pierde tiempo, porque entre una y otra operación no media más intervalo que el necesario para la limpieza rapidísima de la sala, para la separación de las piezas usadas, para la renovación de los líquidos antisépticos, para el lavado de los instrumentos y para que el profesor y los ayudantes se laven nuevamente uñas, manos y brazos, con agua, jabón y cepillo fuerte.

En todo se tarda menos tiempo del que yo he empleado en escribirlo. Es un servicio bien establecido y envidiable, no privativo de la clínica de Martin, porque le he visto en otras, pero sí muy bien cumplido en la *Frauenklinik de Elsasser Strasse.*

La clínica del Dr. Martin tiene dos salas de operaciones, una destinada para las ordinarias, incluída la extirpación total de matriz y de tumores por la vagina, otra destinada *exclusivamente* para las operaciones abdominales previa laparotomía.

La primera es rectangular, como de 4 ¼ m. de larga por 2 ½ de ancha, situada en el piso principal de la casa, alumbrada con dos ventanas que se abren una al N., sobre el patio, otra al S. sobre la *Linien Strasse,* alta de techo y bien ventilada. El suelo es de portland y las paredes lisas, sin relieves ni adornos, pintadas al óleo. En el centro de la sala se halla una mesa tan sencilla como se representa en un grabado de la obra del Dr. Martin, sobre la cual mesa se coloca á la enferma de modo que la región en que se opera esté vuelta hacia la ventana N. si se opera antes de mediodía, y hacia la ventana de enfrente si se opera por la tarde; la mesa está cubierta con tela de hule blanco. Debajo de la mesa existe un pequeño baño de zinc que se mueve sobre ruedas; delante, para que se siente el operador, una banqueta de madera sin respaldo y de conveniente altura; á la izquierda otra pequeña banqueta, más ancha, para colocar sobre ella la bandeja destinada á contener los instrumentos que se emplearán: á distancia oportuna, dos gradas portátiles para los espectadores que

quedan colocados detrás del que opera, y además, como utensilios indispensables, en uno de los lados, un lavabo con cuatro distintos sitios para que otros tantos individuos puedan lavarse á la vez, y en el lavabo, jabón, cepillos fuertes y limpia uñas. Este lavabo se surte de agua corriente caliente y sublimada. En la pared opuesta, vese una estufa que á un tiempo sirve para calentar la habitación y desinfectar los instrumentos; un gran depósito de porcelana, á necesaria altura, que contiene el líquido destinado á la irrigación continua y del cual parte un tubo de goma cuyo calibre disminuye desde el depósito hasta el extremo en donde se ajusta la fina cánula irrigadora. Al lado de este aparato existe un armario de cristales para arsenal de instrumentos ginecológicos.

Es, pues, una instalación sin pretensiones, sencillísima, pero completa. Todo ello vale poco dinero, mucho menos del que nosotros invertimos en hacer las cosas peores. Pero todo limpio, corriente, bien cuidado y en disposición de emplearse en cada instante sin contratiempos, lo cual atestigua que el personal cumple con su deber.

En dicha sala, el Dr. Martin opera millares de mujeres, y sus estadísticas revelan los buenos resultados de su práctica. Uno de los días que yo veía operar, la mujer objeto de la operación constaba en el registro con el número 35.000 y tantos.

Hé aquí ahora, para completar este cuadro, lo que se verifica antes de cada operación. La sala está limpia, fregada y desinfectada; los ayudantes, en mangas de camisa, con los brazos desnudos, se lavan con agua sublimada, jabón y cepillo las uñas, las manos y los brazos, deteniéndose especialmente en la limpieza de las uñas. Luego se colocan un paño sujeto alrededor del cuello, que cubre su pecho y baja hasta la mitad de los muslos. El Dr. Martin practica en sí mismo igual limpieza, y se cubre con el gran delantal que ya he mencionado. La Sra. Horn coloca los instrumentos desinfectados á la izquierda del operador, y ella misma, situada á la derecha de este, tiene delante de sí en una mesa, cuya tabla es de cristal, toda clase de hilos de sutura, sumergidos en líquidos antisépticos dentro de frascos de vidrio, las agujas y los instrumentos de corte, mas los accesorios de algodón, etc., de que ya he hablado.

Terminada una operación, practica rapidísimamente la limpieza de la sala y recoge los útiles que han servido, innecesarios ya, y que pueden ser perjudiciales para la siguiente, otra muchacha, cuya *toilette* es idéntica.

Los espectadores se hallan generalmente en mangas de camisa, limpia de aquel mismo día, y tienen prohibido tocar objeto ninguno de la sala, en la cual ni se habla más que al oido, ni se fuma, ni se escupe, al contrario de lo que se verifica en otros puntos.

Si el Dr. Martin lo considera necesario, dice breves palabras acerca de la enferma antes de operar, ó acerca de las ocurrencias de la operación, después de verificada esta. Las piezas patológicas se recogen, cuando han de ser examinadas, en vasijas al efecto, que se conducen en seguida al laboratorio.

En aquella sala he visto practicar al Dr. Martin muchas operaciones cada día de los que con grandísimo placer le visité, que fueron todos los de mi permanencia en Berlín. La *Frauenklinik* de Martin me atrajo desde el primer momento con fuerza tal, que no habria dejado de asistir á ella ni un solo día si hubiera podido permanecer en Berlín muchos meses.

Y es que allí se realiza un trabajo poco común entre nosotros, serio, concienzudo, sin vanidades y ajustado á la ciencia moderna.

Mis compañeros de viaje, Peña y Cisneros, me saludaban amistosamente, al reunirnos cada tarde para comer juntos, con estas palabras: «Hola, amigo Martin»; y es que llegué, yo creo, á aburrirles con mis entusiasmos por este profesor y su clínica, cuyas excelencias les referia yo mientras comíamos, de igual modo que les escuchaba el relato de sus visitas diarias á las clínicas de ojos el uno, á las de laringe, naríz y oídos el otro.

Pero eran y siguen siendo entusiasmos justificados, porque en aquella clínica he visto en solo días mucho más que en otras habré visto en meses. Y todo me ha satisfecho.

Dadas las condiciones en que Martin hace su trabajo, se comprende que pueda operar en una sola mañana, en el espacio de tres horas, como ocurrió el día 10 de Julio, segundo que yo asistí á su clínica, las siete operaciones siguientes: tres laparotomias, una para amputación supravajinal del útero y otras dos para quistes ováricos; y después, una legración difícil por cáncer, otra legración ordinaria, una amputación de cuello y una histerotraquelorrafia y colpoperineauxexis; y en el día 11, una extirpación total de matríz por la vajina, una amputación parcial y tres legraciones, una de ellas para cáncer, que siempre es más difícil. Y por este estilo en los dias sucesivos.

Aparte la habilidad extraordinaria con que opera este profesor;

todo el secreto para operar tanto se explica por el buen orden de todos los actos, la inteligencia de los ayudantes y la excelente instalación.

De su habilidad y aptitud como operador es buena prueba el hecho de que las laparatomias del día 10 le ocuparon, la primera, escasamente treinta minutos, la segunda, diez y nueve, y la tercera, diez y ocho, contados desde abrir hasta cerrado totalmente el vientre y colocado el apósito.

El Dr. Martin cuenta los minutos que emplea en cada una de las operaciones importantes, porque con justa razón concede grandísimo valor á este detalle.

La sala de operaciones destinada exclusivamente á laparatomias es más pequeña, y situada en el mismo piso principal, inmediatamente al lado de la que acabo de describir: tiene una sola ventana, al mediodia, sobre la *Linien Strasse*. Su capacidad será de 18 metros cúbicos y el suelo y las paredes son como en la primera descrita. Contiene una estufa de desinfección y de calefacción, mediante la cual la temperatura se eleva por encima de 25°; un filtro; en un pequeño armario de cristal, los instrumentos destinados á laparotomias; un lavabo, otro aparato de irrigación, la mesa de laparatomias de la Sra. Horn, otra mesa cubierta de cristal para los útiles de sutura é instrumentos de corte y tres banquetas, una para el operador y otra para cada uno de los ayudantes, el de la anestesia y el que ayuda en el vientre. La Sra. Horn está de pié. El operador tiene á su izquierda los instrumentos.

Antes de entrar en aquella pequeña sala, es inexcusable para todos haber tomado un baño general aquella misma mañana y haberse vestido toda la ropa limpia, interior y exteriormente. De otro modo no se presencia la operación. Basta que el concurrente asegure haber cumplido con esos cuidados para ser admitido, porque en Alemania se halla el mundo médico convencido de que esa práctica es necesaria, y se estima que no cabe engañar en materia tan delicada y de tanta responsabilidad moral. El que no se ha bañado ó no se ha vestido ropa limpia aquel dia, ó ha concurrido á algún punto de donde pueda aportar gérmenes infecciosos, se retira espontáneamente.

Y de este modo, pueden Martin y muchos otros operadores alemanes intervenir quirúrgicamente en sus enfermos bajo la salvaguardia de una asepsia, tan perfecta como posible. La educación de aquellos médicos es perfecta en esta materia. Están convencidos de las

ventajas que el método reporta, y á nadie se le ocurre convertir en motivo de burleta ó chacota la circunstancia de haberse bañado ó entretenido un rato limpiándose las uñas. Sea ó no cierta la teoría sobre que descansa el método aséptico, sus ventajas son evidentes. Buena prueba de ello ofrecen las estadísticas de operaciones antes de 1880 y las de después de esa fecha. Reirse desdeñosamente de ellas arguye ignorancia ó carencia de sentimientos humanitarios.

Hé aquí lo que practica el Dr. Martin antes de abrir el vientre á sus enfermas. Consignado está en su obra; pero como lo he visto por mis propios ojos, quiero repetirlo aquí. Ya he dicho cómo es preciso hallarse para asistir á la operación. La sala está perfectamente aséptica, previos lavados de las paredes, suelo y techo, y previa pulverización que cesa desde que comienza la laparotomia; los instrumentos, las piezas de apósito, las esponjas, todo el material para la operación ha sido desinfectado por el fuego y sumergido después, lo susceptible de serlo, en soluciones antisépticas; el agua que se emplea es hervida.

La enferma viene sometida desde días antes á la limpieza antiséptica de la totalidad de sus órganos sexuales, y el día anterior á la operación toma un baño de asiento desinfectante. El mismo día de esta, el ayudante encargado de la anestesia, cloroformiza á la enferza en la cama que esta ocupa y la conduce á la sala de laparotomias; la coloca en la mesa de Horn y se procede al lavado de las paredes abdominales y muy cuidadoso de la vajina; el agente desinfectante es el sublimado para la enferma, y para los instrumentos el ácido fénico; una vez preparada esta de tal suerte por los ayudantes, el Dr. Martin vuelve á lavar por sí mismo las regiones en que ha de operar, y comienza la operación, hallándose él y los que intervienen en aquella totalmente limpios, como dije anteriormente.

En este momento es cuando los que esperan en la habitación inmediata son llamados para presenciar la operación.

Lo siguiente es lo que yo observé siempre que ví al Dr. Martin practicar operaciones abdominales. La temperatura de la habitación será como de 25° á 30°. El Dr. Martin, sentado delante de la enferma que está acostada sobre la mesa y cuyos muslos descansan sobre los del profesor, se halla despojado de todas sus ropas ordinarias y vestido con un traje de lienzo blanco, cubierto todo él con el delantal ya citado (otro igual, destinado no más que á laparotomias), y los brazos totalmente desnudos; de igual modo, pero sin

delantal, se ve á los dos ayudantes, únicos que le acompañan; el del cloroformo, sentado enfrente del profesor, á la cabecera de la enferma, y el que ayuda en el vientre, sentado á la izquierda de aquella y á la derecha del operador; la Sra. Horn se encuentra vestida como de ordinario, pero con ropa destinada no más que á esa clase de operaciones y desnudos los brazos; los espectadores nos manteníamos á breve distancia del punto de la operación, pero desde la cual, de pie, se puede ver perfectamente todo lo que ocurre en aquella.

No puede simplificarse más el acto de una operación tan importante. Yo confieso que quedé encantado la primera vez que le presencié y encantado salía siempre que volvía á presenciarlo. Era uno de los ideales, realizado ante mi vista, que me habían llevado á Alemania. Es envidiable aquella organización, y yo la envidio y la deseo ardientemente para nuestro país. ¡Felices aquellos que lleguen á conocerla en España, y más felices los que lleguen á utilizarla! Yo pretendo que al cabo la lograremos, pero sospecho que seré viejo para entonces. Por mi parte he alcanzado ya algo en el Hospital de la Princesa.

Afortunadamente, los modernos aficionados á la cirugía van por el camino de la antisepsia, y el esfuerzo de todos conseguirá instalaciones para cirujanos, análogas á las alemanas, las mejores que yo conozco. El deseo de saber lo que pasa en el extranjero se va generalizando, y nada hay mejor para imitar lo bueno que verlo. Es más productivo el ejemplo conocido personalmente que todos los consejos que se leen en los libros. Por esto, yo, en mis conversaciones particulares con ilustrados compañeros no dejo de decirles: «tan pronto como V. pueda, visite las buenas clínicas del extranjero». Solo esto basta para convencer al que duda y para convertir al incrédulo. Entre nosotros existe ya un regular número de cirujanos, en las provincias y en Madrid, que practican la antisepsia en condiciones aceptables, susceptibles sin embargo y necesitadas de mejoramiento. No es preciso que cite sus nombres. Bueno es empezar; el esfuerzo individual logrará vencer á la negligencia de los poderes públicos y á otra porción de corruptelas de nuestras costumbres, pero con perseverancia y con voluntad. Es, pues, de desear, para el bien de los pobres enfermos y para el crédito profesional de nuestra patria, que, á nuestra convicción respecto de las excelencias del método, unamos nuestro empeño para verle realizado en España. Me dirijo en estas

palabras á las generaciones jóvenes, á las cuales aún tengo el gusto de pertenecer.

Se comprende por lo que acabo de referir, que en la clínica del Dr. Martin se opera á las mujeres en condiciones excelentes, y que las enfermas, que allí acuden en tan gran número, encuentran la garantía de que cuanto la ciencia ha progresado está allí reunido en su favor. De ello es buena prueba el resultado de las estadísticas de este profesor, que yo no voy á mencionar, porque ellas como otros muchos detalles que he recogido en la *Frauenklinik de Elsassen Strasse*, no tienen aquí colocación oportuna. Corresponden mejor á un libro, grande ó pequeño, más didáctico, más severamente científico, carácter que no posee este ligero trabajo. En mis conferencias del Hospital de la Princesa he hecho y seguiré haciendo mención de aquellos, y los que me han honrado escuchándome, tienen conocimiento de datos que no aparecerán en esta breve narración de mi viaje.

La clínica de mujeres de E. A. Martin, posee además otro carácter. Es una clínica de enseñanza pública, y seguramente en ella han aprendido buena ginecología muchos distinguidos profesores alemanes como extranjeros. Durante mi permanencia en Berlín tuve el gusto de conocer en dicha clínica á bastante número de doctores, entre los cuales solo encontré uno que hablara nuestra lengua. Era un español americano, el Dr. Villa.

El Dr. Martin explica cursos de Ginecología, y cobra sus explicaciones bien modestamente por cierto. Tiene una clase teórica y otra práctica. Por esta última exige honorarios muy poco más elevados. En la clase teórica se explica por el Dr. Martin, ó por su primer asistente, lo que hace relación á las enfermedades de la mujer, incluso el diagnóstico y tratamiento. En la clase práctica los discípulos examinan á las enfermas, y practican bajo la dirección del profesor las operaciones ginecológicas, que podré llamar sencillas, hasta las amputaciones del cuello uterino.

Para estos fines tiene la clínica una sala destinada á policlínica, que es como en Alemania se llama á la consulta pública; esa sala sirve á la vez para el diagnóstico de cuantas enfermas acuden á la casa, ya permanezcan ó no en ella. Es la de la policlínica una sala como de 5 m. de larga por 3,5 de ancha, alta de techo, situada en el piso entresuelo, con dos grandes ventanas sobre el Mediodía, y cuyo suelo, paredes y techo son análogos á los de las salas de operaciones.

En ella se contienen seis lavabos con agua corriente, jabón y cepillos, una estufa, un armario para instrumentos de diagnóstico, otro para los lienzos de limpieza, una mesa y los libros registros, la mesa de reconocimientos, las gradas-asientos para los concurrentes, los *fantomes* para la práctica de operaciones sobre matrices frescas y, en un trípode ó caballete, el gran vidrio deslustrado, tan frecuente en todas las cátedras de Alemania, sobre el cual se halla dibujado en color negro la pelvis normal, dentro de la cual se pintan con tizas de diversos colores los órganos de la mujer, en los múltiples aspectos que constituyen el objeto de la Ginecología. Al lado de esta sala se halla el cuarto destinado á los ayudantes, y en él instalado un pequeño laboratorio bien montado.

De suerte que, por poco dinero, en punto tan bien acondicionado, y escuchado de boca de un ginecólogo tan distinguido por sus trabajos de toda índole, y por lo mismo tan justamente reputado como el Dr. Martin, se puede seguir un curso de Ginecología provechosísimo, teórico y práctico á la vez, tan práctico, que diré como prueba de ello, que en uno de los días de mi estancia en aquella clínica, vi practicar numerosas legraciones uterinas por los concurrentes á la clase, bajo la inspección y vigilancia del Dr. Martin. Cada uno de los concurrentes hizo su operación en las mismas condiciones que la hiciera el profesor; es decir, con iguales precauciones antisépticas, y ayudado de los mismos asistentes que ayudan al Dr. Martin. Así la enseñanza resulta verdadera y el tiempo y el dinero se aprovechan, al contrario de lo que ocurre en algunos otros puntos.

Por lo demás, la casa de este profesor recibe enfermas de distintas categorías sociales; en todas las habitaciones domina la limpieza, y se ven los útiles necesarios para la antisepsia. Dispone de un personal suficiente, respetuoso, bien educado y siempre atento al cumplimiento de su deber, bajo la vigilancia de la inteligentísima señora Horn.

La casa no tiene jardines ni otras instalaciones que en algunos puntos se consideran como necesarias para el esparcimiento de ánimo de los enfermos. No puede negarse que procuran beneficio esos aditamentos, pero á condición de que otras precauciones se cumplan con más rigor del que se emplea en esos otros sitios donde se piensa en los medios de esparcimiento del ánimo y se descuidan las primeras necesidades para la salud del cuerpo.

(Se continuará.)

ACCIÓN TÓXICA DE LOS ALCOHOLES ARTIFICIALES

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA Y MANSILLA,

MÉDICO DE NÚMERO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL GENERAL.

No nos proponemos en este artículo hacer un estudio detenido acerca del sinnúmero de accidentes que es capaz de producir el uso excesivo de las bebidas alcohólicas, ni tampoco enumerar las diversas afecciones, tanto agudas como crónicas, que se comprenden bajo el nombre sintético de alcoholismo.

Vamos solamente á ocuparnos de precisar las diversas sustancias que se encuentran accidentalmente en muchas bebidas alcohólicas, y especialmente en los llamados *alcoholes artificiales*, y á determinar, por medio de la experimentación, los efectos tóxicos que producen en el organismo animal, deduciendo como hecho práctico las condiciones bajo las cuales puede ser admitido por la higiene el uso en bebida de aquellos alcoholes.

Para entrar en este asunto, debemos comenzar por decir que se entiende por *alcoholes artificiales* aquellos que se preparan por la industria mediante la adición de *bouquets artificiales* á los alcoholes obtenidos de la destilación de diversas semillas fermentadas como el maíz, el trigo, el arroz, etc. Estos alcoholes antes de rectificarse y de añadirles el bouquet se llaman *industriales*. Los alcoholes llamados *naturales* se obtienen por simple destilación de los jugos fermentados de algunos frutos azucarados, de los cuales el más importante es la uva, y poseen un aroma (bouquet) agradable.

Tanto los *alcoholes artificiales* como los *naturales* tienen como elemento fundamental el *alcohol etílico*, pero al paso que en estos el bouquet procede de jugo que se destila y no contiene otras sustancias extrañas, en los artificiales el bouquet es sobreañadido, y además del alcohol etílico contienen otros alcoholes que son eminentemente tóxicos y á los cuales deben aquellos los perjudiciales efectos que producen en el hombre cuando bebe los vinos ó licores que con ellos se fabrican.

La cantidad excesiva que se consume de bebidas alcohólicas, y las diversas enfermedades que desde hace algunos años atacan á la vid, son las causas principales de que la industria haya recurrido para proporcionarse vinos á la obtención de alcoholes, de la patata, del maíz, etc., añadiéndoles después bouquets más ó menos ingeniosamente compuestos y materias colorantes con el fin de que puedan parecerse á los vinos naturales.

Dichos *bouquets* tienen composición diversa según el alcohol artificial que se desea obtener: así hay bouquets para fabricar kirsch, cognac, etc. El bouquet de cognac, que es el que más se usa, se conoce en el comercio con los nombres de *aceite de vino francés* y *aceite de vino alemán*, y por más que varían algo en su composición, se obtienen atacando por el ácido nítrico una mezcla de aceite de ricino, de manteca, de aceite de coco y otras materias grasas. Estas se transforman en una mezcla de ácidos propílico, butílico, caprílico, caproico, valeriánico, etc., que se eterifica por otra mezcla de alcohol etílico, amílico y metílico y que disueltos en alcohol constituyen el bouquet. Son suficientes 100 gr. de este producto para aromatizar 1.000 hectolitros de alcohol industrial. Los bouquets son en su mayor parte muy tóxicos, especialmente el aceite de vino alemán. No obstante, los experimentos de Magnan han demostrado que hay algunos que son inofensivos y son por consiguiente los que debieran solamente usarse.

Obtención de los alcoholes.—Sabido es que la fabricación de los *alcoholes naturales* comprende tres operaciones fundamentales: 1.ª, obtención del mosto mediante la presión del fruto azucarado; 2.ª, fermentación del mosto que le convierte en vino, y 3.ª, destilación del vino para obtener el alcohol.

Los alcoholes de industria, ó sean los obtenidos de la patata, de la melaza, maíz, etc., y que en unión de los bouquets han de constituir los alcoholes que se llaman artificiales, se obtienen sacarificando primero aquellas simientes, haciéndolas fermentar después y destilándolas por último en aparatos ingeniosos y cuya descripción no es propia de este lugar.

Pero como los productos obtenidos en la primera destilación, y que llevan el nombre de *flemas,* tienen un olor muy desagradable á causa de las muchas impurezas que contienen, hay necesidad de practicar otras destilaciones que se llaman *rectificaciones.* Por medio de estas se separan las sustancias más volátiles que el alcohol

etílico, como los éteres, los aldehidos y las diversas esencias que son causa del mal olor, y las sustancias menos volátiles ó que quedan de residuo y despreciando todas ellas, se utiliza solamente el alcohol que destila en medio de la rectificación.

Ahora bien, á medida que las rectificaciones sean más perfectas y mejor se separen todos los productos volátiles y los residuos, mejor será *el alcohol industrial* y si la rectificación es completa puede obtenerse un alcohol industrial que sea químicamente puro, es decir, etílico y muy superior á los mejores alcoholes de vino. Porque hay que tener en cuenta que los alcoholes naturales no son etílicos puros sino que contienen siempre alguna cantidad de aldehidos, éteres, etc., pero siempre en menor cantidad que la mayoría de los alcoholes artificiales que circulan en el comercio, pues si bien es cierto que estos pueden ser completamente puros, de ordinario no ocurre esto, siendo muchas las sustancias que los impurifican.

Estas sustancias que impurifican los alcoholes pasan al principio y al fin de la destilación por lo cual se llama á los primeros *productos de cabeza* y á los segundos *productos de cola*.

Todos los alcoholes, cualquiera que sea su origen, contienen los mismos grupos de impurezas, pero la cantidad que de ellas exista será lo que decida de si son ó no aceptables para el consumo, teniendo en cuenta que los naturales tienen muy pequeña cantidad y los artificiales las contienen en mayor proporción.

Son tantas las impurezas que contienen los alcoholes industriales que Rocques (1) las clasifica en los seis grupos siguientes:

1.° *Aldehidos*, especialmente el aldehido etílico entre los productos de cabeza, y el *furfurol* entre los de cola.

2.° *Alcoholes superiores*, especialmente el *propílico*, *isobutílico*, *butílico normal* y el *amílico*.

3.° *Ácidos* como el *acético*.

4.° *Éteres* como el *acético*, enántico, etc.

5.° *Esencias* y *aceites* que en unión de los éteres constituyen los bouquets.

6.° *Bases* todavía poco estudiadas.

Algunas de estas impurezas que se encuentran en los alcoholes y especialmente las esencias, preexisten en los frutos, pero la mayor parte de ellas se forman durante la fermentación y algunas durante

(1) Rocques: *Revue scientifique*. 20 Abril 1889.

la destilación. Así los alcoholes butílico, amílico é isobutílico se forman durante la fermentación y el furfurol durante la destilación á temperatura muy elevada.

Si bien en los alcoholes se encuentran muchas impurezas, en cada clase domina una sobre las demás: así, en el cognac, prepondera el alcohol amílico; en el whiskey el furfurol; en el alcohol de patata el amílico, etc. Respecto á la cantidad en que se encuentran, diremos que los *alcoholes industriales de mal gusto* contienen tal cantidad de aquellos que no se usan para el consumo; los de *mediano gusto* contienen hasta el 29 por 100 de impurezas y también deben proscribirse para el consumo; y por último, los de *buen gusto* (alcohol de cœur) están compuestos de alcohol etílico casi puro pues solo contienen 1 por 1.000 de impurezas y son los que pueden usarse para bebida, toda vez que son más puros que los naturales.

No pudiendo experimentar con todos los cuerpos enumerados en la clasificación de Rocques para observar los efectos que producen nos limitaremos á estudiar los más importantes que son los que nos han ocupado en las experiencias que abajo reseñamos y que hemos practicado en el Laboratorio del Hospital de San Juan de Dios en unión de nuestro querido maestro y amigo el Dr. Mendoza. Dichas sustancias son el furfurol, el salicialdehido, el noyó, el benzaldehido y los ácidos caprílico, butílico, amílico y propílico.

Pero antes de determinar la toxicidad de cada una de estas sustancias, hagamos constar que el alcohol etílico puro no deja de ser tóxico cuando se usa en gran cantidad, pero su toxicidad es mucho menor que la de todas las impurezas que contienen los comerciales. Así según Lussana y Albertoni son suficiente 6 gr. de alcohol etílico por cada kilogramo de peso del animal para producir la muerte.

Los trabajos de Rabouteau han demostrado que los alcoholes homólogos del etílico son más tóxicos que este. Así representando por 1 la toxicidad del alcohol amílico, la del butílico está representada por 3 y la del amílico por 15.

Veamos ahora los efectos tóxicos que cada una de las sustancias arriba enumeradas producen.

FURFUROL.

El furfurol ó aldehido piromúcico se encuentra especialmente en los alcoholes procedentes de granos como la cebada, la avena, el

maíz, etc. Se forma durante la fermentación de los cereales y pasa entre los residuos de la destilación. Se puede obtener por la acción del ácido sulfúrico diluído sobre los salvados de cereales ó sobre la avena. También se puede obtener por la acción del ácido sulfúrico sobre una mezcla de azúcar ó almidón y bióxido de manganeso.

El furfurol es un líquido que si bien es transparente recién obtenido, se ennegrece al poco tiempo por el contacto del aire, resultando un líquido oscuro de 1,68 de densidad y de un olor desagradable que recuerda algo el de las almendras amargas.

La mejor manera de descubrir en los alcoholes la presencia del furfurol es la de tratarlos por el acetato de anilina, verificando el ensayo del siguiente modo. Se toman 10 cm.^{3} del alcohol que se desea analizar, se añaden 5 gotas de anilina y 10 de ácido acético. Si no existe furfurol el líquido queda incoloro, pero si existe alguna cantidad de aquella sustancia, toma un color rojo ó rosáceo.

Procedamos ahora á exponer los resultados que hemos obtenido por la inyección gástrica del furfurol á los conejillos de Indias, que son los animales que teníamos con más facilidad en el Laboratorio.

No obstante que Laborde (1) opina que el mejor modo de averiguar los efectos y acciones que los medicamentos y las sustancias tóxicas producen en el organismo animal es la inyección directa en las venas, nosotros hemos creido preferible, siguiendo en esto á Dujardin-Beaumez y á Audige, practicar, tanto para el furfurol como para los demás cuerpos que después indicaremos, la inyección estomacal, pues si bien es cierto que en el tubo digestivo sufren modificaciones los productos inyectados, no lo es menos que si de estos experimentos se ha de sacar alguna utilidad para la higiene, es necesario que los medicamentos se administren á los animales por la misma vía que los usa el hombre, el cual solo por la vía gástrica utiliza las bebidas alcohólicas.

Experiencias.—1.ª El 26 de Octubre de 1888 inyectamos en el estómago de un conejo que pesaba 363 gr. ½ cm.^{3} de furfurol. A los pocos segundos excitación general y emisión de orina, después el conejo cae en letargo, se acelera la circulación y la respiración y aparecen convulsiones en las extremidades anteriores. A los quince minutos el termómetro colocado en el recto marca 36,8 cuando antes

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, núm. 42, 1838.

de la inyección era 39.—Después el animal grita y tiene otra vez gran excitación general.—A las cuatro horas desaparecen poco á poco todos aquellos fenómenos, se eleva la temperatura hasta la normal y el animal queda en la misma situación que antes de comenzar el experimento.

2.ª Otro conejo de 260 gr. de peso fué también sometido á la experimentación inyectándole ½ cm.³ de furfurol, observándose que los fenómenos de colapso y letargo se presentaron con más rapidez que en el caso anterior, y haciéndose cada vez más lenta la circulación y respiración á la par que descendiendo la temperatura sobrevino la muerte á los treinta minutos de la inyección.

Autopsia.—Corazón en diástole, pulmones congestionados. El exófago se encuentra intacto y en el estómago existe alguna porción de furfurol que no se ha absorbido.

3.ª Otro conejo de 360 gr. de peso fué inoculado con 1 cm.³ de furfurol, notándose que á los diez minutos el animal se pone cianótico, se hacen lentas la circulación y la respiración, después de una aceleración previa desciende la temperatura primero á 37 y luego á 36, y el estado de postración es notable. Acentuándose cada vez más el colapso muere al fin á los diez y seis minutos de la inyección gástrica.

Autopsia.—Corazón en diástole y con sus venas muy inyectadas; estómago y exófago, intactos; hígado, muy congestionado; pulmón, anémico; hiperemia meningea.

4.ª El 30 de Octubre de 1889 un conejo de 500 gr. de peso cuya temperatura normal era de 39,2° fué inyectado con ½ cm.³ de furfurol disuelto en 6 de agua. El animal queda como aletargado, se aceleran la respiración y la circulación y se contrae fuertemente la pupila. A los quince minutos está nauseoso y á los treinta á que se le toma la temperatura solo tiene 38°. Convulsiones en las cuatro extremidades.

A los tres cuartos de hora de la primera inoculación se le hace otra con ½ de cm.³ de furfurol. Nueva aceleración del pulso y de la respiración, cianosis, ligeros vómitos. A la media hora de esta segunda inyección, 36,5°; la cianosis, aumenta; la pupila sigue contraída y el animal aletargado, vacila mucho al andar. Después de cinco horas de comenzar las experiencias el animal se encuentra en estado fisiológico.

En esta situación se le hace una nueva inyección con 1 cm.³ de

furfurol, quedando el animal postrado á los tres minutos, después cae indistintamente del lado derecho ó del izquierdo, en seguida comienzan convulsiones en las cuatro extremidades pero especialmente en las posteriores. Los movimientos circulatorios se hacen cada vez más lentos, la anestesia es generalizada y completa y los reflejos corneano y óculo-palpebral están suprimidos. Gran cianosis, náuseas, vómitos, dilatación pupilar, enfriamiento notable al tacto, hasta que al fin muere á los quince minutos de esta última inyección.

Autopsia.—Se recoge la orina que existe en la vejiga y no se observa la reacción del furfurol aunque se trata aquel liquido excrementicio por el aceite de anilina (fenilamina) y el ácido acético.

En cambio filtrando los liquidos gástricos se demuestra claramente la existencia del producto inoculado. Filtrada la sangre y tratado el suero por los mismos reactivos no se encuentra el furfurol en este medio interno.

Exófago y estómago normales. Hígado y pulmones congestionados. Corazón en diástole y el ventriculo izquierdo lleno de coágulos de sangre negra. En las meninges de la base del cráneo se observa una inyección graduada del mismo modo que en el bulbo raquídeo. Los riñones tienen sufusiones y puntos hemorrágicos.

Estas experiencias nos enseñan que el furfurol entre sus diversas propiedades, posee la de provocar convulsiones que se parecen algún tanto á las que acompañan á la epilepsia y que, por consiguiente, á él hay que atribuir los ataques epilépticos que se presentan á veces en los individuos que abusan de los alcoholes, especialmente del licor de agenjo y otros que contienen gran cantidad de furfurol.

Por las experiencias establecidas, hemos visto que un conejo de 360 gr., muere á los pocos minutos de inoculado (3.ª experiencia), es decir, que 3 cm.^{3}, próximamente, son tóxicos para 1 kg. de peso del animal.

Pero no es solo el furfurol la sustancia que tiene la propiedad de provocar fenómenos convulsivos. Tiene también esta propiedad otra sustancia que impurifica los alcoholes. Este es el salicialdehido.

SALICIALDEHIDO.

El *aldehido salicílico ó salicialdehido* se obtiene de la esencia de la reina de los prados (spirea ulmaria) y es un aldehido fenol. Se prepara por la industria haciendo obrar una parte de bicromato potá-

sico y ocho de agua sobre una mezcla de ácido sulfúrico y agua. Se destila esta mezcla y se recoge un líquido oleaginoso que se encuentra en el fondo del recipiente.

El salicialdehido es un líquido neutro incoloro que toma un color rojizo al contacto del aire; tiene un olor aromático agradable, es poco soluble en el agua y mucho en el alcohol y en el éter.

El salicialdehido forma la base de algunos bouquets que tienen la propiedad de producir fenómenos convulsivos. Entre aquellos podemos citar los que sirven para confeccionar los licores de agenjo, el Vermouth y el Bitter que producen hasta fenómenos epilépticos.

Pero en vez de emplear estos licores para la experimentación, hemos usado el salicialdehido puro, y así hemos apreciado mejor los efectos fisiológicos.

EXPERIENCIAS.—1.° A un conejo de Indias que pesa 550 gr., se inyecta en el estómago $^1/_8$ de cm.^{3} de salicialdehido. A los tres minutos, espasmos generales, especialmente en la cabeza, temblor general, esfuerzo como para vomitar, gran aceleración de la circulación y respiración. Gritos, temblor localizado en el tronco.

A los quince minutos grandes convulsiones en la mandíbula inferior primero y en las extremidades posteriores y anteriores más tarde. El animal se encuentra en un estado tal de excitabilidad, que cualquier choque ó ruido es suficiente para provocarle fenómenos convulsivos, dilatación pupilar, trismus muy acentuado.

A los veinte minutos la temperatura es de 38,5° y las convulsiones son tónicas. Pasada media hora de la inyección, van desapareciendo las convulsiones hasta que á la hora ya no había vestigio de los efectos del salicialdehido.

En esta situación se le inocula otro $^1/_8$ de cm.^{3} de aquel cuerpo y se repiten los mismos fenómenos y en el mismo orden que arriba expusimos.

2.° A otro conejo de 500 gr. de peso se inyectó en el estómago 3 dg. de salicialdehido. A los pocos minutos el animal aparece intranquilo, expulsa la orina y acelera la respiración y el pulso. Contracción pupilar.

Luego aparece el temblor, las convulsiones en la cabeza, cuello y tronco y por fin en las extremidades. El diafragma entra en convulsión también y en su totalidad el animal aparece tan excitable que cualquier causa le provoca accesos de convulsiones.

Al cuarto de hora de la primera inyección se le hace otra con 7 dg.

de *salicialdehido* que con la cantidad anterior constituyen 1 gr. Aparecen en seguida convulsiones bruscas en todo el tronco; temperatura 38,8°; el pelo del animal se crispa. Trismus. Período de colapso. La temperatura sigue descendiendo, no obstante las convulsiones, hasta que el animal falleció á las diez horas de sometido á la experimentación.

Autopsia.—En el tubo digestivo se observan los fenómenos de una gastro enteritis agudísima; gran congestión hepática con puntos hemorrágicos; pequeño derrame seroso en la cavidad peritoneal. Enorme congestión hemorrágica de los pulmones, mucosidades en los bronquios, corazón en diástole y relleno de coágulos sanguíneos. Los planos musculares del abdomen así como la piel, acusan una gran congestión, notándose que todos los vasos de esta tienen más volumen que el que les corresponde.

Toda la masa intestinal desprende olor á salicialdehido; hígado friable, ligera congestión meníngea.

3.ª Un conejo que pesaba 580 gr. fué inoculado con 1 cm.^{3} de *salicialdehido*. En seguida se inquieta el conejo, después aparecen convulsiones en la cara, cuello y diafragma, más tarde temblor en todo el tronco, convulsiones en las extremidades anteriores y posteriores. El animal está desasosegado, tiene convulsiones en los párpados que con frecuencia aparecen cerrados. Otras veces corre y se agita con violencia, no cesan las convulsiones un momento. Dilatación pupilar.

La respiración está muy acelerada y las convulsiones clónicas se provocan con tal facilidad, que parece como si el animal estuviese bajo la acción de la estrignina. Gritos y grandes sacudidas en las extremidades posteriores. A la media hora de la inyección 39,1°, todos los fenómenos convulsivos continuaron con más ó menos intensidad durante seis horas, al cabo de las cuales el colapso se presentó y falleció el animal á las ocho horas de la inyección.

Autopsia.—Pulmones muy congestionados y con manchas equimóticas en muchos sitios, moco sanguinolento en los bronquios, corazón flácido y relleno de coágulos sanguíneos, inyección de las meninges y de la capa cortical, congestión hepática y renal.

Los experimentos que acabamos de relatar, prueban de una manera evidente que el salicialdehido posee propiedades convulsivas en mayor grado aún que el furfurol. Las lesiones encontradas en las autopsias, son iguales á las que se observan en los que mueren de

accesos epilépticos. Estos fenómenos convulsivos observados en los conejos, son iguales á aquellos que se observan en los que abusan de los alcoholes, aun antes de que la intoxicación crónica produzca lesiones cerebrales que sean causa de convulsiones.

BENZALDEHIDO.

El benzaldehido, aldehido benzóico ó benzonitrilo, pues todos estos nombres lleva, es un líquido claro, transparente, de un olor agradable que recuerda el del noyó, de cuya esencia constituye la parte fundamental, en la proporción de 5 gr. por litro. Esta esencia de noyó, se usa mucho en la industria para dar aroma á los alcoholes industriales y por más que se suele considerar como inofensiva tiene propiedades tóxicas, produciendo fenómenos de convulsión tetánica como se demuestra por las experiencias siguientes:

Experiencias.—1.ª A un conejo de 250 gr. inyectamos en el estómago 1 cm.^{3} de *benzaldehido* ó aldehido benzóico. Aparecen al momento náuseas, intranquilidad y espasmos generalizados, tétanos; después viene un período de resolución con decaimiento, cabeza inclinada á uno de los dos lados y algunos movimientos convulsivos del diafragma, sacudidas musculares en todo el tronco. Después se presentó el colapso, que aumentando cada vez más, terminó con la vida del animal á las tres horas de la inyección.

Autopsia.—En cuanto se abre la cavidad abdominal, se percibe claramente el olor á benzaldehido. Fenómenos de congestión gástrica, enteritis agudísima, ventrículo izquierdo en sístole, ventrículo derecho en diástole y relleno de coágulos sanguíneos, pulmón congestionado, encéfalo normal.

2.º A otro conejo de 240 gr. se inyectó en el estómago ½ cm.^{3} de benzaldehido. A los pocos segundos se nota agitación, intranquilidad, temblor y tétanos. Después, convulsiones de las cuatro extremidades, aceleramiento de la circulación y respiración y mucha excitabilidad refleja. Estos fenómenos desaparecen poco á poco hasta que el animal queda en estado normal.

3.ª Otro conejo de 240 gr. se inocula por vía gástrica con ½ cm.^{3} de noyó. Se observan algunos fenómenos de excitación, algo de temblor como si el animal se encontrase bajo la acción de una intermitente palúdica. Da grandes gritos y presenta algunas convulsiones

tónicas, todo lo cual dura algunas dos horas al cabo de las cuales se encuentra en estado fisiológico.

4.ª Otro conejo de 700 gr. fué inyectado con 2 cm.³ de *esencia pura de noyó*. En seguida se observa aceleración de la respiración, depresión de fuerzas, algunos espasmos generalizados, siendo más intensos en la cara, y convulsiones en las cuatro extremidades y en el diafragma. Después aparece el colapso acompañado de vómitos y paresia en las extremidades y en este estado en que parecía muerto á no ser porque la respiración aunque lenta y superficial demostraba que la vida no se había extinguido, continuó quince horas, después de inyectado, al cabo de las cuales murió

La *autopsia*, practicada inmediatamente después de la muerte, acusa enorme gastro-enteritis aguda, equimosis en la mucosa del estómago de la que se desprendía olor á noyó, vejiga repleta, ligera congestión hepática y pulmonar, gran congestión meníngea y cerebral. Las convulsiones observadas en los conejillos inyectados con el benzaldehido y con la esencia de noyó, tenían por carácter el ser de índole tetánica y con trastornos profundos de la respiración.

Con el objeto de averiguar la acción de algunos alcoholes que también impurifican en ocasiones al etílico, hemos practicado diversas experiencias que han confirmado en un todo lo establecido por Dujardin-Beaumez y Audige relativa á las dosis tóxicas límites ó sea á la cantidad de alcoholes puros que es necesario por kilogramo de peso para producir la muerte del animal en el espacio de veinticuatro horas.

Según lo que han establecido estos sabios, 8 gr. de alcohol etílico es tóxico por kilogramo de peso del animal. Pero del propílico bastan 3,9 gr. para conseguir el mismo objeto, 4 del caprílico, 2 del butílico y 1,7 del amílico. Véanse algunas experiencias sobre este asunto.

ALCOHOL CAPRÍLICO.

Un conejo de 560 gr. fué inoculado mediante ingestión con 1 cm.³ de alcohol caprílico. A los pocos minutos aparece decaimiento y ligeras convulsiones en las cuatro extremidades. Después se presenta el colapso que desaparece poco á poco encontrándose el animal completamente restablecido á las cinco horas de inoculado. El alcohol caprílico que usamos para esta inyección era completamente puro,

estando exento de furfurol lo cual demostramos previamente analizándole con el acetato de anilina según arriba demostramos.

También estaba exento de aldehido lo cual se demuestra por el *bisulfito de rosanilina*. Y como este reactivo es de tanto uso que hay necesidad de emplearle siempre que se quiera ver si en un alcohol existe aldehido, nos parece conveniente exponer aquí su composición.

Solución de fuchsina al 1 por 1.000	125 cm.^{3}
Bisulfito de sosa á 28° B.....	75 »
Ácido sulfúrico á 66° B.....	25 »
Agua	1 litro.

m.

Este reactivo es incoloro ó ligeramente coloreado de amarillo. Se usa del siguiente modo: á 10 cm.^{3} del alcohol que se desea analizar, después de diluído hasta que marque 50°, se añaden 2 cm.^{3} de aquel reactivo, se agita y si se obtiene una coloración rojo violácea indica la presencia de aldehido. La reacción tarda algunos minutos en aparecer y se favorece mediante la agitación para facilitar el contacto del aire. Este reactivo es muy sensible, y descubre cantidades pequeñísimas de aldehidos hasta en algunos de los llamados alcoholes absolutos.

ALCOHOL AMÍLICO.

No tiene furfurol ni aldehido como se demuestra por medio de los reactivos expuestos.

Un centímetro cúbico de alcohol amílico mezclado con igual cantidad de glicerina, se inyecta á un conejo de 600 gr. A los pocos minutos la marcha aparece vacilante, arrastran las extremidades posteriores, ligero enfriamiento, disminución de la respiración y circulación, y el animal aparece tan indiferente á todo lo que le rodea, que no se excita por ningún ruido que se sienta á su alrededor. Después aparecen convulsiones del diafragma y de las extremidades posteriores. Temperatura 37,4. A la media hora de comenzar la experiencia, el animal aparece como muerto, pues la circulación y respiración se hacen muy lentas.

Después de dos horas de profundo letargo, el animal comienza á hacer algunos movimientos, profundas respiraciones, elévase poco á poco la temperatura hasta 39,2 que era la normal, hasta que á las veinte horas se encuentra bien y con apetito.

ALCOHOL BUTÍLICO.

1.ª Un conejo de 517 gr. es inoculado con 2 cm.³ de *alcohol butílico* puro. A los diez minutos, temblor general, convulsiones clónicas, especialmente en las extremidades posteriores, decaimiento general y descenso térmico. A la hora de comenzar el experimento, el animal se encuentra bien. El alcohol butílico que hemos empleado no tenía aldehido, pero en cambio cuando le analizábamos para averiguar si tenía algún furfurol tratándole por el ácido acético y la fenilamina (aceite de anilina), se obtenía una coloración roja intensa que no era la del furfurol pues hasta su espectro variaba y cuya coloración la consideramos como especial del alcohol butílico.

2.ª El 10 de Mayo inyectamos á otro conejillo de Indias de 465 gr. de peso 3 cm.³ de alcohol butílico puro. En el acto sobreviene gran aplanamiento y postración, lentitud de la circulación y de la respiración, descenso térmico. A la media hora, temperatura 32°, cianosis y colapso, que aumentando cada vez más, produjo la muerte del conejillo á los cincuenta minutos de inoculado.

Autopsia.—Olor á alcohol butílico en los líquidos estomacales, gran enrojecimiento de la mucosa gastro-intestinal y congestión hepática, ninguna otra lesión apreciable.

ALCOHOL PROPILICO.

Analizado previamente el *alcohol propílico* que habíamos de usar en las experiencias, resultó no contener furfurol y solo una pequeñísima cantidad de aldehido etílico.

1.ª Un conejo de 305 gr. fué inyectado con ½ cm.³ de alcohol propílico, observándose primero decaimiento, después convulsiones y por fin colapso, sucediéndose estos tres fenómenos con gran rapidez. A las tres horas, el colapso fué desapareciendo hasta quedar bien el animal.

2.ª Otro conejo de 260 gr. fué inoculado con 1 cm.³ de *alcohol propílico*, observándose como en el caso anterior, decaimiento, algunas convulsiones y por fin colapso, del que murió á los quince minutos de inyectado.

Autopsia.—Pequeña cantidad de alcohol en el estómago, ligera

congestión de todo el tubo digestivo, sin ningún otro fenómeno digno de apreciarse en ningún órgano.

Como vemos por estas experiencias, los llamados *alcoholes superiores*, también son muy tóxicos y algunos convulsivos.

De lo expuesto hasta aquí y de las experiencias que acabamos de describir se deduce que la mayor parte de las bebidas alcohólicas, fabricadas con los alcoholes artificiales, contienen gran cantidad de sustancias tóxicas, ya porque las llevase el alcohol industrial obtenido de la remolacha, del maíz, etc., ya porque procediesen del bouquet que se les añade para imitar el olor propio de los alcoholes naturales.

A dichas sustancias hay que atribuir los desastrosos efectos que se presentan en aquellos individuos que abusan de los alcoholes, y sobre todo los fenómenos convulsivos que á veces revisten la forma epiléptica y que desde hace mucho tiempo venía observándose en Escocia y fué comprobado por Bert, Fieuzal y Laborde.

De los productos que impurifican los alcoholes, son muchos los que tienen la propiedad de producir convulsiones, pero los principales son los que arriba indicamos; furfurol, salicialdehido y benzaldehido.

No es al alcohol etílico puro al que hay que atribuir los fenómenos convulsivos, no obstante la opinión de Mairet (1) que supone que en el alcoholismo agudo es muy frecuente la epilepsia; es á aquellos productos extraños á los que hay que atribuir los accidentes más terribles de la intoxicación alcohólica, no obstante que como antes hemos indicado, el alcohol etílico también es tóxico, pero en mucha menor escala que los aldehidos y que los alcoholes llamados superiores.

Estos extremos se ponen en evidencia mediante los experimentos de Laborde que rápidamente vamos á reseñar.

Dichos experimentos comprenden tres series: en la 1.ª se propone comparar los efectos de tres alcoholes: el de vino, el de remolacha y el de maíz, siendo puro el primero é impuros los dos últimos; en la serie 2.ª compara los efectos de los tres alcoholes completamente puros, y en la 3.ª los efectos de los residuos de los tres alcoholes.

1.ª serie.—A tres perros próximamente de igual peso, les intro-

---

(1) Sur la intoxication par la liqueur d'absinthe. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, num. 46, 1888.

duce por la sonda exofágica: á uno 50 gr. de alcohol de vino del Rosellón; á otro 50 gr. de alcohol de remolacha y al último 50 gr. de alcohol de maíz. Los tres alcoholes se diluyen hasta que marquen 50° y además se les añade 40 gr. de agua.

Los dos perros sometidos á la acción de los alcoholes industriales permanecen inmóviles, silenciosos, después comienzan á temblar ligeramente siendo más intenso el temblor en las extremidades posteriores. Al cabo de veinte minutos caen, están tendidos y en completa resolución, dan gritos lastimeros y la temperatura baja cerca de 1°. La sensibilidad está muy disminuída pero no abolida. Al cabo de una hora caen en un sueño comatoso.

El perro sometido á la acción del alcohol de vino, se presenta al principio ligeramente excitado pero atiende cuando se le llama. Flaquean las extremidades posteriores sosteniéndose el animal sobre las anteriores, las que al fin también vacilan. Después baja dos décimas de grado la temperatura, disminuye algo la sensibilidad y cambia con frecuencia de lugar. Pasada una hora marcha perfectamente titubeando todavía y come el alimento que se le presenta.

El perro que se encuentra bajo la acción del alcohol de maíz, se despeja al día siguiente y se sostiene de pie sin temblor alguno. El que se encuentra bajo la acción del alcohol de remolacha, no se despeja hasta el tercer día. Estos últimos perros no tienen apetito.

Como se ve por estos experimentos, aunque los tres alcoholes han producido la embriaguez, en el intoxicado con el alcohol de vino, ha sido muy ligera, algo más intensa en el sometido al alcohol de maíz y mucho más intensa en el intoxicado por el de remolacha. El alcohol de maíz ha determinado además temblor de las extremidades y el de remolacha un sueño profundo que ha durado cuarenta y ocho horas.

2.ª serie.—Después de estas experiencias, Laborde administra á otros tres perros de 7 kg. de peso cada uno, 50 gr. de *alcohol etílico puro* procedentes de vino, del maíz y de la remolacha. Los fenómenos observados en los tres, son iguales é idénticos á los que se observaron en el perro inoculado con alcohol de vino en la serie anterior. Esto nos demuestra que al rectificarse los alcoholes pierden las propiedades tóxicas que tenían cuando los inyectábamos sin purificar.

3.ª serie.—A otros dos perros próximamente iguales y en las mismas condiciones fisiológicas, se inyectan en el estómago 50 gr. de los residuos que quedan de las purificaciones de los alcoholes de

maíz y remolacha, observándose que ejercen tal irritación sobre el estómago, que provoca vómitos hasta sanguinolentos; los animales dan gritos lastimeros, y se les acelera la respiración y aumenta la temperatura. Se puede asegurar que estos residuos concentran la toxicidad de los alcoholes de que proceden.

Un tercer perro igual á los dos anteriores, es inyectado con otros 50 gr. de los residuos del alcohol de vino y se observa que son mejor tolerados que los anteriores, pero determina también una profunda embriaguez aunque no tan intensa como los anteriores.

Como demuestran plenamente estos experimentos, las impurezas de los alcoholes son las responsables de la mayor parte de los trastornos que se producen en los individuos que abusan de las bebidas alcohólicas. Es verdad que las diversas clases de alcoholes y la distinta composición que tienen las bebidas que con estos se fabrican, hacen que los experimentos que arriba indicamos respecto al furfurol, salicialdehido, etc., no puedan en un todo asemejarse á lo que en el hombre sucede toda vez que este no ingiere aquellos productos puros como nosotros los hemos inoculado; pero en cambio, la acción lenta pero continua que desenvuelven en el organismo humano que con frecuencia los ingiere, es motivo suficiente para que á la larga den lugar á accidentes epilépticos, torpeza intelectual y otros muchos trastornos agudos y crónicos, bien conocidos por todos los médicos.

Y ya que hemos visto la importancia que tiene el descubrir las impurezas de los alcoholes, creemos conveniente terminar este artículo con algunas nociones acerca del análisis químico de los mismos.

Dicho análisis tiene por objeto; ya descubrir alguna de las impurezas de más importancia en los alcoholes, ya determinar en totalidad la cantidad de ellas, pero sin precisar su naturaleza.

Los principales ensayos que se practican con el primer objeto son los siguientes:

1.º *El ácido sulfúrico puro monohidratado* nos da una idea general sobre la pureza de los alcoholes, procediendo del siguiente modo. Se colocan en un globo ó frasco 10 cm.³ del alcohol que se desea ensayar y se mezclan con otros 10 de ácido sulfúrico puro, se agita y calienta á la lámpara hasta que comience la ebullición. El alcohol etílico puro permanece completamente incoloro, pero si contiene impurezas se carbonizan y oscurecen el líquido que se ensaya.

2.ª *Bisulfito de rosanilina.*—Es el reactivo del aldehido cuya presencia acusa por la coloración rojo violácea que adquiere el alco-

hol que se ensaya. La preparación de este reactivo ya la hemos indicado antes.

3.ª *Acetato de anilina.*—Es el reactivo del furfurol, del que ya nos hemos ocupado también.

4.ª Evapórese una pequeña cantidad de alcohol en presencia de unas gotas de ácido sulfúrico diluído. El residuo disuelto en agua trátese por el reactivo de *Mayer (ioduro mercúrico potásico)* que sabido es la propiedad que tiene de precipitar las bases.

5.ª Tiene por objeto averiguar la presencia del alcohol amílico, lo cual es muy importante, pues sabido es que este *alcohol superior* es 15 veces más tóxico que el etílico. Se trata una pequeña cantidad de alcohol diluído por algunos centímetros cúbicos de *cloroformo*. Este cuerpo se apodera del alcohol amílico. Después se calienta la mezcla y se evapora á un calor suave hasta que después que han desaparecido los vapores de cloroformo, se añade un cristal de bicromato potásico y algunas gotas de ácido sulfúrico concentrado. Continuando el liquido al calor suave, se presenta un olor característico del ácido valeriánico, que nos indica, que en el alcohol que analizábamos existía el alcohol amílico.

Análisis cuantitativos.—Entre los muchos métodos propuestos para averiguar la cantidad de impurezas que contiene un alcohol, nos limitaremos á reseñar dos: un físico el de Röse, y otro químico el de Savalle.

Método de Röse.—Este que es el adoptado oficialmente en Alemania y en Suiza, se funda en los principios siguientes:

1.° Si se agita cloroformo con una mezcla de alcohol etílico puro y agua, el volumen del cloroformo aumenta, y este aumento que depende de la temperatura y de la riqueza alcohólica, es constante en iguales condiciones.

2.° Cuando el alcohol etílico contiene algún *alcohol superior*, como este es más soluble en el cloroformo que el primero, da un aumento de volumen mayor que el etílico en el mismo grado alcohólico y de temperatura.

El aparato que se usa para este análisis, consiste en un tubo graduado en décimas de centímetro cúbico que lleva en la parte inferior un depósito cilíndrico de 20 cm.^{3} de cabida y en la superior otro esférico de 120 cm.^{3}

El análisis se practica del siguiente modo. Se introduce en el tubo 20 cm.^{3} de cloroformo y se añaden 100 cm.^{3} de alcohol que se quiere

analizar rebajado á 30°. Luego se añade 1 cm.³ de ácido sulfúrico de la densidad 1,28. Después se agita y se deja reposar en un baño de agua á 15°, cuya temperatura de 15°, se tendrá cuidado que tengan también los líquidos que en el aparato se introducen. Cuando haya pasado algún tiempo, solo hay que leer la altura hasta donde llega la columna de cloroformo. Como que en las mismas condiciones se tiene cuidado de practicar otro análisis empleando alcohol puro, la diferencia en la altura de las dos columnas de cloroformo nos indica el grado de impurezas que contiene el alcohol que se analiza.

Como este método es tan delicado de practicar, pues además de los cuidados que hay que tener con arreglo á la temperatura, la más pequeña diferencia en la altura de la columna clorofórmica indica diferencias muy grandes respecto á las impurezas, se usa poco siendo más práctico el de Savalle.

Método de Savalle.—El aparato de que se sirve este autor se llama *diafanómetro*. Se funda este método en el hecho de que cuando se calienta el alcohol que contiene impurezas con un volumen igual de ácido sulfúrico y se deja enfriar, la mezcla tiene un color oscuro por la carbonización de aquellas impurezas. Si, pues, esta mezcla se coloca en una pequeña cavidad de bordes paralelos, la intensidad colorimétrica variará comparándola con los vidrios coloreados números 1, 2, 3, 4 y 5.

Este método además de ser más fácil de practicar tiene sobre el de Röse las siguientes ventajas:

1.ª Indica la mayor parte de las impurezas del alcohol.

2.° La intensidad de la coloración obtenida con el ácido sulfúrico guarda cierta proporción con la toxicidad de las impurezas: así los aldehidos, en igual cantidad, dan coloraciones más intensas que los alcoholes superiores.

Algunas modificaciones se han hecho al método de Savalle, especialmente por Girard y Rocques (1) pero no creemos pertinente describirlas aquí.

Hecho este diseño sobre el modo de analizar los alcoholes, terminaremos nuestro trabajo estableciendo las siguientes conclusiones:

1.ª El alcohol etílico más puro es ligeramente tóxico.

2.ª Los alcoholes llamados artificiales son mucho más tóxicos que el etílico.

---

(1) *Revue scientifique*, loc. cit.

3.ª De la acción tóxica de los alcoholes artificiales son responsables, principalmente, las sustancias extrañas que contienen.

4.ª Estas sustancias proceden ya de la destilación al obtener el alcohol industrial, ya del bouquet que se les añade para enmascarar su mal olor.

5.ª Entre aquellas impurezas son las más conocidas y se encuentran en mayor cantidad el furfurol, el salicialdehido, el benzaldehido, el salicilato de metilo y los alcoholes superiores butílico, caprílico, amílico, etc., etc.

6.ª Entre estos productos extraños unos tienen propiedades convulsivas como el furfurol, el salicialdehido, etc., y otros estupefacientes como los alcoholes amílico, butílico, etc.

7.ª El alcohol procedente del vino más puro contiene siempre cantidades más pequeñas de impurezas que la mayor parte de los alcoholes industriales que circulan en el comercio.

8.ª Si los alcoholes industriales se purifican perfectamente son más puros que los naturales y preferibles á estos bajo el punto de vista de la higiene.

9.ª Hay necesidad de destruir la preocupación que existe en el vulgo, y hasta en personas ilustradas, de pretender que el alcohol industrial es solo alcohol amílico, siendo así que aun estando sin purificar solo contiene una pequeña parte de este elemento tóxico, pues la mayor parte es etílico. En cambio, si los alcoholes industriales están purificados son etílicos puros y ningún químico es capaz de distinguirlos del etílico procedente del vino puesto que son una misma cosa, una especie química y como tal idéntica á sí misma, y así como no hay diferencia entre el oxígeno obtenido del agua y el procedente del óxido de mercurio tampoco la hay entre el alcohol etílico procedente del vino y el que tiene su origen en la remolacha, en la patata ó en el maíz, y

10.ª Debe protestarse en nombre de la Higiene y de la salud pública del uso de los alcoholos impuros pues á esta circunstancia hay que atribuir los desastrosos efectos que producen aquellas sustancias y los cuales van en aumento de día en día; y debe, en fin, excitarse el celo de las autoridades para que persigan y castiguen á los industriales que fabriquen y expendan bebidas que tengan por base los alcoholes sin purificar.

Madrid y Enero de 1890.

NOTAS CLÍNICAS DE DERMATOLOGÍA,

POR EL

DR. D. JUAN AZÚA.

MÉDICO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

(Continuación) (1).

II. El por qué del desarrollo de los queloides, tanto de los espontáneos como de los llamados cicatriciales, ó más propiamente de las cicatrices, es bastante desconocido, y el caso que vamos á referir en sumario, interesante por el número de los queloides observados, por la ocasión en que se desarrollaron y por su marcha, demuestra también cuán oscura es la verdadera etiología de estas neoformaciones.

Una niña de 7 años, de tipo linfático bastante pronunciado é hija de una mujer afectada de lupus de la cara, fué vacunada cuatro años antes de la fecha de su presentación en la consulta del hospital. La erupción de la vacuna se generalizó y produjo treinta y tantas pústulas repartidas con desigualdad por toda la superficie cutánea. Según los datos aportados por la madre, el tiempo transcurrido sin lesión alguna, fuera de la queloidea y el examen de la enfermita, puede afirmarse que la erupción que padeció fué vacuna y no una sífilis transmitida por este medio profiláctico. Duró la enfermedad en su evolución total hasta la caída de las costras, unas tres semanas y quedaron como reliquias de ella, cicatrices rojas, redondas y lisas. Poco tiempo después, según nos aseguró la madre de la enfermita, comenzó á notarse que las cicatrices sin perder su aspecto liso y rosado se iban haciendo prominentes y como extendiéndose sobre las partes vecinas á cada pérdida de sustancia. Con un crecimiento muy lento, transcurrieron tres años y en esta fecha la madre comenzó á notar disminuían algo las cicatrices por la parte periférica de cada una de ellas.

Al ser observada por nosotros, vimos repartidas con desigualdad por toda la superficie del cuerpo y en todos los sitios en que había existido una pústula de vacuna, unas cicatrices redondas, lisas y rojas por el centro, blancas por los bordes, con finos tractus fibrosos que se extendían á las partes próximas, de modo que resultaban las partes rojas como engastadas en un delgado anillo blanco y fibroso que correspondía á la periferia de lo que fueron ulceraciones

(1) Véanse los números 8.º y 9.º del tomo I.

pero no precisamente al sitio exacto que ocuparon estas, que está representado por la parte roja y lisa de la lesión.

Sobre esta parte anular blanca se perciben las aberturas de los orificios foliculares normales de la piel que faltan por completo en la parte central. La elevación de cada una de estas pequeñas neoplasias sobre la piel circundante viene á ser de unos 2 á 3 mm. La madre nos aseguró que desde un año antes habían empezado á disminuir tanto en extensión como en altura. Ausencia completa de todo género de molestias.

Las hipertrofias cicatriciales, impropiamente llamadas queloides falsos, se observan muy pocas veces sobre las pústulas de la vacuna y esta razón unida á la existencia en nuestra enferma de verdaderos queloides como á continuación demostraremos, nos ha hecho creer el caso interesante y raro y esta última cualidad la hemos visto consignada en un artículo que recientemente hemos leído dando cuenta de un caso parecido al nuestro. Rayer cita casos consecutivos á la viruela.

En cada una de las neoplasias de la piel de nuestra enfermita, se observan dos elementos distintos, el uno central, rojo, liso, sin aberturas foliculares ni pelos; el otro periférico, blanco, de apariencia fibrosa, con finos tractus á las partes vecinas y con aberturas foliculares; el primero corresponde á las superficies ulceradas, el segundo á la periferia de las ulceraciones. Ahora bien, cada uno de ellos representa una entidad patológica distinta, el primero es sencillamente una cicatriz hipertrófica, rica seguramente en tejido conjuntivo joven dado su color y su blandura; el segundo es un verdadero queloide, constituyendo en conjunto ambos elementos lo que Kaposi llama queloide de las cicatrices.

La diferencia entre una cicatriz hipertrófica y un queloide, es manifiesta y evidente al microscopio; bajo el aspecto clínico es menos clara y en ocasiones muy difícilmente apreciable. La cicatriz, hipertrófica ó no, es un tejido nuevo que ocupa el lugar de otro que fuese destruído y al cual ha venido á reemplazar; de aquí que ocupe el lugar exacto de lo ulcerado y que carezca en su superficie de aberturas foliculares, de pelos y eminencias papilares propias de las capas superiores de la piel que forzosamente han de faltar si ha de haber cicatriz cutánea. En el queloide, la masa neoplásica se desarrolla, según los estudios de Laughan, de Warren y de Kaposi, interpuesta entre las capas dérmicas sin destruirlas, de ahí la conservación de las papilas, de las eminencias cónicas de la red de Malpighio, de los pelos y de las aberturas foliculares. Por lo demás, en lo que se refiere estrictamente á la constitución histológica del queloide y la cicatriz, la semejanza es muy grande, si bien el tejido fibroso de la cicatriz es muy irregular, rico en células cuando es joven y escasísimo en ellas cuando es viejo. En suma, la cicatriz repara una pérdida de sustancia de la piel; el queloide se desarrolla entre las capas de esta. Para la diferenciación en clínica puede atenderse, en los casos en que el origen cica-

tricial no esté bien comprobado, á que la cicatriz hipertrófica no invade más que el área correspondiente á lo ulcerado anteriormente y á la falta en la superficie de pelos y aberturas foliculares. No obstante esta separación clínica é histológica se encuentran casos, y el nuestro es uno de ellos, de los llamados por Kaposi, queloides de las cicatrices, representado en nuestra enferma por el anillo descrito provisto de aberturas foliculares.

Resulta por tanto que deben admitirse con Kaposi tres tipos.

1.° El queloide (neoplasia conjuntiva interpuesta entre las capas cutáneas).

2.° La cicatriz hipertrófica (neoplasia conjuntiva sustitutiva de capas cutáneas destruídas).

3.° El queloide de las cicatrices (combinación de cicatriz hipertrófica ó no, con el queloide).

A este tercer tipo corresponde esta observación, en la cual como en todos los casos de desarrollo de estas neoformaciones, no se encuentra una etiología positiva que de razón en unos casos del desarrollo espontáneo y en otros de la desviación del tipo normal de las cicatrices. La diátesis fibro-plástica de Bazin ó una especie de predisposición á las neoformaciones cutáneas por irritación, que admite Virchow, y que ambos aplican á los casos de queloides múltiples, se comprende fácilmente no son más que palabras tras las cuales ocultamos nuestra ignorancia.

Hasta ahora, aun fuera de los casos de queloides múltiples, está sin resolver el por qué las irritaciones ó excitaciones de un punto sano ó cicatricial, determina en unos individuos estas manifestaciones y en otros no. En el caso presente nada que pueda asemejarse á estímulos de las cicatrices puede invocarse, pues no es lógico suponerlos sobre todas á la vez estando diseminadas sobre todo el cuerpo.

Si hemos de dar crédito á la madre de la pequeña enferma, el curso de estos queloides ha presentado una particularidad que no es frecuente observar y es la reabsorción de los queloides, cosa muy rara. Dada esta marcha y la falta de molestias, aconsejamos no se empleara medio alguno terapéutico.

En resumen, la observación resulta interesante.

1.° Por la ocasión de desarrollo de los queloides.

2.° Por su número.

3.° Por su tendencia á la reabsorción.

4.° Por la forma en anillo de los queloides.

III. No habiendo aún terminado la observación á que se refiere este tercer párrafo, daremos su historia cuando haya concluído.

IV. Las hemorragias cutáneas acompañadas de habones y picor han sido diversamente interpretadas, unas veces en sentido de púrpura hemorrágica urticada y otras en el de urticaria hemorrágica, según han predominado en intensidad y prioridad los síntomas de la púrpura ó de la urticaria.

Una mujer que acudió á nuestra consulta en el mes de Abril de este año, es á nuestro entender, un ejemplo, interesante por muchos conceptos, de urticaria.

Se da el caso en una enferma de 38 años, pero cuyo aspecto es de más edad; y en la cual se han unido para empobrecer su constitución el trabajo y las privaciones que lleva anejas la pobreza y una serie de pérdidas orgánicas enormes, representadas por 13 embarazos, casi todos llegados á término y seguidos de la lactancia de 9 ó 10 de sus hijos. Agréguese á esto que su noveno ó décimo embarazo terminó en un aborto de cuatro meses y medio ó cinco que fué seguido de metrorragias abundantes, las cuales y en diversas ocasiones se han reproducido, siendo sintomáticas según mi amigo, el distinguido ginecólogo Dr. Cospedal Tomé á quien envié la enferma, de una endometritis fungosa.

Cinco años antes de ser observada por nosotros y estando establecida en Zaragoza, cuyo clima es frío y húmedo, se sintió atacada bruscamente de un intenso picor doloroso en ambas piernas y al examinar estas, encontró un número bastante crecido de habones, de coloración rojo oscura en los bordes, más clara en el centro, situados entre trozos de piel normal. El brote eruptivo se había presentado un día en el que la enferma pasó un gran frío por exposición al aire libre y baja temperatura. Recogida en su casa y reaccionada, se fueron pasando rápidamente las molestias y quedaron en el sitio de los habones unas manchas rojo oscuras, que sucesivamente fueron tomando diversas coloraciones, cada vez más claras, hasta desaparecer por completo. Eran, en una palabra, dados estos caracteres, manchas por hemorragias subcutáneas. Desde esta fecha á la de presentación en la consulta, la historia de la enferma puede resumirse fiel y brevemente en lo que sigue: los brotes eruptivos con caracteres iguales á los descritos, se han ido haciendo cada vez más frecuentes y extensos, de tal manera, que han llegado á invadir la totalidad de los miembros inferiores, los superiores, sobre todo el antebrazo y aun más la mano, la cara, el cuello y parte superior del torax; en suma, los sitios que la enferma lleva menos abrigados. Rara vez ha llegado á tener erupción en el vientre, cintura y parte inferior del pecho. El aspecto hemorrágico ha persistido siempre y con el mismo aspecto.

Los habones de esta enferma, se han presentado siempre por la influencia del frío, y todas sus molestias y los habones han desaparecido siempre por la influencia del calor. Esta doble acción se ha desarrollado y desarrolla en circunstancias muy claras y curiosas. Para la enferma hay lo que pudiéramos llamar el frío de un momento dado y el estacional, el primero la produce un

brote si á el se expone aunque la estación ya no sea muy extrema; el segundo engendra con facilidad grande una serie de brotes intensos y extensos. Claro es que bien vista la cuestión no hay diferencia ninguna fundamental, pues el frío estacional no supone en este caso sino la facilidad extrema de sufrir enfriamientos una persona pobre y mal nutrida. El calor actúa en sentido inverso y con arreglo al mismo procedimiento curando el del momento el ataque y el estacional evitando las recidivas. Como resultado de esto, la enferma ha estado tanto peor cuanto más crudo ha sido el clima en que ha vivido y siempre peor, sea cualquiera el punto donde haya residido, en las estaciones frías y desiguales que en las templadas y benignas. Algunas veces independientemente de sus ataques de urticaria ha tenido dolores en las piernas que se han extendido hasta las caderas. Ha pasado también en este tiempo una neumonía de la cual tras larga convalecencia parece ha quedado bien. La nutrición de la enferma, según lo que ella decía y su aspecto indicaba cuando la vimos, ha perdido mucho. A la consulta se presentó con manchas purpúricas en las piernas, manos y cara, tan características, que el diagnóstico púrpura se imponía y se hubiera hecho si preguntando á la enferma no hubiésemos recogido los antecedentes mencionados. Pocos días de observación bastaron, y en cuanto llegó uno de los fríos y crudos del mes de Marzo en Madrid, la enferma se presentó con un brote de habones en las manos, tercio inferior del antebrazo y cara, bastante duros, abultados, de aspecto lívido, que dejaron las mismas manchas que los anteriores y cuya desaparición pudimos comprobar en el espacio de doce á quince días. Los fenómenos dolorosos eran bastante intensos y los habones en las manos estaban situados en su cara dorsal.

Reservando las interpretaciones para más adelante, resultaba clara en aquella pobre mujer la necesidad de curarla su matriz, de tonificarla y de hacer algo contra su dermatosis, obra muy difícil sin haber conseguido antes los otros dos indicados. Esperando tuviese el Dr. Cospedal Tomé ocasión de hacer la legración de la mucosa de la matriz, la aconsejamos, y esto resulta cruel en ocasiones, que comiera bien, fuera bien abrigada y tomara vino. Hierro y quina en las comidas en forma pilular, y un gramo de sulfato de quinina al día como tratamiento directo de la enfermedad. Con alternativas transcurió un mes, y algo más aliviada, á nuestro entender por la bonanza del tiempo, pasó á ser operada de la matriz, cuando nos disponíamos á darla atropina (1).

Resulta por tanto de la historia, que nuestra enferma padecía una urticaria crónica, de forma evanida, es decir, de brotes agudos y fugaces, y además, y este es el más importante calificativo, era hemorrágica. Esta última condición

(1) Posteriormente resultó que no fué á la consulta del Dr. Cospedal Tomé y que á la nuestra tampoco volvió, hecho que suele con frecuencia suceder. Posible es, sin embargo, que el frío del invierno próximo nos la vuelva á traer.

y la relación casi matemática que con el frío y el calor guardaba la erupción, constituyen los trazos más importantes de este cuadro patológico. Debe considerarse á esta mujer afecta de urticaria hemorrágica y no de púrpura urticada por la prioridad y la importancia de los fenómenos de urticación, la ausencia de manifestaciones hemorrágicas, fuera de las de la matriz, explicables por su lesión y porque, como dice Laget (1) en la púrpura urticada, el habón no presenta señal ninguna de hemorragia, y esta sobreviene después de desaparecido aquel. Ya hemos hecho notar que los habones de nuestra enferma estaban rojo-lívidos, es decir, eran primitivamente hemorrágicos.

Bazin (2) ha considerado á la urticaria hemorrágica como relacionada con el artritismo, y Vidal (3) ha defendido la misma idea, pero dado el carácter agudo y precedido de prodromos febriles que ambos la asignan, se deduce claramente no tiene nada que ver con la nuestra. Esta, á nuestro juicio, obedece á una causa conocida de urticaria y es el frío; y por otra parte, el carácter hemorrágico lo adquiere, como causa de aspecto general, por el mal estado de la enferma, y por tanto, de nutrición de los vasos y facilidad de las trasudacionnes y como elemento local por el exceso de congestión de las pápulas. Respecto á la acción del frío, ya clásicamente admitida, recordaré que Blachez presentó á la Sociedad médica de los Hospitales (4) una mujer un poco reumática, en la cual el más pequeño enfriamiento producía un brote en la parte enfriada, y la inmersión de las manos en agua fría las cubría de pápulas. La influencia que los malos estados orgánicos tienen en el aspecto hemorrágico de lesiones, que en otras circunstancias no pasan de congestivas, es de aceptación universal y no hay por qué exponer aquí las razones.

El estudio histológico de la urticaria, hecho por Renau, demuestra que el proceso empieza por una violenta congestión de uno de los glomeralos vasculares de la piel, que la serosidad trasudada produce la parte blanca del habón, es un verdadero edema circunscrito, y á tal presión, que llega á isquemiar al glomérulo que lo dió origen. La parte roja del habón representa una congestión colateral. Renau consigna el hecho de que cuando la congestión es muy intensa, puede el glomérulo romperse y producirse una hemorragia. La patogenia de la urticaria por frío consiste en una brusca parálisis vaso-motora, y hechos de esta naturaleza se encuentran en algunas histéricas en las que Loraint ha conseguido marcar con su dedo, pasado sobre la piel de la enferma, el nombre de esta en forma de prolongado habón. Es evidente que este caso no se refiere al frío, sino á la presión ejercida. En algunos enfermos, graves

---

(1) *Tesis de París*, 1875.
(2) *Afecciones cutáneas de naturaleza artrítica.*
(3) *Anales de Dermatología y Sifiliografía*, 1880.
(4) *Unión Medical*, 1872.

sobre todo, tíficos en que las acciones vaso-motoras rigen mal, se determinan iguales fenómenos por la presión.

También está perfectamente señalada por Franctz, el primero, y después por Hebra, la influencia de las afecciones de la matriz; nosotros creemos que este caso solo intervenía en el sentido de facilitar las hemorrágicas de la piel, contribuyendo con las suyas á empobrecer el organismo. Directamente no parecía haber enlace.

Resumiendo, podemos decir que sobre la base de un malísimo estado orgánico, producido por pérdidas y trabajos fisiológicos, lesiones hemorrágicas y privaciones, se ha desarrollado una urticaria de patogenia vaso-motora por parálisis cuya causa inmediata de aparición es el frío y cuyo carácter hemorrágico se debe al exceso de congestión (dureza del habón local) y á la influencia hemorrágica de los estados muy depauperados como elemento que pudieramos llamar general.

Octubre, 22.

BOLETÍN SANITARIO DE MADRID.

Durante el mes que acaba de transcurrir, el estado sanitario de Madrid ha adquirido una fisonomía particular que tiene su origen en la epidemia de *grippe* reinante.

Todas las enfermedades comunes han sido influenciadas por ella y se han presentado con fenómenos catarrales, localizados especialmente sobre las mucosas de los senos de la frente y cara, ocasionando violentas cefalalgias frontales, nasales, maxilares y hasta gingivitis, supuradas á veces; sobre las mucosas de todo el aparato respiratorio, dando lugar á corizas, faringo-laringitis, bronquitis y broncopneumonías; sobre el aparato locomotor, produciendo fluxiones reumáticas, verdaderos reumatismos articulares y musculares y neuralgias, particularmente manifestadas sobre el trayecto de los nervios raquídeos dorso-lumbares, acompañándose los muy diversos síndromes en cada enfermo de fiebre elevada en breves horas hasta las cifras superiores del termómetro, constituyéndose de este modo y con los fenómenos de igual índole observados sobre el aparato digestivo, los numerosísimos casos de *grippe* ó *trancazo* ó *influenza* que vienen observándose.

Los días desde el 19 hasta el 23 han sido notables por el número de invasiones, cuya terminación ha sido favorable en la mayoría de los enfermos. Se ha visto, sin embargo, buen contingente de recaídas graves por faltas en el cumplimiento de las buenas reglas de convalecencia.

Los enfermos de afecciones catarrales crónicas han empeorado y bastantes han sucumbido. Son numerosos también los casos de pleuresías y sobre todo de pneumonías de marcha rápida y no siempre favorable.

La difteria ha experimentado algún recrudecimiento, sobre todo en los antiguos focos y ha adquirido mayor malignidad.

La mortalidad, en conjunto, ha aumentado considerablemente durante el mes de Diciembre.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29

NOTICIAS.

El día 30 del pasado mes se inauguró el hospital instalado en el Palacio de Bellas Artes, que ha sido destinado temporalmente á alojar enfermos afectos de *grippe*.

Nuestros queridos compañeros de redacción Sres. Azúa y López Elizagaray, médicos de la Beneficencia provincial, han sido encargados de la asistencia médica en dicho hospital, que de seguro ha de ser tan provechosa á los pobres enfermos allí acogidos como promete la competencia de nuestros dos distinguidos amigos.

El día 20 de Diciembre pasado ha muerto nuestro querido amigo el doctor D. Isidoro Dieguez y Díaz, médico muy antiguo del Instituto de Vacunación del Estado, donde prestó numerosos y excelentes servicios con su competencia y sus sólidos conocimientos.

Era el Dr. Dieguez de trato agradabilísimo y muy estimado por todos sus compañeros. Así que su muerte ha causado verdadero sentimiento á cuantos tuvimos el gusto de apreciar sus bellísimas cualidades.

Casi todos los redactores de la Revista han sufrido en mayor ó menor grado la influencia epidémica reinante. Sin embargo, han continuado su labor, hoy muy recargada por las necesidades cada día mayores de la clientela de la población y de sus clínicas de los hospitales, verdaderamente atestadas de enfermos. El médico en estas circunstancias tiene que olvidarse de sí mismo para cuidar la salud de los demás. Es su misión, aunque ingrata.

Nuestro queridísimo amigo el Dr. D. Luís Guedea y Calvo ha sido nombrado catedrático de clínica quirúrgica de la Universidad de Cádiz, para cuyo cargo fué propuesto en primer lugar por el tribunal de oposiciones á dicha cátedra.

Tuvimos el gusto de presenciar sus ejercicios de oposición y sabemos, por lo mismo, con cuanta brillantez los verificó. Nosotros, que conocemos desde hace mucho tiempo las pruebas de los conocimientos médicos y de la ilustración del Dr. Guedea, enviamos á este cariñosa felicitación por el resultado obtenido en sus oposiciones y felicitamos también á la Universidad de Cádiz que cuenta en su claustro un distinguido profesor más, digno compañero de los muy ilustres que figuran en él.

El único pesar qne nos produce su triunfo es el de su partida de Madrid; pero nos le compensará, siquiera en parte, el Dr. Guedea, lo mismo que á los

lectores de esta Revista, con la publicación en sus columnas de los notables trabajos que sin duda ha de realizar en la clínica quirúrgica para que ha sido justamente elegido.

El día 4 del pasado Diciembre inauguró el curso de 1889-90 la Sociedad Ginecológica Española, en su local de la calle de la Montera, 22.

El Dr. D. Enrique Verdonces, ilustrado secretario general de la Corporación, leyó un discurso relatando los trabajos realizados en el año anterior por los socios de tan sabia Academia y dando cuenta del próspero estado económico de la misma. El discurso del Dr. Verdonces, fiel reflejo de lo ocurrido en la Sociedad, fué escuchado con grande atención por los señores socios y por el numeroso público que llenaba el salón de sesiones, y aplaudido al terminar su lectura, con justicia, puesto que es un modelo de memorias de secretaría, breve, conciso sin omisiones, exacto y correctísimo y galano en la forma como es costumbre en nuestro distinguido amigo.

Después, el Dr. D. Enrique Oliván leyó el discurso inaugural que versó sobre consideraciones respecto de la cirugía abdominal basada en los progresos modernos de cirugía general y especialmente en los de antisepsia. Es el Dr. Oliván uno de los socios de mejor reputación científica entre sus compañeros de la Sociedad Ginecológica, por su excelente criterio médico, por sus muchos conocimientos, por su oratoria correcta y agradable y por su estilo claro, castizo y elegante cuando escribe. Por esto el discurso del Dr. Oliván fué escuchado con verdadero gusto y aplaudido al final de la lectura. Pero el discurso de este distinguido socio de la Ginecológica revelaba la opinión particular de su autor más que la de toda la Corporación, si hemos de juzgar por las protestas que, contra la doctrina que sustenta, escuchamos luego de terminada la sesión, doctrina que se acomoda poco con el estado de la cirugía ginecológica de nuestros días, justificada en el resultado que esta ofrece, lo mismo fuera que dentro de España.

De todos modos, el trabajo del Dr. Oliván merece nuestros plácemes y se los enviamos sinceramente.

Al final de la sesión se distribuyeron los premios del concurso anual.

También la Sociedad Española de Higiene inauguró el presente curso en el mes de Diciembre que acaba de pasar, con una bien escrita memoria del Dr. Parada y Santín, en la cual reveló una vez más sus muchas condiciones de escritor felicísimo, y con el inaugural que leyó el Sr. Belmas, distinguido arquitecto, el cual se dolió mucho del atraso en que vivimos en materias de higiene, con relación al estado de otros pueblos más felices que dedican principal atención á la salud de sus ciudadanos. Enviamos nuestra enhorabuena á ambos disertantes.

En 1831 había 431 leprosos en Demerary (Guyana inglesa): actualmente se eleva su número á más de 1.000 ó sea en una proporción de 1 por cada 250

habitantes. La progresión del número de enfermos ha sido sobre todo sensible durante los diez últimos años; no siendo suficiente la leprosería para contener todos los individuos atacados de esta enfermedad fué necesario dejar en libertad á muchos.

Dos hechos se han observado referentes al contagio:

Se ha observado que los casos de lepra eran más numerosos en los alrededores de la leprosería que en los demás puntos.

Una tribu india, que se puso en relación hace cincuenta años con la colonia de los leprosos, ha sido contagiada y el contagio ha debido efectuarse á consecuencia de estas relaciones, toda vez que en ninguna otra tribu se han presentado casos de lepra.

Programa que ha de servir para los ejercicios de las oposiciones á las plazas de Director, Subdirector y Ayudantes de los laboratorios químico-municipales.

1.º Importancia de la análisis química en las investigaciones de aplicación á la higiene.—Principales operaciones de laboratorio.

2.º Procedimientos generales de análisis química.—Su enumeración.—Descripción de la análisis mecánica como auxiliar de la análisis química.

3.º Reactivos.—Su definición y clasificación.—Modo de usarlos y examen de algunos de ellos en particular para reconocer su pureza.

4.º Análisis inmediata en general.—Sus diversos procedimientos.—Examen de cada uno.

5.º Determinación analítica de las bases metálicas.—División de los metales en grupos, según la acción de los reactivos generales.

6.º Modificaciones que sufre el procedimiento general de análisis cuando se trata de casos particulares.

7.º Determinación analítica de los ácidos inorgánicos.—Su división en grupos por la acción de los reactivos generales.

8.º Determinación analítica de los ácidos orgánicos.—Su división en grupos.

9.º Análisis elemental orgánica.—Sus divisiones.—Procedimientos de investigación según cada una de ellas.

10. Determinación cualitativa y cuantitativa del nitrógeno.—Importancia de esta investigación en las substancias alimenticias.

11. Análisis volumétrico considerado como método general de análisis química.

12. Diálisis.—Su práctica.—Importancias en las investigaciones analíticas.

13. Análisis espectral.—Fundamentos en que se apoya.—Su importancia práctica.—Espectrocopios.

14. Análisis pirognóstico.—Enumeración y examen de las operaciones que comprende.

15. Modo de efectuar los ensayos al soplete.—Reacciones de los principales cuerpos por vía seca.

16. Microscopio.—Descripción del microscopio compuesto.—Manejo de este instrumento.

17. Accesorios más importantes del microscopio, fijándose principalmente en el aparato de polarización, y su utilidad.

18. Cámaras claras.—Su empleo.—Cámaras húmedas de observación.—Cámaras húmedas de coloración.

19. Diferentes maneras de hacer las preparaciones microscópicas, según la naturaleza de la substancia objeto del ensayo.

20. Bacteriología.—Bacterias cromógenas, zimógenas y patógenas.—Modo de hacer sus cultivos y aplicación de estos en los problemas de higioquimia.

21. Alimentos.—Su clasificación con arreglo á los diversos criterios fisiológicos, químicos y naturales.

22. Clasificación y caracteres físico-químicos de los principios inmediatos que esencialmente constituyen los alimentos.

23. Reconocimiento de las carnes de mamíferos, aves, peces y mariscos.—Sus caracteres físicos, químicos y micrográficos.

24. Reconocimiento especial de las carnes triquinadas.

25. Reconocimiento de las carnes infestadas de cistiscercos y otros parásitos.

26. De la tisis tuberculosa en las carnes de vaca y de cerdo.—Técnica para el cultivo de su *bacillus* y para ponerlo en condiciones de poder observarlo al microscopio.

27. Carnes carbuncosas.—Cultivo del *bacillus* del carbunco.—Técnica especial para observarlo al microscopio.

28. Reconocimiento de las carnes embutidas.—Sus alteraciones y adulteraciones.

29. Examen del bacalao comercial y demás pescados salados.

30. Diversos medios de conservación de las substancias alimenticias.—Conservas animales y vegetales.—Sus ventajas é inconvenientes.

31. Aguas naturales.—Clasificación y caracteres generales de cada grupo.—Sus diferentes aplicaciones.

32. Aguas potables.—Caracteres físicos y químicos.—Principales condiciones que deben tener las aguas para considerarlas como potables.

33. Análisis cualitativa de las aguas potables.

34. Análisis cuantitativa de las aguas potables.

35. Análisis micrográfica de las aguas potables.

36. Abastecimiento de agua en las poblaciones.—Cantidad de agua necesaria para cada habitante.—Saneamiento de las aguas públicas.

37. Diversos medios de conducción de las aguas potables en el interior de las poblaciones.—Cuál es el más conveniente.

38. Aguas crudas ó duras.—Caracteres físicos y químicos.—División.—Diferencias entre las selenitosas y las cálcicas.—Su utilización.

39. Hidrotimetría.—Casos en que puede aplicarse este método de ensayo de las aguas.

40. Aire atmosférico normal. — Su composición y materias diversas que generalmente le acompañan.—Aire confinado.—Aire de los sitios pantanosos y miasmáticos.

41. Corpúsculos y microorganismos del aire.—Medios para recogerlos y para demostrar la naturaleza de los primeros.

42. Cultivo y técnica para el estudio de los microorganismos del aire.

43. Reconocimiento del pan.—Su análisis.—Alteraciones espontáneas y adulteraciones más frecuentes.—En qué se fundan estas.

44. Determinación de las adulteraciones del pan.—Reconocimiento de su poder alimenticio.—Pastas alimenticias.

45. Harinas.—Su composición y clasificación.—Procedimientos analíticos físico-químicos para su reconocimiento.

46. Diferencias de las harinas de trigo, centeno, cebada y maíz entre sí, y en general las de las gramíneas de otras con las que se suelen adulterar.

47. Distinción de las féculas entre sí, atendiendo á la forma de los granos, zonas de hidratación y manifestación del hilo, observando estos caracteres al microscopio con la luz natural y la polarizada.

48. Análisis del trigo, del centeno, de la cebada y del maíz.

49. Análisis de las semillas de leguminosas y de las oleaginosas.—Análisis de las raíces y tubérculos alimenticios.

50. Medios para distinguir los hongos comestibles de los venenosos.

51. Vinos.—Su composición inmediata.—Alteraciones espontáneas más frecuentes.—Indicación de sus alteraciones y falsificaciones.—Problemas que comprende el análisis de los vinos.

52. Determinación del alcohol de los vinos.—Reconocimiento de la naturaleza de este alcohol.—Medios usados para esta investigación.

53. Determinación del extracto y cenizas de los vinos.—Análisis de estos productos.

54. Determinación de la materia colorante de los vinos.—Cuáles son las que generalmente se les añade y medios para descubrirlas.

55. Determinación de los sulfatos en los vinos.—Reconocimiento del enyesado de los mismos.

56. Reconocimiento del crémor en los vinos naturales y su determinación cuantitativa.—Determinación de la acidez de los vinos.—Idem de la glucosa.

57. Investigación y determinación de la glicerina, de los fermentos, del ácido sucínico y de la inosita de los vinos.

58. Investigación del agua y del alcohol añadidos á los vinos naturales.

59. Medios que utiliza la química para el reconocimiento de los vinos artificiales.

60. Alcohol y aguardiente de vino.—Cómo se reconoce su pureza y medios de descubrir en ellos las materias extractivas.—Ensayos del aguardiente anisado.

61. Alcohol y aguardientes industriales.—Su origen.—Medios propuestos para su reconocimiento.

62. Coñac, rom, ginebra y otros aguardientes y licores.—Ensayos que deben practicarse para reconocer su bondad.

63. Cervezas.—Su análisis inmediato.—Reconocimiento de sus adulteraciones más frecuentes.—Cervezas artificiales.

64. Sidra y perada.—Problemas que comprende su análisis y ensayos.

65. Leche.—Su composición inmediata.—Alteraciones espontáneas y adulteraciones más frecuentes.—Medios de reconocerlas.

66. Análisis cualitativa y cuantitativa de la leche.

67. Análisis micrográfica de la leche.—Ventajas que en algunos casos presenta esta investigación.

68. Quesos.—Su diferente composición inmediata.—Análisis del queso.—Reconocimiento de sus alteraciones espontáneas, adulteraciones y falsificaciones más frecuentes.

69. Chocolates.—Su composición.—Ensayos para reconocer la bondad de los chocolates.

70. Investigación de las adulteraciones del chocolate.—Determinación de los metales tóxicos en el chocolate.

71. Café.—Su composición inmediata.—Adulteraciones más frecuentes y medios de reconocerlas.

(Concluirá.)

Obras recibidas en esta Redacción:

Estudio terapéutico de los medicamentos modernos, origen, preparación, caracteres, acción fisiológica, usos, etc., por D. Federico Gómez de la Mata. Cuarta edición, fascículo 3.° La obra formará un grueso volumen y se publicará en cuatro fascículos. Precio, 10 pesetas en Madrid y 11 en provincias.

Enfermedades de los pulmones y de la pleura, por el doctor R. Douglas Powell, especialista en enfermedades del pecho. Traducido del inglés por D. Federico Toledo y Cueva. Esta notable obra forma un elegante tomo de más de 500 páginas, con grabados intercalados en el texto y dos láminas coloreadas. Precio, 9 pesetas. Se halla de venta en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas,* calle de Pizarro, núm. 13, primero, y en las principales librerías.

Clínica de las enfermedades de las vías digestivas, por el Dr. C. A. Ewald, profesor e. o. de la Universidad de Berlín.

Traducido al castellano de la última edición alemana, por el Dr. D. Eduardo Moreno Zancudo, médico-director por oposición de aguas minerales, etc. I. *Tratado de la digestión*. Madrid. El Progreso editorial, 1889.

Ensayo de clasificación anatomo-patológico de las vesanias. Memoria leída en el Congreso Internacional de Ciencias médicas de Barcelona en 1888, por el Dr. Arturo Galcerán Granés, médico-director del Manicomio de San Baudilio de Llobregat. Barcelona, 1889. Dos ejemplares.

De la localización en las enfermedades del sistema nervioso. Tema desarrollado en el Congreso Internacional de Ciencias médicas de Barcelona, por el Dr. D. F. de P. Xercavins. Barcelona, 1889. Dos ejemplares.

Lecciones sobre las enfermedades de los niños, por el doctor E. Henoch. Traducido directamente de la tercera y última edición alemana, por D. Rafael del Valle y Aldabalde. Madrid. Librería de J. J. Menéndez, Atocha, 29. Cuadernos 7.º y 8.º

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Palencia.....	Tabanera del Cerrato..	125 pesetas y las igualas.....	5 Enero.
Cuenca.....	Vara de Rey.....	750 pesetas y las igualas.....	10 Enero.
Valladolid...	Villavieja.....	998 pesetas y las igualas.....	2 Enero.
Madrid.....	Morata de Tajuña.....	750 pesetas y las igualas.....	18 Enero.
Cuenca.....	Albaladejo del Cuende.	750 pesetas y las igualas.....	3 Enero.
»	Sisante.....	990 pesetas y las igualas.....	8 Enero.

La cátedra de anatomía descriptiva y embriología de la Facultad de Medicina de Cádiz (Universidad de Sevilla), dotada con 3.500 pesetas, la cual ha de proveerse por oposición, verificándose los ejercicios en Madrid en la forma prevenida en el Reglamento de 2 de Abril de 1875. Para ser admitido á la oposición, se requiere no hallarse incapacitado para ejercer cargos públicos, haber cumplido 21 años y ser doctor en la Facultad de Medicina ó tener aprobados los ejercicios para dicho grado.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en la Dirección general de Instrucción pública, hasta el 5 de Marzo de 1890, acompañadas de los documentos que acrediten su aptitud legal, de una relación justificada de sus méritos y servicios y de un programa de la asignatura dividido en lecciones y precedido del razonamiento que se crea necesario para dar á conocer en forma breve y sencilla las ventajas del plan y del método de enseñanza que en el mismo se propone.

El Dr. Manuel de Tolosa Latour, médico director del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús, etc.

Certifica: Que ha empleado con éxito, así en la enfermería del Asilo, como en su clínica particular, los preparados del **Dr. Vivas Pérez, SALICILATOS DE BISMUTO Y CERIO** y **ELIXIR DE PROTOCLORURO DE HIERRO CON HIPOFOSFITOS.**

El primer medicamento es muy útil en las diarreas persistentes, lo mismo de primera dentición, como en las dependientes de trastornos graves en el aparato gastro-intestinal; el segundo llena perfectamente las indicaciones del hierro y los hipofosfitos, obteniéndose mejorías muy notables en los casos de anemia, raquitismo y distrofias diversas.

Y para que conste donde convenga y á petición del interesado, firma la presente en Madrid á 15 de Diciembre de 1888.

Dr. Tolosa Latour.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.

El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

DEPÓSITOS AL POR MENOR.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruiz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

CUERPO MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID.

Sesión de 10 de Enero de 1890.

Presidencia del Dr. D. Eusebio Castelo,

Decano del Cuerpo.

DE LA GRIPPE.

El Dr. D. ANTONIO ESPINA Y CAPO, profesor de número del Hospital General y encargado de la ponencia, dió lectura á la memoria siguiente:

SEÑORES:

Entiendo que la misión que me ha confiado el cuerpo facultativo de la Beneficencia Provincial no es, ni puede ser, historiar de una manera completa cuanto se refiere á la grippe, ni mucho menos analizar una por una las epidemias que han reinado en el mundo.

Conocidas desde la más remota antigüedad bajo el nombre de constituciones médicas catarrales, se han individualizado á medida que la ciencia ha adelantado y ha restringido los nombres tan genéricos y comunes de las nosologías antiguas. Dejando, pues, disquisiciones históricas que á nada conducirían, y menos cuando nos dirigimos á corporaciones cuya ilustración nos es tan conocida como la del cuerpo médico de los Hospitales provinciales de Madrid, que es honra de todo médico pertenecer á él, hemos de sintetizar muy brevemente lo que creemos motivo de discusión, para que todos y cada uno de nosotros aporte los hechos recogidos en los terribles momentos por que ha pasado Madrid ó, mejor dicho, por que está pasando.

Cumple siempre al médico una misión altísima, pero más cuando ve asolada la población en que ejerce, por una epidemia; entonces

debe dedicarse por completo y de lleno á la asistencia de los pobres enfermos y de los enfermos pobres, al par que le incumbe el estudio científico y de gabinete de aquella epidemia, para arrancar el mayor número posible de víctimas en su clientela individual, así como también dar consejos y unir sus esfuerzos á los de las autoridades, porque los males en común, en común hay que tratarlos.

Pero no es posible, señores, reconcentrarse en el estudio profundo de la enfermedad, sino leer de pasada, y al tiempo que se ejerce, aquello que puede ser más pertinente y más necesario para la práctica instantánea, con objeto de llenar la indicación del momento, que algunas veces es vital y siempre apremiante cuando las familias se ven atacadas de una enfermedad epidémica, y más si se sospecha que es contagiosa.

Cuatro cuestiones principales deben plantearse ante esta Corporación:

Primera. La epidemia de grippe de 1889 á 1890 ¿es igual á las que ya más conocidas y aisladas de otras entidades se estudiaron en 1837, en 1842, en 1847, 1858 y más tarde en 1860, 1863, 1864, 1865 y 1866, que sin ser estas últimas generales dieron, sin embargo, cierto carácter de especificidad á todos los catarros que se padecían en el Norte de Europa?

Segunda. Dilucidar también si ha sido sencillamente una epidemia de grippe, ó si al par que esta epidemia, relativamente leve, se ha desarrollado un grupo de pneumonías infecciosas, no grippales, sino completamente diferentes é independientes de la grippe.

Tercera. Si la marcha y forma de esta epidemia puede hacer pensar en algo parasitario, en algo genésico específico que reclame estudios microbiológicos, al par que determine medidas higiénicas que puedan hacer desaparecer más rápidamente y de una manera casi instantánea la epidemia.

Y cuarta. Si es posible que estas epidemias catarrales obedezcan, no á fenómenos pura y exclusivamente de organismos vitales, sino también á condiciones atmosferológicas, á constituciones médicas, como decían los antiguos, que favorezcan el desarrollo de los microorganismos, y que estudiadas en conjunto puedan hacerlas preveer y aun algunas veces evitar.

Si hubiéramos de estudiar estas cuatro cuestiones en todo su desarrollo, si á ellas hubiéramos de traer todos los datos que la Patología y la Higiene, tanto social, como general é individual aportan,

nos haría falta una Memoria más extensa, y sobre todo, lo que desgraciadamente no tenemos, multitud de conocimientos que arranquen de estudios muy serios en el campo de la demografía, en el campo de la higiene y, más aún, en el campo de la epidemiología.

Iniciase esta epidemia en el Norte de Europa, y trae á nuestros oídos la rápida corriente telegráfica la noticia de que en Rusia ha aparecido el dengue; pero no ha sido tan rápida la corriente eléctrica del telegrama como rápida fué la invasión de la Alemania del Norte, más tarde la Francia y casi coetáneamente España. Es decir, que ha recorrido con la velocidad del rayo la invasión de la grippe toda Europa, y hoy ya hace su aparición en islas independientes y en la América Meridional y Septentrional; rapidez de extensión que no registra ninguna de las epidemias de enfermedades contagiosas, de esas que es necesario que sean transmitidas de individuo á individuo, y que solamente puede concebirse por el transporte de *algo*, con la velocidad del aire que nos ventila y de las corrientes reinantes que la Geografía asigna á los vientos más comunes del mundo.

Esta epidemia, en lo que se refiere á nuestra población, ha sido gravísima: ha diezmado Madrid y ha aumentado su mortalidad en un 110 por 100. No hay que achacar á descuidos, no hay que achacar á imprevisiones, no hay que achacar á errores de diagnóstico ó á equivocación de tratamiento un aumento de mortalidad tal; es necesario admitir un carácter de malignidad en las enfermedades que han reinado en el mes de Diciembre y principios de Enero de este año, para podernos dar cuenta de esta mortalidad excesiva en una población como Madrid, en la que si bien su cifra de mortalidad nos debe afligir, no se han modificado sus condiciones de tal manera que pueda achacarse á estas modificaciones el aumento de mortalidad.

Madrid, pueblo anti-higiénico, pueblo descuidado, que duerme al sol vivificante de sus primaveras el sueño de un creído paraíso, pero que en su subsuelo, en su acarreo de lo inútil no puede compararse sino á los pueblos de la Arabia y ni siquiera á los de la Turquía; sin embargo, en nada, como decíamos antes, ha cambiado sus condiciones para un aumento ó una centuplicación de la mortalidad; por lo cual hay que pensar en una causa epidémica para darnos razón de esta catástrofe, y decir que existe una epidemia de grippe en 1889 á 1890 en Europa, que ha revestido los mismos caractéres que las epidemias que registra la historia, pareciéndose más á la de 1837,

que es, en nuestra opinión, la primera que ha sido estudiada de una manera completa, siquiera tengamos nosotros la gloria de que en los clásicos españoles se registren cuadros completos de las epidemias de siglos anteriores, sobre todo de la de 1580, que diezmó las poblaciones de Roma y Madrid, descritas por nuestro gran Mercado en su edición de 1594; pero por si acaso entonces pudieron confundirse, hoy, que es imposible esta confusión, tenemos que referirnos como principal epidemia de grippe á la de 1837.

En aquella epidemia, como en esta, se revelaron dos formas: la catarral bronquial y la catarral pneumónica; pero hubo también pneumonías graves independientes de la grippe, que revestían un carácter específico, tanto en su forma clínica como en su necropsia.

Piorry asignaba á las pulmonías grippales los caracteres siguientes: «sucedían, en general, á la bronquitis ó á la broncorrea, siendo su punto de partida los bronquios; la invasión era lenta y sucesiva. Los fenómenos estetoscópicos presentaban algunas diferencias con los de las pneumonías francas; había primero debilidad y después falta del murmullo vexicular, no encontrándose ni estertor crepitante, ni macidez; la respiración se hacía rápidamente tubaria, sin ser precedida de extertores. Los esputos, al principio de apariencia salivar espumosa y ligeramente rojizos, se convertían prontamente en opacos, pareciéndose á los esputos numulares de los tísicos, por obliteración de gran número de tubos bronquiales, por mucosidades claras ó espumosas, por mucosidades espesas y opacas, cuya forma se moldeaba sobre la de los bronquios; la hematosis se hacía incompleta con gran rapidez. El asiento de la pneumonía era casi constantemente en la parte declive del pulmón, demostrando la autopsia, además de las lesiones ordinarias de la pulmonía, la obliteración de gran número de bronquios por moco, más ó menos intensa.» Eran muy mortales, de tal manera, que en el servicio de Piorry la mortalidad de las pneumonías ordinarias era de 1 á 8 y de 50 por 100 durante la epidemia de grippe.

Parece implícitamente contestada la segunda pregunta al describir la coincidencia de la grippe con las pneumonías grippales, pero no es así, porque todos habréis visto dos géneros de pneumonías en esta epidemia: una, la que pudiéramos llamar grippal, la consecutiva al catarro epidémico, la de Piorry; otra, en la que el carácter de malignidad ha sido tan marcado, que pudiera decirse que por sí misma esta pulmonía marcaba nuevo género y determinaba ó hacía

creer en la coincidencia de una epidemia de grippe, más ó menos grave, y otra epidemia de pneumonías malignas, de pneumonías adinámicas desde el primer día, que podían compararse á un tifus pneumónico, y que así le hemos considerado en nuestra clínica del Hospital y particular, no teniéndonos de qué arrepentirnos, porque desde el primer momento hemos instituído el tratamiento antiséptico, y más adelante veréis que no han sido tan escasos ni tan pequeños los resultados obtenidos.

Ya en 1837 Nonat dividió las pulmonías que reinaron durante la epidemia de grippe, en dos formas: la primera, la forma adinámica, y la segunda, la forma que francamente grippal se modificaba por la causa epidémica, pero estaba exenta de todo punto de fenómenos adinámicos y que se podía referir ó se parecía más á las pneumonías corrientes y ordinarias de todos los años, pero modificadas por la grippe.

Hay, pues, en el carácter de esta epidemia ligera modificación en su aparición, en su marcha y en su evolución clínica, pero no tales variantes que haya que escribir de nuevo la historia de la grippe bajo el punto de vista clínico.

Antes de terminar la contestación á la primera pregunta, ó mejor dicho, contestando á su última parte, diremos que la grippe que ha reinado en Madrid, pareciéndose á las grippes de otras epidemias, ha tenido cierto carácter de malignidad que no ha engañado á los médicos y hecho creer en enfermedad benigna la que más tarde y en pocos días ha dado lugar á pulmonías rápidamente mortales por parálisis cardiaca dificilísima de vencer, sobre todo, cuando dormidos sobre creencias erróneas de benignidad no se han reconocido los enfermos con la asiduidad necesaria para precaver y prever la atelectaxia pulmonar. Todos hemos temido el desarrollo en el quinto ó sexto día de una pneumonía que llevaba ya de existencia casi tanto ó veinticuatro horas menos que el ataque de grippe, pneumonías de las de Piorry, que no en vano se escriben las páginas de la historia cuando se trata de hechos clínicos, y no en vano Piorry tiene el nombre que adquirió en la clínica, como habéis visto en su descripción tan gráfica y tan clásica de la pneumonía grippal que todos hemos observado.

Vamos á contestar á la segunda pregunta. Allá por mediados de Noviembre hacía observar á los encargados del servicio de mi clínica la frecuencia con que aparecían las pneumonías y la frecuencia con

que las pneumonías que venían eran adinámicas, y les decía: me temo que en este invierno hemos de darnos por convencidos de la dualidad de la pulmonía. Yo, que he sido de los más ardientes partidarios de la pulmonía *à frigore*, de la célebre pulmonía de Madrid, que no he tenido miedo ninguno á tratar por la nieve esta pulmonía *à frigore*, sin embargo, en estas pulmonías que yo venía observando desde mediados de Noviembre, ni se me ocurrió tratarlas por la nieve, ni, como comprenderéis, mucho menos por el clásico tratamiento antiflogístico, sino que desde el primer momento instituí la terapéutica antiséptica en todo su esplendor, y de ninguna manera he tenido por qué arrepentirme.

Pues bien; al poco tiempo empezaron las noticias de que en Europa se padecía la grippe, y después de que si la grippe se descuidaba acababa en pulmonía. Yo, que creo poco en las transformaciones de las enfermedades, y que no he dado nunca gran valor cuando me decían ó me dicen fiebres gástricas que se hacen tifoideas, dudaba de esas grippes que se hacian pulmonías, sin que estas pneumonías revistieran el carácter grippal que ya hemos descrito en la primera pregunta, sino que, por el contrario, llegaban á revestir más bien caracteres de infección verdaderamente clásicos, no teniendo ninguna de ellas el síndrome tan característico de la pulmonía croupal desde su célebre dolor pungitivo hasta la evolución del exudado, cuyas formas clínicas no pueden aprenderse en otra parte que en la gran obra de Andral, en su resumen clínico de la pulmonía, ni tampoco la forma grippal.

¿Han sido verdaderamente estas pulmonías, pneumo-tifus, tifus pneumónico, estados tifoideos de localización pneumónica? Este punto quedará por dilucidar á vuestra ilustración, pero sí he de afirmar, en contestación á la segunda pregunta, que en mi opinión, en Madrid, al par que la epidemia grippal, se ha desarrollado desgraciadamente, y ha sido responsable del mayor número de víctimas, una serie de pneumonías epidémicas é infecciosas que no han sido, ni han nacido nunca de la grippe.

Respecto á la tercera pregunta, quédese para los trabajos de laboratorio el responderla de una manera completa. Apuntaré aquí, sin embargo, que «en estas epidemias hay estudios bacteriológicos como los de Mc. Laughli, jefe del Laboratorio Microbiológico de Austin (Tejas) Estados-Unidos. Este investigador, después de varias coloraciones de la sangre de los atacados de *grippe*, repetidas con los

esputos, y después de una serie de inoculaciones y siembras, ha demostrado en casi todos los casos que hay entre los glóbulos rojos ó entre las células purulentas de los esputos, multitud de micrococus de forma circular desde luego, los cuales se tiñen mal con el rojo de anilina, lo que habia dificultado las conclusiones, y muy bien con el azul de metileno, disuelto con potasa cáustica. Precisamente considera característico de los micrococus grippales su afinidad colorante por el azul de metileno. Su tamaño oscila entre $^1/_{20}$ á $^1/_{30}$ del tamaño de los glóbulos rojos.

A pesar de estos trabajos, no es ocasión todavía de afirmar la naturaleza parasitaria de la grippe. En cambio, sí debemos afirmar de una manera rotunda y positiva la de las pulmonías, en las que la microbiologia ha encontrado, y encontrará seguramente, algo específico, algo especial que, sin dar la razón por completo á Jurgensen y á los que piensan como él, afirman en el campo de la historia de la pulmonía la dualidad que hemos venido sosteniendo los que, sin olvidar que el aire de Madrid mata un hombre y no apaga un candil, ven en la clínica formas pneumónicas que no responden á la inflamación *á frigore* de este parénquima.

La cuarta pregunta está implícitamente contestada en la tercera: las condiciones atmosferológicas de humedad ó sequedad, de presión ó de temperatura han de ser más responsables de la epidemia de la grippe que el desarrollo de parásitos, siquiera existan estos. En cambio, la pneumonía infecciosa seguramente tendrá como verdadera característica los pneumococus, cuyo estudio queda íntegro á los bacteriólogos, para que con sus cultivos y sus experimentos nos le demuestren en la platina del microscopio, donde no es posible negar lo que se ve.

Resueltas estas cuatro preguntas en la forma sintética que me proponía y reservándome después ampliar algo si á tal me obligara la marcha de la discusión, no he de cerrar esta comunicación sin analizar muy á la ligera la parte clínica de la grippe, para invalidar, en cuanto sea posible, las vulgaridades que tantos perjuicios han traído, ya exagerando los cuidados, ya haciendo creer al público que se trataba de una epidemia benigna.

Nada hay benigno cuando existe el genio epidémico, y nada debe dejarse á la casualidad; tengo la evidencia de que en la epidemia de grippe, las desgracias que han sucedido, la extensión de la grippe á los pulmones, se han debido á la confianza, y en ella ha estado el

peligro. Todos aquellos que han seguido ciegamente los consejos de la medicina no han tenido afortunadamente que sentir, pero aquellos que tomaron á broma el trancazo tendrán en el fondo de su conciencia algún remordimiento.

La forma clínica de esta epidemia ha sido francamente broncopneumónica, y yo nunca he creído ni pensado que haya nada leve que afecte al órgano de ventilación de la economía y al órgano de ingreso del vivificante oxígeno, que hoy excita nuestra fibra cerebral, para pensar, mañana excita nuestro endocardio para sentir, y siempre excita toda nuestra organización para corresponder en nuestras fuerzas á lo que la humanidad nos exige y á lo que la ciencia nos demanda.—He dicho.

(Se continuará.)

HOSPITAL DE LA PRINCESA.

CLÍNICA GINECOLÓGICA DEL DOCTOR COSPEDAL TOMÉ.

FALSO PÓLIPO UTERINO

POR

D. JOSÉ BERGÉ,

PROFESOR AUXILIAR DE DICHO HOSPITAL; AYUDANTE EN LA CLÍNICA.

Es solamente un detalle particular el que nos mueve á la publicación de este caso observado en la clínica ginecológica del Dr. Cospedal Tomé. Sin la circunstancia especial que le acompaña no le publicaríamos, porque, desde el punto de vista científico, no presenta de extraordinario más que otros muchos iguales ó que le son análogos, y de cuyo género hemos visto un regular número en la expresada clínica.

Es el siguiente: una mujer, M. G., natural de Oviedo, de 38 años de edad, casada y bien constituída, se presentó en la consulta el día 9 de Octubre próximo pasado. No había entre sus antecedentes patológicos hereditarios y propios ninguno que pudiera relacionarse con el estado en que ella se encontraba. Apareció su primera menstruación á los 17 años, completamente fisiológica, y de igual modo continuó esa función, durante la vida posterior de la enferma, hasta

después de su último parto, ocurrido en los primeros días de Enero de 1889, salvo las suspensiones fisiológicas durante sus embarazos. Esta mujer había parido siete veces y no había sufrido ningún aborto. Sus siete partos fueron normales y no dieron motivo á alteración en la salud de la enferma; los seis primeros, ni durante el acto del parto ni posteriormente; el último, solamente en el acto del parto, puesto que, inmediatamente después de él, comenzó á experimentar aquella los trastornos patológicos que la obligaron á presentarse en el Hospital.

Desde primeros de Enero de 1889, fecha de su último parto, la enferma venía sintiendo ardor y molestias en la región suprapubiana, alguna dificultad en la micción, no constante, dolores como de pinchazo y á veces de contracción en la matriz misma y estreñimiento. No había experimentado en el *post-partum* fenómenos febriles ni abdominales que llamaran su atención; pero desde inmediatamente después del parto no se vió limpia de flujo hemorrágico; era una metrorragia continua, que se exacerbaba cada cuatro ó seis días haciéndose muy abundante. A veces parecía suspenderse durante uno ó dos días, y se renovaba al siguiente con mayor intensidad. En ocasiones, la sangre era muy acuosa, muy clara de color, pero volvía luego á presentarse con su color rojo, más ó menos oscuro, líquida ó acompañada de coágulos. Bastantes días, la sangre aparecía mezclada con flujos mucosos. El estado general de la enferma, aunque no considerablemente, se hallaba resentido por efecto de esta constante pérdida sanguínea, y la mujer había enflaquecido.

La exploración de sus órganos sexuales, practicada por nuestro querido maestro y después por nosotros, dió el siguiente resultado: la matriz, algo más grande que de ordinario, se percibía por medio de la palpación á través de las paredes abdominales, á la derecha de la línea media y como á dos traveses de dedo por encima de la horizontal del pubis; la presión era algo dolorosa; la comisura vulvar relajada, pero no rasgada; la vajina normal; los fondos de saco vajinales bien, salvo el izquierdo, donde se alojaba el cuello uterino; este, algo congestionado, más bien blando que duro, tenía su orificio rasgado en ambos lados, no completamente; la mucosa cervical, evertida, estaba roja y granulosa; por el orificio uterino podía penetrar, aunque no con toda libertad, el extremo del índice derecho, y daba salida á regular cantidad de sangre oscura y mezclada con produc-

tos glandulares de la mucosa uterina. Los anejos del útero se hallaban sanos.

El histerómetro penetró fácilmente hasta $10\,^1/_2$ cm., en la dirección hacia arriba y á la derecha; podía moverse en la cavidad uterina, pero el movimiento era un tanto dificultado hacia el fondo y parte derecha de la matriz.

En vista de todos los datos se consignó en el libro registro de la consulta este diagnóstico: *subinvolución uterina, infarto cervical y eversión de la mucosa, rasgadura bilateral, endometritis poliposa.*

Se dispuso á la enferma el plan necesario, y se la ordenó volver para practicar la legración de la cavidad uterina y la excisión de la mucosa del cuello. No quedó admitida en el Hospital aquel mismo día porque la enferma quería dar á conocer á su marido este resultado de su consulta.

No volvimos á ver á esta mujer en el dispensario hasta el día 22 de Noviembre siguiente, cuando ya se la tenía olvidada. Habíamos supuesto que la enferma, como algunas otras, raras en verdad, tendría miedo al tratamiento y preferiría seguir en la misma situación antes que operarse. Pero nos equivocamos. La mujer nos contó en su segunda visita, al Dr. Cospedal Tomé, á sus ayudantes y demás asistentes, que el mismo día del anterior reconocimiento había disputado con un hombre de su misma vecindad, el cual la maltrató de obra, haciéndola caer al suelo violentamente de espaldas. Aquella misma noche, experimentó fuertes dolores de contracción uterina, como de parto, según la frase de la enferma, y expulsó en la mañana siguiente, por sus órganos sexuales, acompañado de metrorragia, un cuerpo extraño, del tamaño de una naranja pequeña, que conservó sumergido dentro de alcohol, en un frasco de vidrio. El marido de la enferma, que acompañaba á esta en su segunda visita, nos presentó, dentro del frasco, el cuerpo expulsado.

Era este cuerpo extraño, que examinamos todos los presentes en la consulta, un falso pólipo de la matriz, de cuya naturaleza no cabía dudar. Hé aquí lo que acerca de él nos dijo el Dr. Cospedal Tomé y comprobamos nosotros. Macroscópicamente se hallaba constituído por tejido placentario, duro, macerado por su permanencia en el alcohol, en el cual estaba sumergido desde bastante número de días antes de observarle en el Hospital, y cubierto en unos puntos más que en otros por pequeños coágulos sanguíneos algo organizados y adheridos al resto del tejido. Podía en él distinguirse bastante bien

una cara fetal y otra uterina; por esta última, seguramente, habría permanecido adherido á la superficie interna de la matriz. Tendría una extensión como de 9 á 10 cm. de longitud, por 5 ó 6 de anchura, y al sacarle del frasco se presentaba arrugado y arrollado sobre sí mismo. Era, pues, un trozo de placenta que no fué expulsado en el parto último, que se había organizado, que permaneció adherido á la superficie interna de la matriz y que mantenía la metrorragia constante y las demás molestias de la enferma.

El diagnóstico de la primera visita quedaba plenamente confirmado y justificada la intervención que nuestro maestro se propuso emplear. La frecuencia de casos de igual índole no es rara. Por la consulta han pasado ya bastantes.

Ahora bien, cuando el Dr. Cospedal manifestó á la enferma que deseaba quedarse con aquel producto de su matriz para examinarle microscópicamente, aquella contestó que de buen grado accedía á su deseo, pero no en aquel momento, porque habiendo interpuesto ante los tribunales demanda de perjuicios contra el que la había maltratado, tirándola al suelo, y del correspondiente castigo por su brutal agresión, el tribunal necesitaría someter á examen el producto expulsado de la matriz, que, en concepto de ella, era un aborto fetal.

Claro está que se respetó esta circunstancia y se devolvió á la enferma su falso pólipo, en el mismo frasco en que le presentó. Pero no fué esto lo principal del caso, ni lo que me ha impulsado, con el asentimiento del Dr. Cospedal Tomé, á su publicación, sino lo siguiente: La noche en que la enferma fué atacada de los fenómenos de expulsión del falso pólipo, acompañada de metrorragia, llamó en su auxilio, como era natural, á un médico, el cual convino con la enferma en que, en efecto, el producto expulsado de su matriz era un aborto fetal. La enferma manifestó en la consulta que aquel médico había examinado dicho producto; pero presumimos, muy fundadamente, que el referido examen sería muy somero, hecho á la ligera, como no debe hacerse nunca, máxime tratándose de casos como este, en que tanta responsabilidad puede exigirse al profesor, y tanta al que, real ó aparentemente, produjo en la disputa la ocasión para expulsar el cuerpo extraño alojado dentro de la matriz. ¡Júzguese de la trascendencia de una afirmación semejante, sabiendo que en la demanda interpuesta ante los tribunales, la mujer pedía la pena contra el autor de la agresión en relación con el daño producido, y fun-

dándose en el testimonio, no sabemos si escrito ó verbal, del médico que la auxilió!

Leyendo con atención la historia de la enferma, se observará: 1.°, que existían motivos más que suficientes para juzgar que en esta mujer no había un nuevo embarazo después de su último parto; y 2.°, que un tribunal cuidadoso habría encontrado razones poderosas para estimar que el agresor, en aquella disputa, no había causado un aborto. Pero nótese también, que la pieza de convicción hubiera podido desaparecer, y en cambio subsistir la afirmación médica, con lo cual queda planteado un problema médico-legal de no muy fácil solución, y desde luego muy expuesto á graves responsabilidades para el causante del delito y para el mismo profesor médico.

El Dr. Cospedal hizo comprender á marido y mujer la ineludible obligación en que se encontraban de presentar al tribunal aquella prueba de la justificación de su demanda, para que el tribunal pudiera comprobar toda la culpabilidad del agresor de la enferma. Dicho medio era el más eficaz para alejar de este la grave responsabilidad que de otro modo pudiera corresponderle, puesto que el simple reconocimiento del falso pólipo evidenciaba que no era un feto lo que se había expulsado de la matriz de la demandante; pero, además, sometió á la consideración de la enferma la necesidad de que el médico que la prestó su asistencia en el acto de la expulsión de aquel cuerpo extraño, volviera á examinar este para ratificar ó rectificar sus juicios. Marido y mujer eran buenas gentes, y creemos que lo habrán realizado como lo prometieron.

Por lo demás, y para completar la historia de esta enferma en lo que tiene de clínica, aunque no sea este su interés principal, diremos que el día 28 de Noviembre de 1889, el Dr. Cospedal Tomé hizo la legración de la cavidad uterina y excindió la mucosa del cuello, según el procedimiento de Schrœder. Los productos de la legración justificaron bien la necesidad de esta. La enferma, infebril durante todo el curso posterior á la operación, solo tuvo algunos fenómenos de cistitis que desaparecieron pronto, y recibió el alta en el Hospital el día 31 de Diciembre siguiente, después de habérsela separado varios puntos de la sutura del cuello uterino, ya cicatrizada perfectamente.

No hemos visto más á esta mujer, á pesar de habérsela ordenado que volviera á la consulta para separar los otros puntos de sutura (sabido es que los puntos de sutura no molestan á las enfermas aun-

que permanezcan con ellos mucho tiempo, si están asépticos), y juzgamos que quizá se haya sumado á los numerosísimos casos de *grippe* que ha producido en este tiempo la epidemia reinante en Madrid, y que la enferma volverá al dispensario cualquier día para separar los pocos puntos de sutura que aún conserva colocados (1).

En resumen: el aspecto capital de este caso clínico es el médico-legal; y nuestro objeto, al publicarle, el de probar la obligación que tiene el médico de recoger cuidadosamente los datos anteriores al momento en que se verifica la expulsión de un cuerpo extraño de la matriz, para juzgar con acierto de la naturaleza de este, si no se logra tenerle á la vista; y en este caso, cuando es posible reconocer el producto expulsado, practicar un minucioso examen del mismo, que evite la confusión entre un aborto fetal y un cuerpo de cualquiera otra especie. Solo así se conseguirá ejercer dignamente la profesión, auxiliar concienzudamente á los tribunales de justicia, evitar quizá la imposición de una pena por otra á un culpable y alejarse de una segura responsabilidad moral y de otra posible responsabilidad material, ambas muy graves.

14 Enero 1890.

---

(1) En efecto; después de escrito este artículo, el día 20 del corriente Enero, ha vuelto la enferma á la consulta. Como presumimos, fué atacada de la *grippe*. En dicho día, el Dr. Cospedal Tomé separó todos los puntos de sutura restantes; esta se halla cicatrizada perfectamente; la matriz mide 6 cm. y medio y la enferma está curada.

PROGRAMA DE UN NUEVO

POR EL

DON JOSÉ EU

MÉDICO DE NÚMERO DEL HOS

CLASIFICACIÓN

PRIMER

DERMATOSIS

Clases.	Ordenes.	Familias.
1.ª—Dermatosis phytoparasitarias.....	FUNGIPARASITARIAS Ó PRODUCIDAS POR HONGOS.....	1.ª *Favosas ó achorionosas*.....
		2.ª *Tonsurantes ó trichophyticas*.....
		3.ª *Peladas ó decalvantes*.....
		4.ª *Epidérmicas ó Microsporoneas*.....
	ALGIPARASITARIAS Ó PRODUCIDAS POR ALGAS...	1.ª *Pseudo-exantemáticas ó Inflamatorias agudas, ya simples, ya inoculables*..
		2.ª *Exantemáticas ó Fiebres eruptivas*..
		3.ª *Pestilenciales ó Infecciones graves baccilares agudas*.....
		4.ª *Crónicas ó Infecciones baccilares lentas*.....
2.ª—Dermatosis zooparasitarias.....	.....	.....

CURSO DE DERMATOLOGÍA,

DOCTOR

GENIO OLAVIDE,

PITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

DERMATOLÓGICA.

GRUPO.

PARASITARIAS.

Especies.	Vegetal causa.
Favus	(Achorion Schoenleini).
Herpes circinado	(Trichophyton tonsurans).
Tiña tonsurante	(Trichophyton tonsurans).
Alopecia areata	(Microsporon Audouini).
Pitiriasis versicolor	(Microsporon furfur).
Flemones	(Micrococus pyogenus).
Erisipelas y eritemas	(Micrococus erisipelatosus).
Eczemas	(Estreptococus pyogenus).
Pénfigos	(Otra variedad de micrococus pyogenus).
Forúnculos	(Micrococus forunculosus).
Granuloma (Mycosis)	(Micrococus mycosicus).
Gangrenas	(Micrococus gangrenosus).
Ulceras venéreas	(Micrococus venereus).
Sarampión	(Micrococus morbili).
Escarlatina	(Micrococus escarlatinosus).
Varicela	(Micrococus varicelosus).
Viruela	(Micrococus variolosus).
Vacuna	(M. vacunæ).
Miliar	(M. miliaris).
Hemofilia	(M. escorbuticus).
Carbunco	(Baccillus antracis).
Muermo	(Baccillus muermosus).
Difteria	(Baccillus de Loefler, Klebs, Roux, etc.).
Dermitis tíficas	(Baccillus tíficus de Eberth).
Escrófula y tubérculo cutáneos	(Baccillus phymogenus de Koch).
Sífilis cutánea	(Baccillus de Lutgarten).
Lepra	(Baccillus lepræ de Hansen).

Especies.	Animal causa.
Sarna	Sarcoptes.
Lesiones de la	Filaria ó dragoncillo.
Lesiones de la	Pulga penetrante.
Lesiones de los	Parásitos comunes.

SEGUNDO GRUPO.

DERMATOSIS NERVIOSAS.

Clases.	Familias.	Especies.
1.ª—Periféricas ó neuríticas por lesión de los nervios.....	.....	Herpes zona. Herpes flictenoides. Ectima neurítico. Tubérculo neurítico.
2.ª—Medulares por lesión de la sustancia gris de la médula ó Herpéticas....	1.ª *Congestivas*.....	Eritema (forma recidivante). Roseola (forma recidivante). Urticaria (forma recidivante).
	2.ª *Inflamatorias*...	Erisipela (forma recidivante). Eczema (forma recidivante). Pénfigo crónico generalizado. Herpes zona y flictenoides recidivantes.
	3.ª *Pruriginosas ó nerviosas sin exudación, congestión ni inflamación*...	Liquen. Prúrigo. Epinictide.
	4.ª *Hiperplásicas ó Escamosas secas.*	Psoriasis. Pitiriasis alba crónica y rubra aguda.
3.ª—Cerebro-espinales por lesión cerebro-espinal y ganglionar ó Pelagrosas	.....	Eritema pelagroso. Descamación pelagrosa. Cicatriz pelagrosa. Prúrigo pelagroso.

TERCER GRUPO.

DERMATOSIS REUMÁTICAS.

Clases.	Familias.	Especies.
1.ª — Hiperhémicas ó Congestivas	*Eritematosas*.... E.	E. Nudoso..... Marginado..... Pápulo tuberculoso..... Acnéico ó caparrosa..... Intertrigo..... — Alternantes.
	Urticarias.....	Tuberosa ó cnidosis alternante.
2.ª — Inflamatorias..	*Vexiculosas*.....	Eczema seco fijo. Eczema numular alternante.
	Flictenosas.....	Zona..... Pénfigo crónico.. — Alternantes.
	Pustulosas.....	Impétigo alternante.
	Forunculosas.....	Forúnculo alternante.
3.ª — Nerviosas.....	*Liquenoideas*.....	Liquen circunscrito..... Liquen pilaris... Liquen lividus.. — Alternantes.
	Pruriginosas.....	Prúrigo localizado coincidente. Id. id. alternante.
4.ª — Hiperplásicas..	*Epidérmicas*.....	Pitiriasis crónica fija. Psoriasis localizado numular alternante.
	Conjuntivo dérmicas perifoliculares....	Acné indurata alternante.

CUARTO GRUPO.

DERMATOSIS DIABÉTICAS

Ó SOSTENIDAS Y Á VECES PRODUCIDAS POR LA DIABETES.

Prúrigo genital.—Eczema genital.—Forunculosis recidivante.—Gangrena.

QUINTO GRUPO.

DERMATOSIS NEOPLÁSICAS.

Clases.	Familias.	Especies.
1.ª—Benignas.....	*Fibromas*.....	Pertenece su estudio, según dicen, á la Patología quirúrgica.
	Papilomas.....	
	Escleromas.....	
	Lipomas.....	
	Angiomas.....	
	Neuromas.....	
	Hialomas.....	
	Xantomas.....	
	Miomas.....	
	Mixomas.....	
	Condromas.....	
	Osteomas.....	
	Coloides.....	
2.ª—Malignas.....	*Keloides*.....	
	Epiteliomas.....	
	Carcinomas.....	
	Sarcomas.....	

SEXTO GRUPO.

DERMATOSIS DIACRÍTICAS

Ó SECRETORIAS.

Clases.		Especies.
1.ª — Lesiones de la secreción del sudor.	Por aumento.....	Efidrosis ó Hiperidrosis.
	Por falta.....	Anidrosis.
	Por alteración del color.	Cromidrosis, Hematidrosis, etc.
	Por alteración del olor.	Osmidrosis.
2.ª — Lesiones de la secreción del sebo.	Por aumento.....	Seborrea, acné sebáceo.
	Por retención sin inflamación.....	Quistes sebáceos, lobanillos.
	Por retención con inflamación coincidente..	Acné rosáceo, tuberoso, varioliforme.
	Por disminución ó falta.	Sequedad y aspereza cutáneas.
3.ª—Lesiones del pigmentum.....	Por aumento parcial...	Hipercromias, efelides, lentigos, etc.
	Por falta parcial.....	Acromias, vitíligo.
	Por aumento general...	Enfermedad de Addison, Melanodermia.
	Por falta general.....	Albinismo.
4.ª — Lesiones de la producción del epidermis.....	Por aumento general...	Ictiosis.
	Por aumento parcial...	Tilosis, etc. y otras lesiones.
	Por falta ó disminución.	Casos de Teratología.
5.ª — Lesiones de la producción de los pelos y uñas.....	Por falta de pelo natural ó accidental.....	Calvicie, alopecias.
	Por aumento.....	Hipertricosis, plicas.
	Por cambio de color...	Canicie.
	Por falta de uñas.....	Casos de teratología.
	Por aumento de su espesor.....	
	Por deformidad de las uñas.....	

SÉPTIMO GRUPO.

DERMATOSIS ARTIFICIALES

Ó PROVOCADAS.

Directas.....	Por el calor ó el frío. Por agentes químicos ó sustancias irritantes. Por agentes físicos (contusiones, heridas, etc.) Por cuerpos extraños. Por medicamentos aplicados sobre ó introducidos en la piel.
Indirectas ó Patogenéticas..	Por medicamentos administrados al interior. Por lesiones anatómicas (varices) que pueden determinar dermatosis. Por edemas y otras lesiones id. id.

Madrid 1.º de Enero de 1890.

VISITA Á LAS CLÍNICAS GINECOLÓGICAS DEL EXTRANJERO,

POR EL DOCTOR

D. A. M. COSPEDAL TOMÉ,

MÉDICO, POR OPOSICIÓN, DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA, ENCARGADO EN EL MISMO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.

(Continuación) (1).

REAL CLÍNICA OFICIAL DE MUJERES.

Profesor Dr. Olshausen.

Es el profesor Olshausen el catedrático oficial de ginecología y obstetricia de la Universidad de Berlín. Sustituyó en este puesto al celebrado profesor Schrœder, que tanto impulso comunicó á los es-

(1) Véase el núm. 1.º del año II

tudios ginecológicos en la capital de Alemania y cuyas obras son bien conocidas de cuantos se dedican á la práctica de esta especialidad de la medicina. Con este dato basta para juzgar de la competencia del profesor Olshausen. Pero además, sus numerosas publicaciones en los periódicos y revistas, en folletos y en obras clásicas atestiguan que es el profesor Olshausen tan sabio catedrático de obstetricia y ginecología como hábil operador. Es hombre como de 58 años, de aspecto simpático y de carácter afable y bondadoso. Habla con claridad y rápidamente, y sus explicaciones son escuchadas con atención por los alumnos y por respetable público de médicos de distintas nacionalidades.

Se comprende que así suceda, puesto que el nombre de Olshausen es uno de los más respetados en Alemania, siquiera no haya logrado la indiscutible superioridad de su antecesor el profesor Schroeder. Pero Olshausen gozaba, antes de ocupar el puesto que hoy desempeña, de legítima autoridad como ginecólogo; su nombre estaba bien cimentado en una historia de trabajos científicos anteriores, y aunque su nombramiento para catedrático oficial de la asignatura produjera discusión entre las gentes médicas, es lo cierto que Olshausen tiene verdadero mérito, y buena prueba de ello son sus lecciones, sus trabajos ginecológicos, su habilidad operatoria y sus publicaciones. Representa, pues, dignamente la ginecología oficial de Berlín y es uno de los hombres serios que practican la especialidad.

Por estas razones deseaba yo conocer también á Olshausen, y lo logré sin más que hacer llegar á sus manos mi tarjeta.

Estaba el profesor Olshausen, la primera vez que tuve el gusto de saludarle, en la sala de operaciones ordinarias de la clínica oficial de mujeres examinando alumnos en la siguiente forma: Llamaba al examinando, éste contestaba desde su asiento y en seguida comenzaba la serie de preguntas y respuestas entre el profesor y el alumno. El que yo ví en aquella mañana debía responder á cuestiones sobre atresia cervical uterina y respondió, en efecto, muy bien á cuanto el maestro le preguntaba, con lo cual creía yo que el examen había terminado; pero me convencí de que estaba no más que al empezar cuando oí que el profesor Olshausen decía á sus asistentes: «pueden traer la enferma», oí al alumno: «puede V. bajar». Y en efecto, el alumno bajó desde las gradas del anfiteatro y fué directamente á uno de los lavabos; despojóse de la americana que llevaba puesta, se levantó las mangas de su camisa, dejando al descubierto

sus brazos, y lavó perfectamente bien estos y sus manos con agua sublimada caliente, jabón y cepillo; después hizo una minuciosa limpieza de sus uñas y se vistió una blusa de lienzo blanco perfectamente limpia, sin mangas, que le presentó una de las mujeres asistentes á la clínica, es decir, una enfermera. Entre tanto, era conducida al anfiteatro desde una habitación inmediata á donde había sido trasladada desde la enfermería, ya cloroformizada, una enferma que padecia atresia del cuello uterino. La enferma fué transportada á la mesa de operaciones y llegaba vestida de la siguiente manera: el cuerpo con las prendas usuales de mujer, sumamente limpias; cubriendo la cabeza y recogiendo sus cabellos una cofia sencilla, de buen gusto, blanca con ligeros adornos; y las extremidades inferiores con pantalones de tela impermeable, muy abiertos para permitir descubrir bien los órganos sexuales externos; los piés abrigados dentro de una especie de calcetines apropiados. De igual manera, he visto en la mesa de operaciones á todas las enfermas que operó, estando yo presente, el profesor Olshausen. ¿No es esto preferible á esa otra manera de llegar las enfermas á la sala de operaciones, con sus sucios vestidos ordinarios, de que se despojan en el acto dejándolos en el suelo, despeinadas, sino desgreñadas, sin cloroformizar aún, recibiendo en el acto de ir á operarse la triste impresión que causará la vista del aparato instrumental y aun del mismo operador y ayudantes vestidos con los trajes adecuados á toda operación? El acto mismo de la desinfección que en sí practica el alumno, sin mandato extraño, antes de acercarse á la enferma objeto de su examen, ¿no es más beneficioso para esta que realizar el reconocimiento y operación sin cuidarse de esa especial limpieza personal? Esto mismo ¿no indica claramente la convicción profunda que en Alemania existe respecto de las ventajas de la asepsia?

Pues de igual modo sucede en cuantas clínicas alemanas de cirugía he tenido el placer de visitar. Los primeros consejos que reciben los alumnos en estas clínicas se refieren á las prácticas asépticas que aquellos no descuidan: 1.°, porque las ven emplear á todos los profesores y asistentes, antes de tocar al enfermo, y el ejemplo es el gran consejero; 2.°, porque los resultados les convencen de la excelencia del método; y 3.°, porque, seguramente, una omisión en ese terreno sería castigada con mala calificación para el alumno. Así se explica que Alemania sin haber creado la antisepsia, sea hoy la nación que mejor y más perfectamente la realiza. Es preciso concederla, por lo

mismo, el honroso primer puesto en la práctica de la asepsia quirúrgica.

Y vuelvo al examen del alumno. Una vez colocada la enferma en posición dorso-sacra, sostenidas sus piernas por los asistentes de Olshausen y hecho el lavado antiséptico de los órganos sexuales de aquella, por medio de la irrigación oportuna, sentóse el alumno ante

HOSPITAL DE LA CARIDAD.

Profesor Dr. Guserow (1).

la enferma, practicó los necesarios reconocimientos y diagnosticó el caso en presencia de los concurrentes, indicando después el tratamiento que en su opinión debería emplearse. Aprobado por el profe-

(1) Los dos retratos que colocamos en este lugar corresponden al artículo anterior, al cual no pudieron unirse por causas ajenas á nuestra voluntad.

sor, y bajo la inspección de este, el alumno tomó del instrumental, dispuesto á propósito, los dilatadores graduales de Schrœder y comenzó la dilatación del canal cervical, empleando las necesarias precauciones de procedimiento y de desinfección. No realizó la total dilatación; la empezó, completándola acto seguido uno de los asistentes del profesor Olshausen. El examen había, pues, terminado á satisfac-

CLÍNICA PARTICULAR DE MUJERES.

Dr. E. A. Martin.

ción del maestro que consideró probada la competencia del discípulo, el cual, no obstante la seguridad de que dió muestras, tampoco dejó de revelar en su semblante y en su actitud esa vacilación propia del que realiza un acto que va á servir de prueba de sus estudios, y que es además presenciado por respetable público. Allí como aquí y en todas partes, el estudiante que se examina se encuentra temeroso del resultado.

Terminado el acto, el alumno volvió á lavarse, á desnudarse de su blusa, que entregó con gran cortesía á la enfermera que se la había presentado, y la enferma fué trasladada, previa la cura conveniente posterior á la dilatación, á la cama que ocupaba en la clínica.

Tuve, pues, el gusto de presenciar un examen en la asignatura de ginecología á la manera como deben ser los exámenes; teórico primero, es decir, tratando la materia objeto de la prueba en su aspecto doctrinal, y por tanto general, y después aplicando la doctrina á la práctica, ó sea, diagnosticando á una enferma, concretando las generalidades en la especie y empleando en esta el procedimiento más conveniente para tratar el caso particular, no solamente de palabra, sino también de obra; lo cual revela que la enseñanza que recibe el alumno durante el curso es asimismo teórica y práctica, y que el desempeño de una cátedra en aquellas Universidades lleva consigo gran trabajo y gran responsabilidad.

Justo es reconocer que la culpa de que en otras naciones no se verifique de igual modo no corresponde solamente á los profesores.

Ahora bien; la descripción minuciosa de la clínica oficial de ginecología es tarea pesada para escrita y aun más para leída. Aunque yo poseyera aptitudes especiales para describir aquella, y lograra hacer en cierto modo amena la descripción, el lector no me perdonaría la fatiga que habría de producirle tanto detalle como sería necesario para dar cabal idea de cómo es la hermosísima y elegante clínica oficial de ginecología de Berlín, dentro de la cual yo me acordaba con pena de la inferioridad de nuestros medios de enseñanza ginecológica, y envidiaba la fortuna de profesores y alumnos alemanes, que tienen á su disposición tantos perfeccionamientos.

Me limitaré, pues, á mencionar lo que me parezca más importante.

La Real clínica oficial de mujeres es un edificio romboidal, casi rectangular, construído expresamente con este destino; se halla señalado con los números 14 y 16 en la *Artillerie-Strasse;* tiene dos fachadas más, una á la *Ziegel Strasse,* otra sobre el *Spree;* la opuesta á la primera mira á un parque ó jardín que se llama *Schloss Montbijou;* á la entrada y escalera principal se llega por la calle de la Artillería. Dentro del edificio, tienen habitación, despacho y jardín, el director é inspector del mismo. Viven también dentro de la clínica, cada uno en su distinta habitación, los asistentes, ó sea los ayudantes oficiales, y la llamada jefe de las parteras. Las enfermeras de las

clínicas poseen habitación espaciosa, distinta de la destinada á las que se ocupan en el servicio de la policlínica.

Inmediatamente que se pasa de la puerta del zaguán, se encuentra al portero, uniformado militarmente. Por cierto, que el portero era un viejo muy serio, pero muy simpático y cortés, al cual, según el consejo de algunos amigos, rogué el favor de que me avisara por teléfono, desde la clínica al Central Hotel, siempre que el Dr. Olshausen fuera á practicar alguna operación importante, sobre todo, abdominal. Y en efecto, me avisó con oportunidad y tal vez siga avisándome. Digo esto, porque, á pesar de haberle dado el día anterior al de mi marcha de Berlín expresivas gracias por su diligencia, todavía en el Grand Hotel de Viena recibía yo sus avisos que me transmitían desde el Central de Berlín. Sin duda pensaba que aun permanecía yo en la última capital. Es una persona, por lo tanto, á quien debo agradecimiento por sus buenos servicios.

En una construcción, aislada dentro del edificio, se halla alojada la caldera de vapor destinada á la calefacción de aquel, mediante tuberías apropiadas, según el sistema generalizado en Alemania, hasta para casas particulares, y sirve además para proveer á la cámara de desinfección de ropas. Con la engendradora del calor tiene dependencia una gran chimenea que, por mecanismos que no sería propio que yo explicara aquí, aunque supiera explicarlos, contribuye á la ventilación del edificio.

Las cocinas, las despensas, las habitaciones para los encargados de hacer las comidas son dignas de atención, y tienen anejo un ascensor para elevar los alimentos á los pisos superiores. Existe una cocina especial destinada no más que á la confección de infusiones.

Los cuartos de baños, distribuídos al lado de las clínicas, son cuidados con todo esmero.

Los retretes, construídos con sujeción á los adelantos de la industria, son de lo mejor dispuesto en la clínica.

Otro ascensor eleva las ropas y utensilios análogos para las enfermerías, desde el almacén que las guarda en depósito; y un tercer ascensor está destinado á las personas.

En la planta baja del edificio, existe una instalación aparte, apropiada, para la consulta pública ó policlínica, que surte de enfermas á la clínica; se comprende bien que de la consulta pública, donde acuden muchas enfermas, pueden ser elegidos casos importantes para la enseñanza, y así se verifica. De modo análogo surtimos las

salas del Hospital de la Princesa, en Madrid, donde mis queridos compañeros los Dres. Ustariz, Salazar, Miguel y Viguri, Mariani, Ezquerra y Fernández Gómez, dirigen, como yo, una consulta especial, además de los servicios generales encomendados al decano Dr. Egea y á los cuatro primeros.

Otra sala, destinada á la exploración de las enfermas que solicitan ingreso en la clínica, se halla en relación con la oficina de admisiones, emplazada también en la planta baja.

Desde esta oficina, las enfermas pasan á sus respectivos puestos en las enfermerías, si corresponden á ginecología; ó en salas de parturientes, si pertenecen á obstetricia. Son distintas, pues, las secciones; una ginecológica, otra obstétrica.

Distribuídas convenientemente en el edificio, se hallan las salas de ginecología, capaces para 69 camas, en las cuales ví muchas enfer- que habían sufrido operaciones de diversos géneros, varias ales. Sobre la cabecera de la cama de cada enferma, se ven en hojas especiales, las temperaturas que estas presentan stintas horas del día, así como los fenómenos importan- posterior á la operación. Este necesario servicio es muy la sala de las mayores no contiene más de nueve camas; ién para seis y para cuatro enfermas; entre cada dos spacio suficiente para otras dos enfermas; las salas son n mucha luz, con excelente ventilación y calefacción du- invierno; tanto los muros exteriores del edificio, como los ores de separación, tienen un espesor considerable; todas las ventanas, balcones y puertas ajustan con precisión, y no exigen, como en otras partes, la colocación de burletes. Al lado de cada cama, existen los indispensables útiles para la asepsia. Las camas son de madera de color claro, poco elevadas, sencillísimas y de buen gusto. Reina un orden perfecto en las enfermerías, y la limpieza escrupulosísima es su característica. El numeroso personal subalterno nunca demora el cumplimiento de su deber; le realiza cuando está ordenado. Las enfermas obtienen, de ese modo, mayor bienestar y beneficios, y sienten más respeto y gratitud para el profesor y para cuantos intervienen en la tarea de devolverlas su sadud.

Aneja á cada sala, existe una pequeña habitación destinada á la exploración clínica de las enfermas, que contiene desde el sillón de Schrœder, modificado por Veit, hasta el más pequeño detalle propio para el reconocimiento aséptico.

Además de las salas mencionadas, existen cuartos destinados á contener solamente una operada grave. En estas pequeñas, como en las grandes habitaciones, se observan iguales cuidados; el objeto de las primeras es evitar á las operadas los perjuicios posibles en salas donde se alojan varias enfermas. Para transportar de un punto á otro á estas se hace uso de camillas de hierro colado, altas como de 1 m. y montadas sobre ruedas.

En la sección de obstetricia, donde pueden alojarse hasta 125 mujeres, la disposición de las salas es análoga; la diferencia nace del diverso destino que cumplen, y por lo tanto, el material varía en relación con el objeto de aquellas. Por esto, los cuartos de baño abundan más en dicha sección, y, por lo mismo, se hallan construídas habitaciones destinadas expresamente al acto del parto, dentro de las cuales se ha reunido un material tan completo, tan en armonía con los modernos preceptos de la obstetricia aséptica, y tan cuidado, que no se sabe qué admirar más, si el conocimiento profundo del asunto que ha presidido á la instalación, ó el buen orden y el esmero con que esta se mantiene. Pero es la verdad que, en aquellas salas, la parturiente encontrará la satisfacción de ver reunido en torno suyo cuanto es preciso para facilitar su trabajo de parto, para garantir su vida y la de su hijo en los casos de peligro, y para prevenir las complicaciones puerperales.

Repetiré una vez más que no puedo entrar aquí, sin pecar de molesto para el lector, en los detalles que exigiría la descripción minuciosa de dichas salas desde su construcción, útiles de asepsia, arsenal de instrumentos y camas para el parto, hasta la manera cómo en ellas se verifica el servicio. Mi objeto en estos artículos no es presentar el plan de construcción de una clínica ginecológica y obstétrica. ¡Ojalá me viera en la necesidad de exponerle, pedido por quien pudiera construirla en España!

Existe también otra habitación destinada al acto del alumbramiento para aquellos casos en que este se prolonga, ó para aquellos otros en que la enferma llega desde fuera para ser asistida de este accidente; no tengo que decir que la instalación es completa.

Cuando se presenta algún caso infeccioso, la enferma en quien recae es conducida á un pabellón distinto, donde se aisla rigurosamente y donde se redoblan los cuidados de desinfección.

El material de enseñanza para los alumnos es completísimo: los traslúcidos cristales donde el profesor dibuja los esquemas anatómi-

cos y patológicos de cada caso; los atlas de grandes figuras, reproducción del natural; las piezas patológicas bien presentadas; la historia de cada enferma, detallada y discutida con amplitud; luego, la clínica, las enfermas examinadas concienzudamente y con un detenimiento y un lujo de detalles á que estamos poco acostumbrados, exploración que, en muchas de aquellas, se realiza bajo la acción del cloroformo, auxiliar indispensable en ocasiones más numerosas de lo que se cree, y al cual se recurre muy frecuentemente en Alemania; después, las repetidísimas operaciones sobre las enfermas; más tarde, las maniobras en los *fantómes*, sobre fetos naturales, sobre matrices frescas; por último, las autopsias escrupulosas, el laboratorio y el museo patológico; y todo esto realizado por un personal docto, educado sabiamente, atento siempre al cumplimiento del deber, con una convicción en los procedimientos de nuestra ciencia, y un respeto mutuo y una subordinación á los mandatos superiores, que aleja toda vanidad no fundada en el estudio, y estimula toda competencia basada en el trabajo.

Parece imposible que aquellos estudiantes y asistentes, tan entregados á su labor científica, dispongan de tiempo y humor para cruzarse á sablazos la cara en sus disputas de sociedades ó gremios ó agrupaciones; pero es lo cierto, que de cada 100, 50 de ellos ostentan en el rostro, en la cabeza ó en el cuello, las señales indelebles de encuentros brutales, que pugnan con el grado de ilustración que poseen. Las contradicciones se observan en todas partes, y esta que refiero, incidentalmente, es una espantosa contradicción de Alemania, poco explicable.

Por último, las salas de operaciones: una, la verdadera cátedra, lo que se conoce con el nombre de *auditorium;* otra, la que sirve para operar *solamente* laparotomias. Yo no he visto sala tan bonita en ninguna otra parte como el *auditorium* de la Real clínica oficial de mujeres de Berlín. La cátedra de la clínica quirúrgica de Bergmann, en la misma capital, es más grande pero no más bonita. Aún agrada más la de Olshausen por ser más pequeña. Consiste en un anfiteatro de paredes lisas, pintadas de claro y de portland el suelo; ese anfiteatro está iluminado por la gran ventana que ocupa casi todo el plano que sirve de secante á la forma circunferencial que describe el anfiteatro. La luz es abundantísima; sobre los cristales de esa gran ventana, deslustrados, puede dibujarse los esquemas necesarios para la mejor comprensión de la conferencia diaria; la gradería del

anfiteatro es de madera fina perfectamente barnizada y construída á semejanza de las de nuestro Congreso de los Diputados, aunque ofrece menos comodidad; es decir, delante de la parte destinada á asiento se eleva, hasta la altura conveniente, otra destinada á pupitre, sobre el cual los estudiantes fijan sus cuadernos de notas para escribir en él con comodidad las que estimen necesarias durante la lección. Es el sistema generalizado para las cátedras en Alemania. En el centro del anfiteatro se halla colocado el sillón de operaciones y reconocimientos de Schrœder. A uno y otro lado de la gran ventana del frente, se ven colgados y fijos aparatos destinados á la calefacción de los líquidos antisépticos, cuya temperatura se mide con termómetros anejos á los aparatos, y desde los cuales, mediante los necesarios tubos de goma, van los líquidos hasta las cánulas irrigadoras; también á uno y otro lado de la ventana, existen dos grandes y elegantes lavabos capaces para que cuatro individuos desinfecten á un tiempo sus manos y brazos. En los lavabos no faltan los cepillos de cerda fuerte, los limpia-uñas y el jabón aséptico, y se surten de agua corriente á baja y elevada temperatura. A la izquierda del sillón de operaciones que ocupa el centro del anfiteatro, ó sea al lado derecho del operador sentado delante del sillón, se colocan las mesitas que sirven para contener los instrumentos en cada operación, sumergidos en soluciones fenicadas, dentro de bandejas de cristal fino y pulimentado, liso por su superficie interna, labrado por la externa. Dichas mesas, de las que me he hecho construir en Madrid otras análogas para mi clínica en el Hospital de la Princesa, son muy sencillas, prestan buenos servicios y están generalizadas en las clínicas alemanas. Por último, los numerosos instrumentos ginecológicos de que dispone la sala que describo se hallan, siempre brillantes y limpios, colocados con excelente orden, agrupados y clasificados metódicamente, con arreglo á sus objetos y aplicaciones, en elegante anaquelería de la misma madera fina, resguardados del polvo que pueda existir en el anfiteatro, por cubiertas protectoras que se abren y cierran con toda facilidad y cómodamente. Esa anaquelería forma la parte más inferior y anterior de la gradería total del anfiteatro. La calefacción de este se verifica á expensas del sistema general para todo el edificio, pero puede elevarse, independientemente de la de este, la temperatura de aquel.

En esta cátedra, *auditorium* ó anfiteatro, he visto operar á Olshausen hasta las extirpaciones totales de matriz por la vajina, con

excelentes condiciones de asepsia y con la habilidad que le es propia. El Dr. Olshausen, como todos los alemanes, sutura en esta operación los ligamentos anchos con seda; no emplea los *clamps* que usan en Francia, pero á diferencia del Dr. Martin que se sirve del porta-agujas ordinario, Olshausen emplea agujas de Deschamps, de longitud y corvadura apropiadas. Poseyendo la habilidad de Martin, me parece preferible su costumbre.

La sala para la práctica de laparatomías está situada sobre la *Artillerie Strasse,* aislada de las enfermerías y demás sitios de donde pudieran llegar gérmenes infecciosos. Es cuadrilátera, de suelo y paredes como sus análogas ya descritas anteriormente y perfectamente alumbrada. En el centro se halla la mesa de operaciones, distinta de la de Horn, pero sencilla también, sin mecanismos de complicación; en uno de los frentes de pared se ven las tuberías de agua caliente y fría y lavabos; en otro de los lados armarios anchos de poca elevación para contener todo el material de antisepsia; además, estufa, filtro, termómetros, irrigadores, etc., etc., todo lo que constituye, en las salas de operaciones bien instaladas, la base de un plan aséptico ordenado y rigurosamente cumplido. No tengo para qué insistir en lo que tanto vengo repitiendo. Las precauciones de desinfección que se observan antes de operar y operando, son análogas á las que he descrito para la clínica de Martin; el profesor y asistentes, como los alumnos, enfermeras y demás personas que entran en la sala, cumplen lo que está dispuesto en materia tan delicada. Inmediatamente después que han terminado allí las operaciones del día, al menos en los que yo tuve el gusto de acompañar al profesor Olshausen, las enfermeras, vestidas con pulcritud, de igual modo que en todos los hospitales oficiales de Berlín, limpian esmeradamente desde la habitación hasta el más pequeño é insignificante útil que en ella se contiene, y todo queda, dos horas más tarde de haber servido, con la misma brillantez y el mismo orden que antes de emplearse. Insisto en estas pequeñeces, que podrán parecer impropias de mención, porque precisamente ellas constituyen un factor importantísimo en el mantenimiento de la asepsia constante de un recinto donde se opera enfermos, y es además de imprescindible necesidad hacerlo así si se desea que no se estropee la sala ni se enmohezcan los instrumentos, las mesas, los aparatos todos, ni dejen de ser reparados en el acto los desperfectos que puede sufrir el material. De otro modo, ocurre lo que estamos habi-

tuados á presenciar, que á los dos meses de instalado un servicio en condiciones á propósito para el objeto á que se destina, no hay quien le conozca á fuerza de incuria en todos los que se hallan obligados á mantenerle en igual situación que acabado de inaugurar. Por estas y otras razones análogas nos hallamos en las tristes circunstancias profesionales que todos lamentamos, pero que ninguno tratamos de mejorar. La inexorabilidad de los profesores debería ser norma de conducta, como lo es en Berlín, en vez de usar de complacencias excesivas.

Y solamente de aquella manera puede disponerse con toda urgencia, y en todo momento, cualquiera operación importante que no admite demora; por ejemplo, una embriotomía; una operación cesárea; una operación abdominal para embarazo extrauterino, para quiste ovárico, complicados, que llegan de la calle y exigen la inmediata intervención quirúrgica, aséptica.

Para terminar lo que me he propuesto decir de la clínica oficial de mujeres de Berlín, añadiré que, cumplido el servicio de cada día, hecha la visita por el profesor, explicada la conferencia, practicadas las operaciones, etc., etc., quedan á cargo de los asistentes, ó sea ayudantes oficiales, todas las incidencias profesionales que puedan ocurrir en la Clínica, de tal modo, que la responsabilidad es únicamente suya y no del profesor. Así, puede este realizar un trabajo tan multiplicado. Las consecuencias operatorias de inmediata atención, las curas posteriores de las operadas, su observación clínica, las operaciones de urgencia, todo es de la responsabilidad de los asistentes, los cuales practican además muchas otras que, sin el carácter de urgentes, y en presencia ó no del profesor, este les encomienda. Cierto que cada asistente es, en cuanto á pericia y conocimientos, otro nuevo profesor tan interesado como él en los éxitos del tratamiento de cada enferma. Y á pesar de las condiciones que les adornan, los asistentes continúan desempeñando su cargo de tales al lado del profesor jefe de su clínica durante muchos años, hasta que obtienen, mediante sus trabajos científicos, colocación más elevada en la misma ú otra universidad ó dirigiendo clínicas propias. Hasta entonces no dejan de apellidarse asistente del profesor tal en la clínica cual y ostentan su cargo en tarjetas, folletos, libros ó trabajos de cualquier género científico con verdadero y legítimo orgullo.

Por último, el servicio de obstetricia se verifica de este modo: desde días anteriores al parto, la embarazada se somete á la desinfección

cuotidiana de sus órganos sexuales, con arreglo á las prescripciones que, en cada caso, ordena el profesor; en el momento del parto es trasladada á la sala donde este tiene lugar, y allí es cuidada por las parteras oficiales, bajo la inspección de la partera jefe, la cual vigila además la redacción de las historias de cada enferma, da cuenta al asistente de guardia de las particularidades que se observen, para que este intervenga, si se considera necesaria su intervención, y, terminado el parto, las puérperas son trasladadas á sus correspondientes salas, y á los niños, para los cuales existen 48 camas apropiadas, se dan los cuidados necesarios, que no menciono, porque este artículo se va haciendo muy largo. Todo este servicio se cumple en perfectas condiciones de desinfección, y así lo demuestran las estadísticas de aquella casa.

En resumen: la *Königliche Universitäts Frauenklinik* de Berlín es un centro de enseñanza ginecológica admirable por su construcción, distribución de servicios, organización de los mismos, manera de cumplirlos, y por los beneficios que reporta á los alumnos que allí aprenden y á las enfermas que en él se acogen. El sabio profesor Olshausen puede estar orgulloso de ejercer la dirección de aquella clínica, donde las prácticas docentes modernas en la especialidad ginecológica se cumplen con rigor, convencimiento y excelentes resultados.

No fué otro sin duda el ideal del malogrado profesor Schrœder, cuyo busto en mármol, colocado sobre sencillo pedestal y situado en el fondo de la galería principal de la planta baja del edificio, parece dirigir siempre el funcionamiento de tan hermosa clínica, teatro de sus triunfos profesionales.

(Se continuará.)

TRATAMIENTO CURATIVO DE LA COQUELUCHE

POR LAS INHALACIONES DE ÁCIDO FLUORHÍDRICO

POR EL DOCTOR

D. BALTASAR HERNANDEZ BRIZ.

MÉDICO DE NÚMERO, POR OPOSICIÓN, DEL HOSPITAL GENERAL.

La coqueluche ó tos ferina es una enfermedad frecuentísima en los niños, contra la cual se han ensayado numerosisimos remedios sin que hasta el presente exista uno de acción *verdaderamente curativa.*

La mayoría de los recursos terapéuticos usados contra esta enfermedad tiende solo á combatir el espasmo del neumogástrico; por tal manera, ni se abrevia la duración de la enfermedad, ni se ataca su causa productora. Verdad es que, en ocasiones, la medicación sintomática presta gran servicio; pero nuestros esfuerzos han de encaminarse á encontrar un remedio que destruya la causa determinante de la enfermedad.

Los estudios modernos han demostrado que esta es producida por un micro-organismo que se fija en las primeras porciones del aparato respiratorio y en la superficie de su mucosa y que obra excitando el neumogástrico para provocar la aparición del acceso espasmódico típico de esta enfermedad. Encontrar una sustancia que destruya este micro-organismo, de fácil aplicación é inofensiva para el enfermito, sería nuestro *desideratum.*

El año pasado, en el número de *El Siglo Médico* correspondiente al 30 de Septiembre, dí cuenta de un notable caso de tos ferina curado por las inhalaciones del ácido fluorhídrico: cinco inhalaciones bastaron para la completa y radical curación de la enfermita. Venía yo usando estas inhalaciones contra la tuberculosis, valiéndome del inhalador de nuestro distinguido compañero Dr. Valenzuela y me ocurrió ensayarlo contra la coqueluche ya que la casualidad había llevado á mi clínica una niña afecta de esta dolencia; el éxito notable obtenido, lo racional del tratamiento me hizo concebir el proyecto de continuar mis ensayos en la ocasión oportuna; tres enfermos han

sido tratados posteriormente por mí; el primero era un niño de 6 años de edad, que ingresó en la sala 23 de mi cargo, en un estado lastimoso; sufría más de 30 accesos diarios y vomitaba casi todo lo que comía; tenía epistaxis, se hallaba en una intranquilidad grande; padecía además de estomatitis ulcerosa, y en los accesos de tos solía romperse algún vasito de la mucosa que provocaba ligera hemorragia por la boca. En tal estado tomó la primera inhalación por espacio de diez minutos, aquella noche tosió menos; á los dos días se hizo la segunda inhalación y apenas sufrió accesos espasmódicos y recobró más tranquilidad; dos días después tomó la tercera inhalación y la mejoría fué tan notable que sorprendió á todos; ya ni vomitaba ni apenas sufría más que dos ó tres accesos espasmódicos y estos muy ligeros; la cuarta inhalación concluyó con los accesos de tos; quedó un ligero catarro bronquial, *sin ningún acceso espasmódico*, que desapareció á beneficio de una poción de bromuro y jarabe de Tolú. El niño continuó en la clínica algún tiempo tonificándose sin toser nada [illegible] dado de *alta* completamente curado. El otro caso recayó en una [illegible] 10 años de edad. Fué llevada á la clínica para que tomase [illegible]iones; tomó en efecto cinco con algunos días de intervalo [illegible]n se obtuvo por completo. El tercer caso fué el de un niño [illegible] edad podía observarse en su mayor apogeo, y el resultado [illegible]al obtenido en los anteriores, bastando cuatro inhalacio[illegible]ener la curación.

[illegible]so terapéutico es de tan brillante éxito que me permito [illegible]ncia él la atención de mis compañeros.

[illegible]r. Cisneros, de este hospital, me ha comunicado que en tres her[illegible]nitos tratados por él recientemente por medio de las inhalaciones de ácido fluorhídrico, el resultado ha sido notable, bastando tres ó cuatro de aquellas para alcanzar la curación, y téngase presente que no se debe pasar de este número de inhalaciones porque de otro modo el ácido obra excitando el neumogástrico y los accesos espasmódicos se repiten quizás en virtud de la ley del hábito.

El Dr. Perez Valdés, también compañero mío, ha empezado á ensayar esta medicación con excelentes resultados; siempre he hecho uso del inhalador atmiátrico de Valenzuela, poniendo veinte gramos (lo que coge en una cuchara grande) de ácido fluorhídrico para dos litros de agua y cada tercer día renuevo la mezcla; como se comprende, cualquier inhalador servirá, con tal de que la inhalación *esté bien dada*. Es conveniente, repito, dejar un día de intervalo entre cada

inhalación y no pasar de cinco, cuando más. La tos que suele persistir algunas veces, es puramente catarral, pues es sabido que suelen acompañar á esta enfermedad complicaciones más ó menos inflamatorias de la mucosa, que se combatirán con los recursos ordinarios, siendo conveniente, para asegurar la curación, tonificar á los niños por los medios de todos conocidos.

OTITIS EXTERNA POR INFECCIÓN

POR EL

DR. HESSLER, DE HALLE.

En las sesiones del año pasado de la sociedad de naturalistas y médicos de Wiesbaden (véase las actas de las mismas, pág. 329), hice la primera comunicación sobre esta nueva clase de inflamación del oído y sobre su origen. Desde Enero pasado he encontrado, entre 400 casos, 8 veces aquella otitis externa por infección; relativamente, es más frecuente ahora que antes, puesto que, solamente creo haberla podido diagnosticar 9 veces, entre 3.500 enfermos antes del año actual. En todos los casos existía en el conducto auditivo una escoriación á causa de rascarse, especialmente por prurito y de aquí que la materia de infección pudiese penetrar en la corriente linfática. Se trata de una enfermedad infecciosa aguda, y como tal tiene de característico: el principio agudo, con frío ó con escalofríos, el ascenso de la temperatura hasta 40°, los fenómenos generales intensos á causa de los cuales no aparecen muy importantes los síntomas de inflamación del oído y la tumefacción aguda de los ganglios linfáticos próximos. La lesión era ocho veces izquierda, siete derecha y dos de ambos lados á la vez; solamente tres veces estaba delante del conducto auditivo externo; en 14 casos restantes estaba la lesión hacia abajo de la entrada del conducto mencionado. En dos casos había inficionado la madre á su hijo por medio de alfileres y en otros dos el médico á su propio paciente por intermedio de los instrumentos. Diez personas eran varones y siete hembras.

En el primer caso había sido colocado en el oído, por consejo de un médico homeópata, y con el objeto de calmar el prurito cutáneo, un trozo de tocino.

Antes de esto el paciente se había hecho un rasguño en la piel á causa de rascarse el conducto auditivo con la uña del dedo, lo cual es costumbre muy frecuente. Poco después los escalofríos, el calor, el delirio y el insomnio se presentan, lo cual unido á la tumefacción del conducto auditivo y de la apófisis mastoides, parecía que teníamos delante una afección de los huesos. Las emisiones sanguíneas locales y la bolsa de hielo hicieron descender rápidamente la fiebre y la tumefacción, tanto, que después de dos días de aplicados sobre el sitio inflamado y estrechado, se encontró el trozo de tocino, el cual ya reblandecido pudo ser extraído con facilidad.

En el segundo caso, había la madre herido ligeramente á su hijo en el conducto auditivo al limpiarle con un alfiler de la cabeza. Muy sorprendente y característico fué aquí el principio agudo de los fenómenos generales y la rápida aparición de los fenómenos locales de la inflamación. En la primera mañana había ligero edema delante, encima y detrás del conducto; en el segundo día tumefacción edematosa de la apófisis mastoides; en el tercero la inflamación del oído llegó á su máximun aumentando también la de la apófisis mastoides y extendiéndose hacia el cuello; al cuarto día sin tratamiento alguno se había reducido al estado normal.

Desde Septiembre he tenido la suerte de observar otros tres casos, que voy á referir aquí porque en ellos se refleja claramente la sintomatología y curso de la otitis externa por infección.

1.° A. Curt. M., de 10 años de edad, había limpiado su madre los oídos con un alfiler gordo del cabello y producido durante aquel acto algun dolor. Al poco tiempo se sintió indispuesto y sufría dolores pungitivos en el oído principalmente al tocarle y al echarse sobre él. En la parte inferior del conducto auditivo externo, se encuentra, cerca de su entrada, una elevación prolongada, de superficie lisa, que en conjunto aparece como la ampolla producida por una quemadura, con poca exudación y que estrecha en una cuarta parte el conducto. La membrana del tímpano no está inflamada. Los ganglios linfáticos sub-maxilares están abultados y sensibles á la presión. Fuera del oído ninguna tumefacción. Se disponen dos sanguijuelas delante del oído y no producen alivio alguno. A los dos días aumenta sobre todo la tumefacción de la piel y llega hasta la apófisis mastoides; rellenando completamente la fosa que separa la oreja de la cabeza. También se aumenta el infarto de los ganglios linfáticos y están dolorosos. La tumefacción de los músculos del cuello es causa de que los movimientos laterales de la cabeza sean difíciles y dolorosos. La aplicación de una bolsa de hielo no produce ni alivio local ni general. A los cuatro días se presenta una mancha enrojecida y en forma de cinta que comenzando en el foco de infección se dirige transversalmente hacia la concavidad del pabellón de la oreja, perdiéndose después en el borde de la misma. Se trata evidentemente de una *linfangitis aguda* que ha comenzado en el lugar de la infección que es donde la corriente vascular se ha in-

ficionado intensamente. Pasados tres días, desapareció poco á poco el enrojecimiento y siempre en dirección del foco infeccioso; también decreció la tumefacción del oído y de la parte posterior, si bien esto se verificó lentamente y nunca se formó absceso. Las compresas calientes ó frías no hacían tanto bien como una simple cura uatada. En fin, aunque con lentitud, también desapareció la tumefacción de los ganglios linfáticos.

2.º El comerciante W. tenía la costumbre de rascarse el oído con el botón del porta-plumas. El 9 de Octubre pasado se había rascado el oído izquierdo y al poco tiempo empezó á sentir vivos picotazos en él, viéndose también una mancha enrojecida. El oído estaba doloroso, sobre todo á la presión directa. En el primer examen, practicado el 13 del mismo mes, encontré: una tumefacción edematosa parcial del conducto auditivo externo, principalmente en la parte inferior de su entrada; tumefacción y ligera infiltración del cuero cabelludo y de la oreja; y una tumefacción muy acentuada de los ganglios linfáticos del cuello. El día 14 la tumefacción se extendió rápidamente hasta la comisura palpebral externa y llegó también hasta la apófisis mastoides, tanto, que la fosa que separa la oreja de la cabeza fué completamente rellena por la infiltración. El 15 volvió á presentarse la tumefacción del cuero cabelludo, se hinchó el párpado inferior tomando una forma de saco y las partes del cuello y de la cara situadas debajo del oído estaban infiltradas y frías. El 16 la inflamación del oído aumenta y en los párpados y apófisis mastoides de nuevo se presenta, pero en el cuello no se hace más intensa. En el conducto auditivo permanece la infiltración parcial y la tumefacción sin cambio alguno. El 18 la intumescencia es muy intensa en los párpados y por debajo del oído, pero en el cuello y en la cara va desapareciendo. Por el conducto auditivo sale un exudado claro y seroso. Dicha exudación aumenta sucesivamente con el tapón de uata. El 20 el conducto auditivo aumenta mucho más en tumefacción sin llegar á formar absceso. La forma y la sensibilidad de los ganglios linfáticos vuelve á hacerse normal. En este caso fué demasiado molesta desde el principio la aplicación de la bolsa de hielo, y se hizo más intensa la inflamación local. Los siguientes días se colocaron cataplasmas, primero calientes, más tarde templadas, pero con lo que más se aliviaba el enfermo era con las simples curas uatadas.

3.º El tercer paciente tenía la costumbre de limpiarse los oídos diaria y profundamente, empleando los flecos de la toalla, por lo cual hay que convenir en la posibilidad de que tuviese lugar una infección procedente de aquel objeto. Ya desde hacía dos ó tres semanas, sentía dolores de oídos primero por medio de la presión y después espontáneamente, los cuales se aliviaron con la aparición de una otorrea de un líquido claro y que duró dos días. En el conducto auditivo se presenta en su parte anterior, inferior y posterior una superficie elevada que simula completamente un forúnculo. Los ganglios linfáticos correspondientes estaban tumefactos. Se dispone la simple cura uata-

da. Cuando vi de nuevo al paciente después de cinco días, todavía se observaba en la pared inferior del conducto auditivo externo un sitio que estaba infiltrado, rojo y doloroso á la presión. Y si á todo esto añadimos una ligera grieta, claramente demostrada, se podrá asegurar la posibilidad anatómica de una infección acaecida en este sitio. De este parte una cinta roja é infiltrada formada de vasos linfáticos que dirigiéndose transversalmente hacia la oreja llega hasta su borde donde termina, siendo cada vez más delgada y menos roja. Por lo demás, este caso no ofrece ninguna otra particularidad en su curso en comparación con los descritos anteriormente.

En mi comunicación he sostenido ya, que la otitis externa por infección, hasta aquí al menos, ha sido confundida con la forunculosis porque en las dos enfermedades es muy parecido el estado local. Pero son tan diferentes que sabemos que en la forunculosis alivian los emolientes y las incisiones cutáneas siendo este medio ineficaz en la otitis externa por infección. Por esto he hecho en dos casos profundas incisiones hasta el cartílago y relativamente poca ó ninguna sangre ha salido y absolutamente ningún pus. Nosotros vamos ahora á detenernos un momento en el diagnóstico diferencial á

de que el verdadero diagnóstico se asegure y facilite. Este decidirá de las

terapeúticas. A continuación me permitiré solamente señalar breve-

diferencias.

titis externa por infección depende la gravedad de las mani-

es y generales, no de la inflamación local, sino de la malig-

ria infecciosa, al paso que en el forúnculo, la gravedad, en

ade á la tumefacción é infiltración local del oído.

nculo se presenta, después de tres ó siete días, un derrame de

una abertura puntiaguda y que tiñe en amarillo el papel. En la

or infección, es el foco de infección el sitio papuloso y ede-

zando la infección tanto más, cuanto más aumenta la inflamación.

n exudado seroso se presenta en el conducto auditivo externo.

En el forúnculo las incisiones dan salida al pus bien formado y al clavo característico, mientras que en la otitis por infección, solamente sale una pequeña cantidad de sangre y ningún pus.

4.ª En el forúnculo, se observa que hay proporción entre el tamaño y profundidad de los trozos de tejido necrosado y las partes próximas reblandecidas, inflamadas é infiltradas, al paso que en la otitis externa por infección, se extiende la tumefacción sin que sobrevenga á lo lejos la infiltración; así sucede en la piel de la cabeza, de la cara y del cuello, volviendo después los tejidos á su estado normal rápidamente.

5.ª Según Politzer (Lehrbuch f. Ohren Heilkd H. Aufflg. pag. 141) son raros en la forunculosis los infartos ganglionares concomitantes en la región lateral del cuello, mientras que yo los he encontrado siempre en la otitis externa por infección, por lo cual los creo constantes en esta enfermedad.

6.ª En dos de los últimos casos referidos he observado con claridad una *linfangitis* del pabellón de la oreja, prueba de que esta otitis traumática era infecciosa, mientras que en la forunculosis, no se ha hecho constar todavía un estado semejante. Yo estoy persuadido de que esta linfangitis se encontrará siempre en la otitis externa por infección, cuando sea observada con atención. En mis casos desaparecía después de dos ó tres días. Y si en muchos casos no hubiese visto al paciente con grandes intervalos, como sucede en las afecciones de los oídos, seguramente la hubiera observado más veces, pues cabe la posibilidad de que se hubiese presentado y desaparecido rápidamente aquella manifestación.

7.ª De estas diferencias fundamentales se deduce el tratamiento que á cada afección corresponde. En el forúnculo se produce desde las primeras incisiones un alivio general y local, el cual se aumentará considerablemente sobre todo con los consiguientes fomentos de agua caliente, en el caso de que no sobrevenga un nuevo forúnculo. En la otitis externa por infección, las incisiones no producen utilidad alguna, ni cambian el curso de la enfermedad, y en cambio algunas veces hacen que las nuevas heridas sean causa de nueva tumefacción y de dolores. Según la experiencia me ha enseñado, yo las considero como contraindicadas en la otitis externa y tengo conciencia completa de que la cirugía, hasta el presente, solamente puede recomendarse en la primera enfermedad haciendo, cuando sea posible, incisiones profundas y después una desinfección completa. En general, ya he dicho antes de ahora, que la elección de tópicos puede dejarse al enfermo mismo, toda vez que en la otitis externa por infección, la inflamación local es tan susceptible de cambiar. Ayer prefería el paciente la bolsa de hielo, hoy las compresas húmedas y calientes y mañana se encuentra mejor sin cura alguna.

Cuando se considera solamente el modo como frecuentemente se acostumbra á limpiar los oídos, se esperaría que la otitis externa por infección se presentase todavía más frecuentemente. En los niños, es muy rara. Estos se introducen con preferencia durante el juego, unas veces ellos mismos y otras sus compañeros, cuerpos extraños en el oído y en la nariz, y se rascan después con intensidad. Frecuentemente, la otitis externa por infección se presenta en aquellas personas que tienen un celo exagerado para limpiarse los oídos porque durante este acto se rascan para arrojar las masas de cerumen que habían caído profundamente en el conducto auditivo. En las mujeres, el prurito cutáneo es más frecuente durante el período menstrual. Como ellas tienen á la mano los alfileres de la cabeza, los toman para rascarse, y no obstante que sean limpiados, contienen siempre pequeñas partículas de grasa en descomposición. Pero en limpiarse son las mujeres más hábiles que los hombres y no se hieren tan fácilmente. Se ve que participa más de la enfermedad el oído izquierdo que el derecho, puesto que la mayor parte de los hombres manejan más el brazo derecho: por esto yo he encontrado en veinte casos,

once veces afectado solo el oído izquierdo, siete veces el derecho solamente y dos ambos á la vez. En los hombres, se presenta la otitis externa por infección principalmente acompañando á otras enfermedades de los oídos y son muy frecuentes en el otoño y la primavera, como los catarros del oído medio y de la trompa de Eustaquio. Muchos pacientes refieren, sin ser sobre esto preguntados, que primeramente experimentaron la sensación de prurito, después de lo cual comenzaron los dolores de oídos. Aunque se dice en los manuales de enfermedades de los oídos que aquellos momentos de prurito se presentan en la forunculosis, son no obstante característicos de la otitis externa por infección. El número de casos de forunculosis será más pequeño, ya tratados ó no tratados ni supurados, y la imagen clínica de los mismos sería más restringida al precisarla sin las excepciones que hasta aquí han tenido lugar. Cuando por primera vez se presentan ambas afecciones simultáneamente, me parece prudente, teóricamente pensando, porque prácticamente ya he dicho antes de ahora lo poco que enseña la experiencia, bajo un punto de vista general, aceptar la terapéutica de la forunculosis, es decir, las incisiones precoces usando provisionalmente los simples fomentos de agua templada, hasta tanto que uno se convence de dónde se encuentra el lugar de la infección y dónde existe solamente el forúnculo. Con esto yo procedo en este asunto como aquellos terapeutas que descontentos con los resultados de las incisiones precoces en la forunculosis, solamente cortan cuando se puede asegurar que el forúnculo está reblandecido y contiene pus. Para terminar, yo puedo asegurar, una vez más, que tengo la persuación, hasta aquí expresada, de que la otitis externa por infección, después que la atención de los compañeros se haya fijado sobre ella, se observará con mucha más frecuencia de lo que hasta ahora se hubiera podido creer.

Traducido del «*Deutsche medicinische Wochenscrift*» correspondiente al 26 de Abril de 1888 por el Dr. D. Sinforiano García y Mansilla.

REVISTA DE PEDIATRÍA,

POR EL DOCTOR

D. ALBERTO FERNÁNDEZ GÓMEZ,

MÉDICO DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA.

Entre el número de los medicamentos modernos que han venido á enriquecer el extenso capítulo del tratamiento de la *Coqueluche*, figura la antipi-

rina (1); Jenser, de Viena, Friedlander y otros clínicos alemanes han otorgado sanción científica al resultado de estos ensayos, pero cabe el honor al doctor Dubouzquet de haber concedido al asunto categoría de tema, en una comunicación reciente dirigida á la Sociedad de Terapéutica.

La acción depresiva que dicha sustancia ejerce sobre el sistema nervioso le guió en el comienzo de su empleo, creyendo dicho señor que tan beneficioso efecto alcanza á los tres elementos catarral, específico y nervioso; cuenta 71 buenos éxitos en 94 casos sometidos á su examen experimental, empezando por atenuarse la intensidad y frecuencia del ataque de tos, reduciéndose la afección en conjunto á un mínimun de duración razonable, sin haber tenido que lamentar la presencia de ningún síntoma pernicioso digno de mención, salvo algún trastorno gástrico, que á lo más reclamaba una breve pausa en la continuación del remedio.

Achaca las manifestaciones de intolerancia, cuando existan, á la impureza del medicamento, y las dosis que aconseja oscilan de 30 centigramos á un gramo diario en los niños de 1 á 3 años, y de 2 á 4 gramos á los mayores.

Heimann asegura que el uso de la *Fenacetina* (2) á idéntica dosis que la *Antipirina* es dos veces más activa, habiendo comprobado en dos enfermos un éxito halagüeño, las quintas de tos amortiguaban su número y su brío, cesando á los pocos días, y reapareciendo solo cuando, como tanteo, se suspendía la prescripción farmacológica.

Ordenaba 40 centigramos en veinticuatro horas, divididos en 4 papeles para un niño de 3 años; 30 centigramos en 3 dosis para uno de 2, y á un niño de 7 meses le propinó 20 centigramos en 4 fracciones iguales.

Sabido es que la *Fenacetina*, dada á conocer en Francia desde 1887 por los Sres. Dujardin Beaumetz y Lopin, ocupa hoy alto rango entre los agentes de la medicación antitérmica, siendo su composición química, así como sus propiedades fisiológicas y terapéuticas, bastante análogas á las de la *Antifebrina* ó *Acetanilido*.

Por su parte, el Dr. Jouson, después de satisfactorios resultados obtenidos por el empleo del *tomillo* (3), se inclina á concederle derecho de primacía, por la sencillez de preparación, que evita la resistencia del pequeño enfermo, y por los particulares efectos sedantes de esta sustancia reflejados, en la benignidad que imprime á la quinta convulsiva.

Se hace un cocimiento con 30 gramos de tomillo ordinario por litro de agua caliente hasta reducirla á 600 gramos; se filtra y se dulcifica convenientemente.

Otro de los nuevos tratamientos de tan caprichosa enfermedad es el *ácido*

---

(1) *Revista Médica* de Sevilla.
(2) *Gaceta Médica* de Granada.
(3) *Revista Médica* de Sevilla.

sulfuroso (1), y la casualidad, entusiasta protectora de los más útiles inventos, colocó al Dr. Mohr en condiciones de realizar este, haciéndole observar la rapidez pasmosa, por lo extraña, con que desaparecía la *Coqueluche* en los enfermos cuya habitación estaba impregnada de los vapores sulfurosos.

Desde entonces, su procedimiento es como sigue: se mudan de ropa los pacientes, permaneciendo todo el día en una habitación capaz y bien ventilada; se queman en el cuarto de dormir 25 gramos de azufre por cada centímetro cúbico de volumen, y después de haber dejado obrar el ácido sulfuroso por espacio de cinco horas sobre la ropa blanca y de color, se tienen abiertas las ventanas todo el resto del día, y por la noche vuelven los enfermos á la habitación desinfectada, bastando *una sola*, para borrar hasta la huella de tan molesto huesped.

El Dr. Inglot rinde homenaje ferviente al empleo de la *revulsión en la terapéutica de la tos ferina* (2); el recuerdo de los excelentes resultados que se registraron en la última epidemia colérica, con la aplicación de un revulsivo en el trayecto de los pneumogástricos, sobre todo en la región situada entre la apófisis mastoides y el ángulo del maxilar inferior, le sugirió la idea de poner en práctica idéntico procedimiento en una epidemia de *Coqueluche* desarrollada en la isla de Malta en el transcurso del año actual, teniendo motivos sobrados de propia felicitación por el hallazgo, después que había visto fracasar en sus manos todos los demás medios que la táctica clínica prudente recomienda.

Por último, de un notable artículo, publicado por el Dr. García Cachazo en la *Gaceta Médica* de Granada, acerca de la *Naturaleza de la Coqueluche y su tratamiento por la vacunación*, extractamos las siguientes ideas.

Después de pasar revista el autor á todas las teorías que se han disputado el triunfo para explicar la génesis de esta enfermedad, expone los experimentos de Poulet, Letzerich y Tschamer para justificar su natural inclinación á la teoría parasitaria, evidentemente más racional dentro de las modernas concepciones científicas, que todas las sostenidas hasta aquí.

Es un hecho comprobado que, cuando un enfermo de *tos ferina*, es invadido por la fiebre de la viruela, desaparece dicha enfermedad, y creyendo al microbio de la viruela idéntico al de la vacuna, por lo menos microscópicamente hablando, ha deducido nuestro ilustrado compañero, que vacunando á los enfermos atacados de coqueluche, se aminoraría el curso de esta; los cinco casos prácticos que sirven de base á sus atinadas reflexiones, parecen mostrar al ánimo un vislumbre de acierto y de verdad.

Más ó menos grave, el estado de cuatro de estos niños ofrecía muchos elementos de similitud; accesos convulsivos, frecuentísimos en uno de ellos, casi

---

(1) *Gaceta Médica* de Granada.
(2) *Revista de Sanidad Militar.*

sin tregua, amenazando la sofocación con vómitos y hemorragia por boca y nariz: sometidos á la vacunación y desde el comienzo de los fenómenos febriles de esta, cambio de escena; cedía la tos, revestía el carácter catarral hasta su total desaparición en ocho á diez días, marcándose por momentos mejoría tan sorprendente.

Advierte, que mientras los niños estaban bajo la influencia de la vacuna se hacían seis veces al día, durante diez ó quince minutos, pulverizaciones de ácido fénico al 1 por 100. ¿Qué explicación puede invocarse ante este resultado? El Dr. Cachazo dice que, fuera de litigio, la naturaleza parasitaria de la afección que nos ocupa, considera tanto más racional la aplicación de las pulverizaciones fenicadas, cuanto que Letzerich ha observado que los microbios no penetran en la profundidad de la mucosa, viviendo solo en su superficie á expensas del moco, y estando en perfectas condiciones para ser atacados por dicho antiséptico.

Respecto á la manera de obrar del microbio de la vacuna, se extiende en algunas consideraciones sobre los trastornos que experimentan los elementos anatómicos por el desenvolvimiento de aquellos en la pústula vacunal: á las veinticuatro horas de la inoculación se aprecian alteraciones en la red de Malpigio (aumento en la circulación linfática y sanguínea), á los tres ó cuatro días se activan estos fenómenos, á partir de cuyo momento empieza el desarrollo de la vexícula, apareciendo los síntomas febriles generalmente un día después, y no estando todavía resuelto si la fiebre es un efecto de la absorción de los microbios ó de un envenenamiento por sus productos.

Durante la precedente evolución se verifica la inmigración de gran número de *Coccos* hacia las partes profundas (Chauveau); otros continúan su desarrollo en el sitio adonde se hizo la inoculación; los *Coccos* llevados á la circulación general, se cree que tienen igual destino que los hongos inyectados en la sangre (Grawitz).

Termina el Dr. Cachazo afirmando que, sean los micro-organismos ó las ptomainas las que produzcan la acción curativa de la *Coqueluche,* parece ser un hecho adquirido para la terapéutica de dolencia tan pertinaz, el benéfico influjo determinado por la *Vacunación.*

II.

Con el título de una modificacion al tratamiento de Moulosky (suspensión) en la *esclerosis cerebro espinal de los niños,* publica el Dr. Arce Peñalva un sensato artículo en la *Revista Médica* de la Plata, que merece los honores de la trascripción.

Empieza reconociendo la dificultad de formar juicio exacto y completo acerca de un medio, cuyas aplicaciones y resultados son motivo de asiduos

trabajos científicos en la actualidad, y siguiendo las sabias predicaciones que le han sugerido á Charcot sus experiencias, afirma haber obtenido en un caso de ataxia locomotriz progresiva, de indudable diagnóstico, disminución de las gastralgias de las crisis laríngeas y de los dolores fulgurantes, con la suspensión practicada un día sí y otro no, por espacio de tres minutos, valiéndose del aparato de Sayre. Pero alentado por las esperanzas que este método de tratamiento hace concebir, se atrevió á ensanchar su esfera de acción empleándole en un notable caso de *esclerosis cerebro espinal,* é introduciendo la variante cuya prioridad reclama, que estriba en agregar al cuerpo suspendido pesos graduales y progresivos desde $^1/_2$ hasta 3 kilos en cada extremidad, con lo cual ha creído multiplicar el más pronto buen efecto, completando la eficacia de este método terapéutico.

Se trataba de un niño de 4 años de edad, sin antecedentes hereditarios de diátesis ni afección alguna transmisible: á los 7 meses tuvo un ataque repentino de convulsiones generales, fiebre alta, vómitos; enfermedad que persistió veinte días y que indujo á diagnosticar de meningitis aguda á los facultativos asistentes; se restablece con lentitud, y al cumplir un año se observa disminuída la audición y carencia de la palabra; al año siguiente empieza á marcarse en su fisonomía el sello del idiotismo, apareciendo convulsiones generales, clónicas y tónicas, con opistotonos, rigidez espasmódica de las extremidades y fuerte contractura de los maseteros, llegando á constituir un modo de ser habitual en el niño por su incesante repetición y su no aminorada intensidad. Actualmente existía afasia, atrofia muscular, contractura permanente de los miembros inferiores, pérdida de los reflejos y de la sensibilidad general, falta de manifestaciones intelectuales, escaso poder en la esfera afectiva, obtusión de los sentidos, en una palabra, era un pequeño imbécil á quien asediaban las frecuentes sacudidas convulsivas. Este cuadro sintomático hizo pensar al Dr. Aree, que se hallaba frente á las consecuencias de una esclerosis generalizada, y como en esta afección, no muy común en los niños, es tan dudoso el triunfo de la intervención médica, no titubeó en apelar al ensayo de la suspensión, inspirado por el apremio del deber profesional.

Después de practicadas 68 con el aditamento de los pesos en ambos piés que el niño soportó perfectamente, se ha podido apreciar: mayor expresión en la mirada, atención, antes nula, sueño tranquilo, el semblante revela contento, la contractura de los brazos extinguida, reaparición de los reflejos y de la sensibilidad general; el niño conoce, los ojos han perdido el aspecto idiota de antes, sobresaliendo sobre todo la ausencia completa desde hacía dos meses de las convulsiones ó ataques epileptiformes; solo persistía, aunque atenuada, la contractura de las piernas; pero es innegable que las felices modificaciones obtenidas, especialmente por su rapidez, pintan con vivos matices la transcendencia de tan curioso caso clínico que el autor se promete seguir

tratando con perseverancia, no confiando en conseguir una curación completa, pero sí animado por el loable propósito de trocar una existencia imposible en otra relativamente soportable.

Concluye el concienzudo artículo del Dr. Peñalva con oportunas indicaciones sobre el nuevo complemento de la suspensión, diciendo que si con esta se desea obtener el estiramiento de los nervios, para alterar íntimamente su torpeza funcional modificando la vitalidad de la célula, la acción será más positiva con la variante que el autor aconseja, y determinándole en su afirmación las razones siguientes:

Disminuída la sensibilidad general, perdidos los reflejos y atrofiado el tejido muscular, el enfermo pierde la conciencia del acto de la suspensión, siéndole imposible dominar sus piernas; con la adición de los pesos, la gravedad se aumenta produciéndose un doble estiramiento del cráneo y de los pies en los extremos de un mismo eje, siendo lógico que estas fuerzas provoquen conmociones más útiles en los sistemas muscular y nervioso; aunque el autor juzga necesarias nuevas experiencias confirmatorias de estos hechos, no es menos acreedora al sincero elogio la que á él ha servido para acreditarse de clínico laborioso y discreto.

III.

En el ilustrado periódico italiano *Lo sperimentale*, vemos una curiosa nota del profesor Wolff acerca de la *Vacunación en el recién nacido*. ¿Estamos autorizados á vacunar al pequeño sér á los pocos días de su nacimiento? ¿Es fundada la prevención que suscita toda vacunación precoz? A esclarecer tan delicada cuestión consagra el autor contingente de observaciones propias y materiales de labor ajena puestos á su disposición por Gusserow.

Excluye en absoluto toda eficacia sobre el feto de la inoculación practicada en la mujer embarazada, ofreciendo como garantía de su aserto, el resultado de multiplicadas investigaciones que han fortificado en su ánimo la creencia, de que en condiciones normales, la placenta constituye una barrera infranqueable al virus vacuno.

Dando la preferencia al método de la incisión como más seguro que el de la puntura, ha verificado dicha operación á los tres días del nacimiento ya con pus humanizado, ya con animal; las pústulas se han desarrollado en casi todas las incisiones, con reacción local apenas sensible, sin quebranto apreciable del bienestar general y sin presentación, en ningún caso, de la fiebre característica, muy al contrario de lo que sucedía en los niños de 5 ó más meses en los que, más ó menos elevada, siempre sobrepasaba la cifra térmica su nivel normal. No es posible admitir en estos últimos una receptividad mayor en razón directa de la edad; pues en 246 incisiones con la linfa humani-

zada, han sido visibles 217 pústulas (88,2 por 100), y 117 de la animal, no han producido más que 88 (75,2 por 100), mientras que en los niños de pocos días, alcanzaba el número de pústulas, una cifra más considerable. Más adelante insiste de nuevo, sus observaciones lo patentizan, que en el niño vacunado á los siete ó nueve días no se manifiesta proceso febril; la temperatura más alta comprobada al 8.º día era de 38°,2 que rápidamente descendía á la normal; en los niños de algunos meses la calentura fué un hecho constante, oscilando el termómetro entre 38°,9 y 39°,6, sin que, por supuesto, nada autorice á creer que el poder profiláctico sufra el menor menoscabo porque se anticipe la época de la operación.

Asentada sobre los hechos que han informado tan provechoso estudio, la conclusión con que el autor le resume, es la siguiente: «Cuanto más pronto sea vacunado un recién nacido sano, tanto mejor.»

BOLETÍN SANITARIO DE MADRID.

La *grippe*, que continuó en los primeros días de este mes causando gran número de defunciones, ha decrecido considerablemente después, llegando á desaparecer en los últimos días; sin embargo, siguen presentándose gran número de enfermedades del aparato respiratorio, semejantes, si bien no tan graves, á las que complicaban la epidemia.

La difteria ha aumentado.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29.

NOTICIAS.

Han dejado de publicarse en esta corte la *Medicina práctica* y la *Revista científica*, periódicos dirigidos respectivamente por el catedrático D. Amalio Jimeno y por D. Vicente Castelló. Sentimos la desaparición de ambos colegas.

La *Revista de ciencias médicas*, de Barcelona, está dirigida desde el 1.º de Enero de este año, por los Dres. Soler Buscallá y Durán, habiendo dejado la dirección de la misma el reputado oculista Dr. Carreras y Aragó.

Hemos tenido el gusto de recibir el primer número de la *Revista quirúrgica de las enfermedades urinarias*, publicación mensual que ha aparecido en Barcelona bajo la dirección del Dr. V. Azcarreta. Deseamos al colega larga vida.

Han fallecido recientemente las siguientes ilustres personalidades, honra de la medicina: el Dr. Ricardo Volkmaun, catedrático de cirugía en la Universidad de Halle; el Dr. Damaschino, profesor de patología médica de París, el Dr. Rosenthal, profesor de enfermedades nerviosas de la Universidad de Viena; el Dr. Botkin, profesor de medicina de San Petersburgo, y el doctor Troeltsch, profesor de otología de la Facultad de Medicina de Wurzburgo.

Programa que ha de servir para los ejercicios de las oposiciones á las plazas de Director, Subdirector y Ayudantes de los laboratorios químico-municipales.

(CONCLUSIÓN.)

72. Té.—Diversas suertes de té.—Composición inmediata.—Reconocimiento de sus adulteraciones y falsificaciones.

73. Condimentos.—Su clasificación.—Vinagres.—Su composición inmediata.—Procedencia y naturaleza de los vinagres comerciales.—Análisis cualitativa de los vinagres de vino.

74. Análisis cualitativa del vinagre de vino. — Problemas que comprende.

75. Medios para reconocer las alteraciones, adulteraciones y falsificaciones del vinagre de vino.

76. Sal común.—Clorurometría.—Determinación de las substancias que la impurifican.

77. Azúcar.—Suertes comerciales.—Procedimientos sacarimétricos.

78. Reconocimientos de las alteraciones y adulteraciones del azúcar.—Melazas.

79. Medios para reconocer la sacarina en las substancias con ella endulzadas.—Diferencias entre la sacarina y el azúcar.

80. Miel.—Composición química.—Caracteres de bondad.—Ensayos para reconocer las substancias que la adulteran.

81. Pimiento.—Composición inmediata.—Adulteraciones más frecuentes cuando está en polvo y medio de reconocerlas.

82. Canela.—Suertes comerciales.—Su composición inmediata.—Reconocimiento químico y micrográfico de sus adulteraciones, principalmente cuando se encuentra en polvo.

83. Azafrán.—Modo de reconocer las diferentes substancias con que se adultera en el comercio.

84. Mantecas.—Qué substancias se conocen con este nombre.—Problemas que comprende su análisis.—Grasa de cerdo.—Reconocimiento de su pureza.—Alteraciones.

85. Manteca de vacas.—Composición inmediata.—Alteraciones espontáneas.—Medios para demostrar las substancias con que se adultera.

86. Aceite de oliva.—Reconocimiento de su pureza.—Aceites que le adulteran y cómo se descubre su presencia.

87. Aceite de almendras.—Reconocimiento de su pureza.—Aceites que le adulteran y medios propuestos para descubrirlos.

88. Sebos.—Investigación de su pureza y de las substancias que les adulteran.

89. Jabones.—Composición del jabón ordinario.—Reconocimiento de su pureza.

90. Petróleos.—Su naturaleza química y estado natural.—Substancias que les constituyen y productos que de ellos se obtienen.

91. Caracteres de los petróleos refinados.—Medios para reconocer los petróleos refinados y diferenciarlos de los naturales.

92. Procedimientos para reconocer las substancias tóxicas en los productos de repostería, pastelería y confitería.

93. Análisis de las aleaciones metálicas más importantes, especialmente las de aplicación para utensilios de uso común y doméstico.

94. Condiciones higiénicas de los cementerios y depósitos de cadáveres.

95. Condiciones higiénicas de los mataderos, desolladeros, casas de embutidos, etc.

96. Condiciones higiénicas de los mercados públicos, carnicerías, pescaderías, casas de cabras y de vacas, etc.

97. Limpieza pública.—Depósito y extracción de los excrementos é inmundicias.—Su reglamentación.

98. Aprovechamiento de las aguas fecales.

99. Lavaderos públicos.—Condiciones higiénicas que deben reunir.

100. Desinfección y desinfectantes.—Diferentes medios de practicar la desinfección.

101. De los antisépticos en general.—Estudios de su valor comparado.

102. Práctica de las operaciones de desinfección de las ropas.

103. Desinfección de los alimentos y bebidas.

104. Desinfección de las habitaciones colectivas.

105. Desinfección y purificación de las aguas procedentes de diferentes industrias.

106. Desinfección de la vía pública.

107. Desinfección de las plazas y mercados.

108. Desinfección de las alcantarillas y pozos negros.

109. Saneamiento de los lugares pantanosos.

110. Medios de calefacción, ventilación, calefacción y alumbrado público.

111. Calefacción de las escuelas, talleres y habitaciones.—Chimeneas, estufas, caloríferos de aire, de agua y de vapor.

112. Ventilación y refrigeración de los teatros y otras habitaciones colectivas.

113. Gas del alumbrado.—Medios para reconocer su pureza y poder lumínico.—Fotómetros.

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Albacete.....	Vil a de Ves.....	999 pesetas y las igualas.....	2 Febrero.
Toledo.....	Santa Olalla	750 pesetas y las igualas.....	2 Febrero
Burgos.....	Sandoval de la Reina..	75 pesetas y 200 fanegas de trigo por las igualas	2 Febrero
Toledo.....	Consuegra.....	950 pesetas y las igualas.....	12 Febrero.
Ciudad-Real.	Santa Cruz de los Cáñamos.....	125 pesetas y 1.625 por igualas ..	2 Febrero.
Cuenca.....	San Martin de Boniches.....	75 pesetas	10 Febrero.
Palencia.....	Villasarracino.....	375 pesetas y 70 cargas de trigo por las igualas.....	2 Febrero
Soria.....	Tarancueña	150 fanegas de trigo y 150 fanegas de centeno.	14 Febrero.
Albacete	Ferez	999 pesetas y las igualas.....	14 Febrero.
Alava.....	Lagrán.	999 pesetas y 1.500 por las igualas pagaderas por trimestres vencidos....	5 Febrero.

El que suscribe, doctor en Medicina y Cirugía.

Certifica: Que desde hace algún tiempo viene empleando con preferencia el **ELIXIR DE PROTOCLORURO DE HIERRO CON HIPOFOSFITOS,** preparado por el farmacéutico **Sr. Vivas Pérez,** en los casos en que estaba indicado el uso de los ferruginosos, habiendo obtenido un éxito brillante. Que dicho **ELIXIR,** á más de su agradable sabor, es tolerado perfectamente por los enfermos, sin producir en la mayoría de los casos los trastornos gastro-intestinales, propios de los preparados de hierro. Y para que lo haga constar, firmo la presente en Madrid á 7 de Enero de 1889.

Dr. Federico Couce.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.
El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

DEPÓSITOS AL POR MENOR.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruíz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

DR. D. MARCELIANO GÓMEZ PAMO.

† EL DÍA 6 DE FEBRERO DE 1890.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

DOCTOR D. MARCELIANO GÓMEZ PAMO.

Nació en Arévalo (Ávila) el 18 de Junio de 1835 † en Madrid el día 6 de Febrero de 1890.

Cursó en Salamanca el bachillerato, con aprovechamiento.

Estudió la carrera de Medicina en la Universidad Central durante los años de 1849 á 1856, obteniendo la Licenciatura en Junio de este último año. Se doctoró con la nota de Sobresaliente, digno remate de su reconocida aplicación en 1857.

Médico titular de los reales sitios de San Ildefonso y Aranjuez á raíz de la terminación de su carrera, asistió la epidemia de viruelas que se desarrolló en el primer punto en 1858, mereciendo de las autoridades de la provincia de Segovia honrosas distinciones y últimamente del Gobierno la cruz de epidemias en 29 de Marzo de 1859.

Las ocupaciones que le imponía su plaza no le impidieron hacer oposiciones á el Cuerpo de Sanidad militar, ganando el octavo lugar en 1856, renunciando el cargo de ayudante segundo.

Al año siguiente, firmó las oposiciones de Cirujanos en el Hospital de San Juan de Dios, ocupando el cuarto lugar de la propuesta.

En el mismo año 1857, el 58 y 60 persevera en el rudo camino de las oposiciones. Disputa las plazas vacantes de Médico de los Reales sitios de el Pardo y el Escorial, alcanzando segundo y tercer lugar respectivamente.

En 1861 es propuesto en el primer lugar de la primera terna en las oposiciones á la Beneficencia general, siendo nombrado médico de guardia del Hospital de la Princesa, cuya plaza desempeñó hasta 1863, que ingresó, previo concurso, entre los profesores de Beneficencia,

que habían obtenido sus plazas por oposición, de Cirujano de número del Cuerpo facultativo provincial.

Es agraciado en 1863 con el nombramiento de socio corresponsal de la Real Academia de Medicina de Madrid y con medalla de plata por su memoria «Origen y vicisitudes de la Terapéutica que han seguido los cirujanos españoles en las heridas por armas de fuego.»

Es catedrático oficial de Clínica Quirúrgica en 1869 y 70.

Deja traducidas las obras de Patología quirúrgica de Fort y Moynac, con excelentes notas en la primera; la de Clínica quirúrgica de Gosselin; la de Sifiliografía de Julien. En colaboración, la de operaciones de Dubreuil y el Formulario de Jeannel.

Publicó, en colaboración también, un tratado original de curas, vendajes y apósitos, utilísimo. Arregló una obra de Medicina legal, traduciéndola de los libros de Briant y Casper, en unión con otros profesores.

Ha sido redactor de los *Anales de Cirugía* y en la actualidad formaba parte, en el mismo concepto, de la REVISTA DE HOSPITALES.

Subdelegado de medicina, juez de numerosas oposiciones á cátedras y hospitales, su actividad ha estado siempre en ejercicio. Por su ilustración, era siempre el indicado para formar parte de múltiples comisiones oficiales relacionadas con el mejoramiento del servicio nosocomial. La muerte le ha sorprendido en sus trabajos conducentes á la edificación de un Anfiteatro de operaciones en el Hospital provincial con arreglo á los últimos progresos de la Cirugía.

Los conocimientos de Gómez Pamo eran enciclopédicos. Representaban la consecuencia natural del asiduo estudio á que le obligaron las repetidas oposiciones que hizo. Cada nuevo concurso afirmaba y extendia su instrucción.

Dotado de un envidiable talento de observación capitalizaba los hechos numerosos que una práctica sin restricciones le proporcionaba en las distintas comarcas donde estuvo ejerciendo. Así adquirió aquella severidad de juicio, propia del médico de pueblo, que compaginaba harmónicamente con las iniciaciones teóricas á que le obligaba la necesidad de presentarse en las oposiciones al nivel de los adelantos científicos de su época.

Anatómico distinguido, educado en la enseñanza inolvidable del Dr. Fourquet; patólogo concienzudo, digno discípulo de aquel hombre austero y sabio que se llamó Argumosa; operador seguro que sabia imprimir á sus intervenciones ejecutivas el sentimiento artísti-

co que era peculiar entre los alumnos de aquel cirujano sin par, cuyo genio operador se conservará con la aureola fantástica de la leyenda, de D. Melchor Sánchez Toca; empapado en los progresos de las ciencias auxiliares é imbuído de la buena doctrina sostenida por memorables maestros en el colegio de San Carlos; conocedor de las necesidades del hombre que sufre, aprendidas de cerca en la asistencia diaria, en las desventuras que son el obligado y sombrío cortejo de las epidemias y en el desfile cuotidiano de toda clase de miserias por el cuarto del profesor de guardia en un hospital, el Dr. Gómez Pamo fué escogido para cirujano de la Beneficencia provincial, porque simbolizaba una esperanza.

Ya profesor encargado de una sala de cirugía, justificó con sus hechos que no desmerecia de los Antonino Saez, Guerra, Laguardia, Andrés y Soria, Luque, Blanco, Morales, y más tarde Julián Lanzagorta, todos ya fallecidos, que compartían el penoso servicio del Hospital provincial con otros ilustres profesores todavía existentes.

Era la época de la revolución del año 68. La Facultad de medicina no habia de sustraerse á su influjo poderoso. Fueron suprimidas las clínicas. El cuadro de profesores era irregular; la falanje numerosísima de los escolares se debatía en estériles algaradas. Bien que no hubiera laboratorios, que los reducidos cauces del libro de texto absorbieran las corrientes intelectuales, que la plácida benignidad de los exámenes no menoscabase el porvenir de los que aspiraban tan solo á obtener un título de médico como quien requiere una licencia industrial; pero no podía consentirse que la ciencia sagrada de la medicina quedase oculta á la noble curiosidad de los neófitos que ambicionaban cultura, impelidos por decidida vocación. De nada servían los esfuerzos aislados de insignes maestros: faltaba la unidad de la enseñanza.

Surge entonces la escuela libre de Medicina en los Hospitales provinciales, cuyos profesores, entusiastas de su ciencia y de su patria, inauguran una era gloriosa para la medicina española, de que es lucida muestra la mayor parte de la generación actual. Aparte de la brillantez con que se exponía la enseñanza teórica, ¿quién no recuerda con gratitud las lecciones prácticas de los Sres. Olavide y Castelo ên dermatologia y sifiliografía? ¿Cómo no evocar las figuras admirables del malogrado Martín de Pedro y el nunca bastante llorado D. Francisco Muñoz, catedráticos de clínica médica? Las clínicas de

patología general del Dr. Esquerdo y la de medicina interna del señor Candela fueron el fundamento de la posición profesional que disfrutan, digno premio á que han contribuído las justas alabanzas de sus discípulos. Las salas del venerable D. Ramón Capdevila, siempre joven para el trabajo, á pesar de sus años, la de los eminentes don José de Arce y D. Félix García Caballero, la de todos los profesores, en suma, estaban abiertas á los alumnos de medicina que quisieran aprender. Aquel período significa en la historia de la ciencia patria una pagina de gloria para el cuerpo facultativo provincial. ¡Ojalá que algún día se fije la elevada atención de los que dirigen la Instrucción pública en la demostrada verdad de que en los organismos técnicos de los Hospitales se encuentra el fundamento de la reorganización de la enseñanza médica en España! Que el reclutamiento de profesores de hospital, mediante muy rigurosas oposiciones, infalibles reveladoras de suficiencia, no se hace entre aquellos médicos que solo ven en la clínica el aspecto esencialmente práctico de restituir la salud al enfermo, sino en los convencidos de que la clínica primero, y más tarde el anfiteatro, han sido responsables del raudo vuelo que la ciencia ha alcanzado en nuestros días y de que estas dos instituciones son permanentes focos de luz brillante, de donde la fisiología espera claridad para más de un oscuro problema, la patología todos sus elementos constitutivos y la terapéutica todos sus adelantos.

El Dr. Gómez Pamo fué el encargado de la enseñanza de clínica quirúrgica. Al establecerla en el Hospital de la Caridad, no solo obedeció á los impulsos de su propio ardimiento, si que también respondía á la confianza de sus compañeros y á la delegación de la Superioridad. Oficialmente primero en el referido Hospital, y libremente, durante el resto de su vida, en el provincial, Gómez Pamo ha sido un acabado maestro.

Su aspecto sencillo y correcto, retratando en la imperturbable serenidad de su mirada la conciencia tranquila de un hombre honrado; su acento dulce y persuasivo influían simpáticamente en los enfermos. De carácter afable y transigente, no tenía discípulo que no le quisiera, ni compañero que no sintiese afecto hacia él.

Desplegaba un esmero infinito en la asistencia. Personalmente curaba, aplicaba el apósito á los entrados con traumatismos, cuidando de esquivar dolores y simplificar molestias.

Era hombre de hechos, no de teorías. Su enseñanza hacia resaltar las dos condiciones principales que le caracterizaban como clínico:

la perspicacia y la prudencia; así como las cualidades que le adornaban como hombre: la lealtad y el sentido práctico.

De palabra fácil y castiza, no se elevaba en sus explicaciones á la crítica de principios ni á las brillantes síntesis doctrinales. Era, en cambio, un narrador ameno, marcando las cuestiones que se derivaban de la observación clínica sin separarse ni un ápice de la claridad fructífera para el alumno y de la rigurosa exactitud que encajase en el conocimiento, no de la enfermedad tan solo, sino de la personalidad del enfermo.

Concebía la cirugía como ciencia y como arte sin centralizar sus aficiones la medicina operatoria, pues consideraba que el exclusivismo artístico rebajaba la cirugía, despojándola de su investidura científica y exponiéndola á trocarse en un oficio manual. Era el fiel mandatario de la buena doctrina asentada en la ley de unidad de la Medicina y de la Cirugía, iguales en su origen, objeto y esencia, instituída por los grandes maestros de la antigüedad, que de ese modo manumitieron la práctica de la cirugía del monopolio de los barberos de todos los tiempos y garantizaron para el porvenir la solidaridad de la ciencia.

Nunca echaba mano del bisturí sin haber antes calcado la indicación operatoria y previa la utilización de los recursos infinitos que le suministraba su sólida educación médica. Era declarado conservador en cirugía y nunca se sabe que Gómez Pamo haya antepuesto los intereses de su amor propio á los del enfermo. Su destreza operatoria, sin embargo, era proverbial: rápido en la ejecución, preciso y seguro en los cortes, su bisturí se ha hundido muchas veces en regiones anatómicas donde no penetran con éxito más que los cirujanos de raza.

Donde el Dr. Pamo desplegaba diariamente su habilidad era en la aplicación de apósitos de fractura. Aquella primorosa exactitud conque adaptaba los fanones y las férulas despues del adosamiento meticuloso del clásico vendaje de 18 cabos; la gallardía con que anudaba las vendas, dejando un doble lazo tan estirado, elegante y coquetón... eran delicadezas de artista que se van perdiendo en esta época de utilitarismo quirúrgico, circunstancia de que él se lamentaba, sobre todo cuando regresaba de sus expediciones á los hospitales extranjeros, donde tanta tibieza se suele desplegar en la aplicación de ciertos detalles.

El cerebro de harmónica estructura de Gómez Pamo, tamizaba todos

los adelantos que después vulgarizaba imprimiéndoles un sello particular de prudencia. Sus lecciones, sus artículos en los *Anales de Cirugía* y otros periódicos profesionales, sus notas del *Manual de patología quirúrgica* de Fort, su intervención en las discusiones de la Academia médico-quirúrgica lo atestiguan.

El ilustre cirujano francés, Gosselin, muerto recientemente, y cuya obra de clínica tradujo Pamo, inspiraba á este singularísima veneración. Á mi juicio, podría hacerse entre estas dos figuras quirúrgicas, la una española y la otra francesa, un paralelo en el que resultasen fundamentales analogías de criterio y de práctica con una sola diferencia consiguiente al medio en que se han desenvuelto: Gosselin ejerció en un país donde el que trabaja encuentra remuneración y estímulo aun cuando se oculte modestamente; Gómez Pamo, de contar la edad del primero, no le era suficiente vivir esclavizado á una labor sostenida y humanitaria para alcanzar los altos honores reservados al mérito que todo el mundo le reconocía, le hubiera sido menester un *algo* especial de que carecía y que llamaremos tener suerte, es decir, poseer lo que permite á un hombre de las condiciones de Gómez Pamo, ser barajado por el azar y esperar la legítima recompensa de su valía, que en esta tierra nacional de ideas avanzadísimas y hombres muy atrasados, como opinaba Chateaubriand, los honores, algunas veces, deben estar, sin duda, en lotes, que no son distribuídos de acuerdo con los puros principios de la justicia, sino como resultante de ese *algo* á que me refería, y así debe suceder al presenciar pretericiones como las que ha sufrido D. Marceliano G. Pamo.

El Dr. Gómez Pamo ha muerto en el apogeo de su vigor y su talento, quedando malogrados sus propósitos de escribir una obra que fuera el reflejo de su gran experiencia. La última epidemia, más mortífera que el mismo cólera, le hizo su víctima.

Su vida acabó casi bruscamente. Fenómenos crecientes de astenia cardiaca marcaban con lúgubre certeza que la sangre se iba coagulando en el ventrículo derecho. Y en el desvarío de su agonía una idea se fijaba pertináz y avasalladora en la mente de Gómez Pamo: la de la pronta edificación del Anfiteatro de operaciones en el cual vinculaba sus esperanzas de mejoramiento para los enfermos y de realización de uno de los deseos más vehementemente sentidos por aquel corazón que, durante la vida latió sumiso, ya á impulsos de la angustia determinada por los inciertos resultados de una operación valiente, ya por la consecución de un éxito ó por un triste re-

sultado terapéutico, que se identificaba con las desdichas y se complacía con las alegrías; corazón, al fin, de cirujano de hospital, cuyas mortecinas palpitaciones se sostenían en las fronteras del no sér con un pensamiento que entrañaba una aspiración humanitaria y científica; que la ciencia y el enfermo han sido para el Dr. Gómez Pamo los dos ideales supremos á los cuales rindió ferviente culto durante toda una vida de abnegación y de trabajo.

Su memoria quedará imperecedera en el cuerpo facultativo de la Beneficencia provincial, especialmente en su sección de cirugía, que al deplorar, como todos, tan prematura muerte, procurará utilizar constantemente las enseñanzas recogidas en la práctica de que ha sido testigo, rindiendo de este modo un merecido tributo de cariñosa adhesión al sabio y modesto compañero que supo continuar y enaltecer la prestigiosa tradición de la cirugía del Hospital provincial, desdeñosa siempre de vocingleras é interesadas exteriorizaciones y amparo incondicional de todos los que necesitan curación ó consuelo para sus dolencias.

DR. E. DE ISLA BOLOMBURU.

PROGRAMA DE UN NUEVO CURSO DE DERMATOLOGIA,

POR EL DOCTOR

DON JOSÉ EUGENIO OLAVIDE.

MÉDICO DE NÚMERO DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

CLASIFICACIÓN DERMATOLÓGICA.

(DIVISIONES SECUNDARIAS NO INCLUIDAS EN LOS CUADROS ANTERIORES.)

Dermatosis algiparasitarias crónicas ó infecciones baccilares lentas (4.ª familia.)

ESPECIES.		VARIEDADES.
1.ª—Escrófula cutánea ó escrofulides.....	*Epidérmicas agudas ó benignas*.....	Eritemas: simple, pernio ó sabañón, papuloso ó estrofulus de la cara, intertrigo crónico de los niños de pecho. Erisipelas recidivantes infebriles ó casi infebriles de la cara en las épocas menstruales de las jóvenes y en épocas indeterminadas, pero frecuentes, en los varones, seguidas de infarto ó hipertrofia de la parte afecta. Eczemas muy exudativos, vexículo-pustulosos de la cara y cráneo, agudos (usagre) ó crónicos, fijos en los párpados, labios, abertura nasal ú oidos.
	Dérmicas.....	Impétigos y ectimas crónicos diseminados, recidivantes y exulcerosos. Tubérculos diseminados ó tubérculo-pústulas diseminadas crónicas resolutivas. Lupus eritematosos, tuberculosos, tubérculo-pustulosos ulcerables ó ulcerados y corrosivos, hipertróficos, elefantiásicos y atróficos.
	Subdérmicas ó celulares y glandulares.....	Periodos avanzados del lupus vorax ó corrosivo. Absceso dérmico frío, adenitis flecmonosas crónicas seguidas de úlceras muy crónicas, angulosas, recidivantes, que terminan por cicatrices elevadas y deformes (costurones).

- **2.ª — Sífilis cutánea ó sífilides**
  - *Epidérmicas ó exantemáticas*
    - Roseola sifílica, ya aguda febril generalizada ó sarampionosa, ya simple infebril y limitada.
    - Sifílide papulosa generalizada, formada por pápulas pequeñas y diseminadas.
    - Sifílide papulosa lenticular ó de grandes pápulas diseminadas.
    - Pénfigo ó sifílide flictenosa, ya generalizada, ya localizada.
    - Manchas sifilíticas consecutivas á las anteriores. Sifílides pigmentarias ó efélides.
  - *Dérmicas ó circunscritas*
    - Ectima sifilítico simple.
    - Rupia sifilítica.
    - Sifílide pústulo-crustácea resolutiva y ulcerosa.
    - Sifílide mixta tubérculo-pústulo-crustácea resolutiva y ulcerosa.
    - Sifílide tuberculosa resolutiva y ulcerosa.
    - Cicatrices dérmicas sifilíticas.
  - *Subdérmicas celulares ó gomosas*
    - Tubérculos profundos ulcerosos.
    - Gomas. Cicatrices de las sifílides profundas.
- **3.ª — Lepra cutánea ó leproides**
  - *Epidérmicas*
    - Manchas ó eritemas hiperhestésicos.
    - Manchas ó eritemas anhestésicos,
    - Ampollas ó pénfigo leproso inicial no ulceroso.
    - Erisipela leprosa.
    - Eczema leproso (rarísimo).
  - *Dérmicas*
    - Pénfigo ulceroso leproso.
    - Ectima ulceroso leproso.
    - Tubérculos resolutivos y ulcerosos.
    - Rupia ulcerosa leprosa.
    - Ulceras leprosas dérmicas.
    - Cicatrices de las leproides dérmicas.
  - *Subdérmicas ó celulares y glandulares*
    - Infiltración leprosa en placas extensas y profundas que ocupan la piel y el tejido celular.
    - Adenitis leprosas resolutivas ó ulcerosas.
    - Ulceras leprosas profundas consecutivas á la infiltración del tejido celular y glandular.
    - Cicatrices de las leproides profundas.

Madrid 1.º de Enero de 1890.

UN CASO
DE ESTENOSIS ESPASMÓDICA DEL EXÓFAGO Y EL CARDIAS,

POR

D. EDUARDO MORENO Y ZANCUDO,

Los progresos realizados en la patología y terapéutica de las enfermedades del tubo digestivo por la sonda del estómago, solo son comparable ó los determinados por el oftalmoscopio en las del aparato de la visión y los del laringoscopio en las de los órganos superiores del arbol respiratorio, teniendo sobre estos últimos la ventaja de ser al mismo tiempo un recurso terapéutico de indiscutible importancia.

Gracias á ella, se ha podido, en efecto, no solo estatuir un tratamiento racional y sencillo, de la dilatación y catarros del estómago, y de muchos casos de úlcera péptica, si que también nos ha facilitado el medio de investigar el funcionalismo fisiológico de este órgano, del cual pueden considerarse como expresión sintética, sus productos de secreción, que gracias al procedimiento de Ewald podemos hoy obtener con tanta facilidad como la orina, y someterlos á un análisis completo que nos suministra una idea acabada de las alteraciones que el estómago padece y la terapéutica que debemos emplear.

Considerado el estómago hasta hace poco tiempo, como un ente caprichoso en quien las leyes que presiden á todo funcionalismo así fisiológico como morboso, se cumplian de una manera por demás caprichosa hasta el punto de haber dicho Richet no hace mucho todavía: «nul autre organ, peut-ètre, n'est aussi fantasque dans sa fonction que l'estomach» y los experimentos y los análisis realizados en estos últimos tiempos demuestran que aquello que considerábamos como una desviación caprichosa de la normalidad, responde exactamente á ciertas alteraciones orgánicas que fatalmente habían de producir las manifestaciones morbosas. Y no podía ser de otra suerte; que no es admisible que las leyes que presiden á las funciones fisiológicas al desarrollo de procesos morbosos dejen de cumplirse en un órgano determinado, ni el estómago representa tampoco dentro de la economía ninguna entidad aislada, en la que

puedan separarse la función del substractum orgánico que lo engendra.

Quizá en el estómago se halla hoy establecido como en ningún otro órgano, la íntima relación que existente entre las desviaciones de la normalidad y el desenvolvimiento de las manifestaciones morbosas, pues sin duda por ser tan accesibles á nuestros medios de investigación, conocemos perfectamente así las funciones físicas de absorción y motilidad, como las químicas sintetizadas en sus productos de secreción, á cuyo fin han contribuído no solo los incesantes progresos de la química, sino el uso racional y metódico de la sonda gástrica que, cualesquiera que sean su origen y antigüedad, ha llegado hoy á constituir un medio de diagnóstico imprescindible y un agente terapéutico de gran valía como lo demuestra el caso práctico que voy á exponer á continuación:

Fuí consultado hace tres años, por una señora de 43 de edad, viuda, de temperamento linfático nervioso, bien constituída, que había gozado siempre de buena salud, y entre cuyos antecedentes patológicos no pude recoger ninguno que tuviera relación con la enfermedad que por entonces sufría. Dos años antes de la fecha en que ví á esta señora (24 de Agosto del 88) y á consecuencia de la terrible emoción que le produjo ver asaltada una noche su casa por 5 ó 6 ladrones, fué acometida de un ataque de histerismo, cuya forma é intensidad no pude determinar por lo vago de los antecedentes suministrados por la enferma. Solo me manifestó que había perdido el conocimiento y que al recobrarlo sintió un desfallecimiento considerable, que creyó sería fácilmente corregido con el uso de cualquier bebida antiespasmódica. Mandó que le preparasen una taza de tila, y al tratar de beberla, notó una molestia tan grande á la deglución, que le obligó á dejarla después de haber devuelto casi toda la cantidad que había bebido, y que serían próximamente dos ó tres cucharadas. A partir de este momento, presentóse la enfermedad con todo el cuadro sintomatológico que la caracteriza, siéndole imposible á la enferma terminar la deglución de las sustancias sólidas ó líquidas, experimentando grandes molestias, siempre que trataba de tomar algún alimento, vómitos repetidos después de la ingestión de estos y la desnutrición general y eretismo nervioso consecutivos á una sustracción casi completa de los elementos de nutrición.

Los antiespasmódicos y narcóticos de todo género empleados, fueron completamente inútiles, y la terrible disfagia que acometió á la

enferma después del accidente mencionado, seguía en igual intensidad que al principio: la corta cantidad de alimentos que franqueando el cardias, pasaban al estómago, solo podían hacerlo después de una penosísima gimnasia exofágica, y habiendo devuelto la mayor parte de los alimentos ingeridos. Los enemas nutritivos que había usado, no dieron gran resultado, sin duda alguna por la defectuosa manera con que los hacía. Algo debieron, sin embargo, contribuir á sostener las fuerzas de la enferma.

Cuando ví á esta por primera vez, su estado era el siguiente: demacración general bastante pronunciada (según su propia testimonio había perdido más de 16 kilos de peso); el pulso pequeño y algo frecuente; fenómenos de histerismo poco pronunciados y alguna neuralgia facial que desaparecia fácilmente de una manera espontánea, ó con el uso de inyecciones hipodérmicas de morfina; lengua saburrosa, especialmente en la base; ligera fetidez del aliento; *ningun ruido de deglución;* cámaras muy tardías y de materiales duros. A los pocos segundos de ingerir los alimentos, experimentaba una *sensación de peso acompañada de ardor intenso en la última porción del exófago*, que le obligaba á devolver las sustancias ingeridas, *que de ninguna manera hubieran podido pasar más adelante* (tales eran las palabras de la enferma). El examen del vómito, reveló la existencia de los alimentos mezclados con saliva, y pequeñas cantidades de moco; la reacción alcalina y alguna vez neutra, sin que pudiera comprobarse la existencia del jugo gástrico, ni la investigación micrográfica delatara la presencia de ninguno de los elementos formes que caracterizan las neoplasias. La enferma vomitaba unas veces toda la cantidad de alimentos que había ingerido y otros solo una parte, quedando retenida otra que no pasaba al estómago, si no á costa de grandes esfuerzos.

No podía, pues, caber duda alguna que se trataba de una estenosis de la última porción del exófago y posiblemente también del cardias, cuyo origen y naturaleza correspondían necesariamente á un trastorno en la inervación de los plexos exofágicos del pneumo-gástrico. Procediendo por exclusión, no podía admitirse la existencia de una neoplasia por lo brusco de la aparición de la enfermedad, la falta de elementos característicos en los materiales vomitados y el curso seguido por el padecimiento; pues si bien la demacración de la enferma, su color céreo y la falta de dolores podían inducir á la sospecha de un carcinoma extenosante exofágico ó cardiaco, los primeros sínto-

mas se explicaban perfectamente por la desnutrición consecutiva á la falta de alimentos, y dada la marcha generalmente rápida de los carcinomas de esta región, no se explicaba que al cabo de dos años no se hubieran producido metastasis en otros órganos, y que la porción exofágica colocada por encima de la estrechez no fuera ya asiento de un diverticulum ó una dilatación considerable. Por otra parte, la ausencia de nódulos cancerosos en los materiales vomitados, contribuía á desechar la posibilidad de un estenosis de origen neoplásico.

Otro tanto acontecia con las estrecheces determinadas por retracciones cicatriciales. La falta de todo síntoma anterior que permitiera sospechar la existencia de una úlcera exofágica ó cardiaca que al cicatrizar hubiera producido la retracción de los tejidos vecinos y la estenosis consecutiva; el no recordar tampoco la enferma haber tragado nunca sustancia alguna á tan elevada temperatura que le hubiera podido producir quemaduras más ó menos extensas en la porción terminal del exófago, ni tampoco sustancias cáusticas, como ácido sulfúrico, etc., capaces de destruir la mucosa exófago-cardiaca, excluían la idea de una estenosis determinada por tales causas.

Tampoco podia suponerse la existencia de una enfermedad constitucional ó diatésica que diera origen al proceso morboso que presentaba la enferma. Prescindiendo de las úlceras sifilíticas ó tuberculosas, cuya cicatrización puede dar origen, en virtud de un mecanismo idéntico al de las demás úlceraciones, á la estenosis, no hay realidad más que el reumatismo, que alguna, si bien rarísima vez, puede determinar esta lesión. La diatesis artrítica, que no he hallado mencionada en ninguna obra como causa de estenosis exofágica, puede, sin embargo, alguna vez ser causa de ella, y en la traducción del segundo tomo de la notable obra de Ewald, cito un caso de esta índole. Pero nuestra enferma no tenía antecedentes sifilíticos tuberculosos ni reumáticos, y era por tanto, lógico excluir estas enfermedades como elemento etiológico de la lesión que presentaba.

De igual manera habia que desechar la posibilidad de un tumor del mediastino, ó de una delatación aneureomática, que al ejercer desde fuera cierta compresión sobre el exófago, determinara la estrechez. Respecto de los primeros, su desarrollo es siempre gradual y su curso lento (aparte de los síntomas anamnésicos y otros que suministra la exploración) y en cuanto á los segundos, la integridad absoluta de los aparatos respiratorio y circulatorio, no permitian suponer una lesión de esta naturaleza.

No quedaba, pues, otro origen que asignar á la enfermedad que una profunda alteración nerviosa debida á una fuerte emoción psíquica y considerar la estenosis como espasmódica. Faltaban ciertamente en este caso los antecedentes morbosos que suelen acompañar á estas estrecheces, tales como las neurosis rebeldes, estados neuroasténicos largo tiempo contenidos, neuralgias pertinaces, hiperquinesias cardiacas, vermes, etc.; sin embargo, por la manera de presentarse la enfermedad, su intermitencia no muy pronunciada, pero si fácilmente reconocible, toda vez que la paciente lograba alguna que otra vez hacer pasar al estómago pequeñas cantidades de alimentos, y la integridad de la fuerza contráctil, constituían otras tantas señales evidentes de la naturaleza del padecimiento. Por otra parte, la única terapéutica posible en este caso, suministraría también una prueba irrecusable de la certeza de este juicio.

Manifesté á la enferma la inutilidad de todo tratamiento farmacológico (inutilidad de que por otra parte estaba ella bien convencida), y que el único á que podía apelarse era al sondaje del estómago, no solo para vencer la estrechez, sino también para medir el sitio y extensión y hasta la naturaleza de esta. Aceptada por la paciente, traté primero de introducir una sonda blanda (no sin haberme asegurado antes por un minucioso reconocimiento de que no existía alteración alguna en los aparatos respiratorio y circulatorio). Penetraba bien la sonda hasta unos 37 cm., y al llegar á este punto, tropezaba con una resistencia invencible por este medio, lo que me obligó á recurrir á la sonda dura. En el mismo sitio se notó con esta última idéntica dificultad, lo que me indujo á proponer á la enferma la cloroformización, no solo como medio de vencer más fácilmente la resistencia, sino también de evidenciar si era ó no de naturaleza espasmódica. Es sabido, en efecto, que uno de los caracteres más constantes de estas estenosis es su desaparición después de cloroformizado ó hipnotizado el enfermo. Rechazó la paciente este medio, y hubo necesidad de practicar nuevas tentativas que dieron por resultado al día siguiente el paso de una sonda delgada (el núm. 13 de Charrère). Determinaba indudablemente la sonda al llegar al sitio estrechado, una excitación análoga á la producida por las bolos alimenticios, y la contracción refleja que se oponía á su paso, era la misma que impedía á estos últimos el franqueamiento del cardias y su penetración en el estómago.

Solo una sonda delgada y de cierta dureza podía vencer la dificultad, pues si las gruesas y blandas son menos abonadas á producir

accidentes desagradables, resultan de todo punto inútiles en casos como el presente, porque á la menor resistencia que hallan á su paso se doblan y quedan detenidas en el punto estenosado. Una vez pasada la primer sonda, no fué difícil introducir otras de mayor calibre, á lo que en este, como en los demás casos parecidos, contribuyen no poco la tranquilidad del paciente respecto de la inocuidad del remedio, y la esperanza de una próxima curación. Llegó la enferma á introducirse ella misma sondas bastante gruesas, pero á pesar de todo, persistían, aunque en menor escala, las dificultades de la deglución, sobre todo cuando transcurrían algunos días sin sondarse, manifestándose claramente la tendencia de estas estenosis á las recidivas. En los primeros sondajes utilicé los tubos fenestrados para introducir por ellos alimentos de consistencia blanda (sopas espesas y leche) que eran perfectamente tolerados y digeridos por la enferma, que al cabo de dos meses de tratamiento, quedó completamente curada, ingiriendo sin dificultad alguna los alimentos y reponiéndose sus fuerzas.

Á título de antiespasmódico enérgico, prescribíle los baños generales tibios (32° C.), y largos (de cuarenta á cincuenta minutos de duración), y aunque en modo alguno puede creerse que en el presente caso desempeñaran un papel de importancia, estoy bien seguro de que la sedación profunda producida por ellos contribuyó á disminuir el estado de constante eretismo nervioso en que se encontraba la enferma, coadyuvando así al éxito obtenido.

Teniendo en cuenta la facilidad con que en estas enfermedades sobrevienen las recidivas, y que, como ya he manifestado más arriba, se evidenciaban en este caso muy ostensiblemente, aconsejé á la enferma siguiera usando durante largo tiempo el sondaje, que debía practicar dos veces por semana, y el alejamiento de todas aquellas causas que pudieran ejercer fuertes impresiones sobre su ánimo.

Nunca con mayor razón pudo decirse *Natura morborum curationem ostendat*, y después del resultado obtenido no puede abrigarse duda alguna respecto de la naturaleza de la estenosis. Hubiera podido quizá utilizarse un medio de gran utilidad así para el diagnóstico como para el tratamiento. Me refiero al sueño hipnótico que en algunos casos de exofagismo espasmódico (y yo conozco uno muy notable) ha proporcionado resultados excelentes. Pero la negativa de la enferma por una parte, y de otra el no ser esta un sujeto abonado para la experimentación hipnótica, me hicieron desistir de ello. Generalmente este tratamiento produce maravillosos resultados en mu-

jeres que presentan manifestaciones profundas de histerismo, que en nuestro caso no existían, y exigen además una docilidad, para las primeras sesiones sobre todo, que tampoco tenía la señora objeto de esta historia.

Además de las lesiones mencionadas, es indudable que en esta enferma existía también una dilatación exofágica colocada por encima de la estrechez; así al menos hacían sospecharlo la detención en el exófago de cierta cantidad de alimentos que, solo después de grandes esfuerzos, pasaban al estómago, y que necesariamente por causa mecánica debieron provocar la ectasia del órgano. Pero esta lesión, que constituye una complicación gravísima en las estrecheces cicatriciales y neoplásicas, carecía aquí de importancia, y desde luego podía afirmarse que al desaparecer la estenosis, el exófago recobraría sus dimensiones ordinarias. Para cerciorarme, sin embargo, hice el lavado de este último, en los últimos días del tratamiento, sin que pudiera recoger ninguno de los productos de fermentación que se desarrollan en las dilataciones extensas ó en los diverticulums exofágicos. Por lo demás, faltaba también el sistema característico de tales lesiones, cual es la aparición en los vómitos de materiales ingeridos con muchas horas y aun días de anticipación.

Un hecho, digno también de notarse, es que después de algunos días de uso de la sonda, pasaba esta fácilmente, y los alimentos encontraban todavía grandes dificultades para franquear el cardias. No es este el solo caso en que se ha presentado un fenómeno análogo, que para mí tiene su explicación en que á los alimentos no se les puede imprimir la presión que, aunque débilmente, se ejerce (ó se deben ejercer al menos) sobre la sonda y en que la superficie lisa de esta excita menos la contracción refleja que la áspera y angulosa que necesariamente han de tener los alimentos sólidos.

Préstase el caso, cuya historia acabo de exponer, á más extensas consideraciones, que omito por creerlas impertinentes á la mera exposición de una observación clínica; pero los apuntados bastan, á mi juicio, para demostrar que las estenosis espasmódicas del cardias y el exófago, en contra de la creencia muy generalizada de que siguen siempre un curso rápido y de terminación feliz, pueden prolongarse durante largo tiempo y tener un fin funesto, como hubiera acontecido seguramente en nuestra enferma sino hubiera intervenido oportunamente, y además, que la sonda del estómago, cuando se maneja con prudencia y oportunidad, lejos de ser un motivo de accidentes

peligrosos, constituye un medio de diagnóstico insustituible en muchos casos y el único recurso terapéutico que podemos utilizar en el tratamiento de las estenosis espasmódicas antiguas y rebeldes á los demás tratamientos.

ETIOLOGÍA,

SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO DE LA BRONCOPNEUMONÍA DE LA INFANCIA.

CONFERENCIA DADA EN EL HOSPITAL DE LA PRINCESA

POR EL DOCTOR

D. ALBERTO FERNÁNDEZ GÓMEZ,

MÉDICO, POR OPOSICIÓN, DE DICHO HOSPITAL.

Señores: Doña Oliva Sabuco de Nantes, escritora del siglo XVI, decía hablando del agradecimiento, que era un afecto que alegraba, llenando el magnánimo y generoso pecho de placer y contento, cuando era memoria del bien recibido; que era de baja y apocada naturaleza no tenerlo, y que muchos hombres podían aprender muy bien de algunos animales que lo tienen mayor y más firme que ellos; y hablando poco después de la paciencia, decía era el ornato del alma más preciado, la virtud suprema que perfecciona todas las otras, y si tuviera forma visible, exclamaba, no hubiera cosa más amada de los hombres.

Permitidme, pues, que mis primeras palabras esta tarde, reflejen fielmente la satisfacción íntima, con que la gratitud á que me obligáis conmueve mi alma y sean un himno laudatorio de que poseéis esa magna virtud, á la que dais forma, y de la que dais gallarda muestra viniendo generosos á brindarme con vuestra atención, sin esperanzas, porque bien á pesar mío no debéis tenerlas, de obtener la anhelada recompensa.

En mi primera disertación, dedicada como sabéis á presentar en rápido bosquejo los trazos más salientes que caracterizan las enfermedades de la primera edad, os prometía, aprovechando las enseñan-

zas que la clínica ofrece, ir penetrando en las oscuras hondonadas que aquel borroso cuadro no permitía más que vislumbrar, para que en buena amistad con la lógica, á las maniobras en nuestro extenso campo de operaciones, precediera el más perfecto posible conocimiento de los escollos que pudieran entorpecer nuestro paso.

Declaro ingenuamente, que aquella oferta fué inspirada por un buen deseo y una voluntad totalmente irreflexivos: veía muy lejos la segunda estación de parada y forjábame la ilusión de no llegar quizás; olvidé la profunda verdad que encierra el refrán «No hay plazo que no se cumpla.»

Imposible salir con brillo de esta empresa, pero más imposible aún retroceder; abusaré de ese bello ornato que os reconozco, de vuestra paciencia, exponiendo algunas consideraciones clínicas acerca del tema propuesto «Etiología, síntomas y tratamiento de la broncopneumonía de la infancia.»

Señores: Si miden la importancia de una afección cualquiera los factores, frecuencia y gravedad, ocioso sería que ofendiendo vuestra ilustración, adujera argumentos demostrativos de una verdad que brota espontáneamente del enunciado de mi tema; si dice algo también á favor del interés que puede suscitar el estudio de una enfermedad determinada, la dificultad de su conocimiento, la complexidad de sus lesiones, la variabilidad de sus formas, y la divergencia en la apreciación de todos estos datos, no os sorprenderá que á pesar de los concienzudos trabajos de Billard y de Valleix referentes á la pneumonía en los niños recién nacidos y los de Fauvel, Rillier, Barthez, Legendre etc., referentes á la pneumonía de la segunda infancia, no haya sido distinguida claramente esta dolencia de otras enfermedades agudas del pulmón, sino en época relativamente cercana, cuando los progresos de la anatomía normal y patológica permitieron localizar las lesiones, y cuando los sucesivos perfeccionamientos de la auscultación permitieron localizar los síntomas.

Fuera curiosa la exposición histórica, comprensiva de los trabajos emprendidos con este fin, pero como ni la ocasión, ni el lugar, ni nuestros propósitos me invitan á seguir ese camino, me conformo con que reconozcáis conmigo, el hecho indudable de que á pesar del mérito y gran valer de los primeros observadores, la anatomía patológica de la broncopneumonía resultaba envuelta en los espesos pliegues de la imperfección, hasta que la intervención del microscopio arrojó la luz de la evidencia en el fondo de cuestiones antes in-

decisas y puso término á las polémicas empeñadas sobre la naturaleza de las lesiones y de la enfermedad. Ya no era lícito colocarla en el grupo de las bronquitis, como lo hicieron Hardy y Behier: ya tenía un lugar claramente delimitado en el cuadro nosológico: su doble naturaleza de inflamación bronquial y alveolar, autorizaba sobradamente el nombre con que convenía designarla y con el que se la conoce en la actualidad.

En la broncopneumonía están interesados todos los elementos constitutivos del pulmón, bronquios, alveolos, tejido conjuntivo, vasos sanguíneos y vasos linfáticos; los diversos grados de un mismo proceso inflamación, coexisten en el mismo pulmón, en el mismo lóbulo, no siendo raro encontrar en el mismo lado la congestión, la hepatización roja, la hepatización gris; aportando semejante involucración más contingente de dificultades para la exposición de las lesiones anatómicas, que para la de los medios de exteriorización que la revelan á los ojos del médico clínico.

Como sería imposible comprender la historia de esta enfermedad, sino exclusiva de la infancia, en ella muy frecuente, sin detenernos un instante en su anatomía patológica, juzgo preciso sintetizar los principios fundamentales que informan este asunto en la actualidad, huyendo de toda estéril disquisición, y procurando no engolfarme en el intrincado dédalo de experimentales sutilezas, que ofrecen á nuestra consideración los recientes trabajos de Ziemsenn, Bartels, Charcot y Vulpian.

En dos diversas categorías pueden colocarse las lesiones que constituyen la anatomía patológica de la broncopneumonía: las unas, congestión, bronquitis, inflamación de los alveolos, son fundamentales; las otras, enfisema, estado fetal ó atelectásico, linfagitis, infartos ganglionares, etc., son accesorias; las primeras desempeñan un papel clínico de suma transcendencia y á ellas solas he de referirme en estas someras indicaciones.

La congestión activa inaugura la escena patológica; aparece al principio de las diferentes variedades, persistiendo á veces hasta las fases de evolución más avanzadas; pudiendo distribuirse en los dos órdenes de vasos pulmonares, es más constante en los bronquiales que aparecen repletos de glóbulos sanguíneos al practicar un corte transversal del lóbulo. Esta congestión de los vasos bronquiales y alveolares determina la compresión de los alveolos; como forzosa y derivada consecuencia la disminución de su capacidad, primer meca-

nismo de estorbo á la hematosis, y si resulta excesiva, pueden presentarse verdaderas apoplegías pulmonares con hemorragia.

La presencia ó ausencia de esta hiperemia, su grado, su extensión, etc., imprimen un carácter especial á la broncopneumonía de la infancia, que no contribuye poco á dificultar su comprensión.

En los bronquios, una vez seccionados finamente, permite la simple vista apreciar la coloración rojiza de la mucosa, sus distintos matices según la época de la inflamación, la acumulación de productos segregados, mucus, células epiteliales cilíndricas con pestañas vibrátiles y leucocitos, y por último su dilatación. La pared bronquial presenta al principio simple congestión, más adelante hay producción de leucocitos que penetrando en el tejido conjuntivo del bronquio, conducen á la formación de un tejido embrionario, en medio del cual van desapareciendo las fibras del anillo muscular; se destruye este por último, y los trabajos de Charcot han demostrado que esta destrucción era la primera causa de bronquiectasia.

En el lóbulo, á donde naturalmente nos conduce esta rapidísima excursión, nos aguardan las lesiones más complejas y las más importantes, y huelga que afirme que siempre son consecutivas á las de los bronquios, porque sin lesión bronquial no hay inflamación del lóbulo, no hay broncopneumonía, en el bien entendido que esta subordinación solo es cierta tratándose de la sucesión de las lesiones, que respecto á su importancia, la lobular lo es en mayor grado. Casi todos los autores que se han ocupado de esta descripción han seguido el orden comunmente adoptado para la exposición de la pneumonía franca y han admitido los tres períodos de congestión, hepatización roja y hepatización gris, y aunque esta división no responda completamente á la realidad de los hechos, puede conservarse con la exclusiva condición de quedar limitada á la descripción del lóbulo; porque si es cierto que cada uno de estos pasa en rigor por esas tres etapas, lo hacen de una manera aislada, independiente, sin influenciar para nada el lóbulo vecino, hasta tal punto, que uno puede estar atravesando el segundo período y otro el tercero, existiendo tantos procesos morbosos como lóbulos inflamados.

En su período congestivo, presentan la coloración rojo-violácea, que se torna rosada en el de hepatización roja, y al iniciarse la gris, se ofrecen á nuestra vista dos zonas concéntricas: la central, grisácea, la periférica, rosa pálido, indicándonos que la parte central ha fran-

queado el grado tercero, mientras que la parte periférica no ha traspasado el segundo, pues que depositándose los leucocitos primero en la parte central del lóbulo inflamado, no invaden sino más tarde la circunferencia.

El sitio habitual de los núcleos de broncopneumonía es la parte central de los pulmones, y sin necesidad de practicar corte alguno, pueden ser reconocidos en el pulmón entero por la sensación de dureza que comunican al tacto y por la resistencia que ofrece el tejido pulmonar á su nivel; terminadas estas brevísimas referencias de los más culminantes caracteres macroscópicos que en la broncopneumonía se observan, entremos seriamente en el terreno de la clínica, investigando cómo se desenvuelve esta dolencia y qué causas la dan origen, estudio seguramente más provechoso y que ha de reportarnos mayor utilidad.

Al luchar cuerpo á cuerpo con la naturaleza, escribe nuestro gran dramaturgo en sus *Teorías modernas de la Física:* «si cae al fin vencida, cae destrozada también y solo á pedazos nos entrega sus secretos, porque pedazos de la verdad y no la verdad entera son los hechos aislados.» Nada más exacto que la afirmación del eminente Echegaray, y dentro de la esfera científica en que nos agitamos, al intentar descubrir los elementos de que constan las enfermedades, nos es forzoso reconocer que la noción etiológica, importantísima si nos fuera dable penetrar su esencia, no es más que un retazo de la verdad clínica, y en ocasiones varias, como en la afección que nos ocupa, retazo de que no sería imposible prescindir.

Durante mucho tiempo, y autores respetables garantizaban el aserto, la palabra broncopneumonía era casi sinónima de pneumonía secundaria, porque se creía que solo á título de complicación en el curso de otras dolencias, sarampión, coqueluche ó difteria, podía ser observada. MM. Rilliez y Barthez, conmovieron esa falsa creencia, demostrando, que aunque menos frecuentes, podían existir de una manera primitiva, sobre todo en los niños menores de dos años: es inadmisible sospechar siquiera que hubiera pasado desconocida al presentarse sin que la precediera otra anterior enfermedad, pero se la consideraba como secundaria, porque sucediera á una laringitis ó á una bronquitis, y razonando de este modo, claro es que toda broncopneumonía es consecutiva á una inflamación de los bronquios, porque marchando esta del bronquio al alveolo, no solamente la bronquitis forma parte integrante de la broncopneumonía, sino que precede

siempre á la hepatización lobular. Ahora bien, lo que es difícil determinar es la proporción relativa entre los casos primitivos y los casos secundarios; Roger la calcula en una tercera parte á favor de aquellos y las dos restantes á favor de estos, siendo esta cifra prueba incontrastable de que el número de broncopneumonías primitivas merece respeto, y fuera punible terquedad continuar apadrinando un error capaz de obscurecer nuestras investigaciones.

Ha suscitado empeñada controversia, y Picot llega á ponerla en duda, la influencia que puede ejercer el frío en la producción de la broncopneumonía, y decidirse por la negativa, nos conduciría al inevitable peligro de descuidar las indispensables precauciones higiénicas que la infancia requiere y nos pondría en contradicción palpable con lo que la práctica diaria nos enseña. El desconocer el vínculo que une la causa y el efecto, y el que esa influencia sea difícil de probar, no autoriza ciertamente á negarla, y los ejemplos opuestos que pudieran citarse, de niños mal cuidados, lavados sin precaución, y con insuficiente abrigo, que contraen una broncopneumonía primitiva, exactamente lo mismo que los favorecidos por la suerte con los cuidados más solícitos, solo testifican que esta enfermedad reconoce múltiples orígenes, pero jamás que los enfriamientos deban eliminarse de este cuadro. Por eso es más frecuente esta afección en el pequeño sér cuanto más cerca está del nacimiento; por eso los meses de temperatura baja y húmeda ofrecen más ocasiones de observarla; á esta causa se refería indudablemente Valleix al asegurar que la generalidad de los niños que mueren en la inclusa, presentan la hepatización de los pulmones.

Todas las enfermedades con determinación bronquial, pueden complicarse con la aparición de broncopneumonías, secundarias es claro, pero cuya marcha guarda relación estrecha con la de la enfermedad primitiva, ¿existe esa misma relación entre la naturaleza de la enfermedad inicial, y la anatomía patológica del proceso secundario? Cadet se resuelve por la negativa, creyendo que en el estado actual de la ciencia la opinión más autorizada es la que defiende que la lesión no varía con la causa, que el proceso morboso es siempre idéntico á sí mismo. El concepto etiológico ¿puede hacernos predecir la forma de que ha de revestirse el enemigo para burlar nuestras asechanzas? No es lícito responder afirmativa ni negativamente, porque si abrigáramos la pretensión de referir siempre esa forma á un determinado é inseparable origen, caeríamos en el más seguro error, y solo podría

arrojar alguna luz ese estudio contentándonos con prudentes aproximaciones.

Es un hecho que en las broncopneumonías primitivas en las que padecen los niños de menos de dos años, se presenta comunmente la forma sobreaguda de marcha veloz, como la observamos también en la difteria y el sarampión; que la forma sub-aguda ó lenta es más común en la coqueluche, y que la forma crónica, pudiendo ser engendrada por todos los orígenes del mal, excepcionalmente es obligada secuela en el curso de las dolencias antedichas. Podremos conocer estos datos, que aunque incompletos, tienen su interés; pero ignoramos y quizás ignoraremos siempre qué mecanismo determina que esta complicación surja, ni, como derivado corolario, cuál es la patogenia de la pneumonía lobular.

La grippe, lo mismo en los niños que en los viejos, es una causa frecuente de broncopneumonía, pero de las enfermedades agudas que más constantemente la preceden, las tres principales son el sarampión, la coqueluche y la difteria.

El sarampión puede complicarse de broncopneumonía durante la bronquitis inicial, ora en plena erupción ó ya en el curso de la convalecencia: si aparece al principio, influye sobre el exantema, disminuyendo su abundancia, disponiéndolo irregularmente, tornándolo de rojo en rosa pálido, sale mal la erupción como vulgarmente se dice; pero la broncopneumonía es más á menudo consecutiva á esta: es común que medie un intervalo de reposo, caracterizado por un descenso de temperatura tanto más completo y más prolongado, cuanto más se retarda el nacimiento de la complicación. El sarampión puede engendrar todas las formas desde la sobreaguda hasta la prolongada ó la crónica, pues es uno de los agentes más activos que favorecen su explosión.

No lo es tanto la coqueluche, y es en su período de estado y no durante la bronquitis inicial cuando se nos presenta ocasión de observarla: cuando la inflamación progresa, las quintas de tos disminuyen aumentando si la broncopneumonía se detiene; balanceo entre los elementos catarral y espasmódico de la coqueluche, que imprimen á la marcha de la primera la forma lenta ó sub-aguda á que antes hacíamos referencia.

Todos los autores han señalado como una de las más poderosas causas de la enfermedad que estudiamos, la difteria laríngea, hasta el punto de afirmar Roger que es excepcional no encontrar

en los niños que sucumben al crup, algunos núcleos de pneumonía lobular.

Se ha pretendido hacer responsable á la traqueotomía, de ser el único motivo ocasional de semejante complicación, y hoy no es sostenible esta creencia, porque si aceptáramos esa idea como veraz, todos los enfermitos no traqueotomizados se verían libres en absoluto de padecer la broncopneumonía, y Sanné ha demostrado en una concluyente estadística, que en 121 casos de esta enfermedad consecutiva al crup, 21 enfermos estaban vírgenes de toda intervención operatoria.

La fiebre tifoidea ha sido también considerada, por la mayor parte de los autores, como causa de broncopneumonía, pero forzoso es reconocer su escasa importancia, por lo menos en el niño.

Cadet, de 150 observaciones de dotienenteria, la ha visto únicamente dos veces. Todo el mundo conoce la benignidad de la fiebre tifoidea en el niño, que felizmente imposibilita la comprobación necrópsica, siendo la broncopneumonía una enfermedad lo bastante expresiva, para llegar á ser desconocida en absoluto durante la vida.

Aquí termina el capítulo de causas directas; réstanos examinar la influencia que ciertos estados fisiológicos ó diatésicos puedan ejercer en su nacimiento ó en su marcha.

Esta enfermedad, lo mismo elige por víctimas á los niños que á las niñas: el sexo nada influye; no así la edad, que juega importante papel. Ya os he dicho que las broncopneumonías primitivas eran casi exclusivas de los niños menores de dos años, y aunque se admite como moneda de uso legal que los recién nacidos están menos expuestos á padecerla porque se hallan también menos expuestos al contagio de las afecciones productrices, es lo cierto que esta inmunidad es solo relativa, y así lo enseña la diaria observación. Á partir de dos años, el máximum de frecuencia está comprendido entre los dos y los seis: Barrier de 61 casos, señala 45 de dos á cinco años. Roger de 199, ha visto 110 de 20 meses á tres años; y es, señores que, en el niño lo mismo que en el viejo las inflamaciones catarrales de los bronquios, y de los alveolos, primitivas ó secundarias, son más frecuentes que en el adulto, no precisamente porque la mucosa aérea sea más susceptible en la aurora y ocaso de la vida, que la fisiología no ha demostrado marcadas diferencias en la constitución del epitelio según las edades; quizás en las épocas de evolución y decadencia orgánica, pueda el organismo reaccionar mas fácilmente á impulsos de la causa

morbosa; pero más racional es admitir, en lo que hace relación con la infancia, la frecuencia con que sus dominios se ven invadidos por las afecciones generatrices de broncopneumonía. Esta opinión de Roger se halla tan de acuerdo con los hechos, que podemos ver el apoyo que la prestan, recordando que el sarampión ofrece su máximun de frecuencia de dos á seis años; de 60 casos de coqueluche, 53 estuvieron comprendidos en los seis primeros años, guardando, como veis, exacto paralelo con la frecuencia en la producción de la broncopneumonía, y pasada esa edad, que pudiéramos llamar de las complicaciones pulmonares, el sarampión y la coqueluche, serán menos rebeldes y tendran más probabilidades de feliz curación, cuantas más pierdan de engendrar nuevos procesos, que interrumpan, agraven y hagan mortal á veces la tranquila y sosegada evolución de la primitiva dolencia.

Sabeis que el raquitismo, ejerce perniciosa influencia en toda la economía; los desórdenes de nutrición que acarrean una tardía evolución dentaria, con sus diarreas consiguientes, y las deformidades del torax, dan por resultado entorpecer el equilibrio funcional del pulmón y corazón alterando su normal desenvolvimiento, y sin que concedamos á estas poco halagüeñas condiciones el papel de predisponentes en la aparición de la broncopneumonía, se halla fuera de duda, que si esta se presenta, se ve agravada por aquellas deformidades, perpetuándose su curso y dificultándose su curación; influencia puramente mecánica, eco de las dificultades que para funcionar experimentan los órganos motores de la vida, que cuadra esa jerarquía á los en que se verifica la hematosis, y al encargado de distribuir el indispensable alimento á los confines de nuestro organismo.

Por último, señores, decir que las condiciones sociales son un factor digno de tenerse en cuenta en la etiología que brevemente reseñamos, y que esta afección es más frecuente y más temible en los pequeños seres que no conocen la cara de la fortuna porque apenas divisan sus espaldas, es decir una triste verdad, para cuya demostración resultaría ridículo mi esfuerzo. La higiene de las clases menesterosas es deplorable: poca limpieza, aire impuro y escaso, alimentación deficiente, trabajo excesivo, educación rudimentaria, sin contar con las propensiones á la holganza, al vicio, y á todos los excesos de una vida licenciosa; ¿qué hijos queréis que germinen de estas averiadas semillas, en grado suficiente de fortaleza para neutralizar el ataque del ejército de causas que atentan contra la vida? Y una vez esta

en peligro, ¿de qué cuidados podéis rodear al pequeño enfermo, si los maternales que no se sustituyen, ó le faltan, porque la miseria es parca en prodigarlos, ó llegan tarde, porque el hacinamiento ha hecho sus estragos favoreciendo el contagio? ¿Qué extrañeza puede causaros, que las cifras de mortalidad alcancen en los niños pobres aterrador nivel, si todos los elementos se conjuran en su contra, teniendo que luchar hasta con la ignorancia de los padres, que con la mayor buena fe también ha creado sus victimas?

A pesar de todas las imaginables precauciones, y por cualquiera de las causas señaladas, la enfermedad aparece; expongamos lo más concisamente que á la claridad convenga, los síntomas que han de conducirnos á un certero diagnóstico.

Señores: Para estudiar con más facilidad los síntomas de la broncopneumonía, es pertinente dirigirnos por separado á cada uno de los dos manantiales de que brotan, interrogando primero el estado local, y recogiendo en seguida el acopio de datos que pueden adquirirse por el examen del estado general del enfermito.

La percusión del pecho, puede hacernos obtener resultados variables desde la sonoridad exagerada, hasta la macidez absoluta, pasando por los diversos grados intermedios: la auscultación puede hacernos apreciar también, todas las variedades de estertores subcrepitantes desde los más gruesos á los más finos, y todas las variedades de soplo, desde el más suave hasta el tubario; puede asimismo revelar desde la respiración oscura hasta la carencia de todo murmullo vesicular. La sonoridad exagerada está ligada, como sabéis, á la existencia del enfisema pulmonar, y se percibe claramente en los puntos en que este es más frecuente, en los vértices, por debajo de la clavícula, y en las fosas sub y supra-espinosas, pues aunque algunas veces existe algo de enfisema en los lóbulos inferiores, suele ser esta una alteración tan limitada que escapa generalmente á nuestros medios de investigación. No es regla que el enfisema alcance grandes proporciones en el período agudo de la dolencia, y como la percusión metódicamente practicada, encuentra en la indocilidad de los niños formidables dificultades, puede muy bien pasar desapercibido, acarreando una deficiencia de pronóstico porque no es indistinto saber despues de curado nuestro enfermo, qué grado alcanzó el enfisema en el pulmón lesionado, si debe desaparecer rápidamente cómo sucede á menudo ó debe persistir pasando al estado crónico.

La sonoridad normal, no percibiendo al auscultar más que algunos

estertores subcrepitantes más ó menos finos, nos permite afirmar que no hay congestión ni hepatización y que existe sola la bronquitis. La sonoridad puede ser normal en dos períodos diferentes de la broncopneumonia, al principio cuando la lesión no ha traspasado el territorio bronquial, ó durante la convalecencia cuando la congestión y las lesiones alveolares han desaparecido y no quedan más que ligeros residuos de inflamación de los bronquios, debiendo hallarnos avisados, porque la broncopneumonia puede quedar constituída con su cortejo habitual de congestión y hepatización, y la sonoridad del pecho no descubrirla, si estando esas lesiones congestivas ó inflamatorias poco extendidas ó muy profundas en forma de núcleos separados de la pared torácica por gran espesor de tejido pulmonar, llegan á hacerse inaccesibles al dedo explorador. Los síntomas generales, la marcha de la temperatura observada con esmero, serían fieles guías que nos librarían del error.

La submacidez es el indicio de la congestión ó de la hepatización: al principio es tan ligera, que la percusión más minuciosa la puede apenas revelar, pero un poco más tarde, se acentúa notablemente y á veces recorre con pasmosa rapidez todos los grados que la separan de la macidez absoluta: al mismo tiempo, los datos estetoscópicos comprueban la existencia del soplo, que aunque intenso, no llega á ser tubario. Ahora bien, lo mismo corresponden estos signos físicos á la congestión que á la hepatización; su investigación aislada, no permite reconocer si aquella existe sola, ó unida á esta, y adolecería nuestro diagnóstico de base racional, si para formular un juicio, practicáramos nuestro examen en un único momento de la enfermedad, omitiendo el conocimiento de su marcha y descuidando la investigación de los síntomas precedentes ó subsiguientes. Caminaríamos tropezando si dos puntos de orientación no brindaran á nuestro esfuerzo con su auxilio, la *movilidad* y la *fijeza* de estos signos. Sabemos que la congestión es un elemento esencialmente móvil, tanto como la inflamación es elemento esencialmente fijo, y cuando aquella existe sola, la submacidez y el soplo desaparecen en diez, veinte, treinta horas para mostrarse luego en puntos más ó menos distantes; pero si está sostenida por un núcleo de hepatización, conforme este va invadiendo su dominio, entonces es cuando aparecen de un modo permanente el soplo tubario con broncofonía manifiesta y la absoluta macidez, produciéndose modificaciones en su extensión é intensidad solo gradual y lentamente, á medida, es claro, que la in-

flamación empieza á resolverse. Indicaba antes la existencia de estertores subcrepitantes, y en efecto, la auscultación los pone claramente de relieve, porque mientras que la submacidez y los soplos son tributarios de la congestión y de las hepatizaciones, aquellos lo son de la bronquitis, y su extensión, su número, su finura, guarda relación estrecha con el número y la finura de los bronquios atacados. Si la bronquitis capilar predomina, ellos son los únicos signos físicos perceptibles, y cada vez que estallan en gran abundancia y en mucha extensión, revelan que la bronquitis ha invadido grandes territorios del árbol aéreo.

Algunas veces se perciben, durante el curso de la broncopneumonía y en un punto muy limitado del pulmón, estertores muy finos de timbre metálico que unidos á un soplo áspero, dan al oído que ausculta la sensación que se experimenta al nivel de las pequeñas cavernas pulmonares, sin que estas puedan comprobarse por la autopsia, y haciendo ver esta, la hepatización gris en el sitio correspondiente á en donde se percibían esos signos antes de la muerte, debiendo tener en cuenta que bastan las lesiones de la broncopneumonía para darlos origen, la congestión y hepatización provocando el soplo, la bronquitis, los estertores mencionados.

La frecuencia de los movimientos respiratorios que se elevan á 60 ú 80 por minuto, es un síntoma tan denunciador de esta dolencia, que nos ha bastado en muchas ocasiones para dirigir nuestro inmediato examen á la cavidad torácica lo mismo en los enfermitos que acuden á la consulta de este hospital á nuestro cargo, que en los de la práctica particular, corroborando más tarde los resultados de este, el juicio supuesto por esa única impresión. Es verdad que esa perturbación solo existe en época adelantada de la enfermedad, pero entonces, la ansiedad pintada en el semblante, la abertura de la boca, la retracción de las comisuras labiales hacia fuera y abajo, y la agitación incesante de las alas de la nariz, el cambio de ritmo respiratorio existiendo movimientos activos de espiración por sacudidas con depresión de la base del torax y de las regiones subclavicular y esternal, lo que se ha llamado respiración espiradora, constituyen un conjunto tan característico, que cuando ha herido nuestros sentidos una y otra vez, puede muy bien justificar la formación de opiniones anticipadas respecto á la enfermedad que padece el niño acerca de cuyo estado se nos consulta.

No he tenido la suerte de observar ningún enfermo afectado de

broncopneumonía en el que dejara de manifestarse la tos; hay autores que aseveran puede faltar en algunos individuos, y bajo su honrada palabra, y porque fuera en mí irrespetuoso dudar de lo que personas competentísimas han visto, les concedo mi crédito; lo que sí he de afirmar, después de un conjunto de observaciones algo crecido, es que á las madres no les ha alarmado casi nada que el niño esté abatido, que coja el pecho con dificultad, que la menor contrariedad estimule su llanto, y solo cuando á estos prodromos se une la tos, leve al principio, continua en seguida, accesional más tarde, es cuando se arraiga en su ánimo la triste convicción de que eso es anómalo, es entonces cuando acuden á solicitar nuestros consejos.

La tos, en efecto, es seca, por accesos claramente distintos de los de la coqueluche, porque les falta la inspiración sibilante y porque las quintas no son tan marcadas; tampoco he visto la espectoración del recién nacido en el verdadero sentido de esta palabra, contra lo que piensa Valleix, pues los productos bronquiales son deglutidos por los niños, pudiendo cerciorarse de esta verdad si se presentan vómitos provocados ó espontáneos.

Para terminar lo que hace referencia á los síntomas derivados del estado local, diré á ustedes que la palpación permite comprobar en algunos casos el aumento de las vibraciones torácicas, y en un desgraciado enfermo que nos fué traído á la consulta hace pocos días con una broncopneumonía confluente, secuela del sarampión, llamé la atención al ilustrado practicante que me honra con su valiosa ayuda, de cómo el grito, los soplos ásperos y los gruesos estertores que la auscultación hacía oir á un sordo, los percibía la mano en una exagerada vibración: porque nuestros datos deben desprenderse de hechos clínicos, y por la importancia que este síntoma puede tener en el diagnóstico diferencial de los derrames pleuríticos, es por lo que he creído digno de mención este medio investigador.

Los síntomas generales de la broncopneumonía, señores, no están siempre en relación con los signos físicos, siquiera lo estén con las lesiones locales de las que son expresión fenomenal, porque la bronquitis, la hepatización y las congestiones, pueden hallarse situadas profundamente, como antes os decía, y determinar datos poco seguros á la auscultación. En este caso, la reacción sobre la totalidad del organismo podría resultar violenta en razón directa de la intensidad del proceso, abstracción hecha de su asiento, y es factible observar lo contrario, signos físicos alarmantes con escasa influencia sobre el

estado general, especialmente en los casos de congestiones que ofrecen más extensión en superficie que en profundidad; no es posible dejar de reconocer que en ambos casos merecen los síntomas generales nuestra más solícita atención por los riesgos que nos evitan descubriéndonos las lesiones ocultas, ó haciéndonos reducir á su justo medio las lesiones aparentes, y suministrando á nuestros pronósticos elementos de certidumbre que influyen no pocas veces en nuestro crédito profesional.

El principio de la broncopneumonía no es siempre idéntico; cuando es primitiva y sucede á un coriza, laringitis ó bronquitis de los gruesos bronquios, la reacción general, tributaria de estas dolencias, es poco acentuada, inapetencia, algunas náuseas, tristeza, tos ligera y movimiento febril sin importancia; pero cuando la inflamación se propaga á los pequeños bronquios y á los alveolos, entonces esos síntomas siguen la natural creciente progresión, pudiendo llegar á adquirir tan importante gravedad que nos inspiren justificadas inquietudes.

Si siendo primitiva sucede á una bronquitis capilar, los síntomas generales claro es que son los mismos de esta enfermedad: disnea extrema, cara pálida ó violácea, pulso pequeño, rápido, extremo abatimiento que alterna con desusada agitación, temperatura que sube rápidamente á los 40° y más; si es la forma sobreaguda, este estado se prolonga hasta el fin de la enfermedad, interrumpido por cortísimos paréntesis.

Cuando la broncopneumonía es consecutiva á la difteria laríngea ó á la traqueotomía, es muy difícil precisar el momento de su iniciación; la auscultación resúltanos infiel, y la gravedad de los síntomas, tos, disnea, apnea, altura de cifra térmica, con igual derecho pueden hallarse ligados á la difteria misma ó á la bronquitis pseudomembranosa que á la complicación broncopneumónica; solo si esta encuentra ocasión de desenvolverse, porque el enfermo sobreviva, podremos comprobarla, observando que su marcha no difiere de la consecutiva á otras enfermedades.

Si ha de ser episodio en el curso del sarampión y fuera del catarro inicial, ya os indicaba antes que era la regla, la precediera un período de calma más ó menos duradero, coincidente con la desaparición del exantema, durante el cual nos hace vislumbrar una feliz convalecencia, la falta de fiebre, la calma del niño y el despertar de su apetito, pero esta calma, pequeño lazo que encadena dos tempestades, una extinguida, otra que se acerca de aspecto aterrador, es aparente y solo

aparente, que muy pronto la aparición de la tos, la disnea y los 40° termométricos, se encargarán de marchitar nuestras esperanzas, apercibiéndonos de la necesidad de un combate de dudoso laurel.

Por último, si ha de ser la coqueluche su compañera, los síntomas del principio revisten original aspecto por la mezcla de quintas de tos, que la unión de estas dos afecciones catarrales determinan, unas enlazadas con la afección matriz, otras con la afección derivada. Os decía hace un momento que no era muy difícil diferenciarlas, y la particularidad de cómo se atenuaba el elemento espasmódico de aquéllas á medida que progresaba la inflamación.

Si haciendo caso omiso de las causas nos colocamos en el punto de vista de las formas, veremos que en la que Cadet llama sobreaguda, en la que domina la bronquitis capilar, los síntomas generales del principio ligados al elemento inflamatorio, tienen notable carácter de fijeza, persistiendo los desórdenes de la respiración y los trastornos de la hematosis con gran vehemencia y casi sin interrupción; el pulso es frecuente, débil y á veces irregular; la circulación dificultada da lugar, por parte del pulmón, á manifestaciones de asfixia, por parte del cerebro y la médula, á torpeza, á depresión, á ligeros movimientos convulsivos posibles en los niños muy pequeños.

En la forma diseminada, caracterizada por las congestiones sucesivas, y la inflamación de los bronquios medianos y algunos bronquios capilares, los síntomas generales son al principio benignos como sabéis: el niño se vuelve huraño, está agitado ó soñoliento, pierde el apetito, la mirada se entristece, palidece su cara, y además de los que corresponden á la bronquitis, empieza á chocarnos que el pulso se acelera, si bien no tanto como en la forma precedente, que le temperatura se eleva, con oscilaciones de medio, uno, uno y medio ó dos grados, caprichosa, sin regularidad en sus ascensiones y remisiones, subordinadas como están á la hiperemia que desempeña importante papel en el principio y el curso de esta forma: igual atenuación experimentan los demás síntomas, para agravarse luego, conforme va apareciendo ó desapareciendo la congestión.

Dos motivos se reunen para imprimir al pulso especiales modificaciones; los obstáculos circulatorios y la fiebre; restringido el campo de la hematosis el corazón lucha vanamente para arrojar á los vasos pulmonares la cantidad de sangre necesaria; la que recibe llega incompletamente oxigenada, explicándonos estos desórdenes mecánicos, la posible congestión cerebral, los síntomas de asfixia, el verti-

ginoso latir de este órgano y la depresión de fuerza impulsora que esa lucha acarrea, datos perfectamente concordantes con los dos caracteres fundamentales que nuestro dedo aprecia en la arteria radial del enfermito. Decíamos que estas modalidades del pulso se hallaban también bajo la dependencia de la fiebre, y la observación cuidadosa de la marcha de la temperatura nos demuestra, que se halla tan íntimamente ligada á las lesiones pulmonares, que ya habéis oído, cómo contribuía á encauzar nuestro juicio, cuando estas pretenden ocultarse á nuestra escrutadora mirada. Nos sirve también de útil auxiliar, rodeando de aureola razonable nuestras profecías, ayudándonos á separar, lo que es peculiar de la hiperemia, de lo que corresponde á la inflamación, porque esta eleva el termómetro de una manera continua con pequeñas oscilaciones, girando las cifras térmicas alrededor de un punto fijo, por encima del cual puede elevarse á cada nuevo empuje inflamatorio, pero por debajo del cual no puede descender más que cuando la inflamación se detiene, y aquella cuyo especial sello es la fugacidad, puede elevar la temperatura bruscamente uno, dos, tres grados, efectuándose los descensos al punto de partida con la misma asombrosa rapidez.

Después que os haya dicho, que la broncopneumonía de la infancia, es enfermedad grave, pero curable muchas veces, siquiera la resolución de las lesiones locales se haga esperar algún tiempo, esta es á lo menos la impresión deducida de las felices terminaciones que, lo mismo en la consulta de este hospital que fuera de él, me ha sido dable presenciar, réstame solo dedicar breves momentos á visitar en vuestra compañía los medios adecuados de tratamiento contenidos en los arsenales de la higiene y de la farmacología.

Fuera tarea susceptible de amplio desarrollo, pero superior á mis fuerzas, practicar el análisis con su razonamiento y su crítica de todos los métodos curativos, preconizados contra la enfermedad que nos ocupa; alégrame considerar vedado ese terreno, porque al ver sepultados en el más absoluto descrédito una porción de medios que blasonaban de infalibles en su período de auge, llegaríamos fundadamente á pensar en su total ineficacia, haciéndonos abrazar un escepticismo que conceptúo mil veces más funesto que la más exagerada confianza en los resultados de nuestra intervención.

He de limitarme, pues, á señalar los diversos elementos que pueden convertirse en fuente de indicación causal, patogénico y sintomático, adaptando, claro está, los indicados á las condiciones pro-

pias de los pequeños enfermos á quienes hemos de tratar, y proponiéndonos: 1.° Combatir la flegmasia catarral. 2.° Evacuar las mucosidades bronquiales que entorpecen la respiración. 3.° Provocar la absorción de las exudaciones inflamatorias y sostener las fuerzas del niño, para que nos permita llevar á buen término nuestros beneficiosos propósitos.

En la forma de comienzos violentos, cuando la bronquitis capilar se generaliza rápidamente, la mayor parte de los autores recomiendan las emisiones sanguíneas, los menos imitando á Guy Patin que sangró á un niño de 3 días, los más con Rilliez y Barthez, prefiriendo las ventosas escarificadas ó las sanguijuelas: Picot, D'Espine y Dujardin, y me adhiero á su manera de pensar, se separan por completo de la opinión de sus predecesores, lanzando sobre el empleo del método expoliativo en los niños la más tremenda proscripción. Los que creen que deben sacar sangre, juzgan que no hay otro recurso de acción más rápida, en los casos de bronquitis capilar con intensa congestión que invada los dos pulmones, si ha de hacerse frente al seguro peligro que una asfixia inminente puede engendrar, pero los resultados son engañosos, y como dice Cadet muy oportunamente, la asfixia no solo no se atenúa sino que se aumenta bajo la influencia de la postración en que tan rápida y fácilmente puede quedar sumido el niño.

Menos razón de ser tienen esos fieros alardes cuyos desastres gravitarán seguramente sobre la conciencia de más de un clínico, teniendo á nuestra disposición los vomitivos, que por su doble acción isquemiante y evacuante, pueden llenar cumplidamente las dos primeras indicaciones mencionadas.

¿Cuál debe merecer nuestra elección? sin duda alguna la ipecacuana con singular preferencia, el óxido blanco de antimonio de acción poco enérgica alguna vez en casos benignos, el kermes, medicamento por cierto de acción infiel en raras circunstancias, en más excepcionales todavía la apomorfina, á pesar de los entusiasmos de Kormann, pero jamás el tártaro emético, que por la depresión que produce y las sacudidas gastro-intestinales que origina, le conceptúo excluído de la terapéutica infantil. Asocio casi siempre el benzoato de sosa á la infusión de ipecacuana y hasta ahora no he hallado motivo de arrepentimiento.

La medicación revulsiva aplicada con prudencia, puede servirnos también para cumplir la tercera indicación que dejábamos anterior-

mente apuntada: las ventosas secas, los sinapismos, el papel Fayard, la tapsia, la mosca de Milán, la tintura de iodo y el aceite de crotón, de acción rápida unos, lenta otros, todos pueden encontrar en el curso de la broncopneumonía oportunidad de aplicación, según la edad del enfermito, según la importancia de las congestiones que nos salgan al paso, según las tendencias curativas ó estacionarias del proceso, siempre vigilando su acción y desechando los más enérgicos, si responden á nuestro llamamiento los más suaves.

La cuarta indicación, deducida del estado de las fuerzas, reclama á veces con urgencia nuestra atención, y quedará satisfecha concediendo al niño, desde el principio de su mal, una adecuada alimentación, caldo, leche, alguna cucharada de buen vino de Jerez mezclado con agua azucarada, y si á pesar de este régimen, la resistencia del enfermito desfallece y se agota, será ocasión de recurrir á las pociones cordiales y tónicas, hasta á las inyecciones de éter que Cadet no juzga ilícito emplear.

Quedan todavía, y siento no poder extenderme en este punto, indicaciones que surgen del predominio de ciertos síntomas, que no por ser de orden secundario, justificarían nuestro abandono; ciertas formas de broncopneumonía con delirio, los trastornos cerebrales y medulares pasajeros de que antes os hablaba, solicitan el empleo de los calmantes, no opio ni belladona, que deben inspirar repulsión, sino los bromuros y el cloral, el de sodio en los más pequeños, el de potasio en los que pasen de 3 años; si la fiebre es muy intensa y se prolonga la alta elevación termina abatiendo al pequeño sér con exceso, se debe administrar la quinina, de la que Steiner es tan ferviente partidario, la antipirina, con la necesaria observación, ó el baño tibio, que por su efecto sedante tiene también valerosos sectarios.

Si los accesos de tos son tan intensos y repetidos, especialmente al comienzo de la afección, que agitan al pequeñuelo perturbando su reposo, acostumbro á emplear, y el buen éxito me incita á continuarlo, el clorato de potasa con el jarabe de tolú, las aguas destiladas de tilo y lechuga y el agua de laurel cerezo á corta dosis, esta última, por supuesto, en los niños que llegan al dintel de su segunda infancia.

Por último, señores, los medios profilácticos y los medios higiénicos, no requieren á pesar de su mayor transcendencia, y por esto mismo, mi encarecimiento, porque bulle seguramente en la mente de todos vosotros la idea de que la aspiración más hermosa, si pudiera adquirir realidad en la práctica, sería, que por su exclusivo predomi-

nio, llegara á verse despejado de tanto afecto morboso el accidentado camino que el pequeño sér recorre. ¡Ojalá se infiltren algún día en nuestras clases sociales más necesitadas, y para no borrarse jamás, las ideas de virtud, moralidad, instrucción y templanza; entonces los hijos crecerán al vigor de los sabios preceptos de la higiene, y la primavera de la vida sonriente y feliz, no se verá truncada por albergar en su seno tantos gérmenes de aniquilamiento y destrucción.

He dicho.

HIGIOTECNIA DEL CÓLERA,

POR

D. ANTONIO MENDOZA,

JEFE DEL LABORATORIO Y MUSEO DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MADRID (1).

Excmo. Señor:

Tanto por el honroso cargo que ejerzo, como por los estudios especiales que sobre el cólera vengo haciendo desde 1884, me creo en un deber al haberse confirmado la aparición en Italia de un nuevo foco colérico, el exponer ante la consideración de V. E., así como de la Excma. Diputación Provincial, el criterio que profeso acerca de los medios profilácticos que deben instituirse para el cólera, así como de la oportunidad de su aplicación.

Y más me mueve á ello no solo el deber de humanidad y de cargo, sino el temor de ver reproducirse, si desgraciadamente esos focos aislados hoy, produjesen una nueva diseminación, medidas y procedimientos de profilaxis, que si bien, hechos con buen deseo, se hallan muy lejos de ser útiles y prácticos y que en su mayoría no servirían

(1) Esta Memoria fué escrita para ser presentada por el autor á la Excma. Diputación provincial de Madrid en 1887, con objeto de que se adoptasen medidas higiénicas para evitar que el cólera, que en dicho año existía en Italia, se presentase en España. Como en la actualidad dicha enfermedad existe en la Mesopotamia y hasta se cree ha invadido ya el territorio europeo, creemos de interés publicar ahora el mencionado trabajo, toda vez que los conocimientos sobre profilaxis exigen sean puestos en práctica medios que impidan la invasión de las epidemias. – La Redacción.

para otra cosa que para distraer capitales que pudieran haber encontrado una aplicación verdaderamente útil y humanitaria.

Formular una profilaxis en consonancia con los conocimientos que hoy la ciencia higiénica posee acerca de esta enfermedad, es, Excmo. Señor, lo que me propongo tratar en el adjunto trabajo y sobre el cual me tomo la libertad de llamar su atención.

MEDIDAS DE HIGIENE PÚBLICA Y PRIVADA CONTRA EL CÓLERA.

La higiene del cólera, debe hoy apoyarse por una parte en los conocimientos adquiridos sobre la biología del *Bacillus Virgula de Koch, («Spirondulophytus Choleræ». Mendoza),* en la experiencia de la marcha de las epidemias, del curso de los casos en concreto, así como de los datos útiles, deducidos de los respetables trabajos epidemiológicos de Pettenkofer.

Así, la higiotecnia del cólera debe en primera línea dar un valor predominante á la *contagiosidad;* las medidas que se establezcan bajo este criterio, tendrán una mayor importancia que aquellas que pudieran instituirse siguiendo las ideas de Pettenkofer sobre un criterio localista y autoctónico que prescinde de medios para evitar la trasmisión y que negando la amenaza del contagio inmediato por los enfermos, se limitan tan solo á mejorar exclusivamente las condiciones higiénicas locales.

La higiotecnia contra el cólera, debe tener dos puntos principales de vista:

1.° Evitar la invasión.

2.° Procurar contener el desarrollo en el caso de haberse determinado.

Para cumplir ambas partes de este programa, es imprescindible el concurso de las autoridades gubernamentales, provinciales y municipales.

El Estado, las Diputaciones, los Municipios, las Instituciones benéficas libres, los particulares, hasta los últimos individuos de las clases más desheredadas están en el imprescindible deber humanitario de dirigir sus esfuerzos, en beneficio del bien común, por poco valiosos que estos parezcan.

Sobre la jurisdicción de su influencia las medidas higiénicas, se separan naturalmente en cuatro grupos:

1.° Medidas internacionales.

2.° Medidas para las fronteras y litorales de una nación.
3.° Medidas intranacionales, generales y especiales.
4.° Medidas individuales.

I.

Higiotecnia internacional.

El objeto principal de ella es el atender á que permanezca limitado el cólera al país en que es endémico (India) y no sea transportado á otros países.

La técnica para conseguir este fin ha sido, como ya todos conocen, objeto tratado en varias conferencias internacionales.

En la 1.ª tenida en París con motivo de la peste bubónica (1851-1852) solamente se propuso un reglamento de cuarentenas, (medida que por lo demás era ya antigua, pues en 1374 fué puesta en práctica por edicto de la ciudad de Reggio en Módena contra la *peste negra)* se añadieron una serie de disposiciones que eran relativas tan solo á higiene pública general.

La 2.ª conferencia (1866) que se verificó en Constantinopla, sentó como hecho demostrado que el principal vehículo de transmisión era el hombre enfermo. Los buques y los ferrocarriles las causas de la rápida difusión de la epidemia, estableciéndose que las medidas de higiene eran esenciales para la limitación de aquella, y para contrarrestar la propagación.

Sobre qué género de medidas debían adoptarse, no se llegó, en esta conferencia, á precisarlo, ni se vino por tanto á un común acuerdo.

Algunos países pusieron en práctica las cuarentenas, limitando el tráfico.

Otros (como Alemania y Austria), considerando estas medidas poco útiles, no adoptaron sino otras precauciones de Higiene general.

En Viena en 1874 se verificó la 3.ª conferencia internacional y en ella se propuso limitar las prácticas cuarentenarias, á condiciones factibles y sustituirlas en general por un sistema de inspección.

Se acordó establecer una cuarentena en los mares Caspio y Rojo, para las procedencias de las Indias, señalando también la necesidad de establecer una «Delegación Médica Internacional, permanente,» la cual resolviese las cuestiones científicas pendientes y al mismo tiempo estableciese un plan higiotécnico.

En Mayo de 1884 por invitación del Gobierno italiano se verificó en Roma la 4.ª Conferencia Sanitaria (1); 22 individuos de las

---

(1) PROGRAMA DE LA CONFERENCIA DE ROMA, JULIO DE 1884.

¿Es que existen medios á propósito para satisfacer el objeto de preservar todas las naciones contra las procedencias originarias del cólera?

Cuestionario sobre las medidas cuarentenarias en tiempo de cólera.

1.° Establecimientos de cuarentena ¿deben ser construídos en tierra contra el cólera?

2.° En este caso:

(a) Dónde serán colocados.

(b) Cuándo y en qué condiciones deben hacerse estas construcciones.

(c) Cuáles serían las condiciones que deben llenarse tanto en razón de su construcción, como bajo el punto de vista de su administración facultativa y la organización de esta.

(d) Cómo y por qué medios es posible impedir el acceso de cólera, en una nación por otras vías que las que se encuentran protegidas por los establecimientos cuarentenarios.

3.° Los establecimientos cuarentenarios contra el cólera, ¿debieran construirse en la ribera de los ríos?

4.° En caso afirmativo (cuestión núm. 2).

5.° Deben construirse establecimientos cuarentenarios marítimos, ó conservar los que existen.

6.° Si tal debe ser (párrafo 2.°)

7.° Cuáles son los principios que deben ser adoptados con relación á las personas.

(a) Para admitirles inmediatamente á libre plática.

(b) Para hacerles sufrir una cuarentena de observación.

(c) Para hacerles sufrir cuarentena rigurosa (establecimientos cuarentenarios y lazaretos).

8.° Cuál debe ser para las personas sanas (pasajeros, marinos, etc.) la duración.

(a) De la cuarentena de observación.

(b) De la cuarentena rigurosa propiamente dicha.

(c) Cuál debe ser para los atacados de cólera, la duración de su estancia en el lazareto.

9.° Bajo qué condiciones y en qué medida pueden comprenderse para los buques la duración de las travesías en el tiempo fijado para las cuarentenas.

10. Cuáles son los principios que deben ser aplicados.

(a) A los efectos que sirven al uso diario de los individuos.

(b) A los animales vivos.

(c) A las mercaderías.

(d) A los comestibles.

(e) A los buques, wagones, carruajes, etc.

Para admitirles á libre plática sin que ellos hayan sido desinfectados ó después que lo hayan sido.

11. En qué consiste la desinfección.

(a) De las personas.

(b) De los objetos de su uso.

(c) De los animales vivos.

(d) De las mercaderías.

(e) De los medios de transporte.

Medios de desinfección, métodos y duración de su aplicación.

(Continúa la nota en la página siguiente.)

distintas nacionalidades componian el Comité técnico, contándose entre ellos á nuestro querido amigo y maestro el célebre bacteriólogo alemán Dr. Roberto Koch (1).

Cuestiones que se refieren á la creación de una comisión internacional llamada á combatir las afecciones epidémico-contagiosas.

12. De los centros permanentes ó temporales é internacionales que deben ocuparse de estudiar las epidemias y de investigar los medios de impedir la propagación, y si deben estos ser establecidos para todo género de epidemias ó solamente para ciertas y en este último caso, para cuáles.

13. En el caso afirmativo.

(a) Dónde serán establecidas estas administraciones ó centros sanitarios.

(b) Qué organización se les deberá dar.

Cuál será el personal.

En qué consistirán los locales.

Cuáles serán los elementos científicos.

Cuáles serán los sueldos del personal.

Por qué medios se procurarán los fondos necesarios.

(c) Cómo se nombraría el personal.

(d) De qué autoridad gozarán estos centros.

(e) Sobre qué principios serán redactadas sus instrucciones.

14. Una comisión permanente ó temporal é internacional que deberá ocuparse del estudio de las epidemias y de investigar los medios de impedir su propagación y si debe ser establecida para todo género de epidemias ó solamente para ciertas; en este caso, por cuáles esta comisión deberá al mismo tiempo decidir ciertas cuestiones de cuarentenas internacionales en ciertos casos y cuáles deben ser estos.

15. En el caso afirmativo.

(a) Cuál debe ser el sitio de esta comisión.

(b) Cuál debe ser su organización.

Personal.

Establecimiento y locales.

Elementos científicos.

Sueldos.

Cómo se procuran los fondos necesarios.

(c) Cómo se designarán los miembros, y cómo se buscará el resto del personal.

(d) Cuál será la posición oficial que se debe dar á esta comisión, y cuál debe ser su esfera de acción.

Cuestiones relativas á las medidas cuarentenarias que se deben tomar contra las epidemias que pueden reinar entre los hombres, que no son de cólera.

Queda reservado á la conferencia sanitaria internacional hacer figurar en sus programas tanto las medidas cuarentenarias que se han de tomar contra el cólera, como aquellas que juzgue útil en razón de otros afectos epidémicos susceptibles de reinar en la especie humana.

Roma 22 de Julio de 1881.

(1) En esta época había dado fin á su misión científica en Egipto y la India con el descubrimiento del *Bacillus Virgula*, apreciándose por tanto en dicha conferencia la gran conquista que para la ciencia en general y la higiene en particular había conseguido.

Dicho comité presentó una serie de conclusiones que en su mayoría fueron tomadas en consideración.

Estas conclusiones se referían, por una parte, á impedir la propagación en Oriente, y por otra, á evitar la transmisión hacia Occidente por la vía marítima; también se trataba en ellas, de mejorar las condiciones higiénicas generales; dar reglas é instituir para las perniciosas peregrinaciones á la Meca, acompañamiento, vigilancia é inspección, ya que estando tan arraigada esta costumbre en los orientales, no sería prudente intentar prohibirla.

Las prácticas de cuarentenas terrestres y los cordones sanitarios fueron rechazados como inútiles por todos los votos, excepción de los de Turquía y algunos otros.

Con referencias á los transportes marítimos se acordó que para aquellos buques pequeños y de pasaje que no tuviesen médico á bordo se establecieran condiciones especiales que asegurasen su inocuidad.

En los grandes transportes debia ir un médico del país á que perteneciese, pero independiente de la Compañía, y por tanto, desligado del interés mercantil, hallándose así en una completa libertad de acción, pudiendo odedecer más á los intereses de la humanidad que á un interés particular.

Con referencia á buques que salgan de puertos infectos ó sospechosos, se propuso que estos destinaran cámaras ó camarotes *ad hoc* para aislar en ellos los enfermos dudosos ó confirmados que pudieran tener en la travesía. Los buques de vapor debían poseer un aparato de desinfección por este.

El médico de bordo sería el encargado de la vigilancia y de las operaciones de desinfección, etc., no debiendo admitir á bordo pasajeros que infundieran sospecha, ni objetos pertenecientes á coléricos, etc.

Aquellos buques que no tienen médico, el capitán deberá pedir al cónsul de su nación uno que reconozca el pasaje y la carga.

Los barcos que procedan de punto infecto ó sospechoso y pasen por el mar Rojo, deben quedar sometidos á un detallado reconocimiento, que será hecho por un médico nombrado por la Comisión internacional.

Cuando los buques no dejen pasajeros en Egipto podrán ser reconocidos en Suez; si llevasen escala ó pasaje para Egipto, deberán verificarse dos reconocimientos, uno en Bab-el-Mandeb (Puerta de las Lágrimas) y otro en Suez.

Si el buque está sano, debe dejarse libre curso; en el caso contra-

rio, el pasaje debe subdividirse en grupos, sufrir una primera inspección, quedando en observación durante cinco dias al menos, después del último caso de cólera.

Los equipajes y el barco deberán ser desinfectados con proligidad; la desinfección de las mercancías, paquetes postales y la correspondencia quedó considerada como innecesaria.

Al primer caso comprobado, deberá telegrafiarse desde la Oficina central internacional por la sección correspondiente, á cada país respectivo.

También se determinó que los buques se sujetasen á las mismas prácticas en los puertos de rías navegables por los de alto bordo y por transportes de vapor.

La proposición sobre el cambio de carruajes de trenes que procediesen de un país infecto y que tuviesen que atravesar otros sanos, fué desechada por diez votos contra seis que votaron en pro y cinco que se abstuvieron.

Ocioso es decir qué, para que sea una verdad el resultado de estas medidas, se necesita un personal apto, moral y científico, pues de lo contrario, pasaría lo que en estos últimos tiempos ha ocurrido.

Los reconocimientos en Suez consistian en pasar revista de recuento á los pasajeros por unos empleados turcos, y donde si había intención de ocultar enfermos ó algún muerto, bastaba hacer pasar cuantas veces fuera necesario á un mismo pasajero hasta completar el número que acusaba el registro de á bordo. De este modo pasaban impunemente los enfermos y muertos, pues el buque no era registrado por dichos empleados. *Enérgicas medidas* que se repiten en los puertos de llegada, y que en la mayoría de los casos se hallan á la altura de la farsa más completa; no tendríamos que buscar ejemplos muy viejos, pues bien vivos deben estar los recuerdos.

Así, repetiremos, que mientras la vigilancia en Suez no sea una verdad, en la forma anteriormente expuesta, no servirán sino para producir vejaciones á los viajeros y para lastimar múltiples intereses inútilmente; en cambio se permitirá el incógnito al huésped del Ganges que viajará á su libre albedrío.

MEDIDAS EN LAS FRONTERAS.

Como fronteras en un país debemos considerar los límites de tierra y de mar.

Fronteras terrestres.—Las cuarentenas y el cordón sanitario han

sido las medidas que se han venido poniendo en juego, y en algunas ocasiones han llegado á extremarse hasta lo incalificable; pero esta interdicción del paso es completamente inútil, y no porque la medida sea ilógica en su fundamento, sino por la imposibilidad de llevarla á cabo en absoluto, pues poco importaría impedir la entrada á miles de personas, si *una,* burlando la vigilancia ó haciéndola ciega por la dádiva, introdujese la infección y contaminase el país; desde aquel momento todas las medidas fronterizas eran inútiles, y el capital empleado en plantearlas, oro arrojado por la ventana.

Son tantos los intereses que existen contrarios á estas medidas, que es imposible en absoluto al elemento oficial mantener la vigilancia necesaria; «*el día que un Gobierno tuviese suficientes medios para extinguir el contrabando, pudiera quizás tener razón para establecer las medidas de que hablamos,*» *mientras tanto, creemos que lo mejor será desistir de tal propósito.*

Á más, existen otros constantes viajeros, sobre los cuales muy poco podrían legislar las autoridades gubernamentales, tales son los pequeños ríos y los arroyos, etc., que en su mansa corriente pueden transportar el germen de la infección, razón más, que viene á destruir la ilusoria validez del cordón cuarentenario; contra viajeros de este género, no caben bloqueos ni procedimientos draconianos.

Y aún dado el supuesto de que estas medidas fuesen posibles, serían siempre mayores los perjuicios que irrogasen que las ventajas que pudieran reportar.

Sin embargo, nada de lo anteriormente expuesto pretende santificar el que el Estado deje á los enfermos del cólera pasar las fronteras, ni á aquellos objetos que pudieran llevar la infección.

Debe establecer medios que, sin atacar de un modo enojoso el tráfico ni molestar ni retener á los viajeros que estén en completo estado de salud, den los resultados más perfectos.

Estos medios pueden ser análogos á aquellos, instituídos en Alemania durante la última epidemia, cuyo país estableció una inspección médica en las estaciones de ferrocarriles de la frontera, así como medios de desinfección de wagones, equipajes, etc.

Esta inspección médica no debe ser hecha en locales donde se confundan los viajeros, sino en los mismos coches antes de su descenso, pues así el médico, por los compañeros de viaje, como por los conductores de tren, podrá obtener importantes declaraciones al examinar á cada uno de ellos; así puede evitarse el desorden que quizás

produciría infidelidades en la medida, pues, naturalmente, confundiéndose aquellos, perdiéndose sus relaciones con los carruajes en que hacían su tránsito, etc., lo que durante el viaje pudieran haber observado unos ú otros quedaría perdido, cuando pudiera ser del mayor interés.

Cuando se presenta un caso sospechoso, debe ir á un local destinado para el cuidado de dichos enfermos, y al mismo tiempo proceder á retirar del servicio el wagón que ocupara, así como á su inmediata desinfección.

Las pulverizaciones, las fumigaciones que en algunos países, se han puesto en práctica haciéndolas sufrir á los viajeros, en las que sin escrúpulo llamaríamos *cámaras de asfixia*, son inútiles bajo el criterio del cólera, perjudiciales para multitud de viajeros de constitución débil, ó con enfermedades crónicas y agudas del aparato respiratorio y del circulatorio y no representan más que miedo y el desconocimiento más completo de la naturaleza del cólera, por los que las sancionan y por aquellos que las aconsejan.

Wasserfuhr, en un trabajo que publicó en el (*Vierteljahrschrift für Oeffentliche Gesundheitspflege.*» Welche sanitätspolizeiliche Maassregeln an den Grenzen empfehlen sich gegen eine Verbreitung der Cholera aus dem Auslande nach Deutschland? B. XVII S. 553), después de atacar las medidas cuarentenarias, rechaza en absoluto la inspección médica calificándola de ilusoria, pues á ella, dice, se escapa con seguridad el enfermo con la ligera diarrea premonitoria (que son los vectores más peligrosos) en tanto que un atacado es reconocible ya por cualquiera.

Así, según el autor, la vigilancia de inspección médica debe sustituirse por una policía formada por los empleados del ferrocarril y por la policía del país, con la obligación de denunciar los casos que observen.

Para la inspección de los grandes centros fronterizos, propone el nombramiento de comisarios nacionales médicos (1).

Acerca de este punto no nos hallamos en acuerdo con las ideas del Dr. Wasserfuhr; si aparentemente pudieran parecer razonables, en realidad están muy lejos de ello, pues individuos no médicos tendrían que adquirir una práctica que les equipararía con estos, ó cometer-

(1) Ya en Suiza por ley del 4 de Julio de 1881, el Consejo federal nombró dichos comisarios autorizándoles competentemente para las funciones que se les conferían.

errores; pues su oficio no era el hacer diagnósticos, y aunque hubiese analogías, no nos parecen equiparables un criminal cualquiera con el *Bacillus Virgula*.

Así estimamos que debe crearse un cuerpo de inspección compuesto de profesores médicos á cuyos servicios y para auxiliar su misión estén los empleados de los ferrocarriles, con obligación de denunciarles los casos que observen, así como también una sección de policía que dentro de sus funciones, tome nota de viajeros, de su procedencia, del término de su viaje y avisen por telegrama á dichos puntos á las subcomisiones de policía, las cuales á su vez averiguarán los domicilios, fondas, posadas, etc., á que vayan y darán cuenta á las comisiones médicas que á su vez girarán sus visitas á estos individuos; asegurándose así una vigilancia perfecta que facilitará las medidas ulteriores, que deban instituirse.

(Se continuará.)

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA,

POR EL

DOCTOR D. SINFORIANO GARCÍA Y MANSILLA.

MÉDICO DE NÚMERO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL GENERAL.

I. Afecciones sifilíticas de los párpados.—II. Extirpación de la glándula lagrimal.—III. Trastornos oculares consecutivos á las lesiones pleuríticas.—IV. Relaciones entre las enfermedades de los ojos y las de la nariz.—V. Enucleación del globo ocular en la panoftalmía.

I.—Del estudio de las afecciones sifilíticas de los párpados, Hutchinson (1), deduce las siguientes conclusiones:

1.ª Las afecciones secundarias tardías y las terciarias de los párpados se observan con más frecuencia en aquellos sifilíticos que han tenido rupia, manifestaciones tuberculosas de la piel ó ulceraciones palatinas.

2.ª El párpado superior es atacado con más frecuencia que el inferior aunque los dos sufren bastantes manifestaciones sifilíticas.

3.ª La ulceración terciaria (gomosa) de los párpados se encuentra con más frecuencia en los hombres que en las mujeres.

4.ª No solo muchos casos son rebeldes al tratamiento específico sino que tienen gran tendencia á las recaídas después de una curación aparente.

5.ª Se debe considerar como una regla que las afecciones ulcerosas y los gomas de los párpados son mucho más dolorosas que las mismas afecciones observadas en otra parte de la piel.

(1) *Roy Lond. ophth. Hosp. Rep*, XII, 2.

II.—El Dr. Salomón de Birminghan (1) da cuenta de un caso de extirpación de la glándula lagrimal para combatir una epífora que no pudo ser tratada por el método de Bowman á causa de que la introducción de la sonda provocaba un shock grave. Era una señora de 50 años que desde hacía 14 padecía de una epífora rebelde. El Dr. Salomón la aconsejó el tratamiento de la dilatación por medio de la sonda, pero al practicar esta maniobra aunque no fué muy dolorosa, se presentó tal acceso de shock que tuvo que desistir de aquel tratamiento. Entonces aconsejó á la enferma la extirpación de la glándula lagrimal á lo que no opuso resistencia por el gran interés que tenía en curarse de la epífora.

El éxito de la operación fué completo, por lo cual Salomón aconseja la extirpación de la glándula lagrimal siempre que el oculista se encuentre en una situación parecida á la suya, en el caso referido á grandes rasgos, es decir, cuando el tratamiento por el método de Bowman para la epífora provoque accesos de shock nervioso grave.

III.—Trastornos oculares consecutivos á las lesiones pleuríticas. Estos accidentes son muy excepcionales, por lo cual vamos á dar una idea de los casos publicados en la *Revue gén. de clinique et de therapeutique, núm. 47* por Handford (2). Este médico dispone sea operada de empiema una joven el 11 de Junio; y practicada la operación se extrae gran cantidad de pus y se hace el drenaje de la pleura. El 15 de Agosto la enferma se queja de debilidad de la visión en el ojo derecho y examinado con el oftalmoscopio parece atacado de una neuro-retinitis; el 5 de Septiembre la ceguera era absoluta, la pupila estaba dilatada é inmóvil y las lesiones retinianas eran más claras. El 8 de Septiembre se presentaron los mismos trastornos en el ojo izquierdo. El 19 de Septiembre la percepción de la visión comenzaba á aparecer en el ojo derecho; pero la enferma acusaba paresia del miembro superior del mismo lado y alguna dificultad para pronunciar las palabras.

Por fin, llegó á ser completa la ceguera en ambos lados y sucumbió la enferma. En la autopsia se notó ausencia de lesiones tuberculosas en los tubérculos cuadrigéminos y nervios ópticos, pero en cambio se observaron focos hemorrágicos en los lóbulos occipitales y en las circunvoluciones marginal, angular y primera temporo-esfenoidal. No se encontraron lesiones de ninguna clase en las vísceras.

El examen histológico demostró la degeneración de las fibras nerviosas, la proliferación de la neurroglia y abundante infiltración de glóbulos blancos.

En este caso la ceguera se explica, según Morey, por la histeria del mismo modo que la parálisis y la afacia que en la misma enferma existían.

Esta relación entre el foco de los accidentes cerebrales y el empiema se ha

---

(1) *The Lancet*, 23 Febrero 1889.

(2) *Recueil d'Ophtalmologie*, núm. 2. 1889.

observado en ciertos casos de abceso cerebral. En esta clase de hechos se ha invocado unas veces la trombosis y la embolia y otras la reabsorción séptica; pero en el caso actual, como hace notar M. Handford, no existía ni abceso cerebral, ni foco trombósico y por consiguiente hay necesidad de admitir la provocación del espasmo arterial por una parte y por otra la astenia cardiaca, factores ambos muy importantes para la producción de la isquemia.

IV.—El Dr. Despagnet ha hecho una comunicación á la Sociedad francesa de Oftalmología, el 10 de Agosto del año corriente, acerca de las relaciones entre las enfermedades de los ojos y las de la nariz. Comienza el Dr. Despagnet diciendo que la aplicación de la cocaina á la rinoscopia ha permitido descubrir una patología nueva de las fosas nasales. Estando el ojo en comunicación con las fosas nasales por el canal lagrimal no podía menos de transmitirse á aquel sentido las afecciones de la membrana pituitaria, como sucede con la conjuntivitis catarral que muchas veces sucede al coriza agudo. Esta irritación de la mucosa nasal transmitida á la conjuntiva, no es un hecho fortuito sino la sucesión natural de los fenómenos patológicos provocados por el microbio del coriza que ha encontrado un camino expedito para transmitirse de un sitio á otro, á través del canal lagrimal.

Pero los casos más notables son los que se refieren á los trastornos oculares reflejos de origen nasal. Estos hechos señalados primero por Hack, han sido después confirmados por Gruenning, etc., y últimamente por Trousseau. Toda clase de accidentes reflejos ha sido observado, desde la fotofobia, el lagrimeo y la astenopia, hasta la ambliopia, el estrechamiento del campo visual y la amaurosis. Hay muchas observaciones publicadas de esta clase, especialmente por Cheatam y Lennox Brown. Este último, entre otros casos, refiere el de una mujer atacada de glaucoma en el que la iridectomia fué hecha sin resultado alguno. La afección progresó y los dolores cada vez fueron más intensos. Un examen atento descubrió la presencia de pólipos en ambas fosas nasales, y cuando fueron extirpados, desaparecieron el asma, los dolores periorbitarios y la visión se mejoró en ambos ojos sin que sobre estos órganos se emplease tratamiento alguno.

La transmisión de los derrames purulentos del ojo á la nariz y viceversa, ha sido también observada. El Dr. Jocqus ha referido un caso notable. Se trata de un joven que desde hacía mucho tiempo, venía padeciendo de un derrame purulento y nauseabundo por la nariz. La víspera de verle había disminuído aquel derrame al mismo tiempo que el ojo derecho se puso rojo y, con fotofobia y lagrimeo. El examen hecho por Jocqus le permitió comprobar la presencia de un ligero edema de la región del saco del que no salía líquido alguno mediante la presión. La conjuntiva palpebral y bulbar estaba inyectada y sobre esta última había equímosis diseminados. Había también quémosis. El ojo izquierdo presentaba iguales fenómenos, pero menos acentuados. El examen

rinoscópico demostró solo un enrojecimiento muy acentuado de las mucosas con algunas costras en su superficie. La cauterización con el nitrato de plata produjo la curación. En este caso el punto de partida y la propagación de la afección de un órgano á otro está muy clara.

Otros muchos casos de diversa índole cita el Dr. Despagnet en su comunicación á la Sociedad de Oftalmología (1) con el fin de probar la íntima relación que existe entre las enfermedades de los ojos y las de la nariz, principalmente casos de lagrimeo sostenidos por la hipertrofia de los cornetes inferiores, la cual impide el desagüe normal de los conductos nasales, cuyos lagrimeos, hasta entonces incoercibles, ceden cuando se cauterizan los cornetes ó se verifica su resección. Otros casos cita de granulaciones de la mucosa nasal sostenida por el tracoma de la conjuntiva, lo cual demuestra no solo por el aspecto de la mucosa sino por el examen bacteriológico del exudado de la membrana pituitaria. Practicado este mediante cultivos y el aislamiento previo de los otros gérmenes, que también existen en el moco, llegó á aislar un microbio idéntico al descrito por Sattler en el tracoma, cuyo microbio inoculado en el conejo produciría conjuntivitis granulosa y el pus procedente de esta inflamación no solo era reinoculable sino que contenía el mismo microbio. La presencia de este en las fosas nasales, debe ser sin duda alguna la causa de las reproducciones ó exacerbaciones que con frecuencia se presentan en el tracoma de la conjuntiva cuando desde hacía algún tiempo estaban los enfermos curados ó muy aliviados.

La comunicación de Despagnet enseña bastante de lo que se conoce sobre las relaciones patológicas que hay entre la nariz y los ojos aunque indica también lo mucho que todavía falta que hacer en este asunto.

V.—La enucleación del ojo en la panoftalmia, fué discutida en la Sociedad francesa de Oftalmología en las sesiones de Mayo último, con motivo de una observación presentada por M. Panas, habiéndose podido notar que los oftalmólogos no están conformes en la práctica que es necesario seguir en aquella enfermedad.

¿Es necesario esperar y usar solamente un tratamiento antiflogístico y calmante (sanguijuelas, pulverizaciones fenicadas, compresas frías, inyecciones hipodérmicas de morfina, antipirina etc.)? ¿Se debe enuclear el ojo en plena supuración?

Estas cuestiones fueron de diverso modo resueltas por los oftalmólogos que intervinieron en el debate. M. Panas, citando un enfermo muerto de infección á los ocho días después de la enucleación por un flemón del ojo que siguió á la operación de la catarata, es no obstante partidario de la intervención radical. Dicho enfermo, atacado de mal de Bright (nefritis intersticial) como lo

---

(1) *Rapports entre les maladies des yeux et les maladies du nez.—Recueil d'ophtalm.*, número 9, 1889.

demostró la autopsia, presentaba un mal terreno y estaba infectado aun antes de ser operado. Su organismo fué impotente para anular la influencia de los microbios patógenos. La exenteración que se ha propuesto en estos casos no alivia tanto como pudiera creerse, y nadie puede asegurar que esté exenta de peligros.

En los casos de propagación de la inflamación del globo del ojo á las meninges, M. Panas no admite que el tejido celular de la órbita sirva de vehículo para esta transmisión. Esta cree que se realiza por la vaina del nervio óptico y las experiencias que ha hecho introduciendo azul de Prusia en el cuerpo vítreo, lo prueban.—Por esta vía es por donde los estofilococus que encontró en el ojo, infectaron las meninges de su enfermo.

Galezowski, Meyer y Abadie no son de la opinión de Panas en cuanto á la terapéutica que hay que seguir en el flemón del ojo; prefieren emplear los antiflogísticos, bajo todas las formas, desbridar los tejidos por una sección ancha y transversal del globo ocular y dicen no haber visto ningún caso de muerte con esta práctica.

El profesor Gayet (de Lyon) es partidario decidido de la enucleación en la panoftalmía y expone que siguiendo las reglas de la cirugía antiséptica no hay inconveniente alguno en practicar la extirpación del globo ocular en plena supuración, puesto que esto equivale á separar el foco local de infección. M. Gayet en 60 casos, no ha observado más que uno de muerte y este fué por infección anterior á la enucleación; cree que la enucleación no trae tras sí la inflamación y la infección ulterior del organismo y no admite la eficacia de las grandes incisiones en el globo ocular, asi como tampoco la de la exenteración que además de ser un proceder peligroso no detiene los fenómenos inflamatorios, los cuales después de cesar durante uno ó dos días continúan con la misma intensidad (1).

BOLETÍN SANITARIO DE MADRID.

Las afecciones del aparato respiratorio han seguido constituyendo en el mes de Febrero la nota dominante de las enfermedades reinantes, y en su mayor parte consecutivas á la epidemia de grippe; las laringitis, bronquitis y broncopneumonías, principalmente, si bien en menor número que en el mes de Enero, han sido muy frecuentes, y estas últimas han causado muchas defunciones.

La difteria permanece estacionaria.

(1) *Gazette hebdomadaire de Médecine et chir.*, núm. 23 de 1888.

NOTICIAS.

Nuestro querido compañero de redacción el Dr. D. José Ustariz, ha sido nombrado profesor auxiliar de la Facultad de Medicina, de la Universidad Central.

Por los servicios prestados durante la enfermedad del rey han sido agraciados los médicos de Cámara doctores D. Esteban Sánchez de Ocaña, D. Pascual Candela y D. Agustín Ledesma con el título de conde de Sánchez de Ocaña el primero y las grandes cruces de Carlos III y de Isabel la Católica respectivamente los últimos.

Damos la más cordial enhorabuena á nuestros queridos compañeros por tan señalada como merecida distinción, y se la damos también á la Facultad de Medicina, al Cuerpo de la Beneficencia provincial y al de Sanidad militar por contar en su seno personalidades que tanto los honran.

Real Academia de Medicina de Madrid.—*Programa de premios para 1891-92.*

Premio de la Academia.—Tema: *Terapéutica de la pneumonía, apoyada en casos prácticos.*

Para las Memorias sobre este punto, escritas con letra clara en español ó latín, se concederá un premio consistente en 1.500 pesetas, medalla de oro, diploma especial y título de socio corresponsal si, no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones reglamentarias. La Corporación publicará, además, la obra por su cuenta, entregando al autor 200 ejemplares, reservándose la facultad de publicar, costear ó no las láminas ó grabados que puedan acompañar al texto.

El *accesit* consistirá en medalla de plata en igual forma que la del premio, diploma especial y título de socio corresponsal en las mismas condiciones, publicándose por la Academia, solamente en el caso de que esta lo juzgue conveniente.

Premio Martínez Molina.—Tema: *Estudio de la segmentación celular directa y de la indirecta ó kario-kinesis.*

En comprobación de la doctrina que se exponga, deberán presentarse el mayor número posible de preparaciones naturales y de figuras esquemáticas.

Para este punto habrá un *premio* y un *accesit*.

El *premio* consistirá en 800 pesetas, diploma especial y el título de socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria si, no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones de reglamento.

El *accesit* consistirá en un diploma especial y el título de socio corresponsal con las mismas condiciones.

Las Memorias deberán estar escritas con letra clara en español, latín ó francés.

Premio ofrecido por el Dr. D. Andrés del Busto, marqués del Busto.—Tema: *Influencia de los Colegios de Cirugía médica fundados á fines del siglo XIII en los progresos de la medicina española.*

Para este punto habrá un *premio* y un *accesit.*

Consistirá el *premio* en la cantidad de 250 pesetas, con diploma especial y el título de socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria si, no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones de reglamento.

El *accesit* consistirá en un diploma especial y el título de socio corresponsal, con las mismas condiciones.

Las Memorias deberán estar escritas en español, latín ó francés.

Premio legado por el Dr. D. Ramón E. Morales.—Tema: *Señalar las circunstancias en que está indicada la laparotomía en las heridas de los órganos abdominales.*

Consistirá este premio en un diploma especial y la cantidad de 750 pesetas, que se entregará al autor de la Memoria que se considere con mérito suficiente.

Todos los referidos premios se conferirán en la solemne sesión inaugural del año 1892 á los autores de las Memorias que los hubiesen merecido á juicio de la *Academia.*

Las Memorias se remitirán á la Secretaría de la *Academia*, sita en la calle de la Greda, núm. 15, cuarto principal, antes del 1.º de Mayo de 1891; no debiendo sus autores firmarlas ni rubricarlas, y sí solo distinguirlas con el lema igual al del sobre de un pliego cerrado, que remitirán adjunto, y el cual contendrá su firma.

Los pliegos correspondientes á las Memorias premiadas se abrirán en dicha sesión inaugural, inutilizándose los restantes en la primera sesión de gobierno que después se celebre, á no ser que fuesen reclamados oportunamente por los autores.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la *Academia*, y ninguna de las remitidas podrá retirarse del concurso.

Socorros del Sr. Rubio.—Se adjudicarán igualmente en la sesión inaugural de 1892 dos de los socorros legados por el académico D. Pedro María Rubio, consistentes cada uno en la cantidad de 750 pesetas, para las dos viudas ó hijas mayores solteras de médicos rurales, que hayan ejercido su profesión en España por más de tres años de una manera honrosa y recomendable en las más pequeñas poblaciones ó aldeas, y siendo, además, circunstancia atendible la de haber fallecido los causantes de enfermedad epidémica ó contagiosa.

Se advierte que las interesadas no han de disfrutar ninguna pensión de Montepío.

Se recibirán hasta 1.º de Septiembre de 1891, en el local de la *Academia* antes citado, las solicitudes, acompañadas de los documentos siguientes:

Copia simple del título del profesor fallecido y certificaciones que acrediten los extremos á que se refiere la fundación de estos socorros.

Por Reales órdenes de 3 de Febrero han sido nombrados D. Blas Urzola y D. Pedro Ramón Cajal, auxiliar numerario de Medicina y director de trabajos anatómicos respectivamente de la Universidad de Zaragoza; director de tra-

bajos anatómicos de la Facultad de Medicina de Santiago D. Casimiro Forre; catedrático de la Facultad de Medicina, con destino á la Cátedra de clínica quirúrgica de Cádiz, D. Luís Guedea y Calvo; D. José Rubio y Argüelles catedrático numerario de la asignatura de obstetricia y ginecología de la Facultad de Medicina de Cádiz.

A las bajas que anunciábamos en nuestro número anterior, tenemos que agregar la de los *Archivos de medicina y cirugía de los niños* fundado y dirigido por nuestro querido amigo y compañero el Dr. González Alvarez.

En cambio hemos recibido el núm. 1.° de la *Revista médico-quirúrgica* que ha empezado á publicarse en Cádiz bajo la dirección de los doctores D. Benito Alcina y D. J. Luís Höhr. Deseamos al nuevo colega larga y próspera vida.

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Castellón....	Alcala de Chisvert.....	875 pesetas y las igualas.....	5 Marzo.
Vizcaya.....	Urduliz.....	875 pesetas y las igualas.....	6 Marzo.
Salamanca...	Puebla de Azaba.....	60 pesetas y las igualas.....	3 Marzo.
Málaga.....	Comares.....	590 pesetas y las igualas.....	5 Marzo.
Cuenca.....	Hontanaya.....	500 pesetas y las igualas.....	10 Marzo.
Vizcaya.....	Guernica y Luno.....	920 pesetas y las igualas.....	2 Marzo.
Soria.....	Magaña.....	20 pesetas y las igualas.....	12 Marzo.
Toledo.....	Santajada	125 pesetas y las igualas.....	4 Marzo.

MINISTERIO DE FOMENTO.—*Universidad Central.*—Se halla vacante en la Facultad de Medicina de esta Universidad una plaza de profesor auxiliar, dotada con la gratificación anual de 2.250 pesetas, la cual ha de proveerse por concurso entre los individuos que reunan las condiciones exigidas por el Real decreto de 25 de Junio de 1875.

Para ser nombrado profesor auxiliar, según el art. 3.° de dicho Real decreto, es necesario acreditar:

Haber cumplido 22 años.

Hallarse en posesión del título de doctor en la Facultad de Medicina, ó tener los ejercicios del grado, debiendo presentar antes de tomar posesión el correspondiente título.

Acreditar además alguna de las circunstancias siguientes:

Haber sido profesor auxiliar, conforme á alguno de los sistemas que han regido anteriormente, por espacio de cinco años, ó haber explicado dos cursos completos de cualquier asignatura.

Haber escrito y publicado una obra original de reconocida importancia para la enseñanza y relativa á materia de la Facultad en que pretenda prestar sus servicios.

Ser catedrático excedente.

En su consecuencia, los que se crean adornados de las circunstancias expresadas dirigirán sus solicitudes documentadas á este Rectorado, dentro del término de veinte dias, contados desde el siguiente de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid* (día 16); en la inteligencia de que el período hábil para la presentación de dichas solicitudes finalizará á la hora de las cuatro de la tarde.

Lo que de orden del Ilmo. Sr. Rector de esta Universidad se anuncia para conocimiento de los que deseen aspirar á dicha plaza.

Madrid 13 de Febrero de 1890.—*El Secretario general*, LEOPOLDO SOLIER.

D. Ricardo Egea y Gómez, *jefe facultativo del Hospital de la Princesa*, y D. Juan M. Mariani, *médico de número de dicho Hospital*,

Certifican: Que el **PROTOCLORURO DE HIERRO CON HIPOFOSFITOS**, preparado por el **Dr. Vivas Pérez**, de Almería, es uno de los reconstituyentes de acción más segura en el tratamiento de la *clorosis*, de la *anemia* y en los estados de debilidad consecutivos á enfermedades graves, siendo por lo tanto un preparado muy recomendable en todos los casos de empobrecimiento orgánico y depresión de fuerzas.

Y para que conste y á petición del interesado expedimos la presente en Madrid á 13 de Marzo de 1889.

Dr. Ricardo Egea y Gómez.—Dr. Juan M. Mariani.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.
El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta

Depósitos al por menor.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruíz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

ESTUDIO TERAPÉUTICO SOBRE LA FENACETINA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA Y MANSILLA,

MÉDICO DE NÚMERO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL GENERAL.

Son tantos los medicamentos nuevos con que va enriqueciéndose la terapéutica moderna, que apenas es posible seguir la marcha vertiginosa que aquella ciencia sigue en su progresivo desarrollo. No pasa semana alguna, sin que la prensa profesional nos anuncie el descubrimiento de algún medicamento nuevo, que los químicos hayan podido extraer de las plantas medicinales ú obtenido por la síntesis química.

Los grupos de medicamentos que más han aumentado en número, gracias á los maravillosos procedimientos de análisis y síntesis de la química moderna, son los hipnóticos, los antisépticos, los anestésicos y sobre todo los antitérmicos.

El catálogo de los antitérmicos, más que ninguno otro se ha aumentado, no solo por el descubrimiento de productos nuevos que tienen la propiedad de disminuir preferentemente la temperatura febril, sino por el estudio detenido de medicamentos que, figurando en otras medicaciones, á causa de sus diversas acciones, ha habido necesidad de colocarlos también en la medicación antipirética, por que tienen la cualidad de disminuir el calor febril.

Siguiendo la ley general que ha presidido á todo descubrimiento médico, cuando aparece un agente farmacológico nuevo, tiene una época de moda en que se exageran sus propiedades medicamentosas, y como consecuencia, se ensancha demasiado la esfera de sus apli-

caciones terapéuticas; pero después que ha pasado el período de exageraciones, se estudia con más seriedad el medicamento, se precisan sus acciones fisiológicas y se concreta el campo de sus aplicaciones á la clínica.

Esto precisamente ha sucedido con muchos antipiréticos. Desde el momento en que fueron descubiertas sus propiedades antitérmicas, se aplicaron á la clínica, aun antes de emplearse en fisiología experimental, pero cuando la experiencia á la cabecera del enfermo, ha intervenido y estudiado mejor los antipiréticos nuevos, han caído algunos en un completo olvido, ya porque tenían alguna propiedad perjudicial al organismo, ya porque no tenían ventaja alguna sobre los medicamentos de igual especie y desde antiguo conocidos. Esto ha ocurrido con la antifebrina, con la kairina, etc., que si bien producen un gran descenso en la temperatura febril, en cambio, destruyen los glóbulos rojos y por consiguiente, la cantidad de oxígeno que en ellos se fija durante la respiración pulmonar, siendo por esta disminución de comburente como se explica el mecanismo por que disminuyen el calor animal. Y si á esta propiedad destructora de los elementos formes de la sangre, se añade, el estado de depresión orgánica, la disminución de la energía cardiaca, fenómenos más perjudiciales al enfermo que la misma fiebre, se comprenderá perfectamente la causa del abandono de aquellos antipiréticos que, como otros, han sido durante algún tiempo, preconizados por los médicos.

Pero al lado de los antipiréticos, cuya vida en la medicina práctica ha sido muy fugaz, hay otros cuyo descubrimiento constituye un verdadero progreso de la química, el estudio de sus propiedades fisiológicas, una conquista de la terapéutica y la determinación precisa del campo de sus aplicaciones, un manantial inagotable de agentes curativos para la clínica.

A esta segunda clase de medicamentos antitérmicos, á la categoría de esos que no tendrán en la medicina una existencia efímera, sino que quedarán de una manera definitiva en la lista de agentes terapéuticos de verdadera utilidad para contribuir á la curación de las dolencias humanas, pertenece el que nos va á ocupar en el curso de estas cortas líneas. Nos referimos á la fenacetina.

Para hacer el estudio detenido que este medicamento exige y con el método que se requiere cuando de transcendentales cuestiones de terapéutica se trata, hemos procurado conocer primero la fenacetina en sus cualidades físico-químicas, practicar después inoculaciones

en los animales, á fin de averiguar el modo de obrar sobre las diversas funciones orgánicas, y emplearla, en fin, en el hombre sano y enfermo para confirmar las propiedades observadas en los animales y deducir así las aplicaciones que de aquel medicamento hemos de hacer en la clínica.

Solo cuando así se procede, puede decirse que un medicamento cuenta con suficientes garantías de ser conocido y el médico práctico puede emplearle con la confianza de poseer un arma de combate para luchar con ventaja contra la enfermedad.

Para realizar aquel programa, emprendimos hace algunos meses nuestros trabajos dirigiéndolos por una parte á la terapéutica experimental, realizándolos en el laboratorio del hospital de San Juan de Dios, con la poderosa ayuda de nuestro querido amigo y maestro el Sr. D. Antonio Mendoza, y por otra á la clínica terapéutica en las salas 28 y 29 á nuestro cargo en el Hospital General de Madrid.

Para dar cuenta á nuestros lectores, siquiera sea con mucha brevedad, de los resultados que de aquellos trabajos hemos obtenido, dividiremos nuestro artículo en los siguientes capítulos.

I.—Reseña histórica sobre la fenacetina.
II.—Propiedades físico-químicas de la fenacetina.
III.—Efectos fisiológicos que se presentan cuando se administra á los animales.
IV.—Efectos que se observan cuando se emplea la fenacetina en un individuo sano.
V.—Fenómenos que se presentan cuando se administra al febricitante.
VI.—Aplicaciones que se deducen de las propiedades observadas y enfermedades en que está indicada la fenacetina.
VII.—Conclusiones.

I.

RESEÑA HISTÓRICA SOBRE LA FENACETINA.

La fenacetina fué descubierta en Febrero de 1887, por Kas y Hinsberg (1) que estudiaron sus efectos fisiológicos en Alemania. Kobler y Hugo Hoppe (2), han publicado algunos trabajos en 1888

(1) *Centralblatt für die Medic* etc. 1887, núm. 9.
(2) *Ueber die Wirkung des Phenacetin.* Berlin, 1888.

sobre los efectos antipiréticos y analgésicos del mismo medicamento.

En Francia el profesor Lepine (1) ha experimentado esta sustancia y reconocido su superioridad sobre otros antitérmicos de igual naturaleza; Dujardin-Beaumetz (2), hace varias comunicaciones á la Sociedad de Terapéutica de París, en las cuales expone los resultados que ha obtenido con la fenacetina, considerándola como preferible á la antipirina y á la antifebrina, porque ni es tóxica, ni produce las náuseas, el estupor, los sudores, etc., que producen estos últimos. Henocque demuestra que la fenacetina no destruye los glóbulos rojos como la talina ó como la kairina, por lo cual es también superior á estos antitérmicos.

Roe y Koller (3) en Inglaterra, exponen los favorables resultados que han obtenido del uso de la fenacetina.

En el *Bulletin de Thérapeutique* (4) Misrachi y Rifat han publicado una memoria sobre este asunto. En fin, Ch. Eloy ha juzgado con gran imparcialidad la cuestión de las fenacetinas en la *Gazete Hebdomadaire* (5).

También han empleado la fenacetina en sus clínicas respectivas Pesce de Turín, Cesari y Burani de Módena, obteniendo felices resultados en la artritis reumática, la tuberculosis pulmonar, la pneumonía crupal, la malaria y en la epilepsia, diciendo que con el uso de aquel medicamento han conseguido una diaforesis favorable.

Para no extendernos más en este asunto histórico, citaremos á los profesores Rumpf, Rohden (6), Heusner, Greenfeld que han publicado artículos exponiendo sus opiniones sobre las propiedades del medicamento de que nos estamos ocupando.

Por fin, el Dr. Mahner (7) ha tratado de averiguar si la fenacetina produce los mismos efectos en los animales de sangre fría, que en los de sangre caliente. Con este objeto ha practicado inoculaciones en las ranas, convenciéndose, después de muchas experiencias, de que, en estos animales, como en todos los de sangre fría, no ejerce

---

(1) *Semaine médicale*, 1887, 12-21.
(2) Soc. de Thérapeutique, 10 Octubre 1888.
(3) *Brit. med. journ.*, 26 de Mayo de 1888.
(4) *Bulletin de Thérapeutique*, 1888. Tomo I, pág. 481.
(5) *Gacette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, 1888, pág. 610.
(6) *Deustche medicinische Wochenschrift*, 1888, pág. 15.
(7) *Ueber Phenacetin vom klinischen und physiologischen Standpunkte*, von Dr. Mahner in Graz. *Deustche medicinische Wochenschrift*, números 50 y 51, 1888.

acción alguna la fenacetina. Estos resultados negativos lo mismo los ha conseguido por medio de las inyecciones subcutáneas de la disolución caliente de la fenacetina, que con las inyecciones en los sacos linfáticos de una emulsión en glicerina ó en aceite del mencionado medicamento. En los sacos linfáticos y en el tejido subcutáneo permanece la fenacetina sin experimentar transformación alguna.

El mismo autor ha practicado inyecciones en conejos, consiguiéndo resultados análogos á los obtenidos por otros experimentadores.

II.

PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS DE LA FENACETINA.

Bajo el nombre genérico de fenacetinas, se conocen en la química tres sustancias que difieren poco en su composición y hasta en sus propiedades fisiológicas; pero una de ellas, tiene ventajas sobre las otras dos en cuanto á sus aplicaciones á la medicina.

Dichas sustancias se llaman: *meta-aceto-fenetidina, para-aceto-fenetidina* y *orto-aceto-fenetidina.*

Las tres fenacetinas, tienen propiedades antitérmicas y todas han sido empleadas por los terapéutas extranjeros, y como quiera que no siempre han precisado con exactitud la que han administrado, de ahí que se observe gran diferencia en cuanto á las dosis y á los efectos fisiológicos que han obtenido con el uso de aquellos medicamentos. Para evitar confusiones, nosotros estudiaremos ligeramente cada una de las fenacetinas y diremos después la que hemos usado en nuestras experiencias.

La *meta-aceto-fenetidina,* estudiada por Wagner, funde á 96° y de ella no nos vamos á ocupar por tener poca importancia.

La orto-aceto-fenetidina, funde á 76° y si bien ha sido estudiada por Dujardin-Beaumetz, que ha obtenido efectos muy parecidos á los de la para-aceto-fenetidina y es por otra parte más soluble en el alcohol que esta, tampoco la hemos empleado.

La *para-aceto-fenetidina,* es la que hasta hora se ha empleado más en medicina y la que á nosotros nos va á ocupar, advirtiendo que en todos nuestros trabajos hemos empleado la más pura que se conoce, la que lleva la marca Bayer. La para-aceto-fenetidina que, para abreviar esta complicada palabra se llama también fenacetina, funde á 135°. Es una sustancia sólida, blanca, que se presenta en el co-

mercio en escamas cristalinas, poco soluble en el agua fría y soluble en el alcohol. Pertenece á la serie aromática. Si las escamas cristalinas, que tienen mucho parecido con las del ácido bórico, se ponen á hervir con agua, se disuelven en bastante cantidad, pero se precipitan nuevamente en cuanto el agua se enfría. Por esta circunstancia, si una gota de la disolución caliente se coloca sobre un porta objetos excavado y se observa después al microscopio, se ve que cristaliza la fenacetina en hermosos cristales prismáticos exagonales rectos, apuntados por pirámides de seis caras.

La fenacetina alemana (J. Bayer de Elberfeld) pues hay otra francesa (Poirrier), es soluble en el éter siempre que se tome la precaución de calentar ligeramente al baño de maría: en estas condiciones, 50 cg. se disuelven en 10 g. de éter, mientras que en frío se necesitan 100 g. para disolver la misma cantidad. Cuando se deja enfriar la disolución etérea se precipita la mayor parte de la fenacetina.

Es insoluble en el ácido láctico puro ó diluído, á la temperatura ordinaria, pero si se calienta la mezcla á 30° centígrado, se ve que 20 cg. de fenacetina se disuelven en 1 g. de ácido láctico y no se precipita aunque se añada agua, siempre que la temperatura no descienda de 33°. Por estas propiedades se explica su disolución y absorción en el estómago, como después indicaremos.

Es inodora, insípida é insoluble en el cloroformo, en la glicerina, en los aceites esenciales y en la vaselina líquida.

En el alcohol se disuelve en la proporción de 50 cg. para 15 g. Esta disolución alcohólica es neutra y no se modifica por la acción del hidrógeno sulfurado.

Quemada la fenacetina sobre el cuchillo de platino, no deja residuo alguno.

Si se examina en el polarímetro la disolución acuosa de fenacetina se ve que es ligeramente levógira.

Obtención de la fenacetina.—Las complicadas operaciones químicas que se necesitan practicar para obtener la fenacetina, pueden reducirse, con el fin de dar una ligera idea de ellas, á las siguientes (1): 1.er tiempo, nitrificación del fenol; 2.°, separación de los nitrofenoles; 3.°, etilización; 4.°, reducción y 5.°, acetilización.

La *nitrificación del fenol* se hace por medio del ácido nítrico á una

(1) Gaiffé. *Bulletin de Thérapeutique.* Tomo 1, 1888, pág. 77.

temperatura conveniente. Se forma orto y para-nitro-fenoles que se *separan* después.

El para-nitro-fenol separado del orto-nitro-fenol es *etilizado* con un derivado halógeno del alcohol etílico (cloruro, bromuro, etc.).

Se separan los productos etilizados de los no etilizados y después el nitro-fenol es *reducido* por un ácido y el hierro ó el zinc. La amina obtenida, es separada por el éter, y hecha la destilación de este, queda en libertad la *fenetidina*. Esta *para-fenetidina* se purifica, *se acetiliza* tratándola por el ácido acético á temperatura elevada durante algunas horas, y por fin se vierte en agua, donde cristaliza por enfriamiento la para-aceto-fenetidina, la que se purifica por repetidas cristalizaciones en nuevas cantidades del mismo líquido.

La orto-aceto-fenetidina se obtiene del mismo modo partiendo del orto-nitro-fenol. La obtención de la meta-aceto-fenetidina es muy complicada y no tiene importancia su descripción en un artículo de carácter médico.

Las fórmulas químicas que expresan estas reacciones, así como la de cada uno de los productos que sucesivamente se van formando son muy complicadas, por lo cual consignaremos únicamente la fórmula de la para-aceto-fenetidina, que es la siguiente:

$$C_6 H_4 \begin{cases} OC^2 H5 \\ NH(CH^3 - CO) \end{cases}$$

Por la sucinta reseña que hemos hecho de la obtención de este producto, se ve que se forma por la acción del ácido acético sobre los para-fenoles, comprendiendo bajo esta denominación, los éteres etilenos de los para-amido-fenoles.

Reacciones de la fenacetina.—1.ª Se coloca en un tubo de ensayo una corta cantidad de disolución saturada en caliente de fenacetina, se añaden 4 gotas de ácido clorhídrico y una pequeña parte de una disolución de nitrito de sodio al 1 por 100. En fin, añadiendo gota á gota una disolución alcalina de naftolalfa aparece un hermoso color rojo que pasa á violeta por la adición de un ácido mineral.

2.ª Se coloca en el tubo de ensayo la disolución de fenacetina, el ácido clorhídrico y el nitrito de sodio como en el caso anterior. Se añade ácido carbólico y aparece un precipitado amarillo que pasa al rojo oscuro por la adición de un ácido enérgico, como el sulfúrico.

3.ª La disolución de fenacetina tratada por el percloruro de hierro da una coloración roja.

4.ª Por medio de la disolución de sulfato de cobre da una coloración verde. Esta reacción hemos tratado de obtenerla en el laboratorio del Hospital de San Juan de Dios, donde hemos verificado estos trabajos, y solo lo hemos conseguido añadiendo á la mezcla de las disoluciones de fenacetina y de sulfato de cobre algunas gotas de ácido nítrico. Si en vez de este ácido usábamos el clorhídrico obteníamos también un hermoso color verde; pero en este caso la reacción no es característica de la fenacetina, toda vez que la misma se obtiene con la disolución sola de sulfato de cobre sin fenacetina, cuando se trata por el ácido clorhídrico, pues el color verde en estas condiciones de experimentación, se debe solamente á la formación del cloruro cúprico que tiene aquella coloración. En cambio, si se opera con los ácidos sulfúrico, acético ó cítrico, con los que también nosotros hemos experimentado, no se observa coloración verde en el sulfato de cobre ni con ni sin fenacetina. Por todo esto repetimos que, como decíamos arriba, se necesita indispensablemente de la intervención del ácido nítrico para que la reacción de color verde aparezca en la mezcla de sulfato de cobre y fenacetina, ya que sobre este punto nada dicen los químicos que han analizado esta sustancia.

5.ª Tratando por el ácido clorhídrico una disolución enfriada de fenacetina y añadiendo después 5 gotas de agua de cloro, se presenta una coloración rojo violeta, que se convierte á los cinco minutos en un rojo rubí y que toma un tinte rosado si se añade un exceso de agua de cloro (Ritser).

6.ª Añadiendo á una disolución de fenacetina acidificada con el ácido clorhídrico, otra de ácido crómico al 3 por 100, da una coloración rojo subida (Ritser).

7.ª Si se calienta la fenacetina en baño de maría durante dos ó tres horas con ácido sulfúrico diluído, tiene lugar la saponificación quedando en libertad la para-fenetidina. Si á esta disolución ácida se añade otra acuosa de nitrito de sodio al 1 por 100, y sobre esta mezcla, otra de bisulfo-naftol se forma un precipitado de color rojo cereza, que está constituído por una materia colorante.

La disolución de bisulfo-naftol, se forma disolviendo bisulfo-naftol en agua amoniacal y añadiendo exceso de amoniaco. El bisulfo-naftol, se obtiene por la acción directa del ácido sulfúrico sobre el naftolalfa. El licor de fenetidina y nitrito de sodio debe ser ácido, el de bisulfo-naftol alcalino, y la mezcla debe quedar todavía alcalina.

Estas reglas son de absoluta necesidad para que salga bien esta complicada reacción.

La materia colorante que se forma por esta reacción, se puede precipitar por la sal común. Si en el líquido se coloca una porción de lana blanca, sobre ella se deposita el precipitado y por la intensidad de la coloración, se deduce la cantidad de fenacetina que contiene el líquido que se analiza.

Esto es lo que se llama el dosado de la fenacetina, pues esta propiedad de precipitarse aquella materia colorante sirve para tener una serie de trozos de lana, con diversos tonos del color rojo cereza según la cantidad que de aquella materia se hubiese precipitado sobre ellas. Comparando con esta escala típica, la lana en que se hubiese precipitado la materia colorante de un líquido con fenacetina y con el que hubiésemos procedido, según indica la reacción que acabamos de describir, deduciremos la cantidad que de la misma contiene.

El método del dosado de la fenacetina, tiene sobre todo aplicación para analizar las orinas, para lo cual se procede del siguiente modo.

Se evapora la orina hasta sequedad, el residuo se trata por alcohol que disuelve la fenacetina. Se separa el alcohol y se filtra, se evapora el líquido filtrado y queda un residuo que está constituído exclusivamente por fenacetina. Dicho residuo se hierve con ácido sulfúrico diluído durante dos horas, procediendo después en todo lo demás como arriba hemos indicado, es decir, que á esta disolución se añade la de nitrito de sodio y la de bisulfo-naftol.

En vez de recoger la materia colorante sobre lana, podemos también recogerla sobre un filtro y después pesarla convenientemente, con lo cual el dosado resulta todavía más exacto. El precipitado á su vez podemos reedisolverle en agua acidulada con el ácido sulfúrico y colocando la mezcla en un baño caliente durante media hora, conseguir que vuelva á precipitarse sobre una franela blanca toda la materia colorante.

Esta reacción del dosado de la fenacetina es tan sensible, que puede encontrarse diferencia entre dos cantidades distintas de fenacetina, que se hayan administrado á un enfermo, aunque solo varíen en 4 cg. Para esto es necesario que el peso de la lana que se emplee en esta comparación sea igual.

Ya que de la orina tratamos, veamos otras reacciones que se emplean para descubrir en ella la fenacetina.

8.ª La orina tratada en caliente, por el ácido clorhídrico y después de enfriada por el fenol al 3 por 100 y añadiendo en seguida algunas gotas de ácido crómico en disolución, toma un color rojo intenso que se transforma en verde hierba ó en verde oliva, por la adición de algunas gotas de amoniaco.

Adulteraciones de la fenacetina.—Como quiera que la fenacetina se suele adulterar por los comerciantes, mezclándola con el acetanílido (antifebrina), á causa de la gran semejanza que entre ambas sustancias existe y del menor valor de esta última, es necesario que expongamos algunas reacciones mediante las cuales sea posible descubrir la presencia de la antifebrina y con este objeto presentamos las siguientes:

1.ª Si se calienta 1 g. de fenacetina con 2 cm.^{3} de una solución de sosa caústica y se añade á la mezcla algunas gotas de cloroformo, se observa que, calentando de nuevo, el olor que exhala la mezcla es agradable y aromático si la fenacetina es pura; en cambio, si á ésta se ha añadido alguna parte aunque pequeña de antifebrina, tiene lugar la reacción del isonitrilo y se desenvuelve un olor muy desagradable y repulsivo de la fenilcarbonilamina (Schwarz).

Ritzer aconseja sustituir el cloroformo por el hidrato de cloral, porque de este modo la reacción del isonitrilo tiene lugar con mas facilidad y es más marcada en presencia del cloroformo al estado naciente.

2.ª Cuando se hace hervir sosa cáustica en disolución con el acetanílido, aparecen en la superficie unas gotas oleaginosas que están constituídas por la anilina. Si se trata del mismo modo la fenacetina pura no se presentan aquellas gotas; pero con una pequeña cantidad de acetanílido que esté mezclada, basta para que las gotas mencionadas floten en la mezcla, acusándose la impureza de la fenacetina y el producto con que se ha adulterado.

3.ª Si se calienta una solución de sosa cáustica con acetanílido y se trata la mezcla por el éter, y luego que este es evaporado se añade agua destilada, una gota de ácido fénico y una pequeña cantidad de una disolución de cloruro de calcio al 10 por 100, aparece un color azul verdoso. Por la adición de una gota de ácido clorhídrico á este líquido aparece un color rojo de cáscara de cebolla. La adición de amoniaco, determinando la reacción del iodofenol, le restituye su color verdáceo primitivo.

Por el contrario, la fenacetina pura, tratada de la misma manera

que la antifebrina, es decir, por la sosa cáustica, el éter, el ácido fénico y el cloruro de calcio, da un color rojo cereza que no se modifica ni por la adición del ácido clorhídrico ni por la del amoniaco.

Si la fenacetina que se ensaya está adulterada con la antifebrina, aparecerá un color intermedio entre el rojo cereza y azul verdoso, pero predominando este, por poca antifebrina que exista.

4.ª La siguiente reacción aconseja Salzer (1) para reconocer no solo la acetanilida sino también los restos de anilina que contuviese la acetanilida que se emplease para sofisticar la fenacetina. Si se hace una disolución de antifebrina pura en ácido clorhídrico frío y se añade lentamente á esta disolución otra de cloruro de calcio, se forma un precipitado blanco que se reedisuelve si se añade un exceso de ácido clorhídrico. No obstante esto, al cabo de algún tiempo nuevamente se presenta un precipitado formado por finas agujas sedosas y transparentes. Si la antifebrina contiene alguna cantidad de anilina, en las mismas condiciones, se presenta el rojo magenta.

El mismo color rojo magenta se observa si en una fenacetina que se nos da para analizar, existe alguna pequeña cantidad de anilina, procedente de que la antifebrina que se empleó para adulterar la fenacetina estaba á su vez impurificada por alguna pequeña porción de anilina. Si la antifebrina que se mezcla á la fenacetina es pura, no la revela esta reación, que solo acusa la presencia de la anilina.

(Se continuará.)

HIGIOTECNIA DEL CÓLERA,

POR

D. ANTONIO MENDOZA,

JEFE DEL LABORATORIO Y MUSEO DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MADRID.

(Conclusión.) (2).

FRONTERAS MARINAS.

Costas.

Indudablemente las costas están en mucho mejores condiciones que las fronteras de tierra para ser vigiladas, pues los medios para llegar á ellas y los puntos de arribo son limitados.

(1) *The Pharmaceutical Journal.* 30 Junio de 1888.

(2) Véase el número anterior, pág. 131.

Desde antiguo las cuarentenas han venido demostrando sus verdaderos resultados en defensa de los puertos, y ejemplos hablan en favor de ellas, por la utilidad que pueden prestar; su rigor ha venido disminuyendo, y en 1867 se puso en práctica el sistema de inspección.

La inspección sanitaria debe ejecutarse en todos aquellos buques que procedan del Mar Rojo ó de Turquía.

1.° Cuando procediesen de un puerto, del cual ya por noticias oficiales ú oficiosas, pero fidedignas, se supiese que se hallaba infecto en realidad ó era sospechoso.

2.° Cuando en su travesía, el buque hubíese tenido contacto con otros procedentes del Mar Rojo ó de Turquía, ó de puertos infectos ó sospechosos.

3.° Cuando durante el viaje haya tenido un caso de cólera confirmado ó de enfermedad sospechosa.

Si la visita de inspección sanitaria diese por resultado ser satisfactoria en todos sentidos, se dará al buque libre tránsito.

En el caso que el buque se presente en un estado de clara infección, los enfermos ó sospechosos que existen deben ser separados y aislados en locales que deben estar preparados de antemano. Los cadáveres, si existen, deben ser envueltos en fuertes telas empapadas en disoluciones antisépticas, é inmediatamente ser enterrados; sus ropas deben destruirse y los demás efectos que les pertenezcan, si son de algún valor deben desinfectarse.

El resto de viajeros y tripulación que aparezcan sanos deben aislarse en otro local distinto de los anteriores quedando en observación, la cual será de seis días, pudiendo reducirse este tiempo en aquellos casos en que solo existe la sospecha de la enfermedad, la cual no se justificara en dicho tiempo.

Las mercancías y el buque en general, deben ser desinfectados, y aquellos sobre los cuales existe tan solo la sospecha quedar incomunicados, hasta que la observación la confirme ó niegue.

En el primer caso se debe proceder á las desinfecciones; para estas debe preferirse el *ácido fénico, el bicloruro mercúrico y el vapor*, debiendo ser la desinfección prolija en la cala, sentina y lugares más húmedos, así como en los departamentos ocupados por los enfermos.

Los puertos que no se hallen en condiciones de tener lazaretos, deberán enviar el buque al más próximo.

Nosotros somos contrarios á esa repugnancia general, á que todos los puertos tengan sitios *ad hoc;* con un buen personal y con los

medios que hoy cuenta la ciencia no creemos fuera nunca peligrosa la instalación de estos establecimientos, lo cual haría fácil la más exacta aplicación de las medidas sanitarias y evitaría lastimar los intereses comerciales dando aún á ciertos puertos una importancia de gran alcance y de la que hoy carecen.

Estos lazaretos deben estar construidos en las mejores condiciones de higiene y con comodidades; si es posible, deben hallarse en islotes separados los distintos locales destinados á los enfermos, los sospechosos y los sanos, así como los dedicados á la desinfección.

Los capitanes ó médicos de á bordo (ó el capitán en aquellos que no lleven médico) deberán declarar lo que haya ocurrido durante la travesía, sin hacer la menor ocultación, sujetándoles á las penas que se consideren oportunas, en el caso de falta; estas penas deben revestir el carácter exclusivamente personales.

Si oportunamente es conocida la ocultación se procederá á las medidas indicadas.

II.

Higiotecnia intra-nacional.

DISPOSICIONES HIGIÉNICAS GENERALES.

Debe atenderse del modo más detallado á las regias generales de la higiene pública, á todas las exigencias que bajo este punto de vista tienen las construcciones de edificios, calles, mercados, su limpieza, ventilación, cubicación (para aquellos habitables) continua ó temporalmente, y atender con un especial cuidado las necesidades de las clases proletarias.

Será un punto de gran importancia las condiciones de las aguas, vigilando y procurando por su pureza.

También debe ser atendida la eliminación de los residuos y escrementos, siendo un delito de lesa higiene, que no hay palabras con que criticarle, que puedan hoy aún existir poblaciones y pequeños pueblos sin tener un sistema higiénico de evacuación.

Estos puntos deben ser atendidos como principales factores de saneamiento de las poblaciones y los que en ninguna época deben mirarse con tibieza.

MEDIDAS QUE DEBEN ADOPTARSE CUANDO HAY PROBABILIDADES DE INVASIÓN COLÉRICA.

Cuando en país vecino ó próximo existe la enfermedad y es de temer que por una ú otra vía se produzca la infección, deben ser puestas en práctica las siguientes medidas:

Vigilar el tránsito y tráfico é instituir las medidas ya indicadas para las fronteras de tierra y mar.

Prohibición de ferias, romerías etc., que producen confluencia y aglomeración de gentes.

Prohibir la importación y tráfico de géneros que son considerados como contumaces (trapos viejos etc.).

Exámen de las aguas potables y de otros usos y prohibición de ser utilizadas aquellas en que parezca dudoso el poder sostener su estado de pureza.

Vigilancia en la eliminación de los residuos y materias fecales y prohibir aquellas industrias que produzcan impurificaciones del suelo.

Vigilancia severísima de los mercados y de las sustancias alimenticias.

Visitas domiciliarias que permitan formar juicio de las condiciones higiénicas de los distritos y barrios, dictando medidas de higiene general, y como sea más factible evitar el hacinamiento, construyendo barracas ó disponiendo locales de condiciones higiénicas y de comodidad.

También se debe formar un juicio exacto de las condiciones de vida de los vecinos, atendiéndose por los medios que se considerasen más oportunos, remediar las deficiencias que pudieran notarse, punto este muy atendible, pues estas pobres gentes desheredadas son terreno abonadísimo para cultivar al agente infeccioso, y en consecuencia, para diseminarle.

Debe tenerse particular atención sobre aquellos lugares y habitaciones que en epidemias anteriores hayan sido más castigadas.

Los locales y habitaciones que ofrezcan un peligro para la higiene y sea difícil el sanearles, deberán ser cerrados.

Aquellos pueblos que no tengan Junta de sanidad, se relacionarán con los superiores y se pondrán de acuerdo para procurar en la localidad las mejoras que sean posibles y se consideren de necesidad.

El Estado, las Diputaciones y los Ayuntamientos deben ajustarse á

un único plan de higiene, pues de lo contrario, no se obtendrán otros resultados que los desórdenes sanitarios que por desgracia tenemos la costumbre de ver; estos asuntos de higiene son análogos á los de guerra, donde no hay plan estratégico, no hay victoria.

Se exigirá la obligación de dar parte á las autoridades ó delegaciones competentes, de los casos de cólera ó sospechosos que observen en sus respectivas dependencias: los cabezas de familia, dueños de casas de huéspedes, fondistas, personal de ferrocarriles, empleados de resguardos, capitanes y médicos de buques, patrones de pequeñas embarcaciones, etc., etc.

Como prevenciones especiales, deberán ponerse en práctica las siguientes:

Establecer locales aislados de la población, pero al mismo tiempo accesibles, sin largos caminos ni vías difíciles, destinados á lazaretos (locales que se habiliten ó barracas de nueva construcción, etc.), debiendo, desde luego, designarse los médicos y el personal necesario.

Establecer edificios públicos de desinfección montados con instrumental á la altura en que hoy se hallan los conocimientos de la higiene, formándose un cuerpo instruído para cumplir con las prácticas de desinfección.

Preparar medios de transporte para enfermos, coches fácilmente desinfectables, camillas, etc., designando cocheros y personal para dichos transportes, debiendo ser, en cuanto sea posible, este servicio voluntario.

Formar juicio del estado en que se halla el servicio médico y los hospitales, remediando las faltas ó defectos que se noten.

Todo el personal voluntario y oficial que ha de cuidar de la epidemia y de los enfermos, debe estar en el más perfecto acuerdo con el Estado, Diputaciones, Municipios, etc., para tener todos una completa uniformidad de acción conforme con la ciencia, única manera por la cual podrán obtenerse los resultados deseados.

Al mismo tiempo podrá intentarse dar al pueblo una enseñanza acerca de la naturaleza del cólera y de los medios que deben adoptar para luchar con ventaja contra la infección, haciéndoles fijar más su atención sobre que:

«El cólera es una infección contagiosa, que aun en las más graves epidemias, ataca tan solo una parte de la población, no siendo mortal la enfermedad para todos los atacados».

Que «el agente ó virus colerígeno se transporta por los mismos en-

fermos y por los afectados de las primeras diarreas, en las cuales va el agente de infección».

Que «este, en ciertas condiciones, puede vivir largo tiempo fuera del organismo humano, pudiendo volver á ser ingerido y producir una nueva infección».

Que «llevando cierta higiene, se puede evitar la infección, y que estas medidas serán siempre más fáciles ponerlas en práctica en el propio domicilio que en viajes ó fuera de él».

«Y que debe por todos los medios evitar la emigración».

El mejor medio de extender esta enseñanza, será repartir y vender impresas estas instrucciones y consejos.

Uno de los asuntos que presentan mayor interés, es la inmediata determinación de los primeros casos y diferenciarles de los de cólera nostras, etc.

Para esto debe aconsejarse por el Estado, Diputaciones y Ayuntamientos á sus médicos, el aprendizaje en *laboratorios oficiales*, de los procedimientos bacteriológicos, que son hoy el único medio de resolver de un modo seguro, rápido y científico si se trata del cólera ó no.

MEDIDAS UNA VEZ BAJO EL INFLUJO DE LA EPIDEMIA.

Estas medidas deben tender unas, á cuanto se refiera á los atacados, y otras, á lo que debe ponerse en práctica para defender á los sanos de la infección.

Como medida fundamental debe instituirse la policía ya indicada (intranacional) y poner en vigor la obligación de los padres y jefes de familia, fondistas, posaderos, dueños de casas de huéspedes, asilos, etc., de denunciar los casos que ocurran en sus dependencias, así como los sospechosos.

Siendo una de las principales dificultades el formular con la premura debida un diagnóstico seguro de los primeros casos, debe hacerse obligatorio á los médicos que dependan del Estado, Diputaciones y Ayuntamientos, el formular su diagnóstico bajo las prácticas bacteriológicas modernas, ó por lo menos que tanto estos, como los médicos particulares, envíen de un modo oficial las diarreas sospechosas á los laboratorios oficiales de patología experimental, higiene y bacteriología que en cada localidad existan ó debieran existir.

Donde no los haya, las facultades de medicina serán las obligadas á resolver el problema, y en otras, la junta de sanidad local quedará encargada de dicho cometido.

Todo caso sospechoso hasta que se diagnostique, debe ser considerado como si fuese de cólera.

La policía, en la forma que ya hemos indicado, debe vigilar y conocer el movimiento de viajeros, vagabundos, etc., investigar los domicilios ó albergues, coadyuvando así á la acción de las comisiones médicas.

Serán responsables de las ocultaciones los dueños de fondas, posadas, etc., y por las que se les impondrán las penas que se juzguen oportunas.

Deben ser también vigiladas las travesías por ríos, el estado de salud ó enfermedad de los barqueros, y cuidar en cuanto sea posible de la higiene de los ríos, evitando se laven ropas, sin previa desinfección ni se impurifiquen sus aguas por productos coléricos.

En los hospicios, hospitales, cuarteles, cárceles, etc., grandes colectividades, donde una inspección prolija es difícil, deberán procurarse y atender las condiciones higiénicas de las aguas potables y de su abastecimiento; de la evacuación de las aguas sucias y materias escrementicias, de la alimentación, y cuanto se relaciona con la higiene de la misma.

Se instalarán medios seguros de desinfección, suficientes á las probables necesidades.

Se aconsejará tanto la vigilancia médica, como el apoyo que pueden prestarle cada uno de los individuos componentes, denunciando los casos efectivos ó sospechosos, y haciendo entender, que tanto por interés propio, como por el colectivo, aquellos individuos que sientan ciertas indisposiciones deben inmediatamente ponerlo en conocimiento del personal médico permanente que debe existir en dichos establecimientos.

Se deberán disponer sitios en condiciones para enfermerías, así como carruajes especiales de transporte para la traslación de casos confirmados.

Deben nombrarse para cada barrio comisiones de visitas y serán formadas por un médico y el alcalde del mismo, los que por lo menos girarán una visita por día á las familias más necesitadas.

Bajo el punto de vista de los auxilios médicos y farmacéuticos, deben existir en las casas de socorro *médicos de guardia, medica-*

mentos, vinos, hielo y aun *alimentos,* para que así sean posibles los auxilios inmediatos.

Deben cerrarse las fuentes próximas á los lavaderos, y secar y cerrar aquellas que existan con pilón en las calles, paseos, etc., á fin de evitar una infección posible.

Aquellas fuentes que no sean meramente de adorno, como las de las poblaciones rurales y que se utilizan, tanto para el consumo de la población, como para las caballerías y otros animales, y aun para lavadero (como hemos tenido ocasión de ver en algunos pueblos pobres) deberá ante todo la Junta de Sanidad local prohibir sean destinadas á este último uso, á no haberse hecho una previa y conveniente desinfección de la ropa; pero en la duda de la exactitud de las desinfecciones deberá no permitirse tal operación.

Para el uso del ganado deberá confeccionarse un depósito algo lejos del brote de aguas y al cual vaya esta, pudiendo así dejarse seco el pilón de la fuente, para lo cual debe dársele una mayor salida que la que tenga el brote de aguas.

Á más, las autoridades deberán nombrar guardas que vigilen y procuren por mantener la salubridad y limpieza de dichas fuentes.

El depósito para los ganados y caballerías deberá tener su tapa ó cierre, de cuya llave estará encargado el guarda para atender á las necesidades que se ofrezcan.

Los baños de río deben prohibirse, así como los de las casas establecidas en las poblaciones, pues pudieran ser focos de infección más ó menos probables; en estos últimos establecimientos, en la seguridad de una gran vigilancia y de una desinfección conveniente, pudieran tolerarse.

Los cuidados para las clases pobres son, como ya hemos dejado entrever, una de las claves principales en el problema de luchar con ventajas contra la epidemia colérica; así, debe atenderse muy especialmente á sus buenas condiciones de vida, tanto en relación de la circunfusa (habitaciones, condiciones de las mismas, etc.), así como de la ingesta, cuidando de las bebidas, los alimentos, en su calidad y cantidad, etc.

Para la más eficaz ejecución de estas medidas, es el establecer visitas domiciliarias que atiendan, no tan solo como hasta hoy se ha hecho de las condiciones higiénicas de las habitaciones, sino de las de salud de sus habitantes y del género de sus necesidades.

Por este medio se debe tener un claro conocimiento del género de

ellas existentes en cada barrio ó distrito; y las Diputaciones y Ayuntamientos, así como las múltiples sociedades benéficas, como la que con este objeto especial pudiera también crearse, deberán atender con la mayor solicitud á remediarlas.

Para atender á este fin, son de un gran valor las cocinas económicas populares, las cuales se encargarían de suministrar por bonos ó vales gratuitos raciones condimentadas de un modo saluble.

Estas cocinas tendrán á más su despacho á precios módicos, pero bien condimentados los alimentos, y las raciones serán en cantidad suficiente de principios alimenticios, para reparar las pérdidas que por término medio sufre el hombre en el trabajo diario.

Una vez más repetiremos que estas medidas tienen una muy alta importancia, y nunca será sobrado el interés con que se las atienda.

Otro punto sobre el que ha de fijarse la atención es el aislamiento de los coléricos; todos los medios que tiendan á este fin deben hallarse prevenidos é instalados de antemano (los lazaretos, barracas, hospitales provisionales, medios de traslación, etc.), pues no se improvisan en el momento.

Como por oposición de los parientes, ó de los mismos enfermos, el transporte obligatorio á establecimiento *ad hoc* no sería practicable, deberá en estos casos aislarse en cuanto sea posible en su misma habitación el colérico, marcando y vigilando la casa del modo que se considere más oportuno y útil.

Es obligatorio que el personal técnico de desinfección proceda á ella por los medios que ya indicaremos, muera ó sane el enfermo; esta desinfección debe ser vigilada y dirigida por las respectivas comisiones de policía sanitaria, que ya hemos indicado.

El peligro de la expansión de la epidemia es mucho mayor que por los focos conocidos, por los enfermos ambulantes, cuyos primeros síntomas ocultan ó desconocen, y que depositan sus deyecciones en cualquier lugar público; bajo este criterio debe atenderse á las condiciones de los excusados públicos (cafés, estaciones del ferrocarril, fondas, etc.).

En los excusados no se determina el grado de putrefacción suficiente á la destrucción del vírgula colerígeno; así, no se debe, siguiendo las ideas de Koch, el desatender ciertas medidas de desinfección para dichos lugares.

Las moscas pueden ser también en este caso un peligro, si no se atiende á la destrucción del vírgula que pudiera ser depositado por

algún enfermo; en muchos casos sería conveniente la sustitución de los excusados difícilmente desinfectables ó al menos con poca seguridad, por fosas móviles que lleven cantidad suficiente de desinfectante, las que podrán ser vaciadas cuando haya transcurrido el tiempo necesario (cuarenta y ocho horas), para determinarse la destrucción de los gérmenes.

En los sitios públicos deberá haber uno ó dos vigilantes que atiendan á la limpieza y desinfección de dichos locales, de un modo constante.

DESINFECCIÓN.

Al tratarse de un agente contagioso como lo es el que causa el cólera, la desinfección es una necesidad capital; pero para proceder á una desinfección verdad, es preciso conocer bien antes las condiciones biológicas del agente infeccioso, su modo de ser exógeno y la acción de las diversas sustancias químicas consideradas como desinfectantes, así como de los agentes físicos, sobre la vida de la entidad morbígena.

Si estos datos se desconocen, siempre veríamos reproducirse hasta lo infinito anarquías de desinfección (y de las que tenemos sobrados ejemplos), completamente inútiles y que no pueden dar otro resultado que molestias á quien las sufre y enormes gastos de un capital que, sin discusión, encontraría verdaderas y útiles aplicaciones.

Las fumigaciones de todo género, los elementos gasiformes (cloro, ácido hiponítrico, ácido sulfuroso), así como las pulverizaciones de ácido fénico, timol, y otros medios antisépticos, son de *una inutilidad completa*, son gasconadas científicas, que no significan más que ignorancia por aquel que las aconseja; su ineficacia está plenamente demostrada por los verdaderos hombres de ciencia.

En el cólera no hay más que tres métodos de desinfección:

1.° El contacto inmediato de ciertas sustancias desinfectantes con el vírgula (en las diarreas, suelos, paredes ú objetos sucios por ellas, ropas, etc.).

2.° El calor húmedo (vapor).

3.° Y la desecación (calor seco).

Estos tres procedimientos son los verdaderamente prácticos, y nos ocuparemos á seguida de la buena aplicación técnica de cada uno de ellos.

DESINFECCIÓN POR AGENTES QUÍMICOS.

El ácido fénico y el bicloruro de mercurio deben ser tan solo los desinfectantes que se deben preferir y usar, pues ellos son los más prácticos: el ácido fénico en solución acuosa al 5 por 100, y el sublimado en soluciones al 1 ó al 2 por 1.000.

Con estos dos desinfectantes así preparados, y principalmente el primero, deben ser usados para la desinfección de las diarreas, mezclándole con la proporción de 1 á 5 de la disolución desinfectante.

También para todo aquello que se sospeche pueda estar contaminado (las ropas del enfermo, las de cama, toallas, paños, suelos y paredes de las habitaciones).

El sublimado debe usarse especialmente en la desinfección de las manos; como corriente para otros usos, deberá ser vigilado por su mayor toxicidad.

En la desinfección de habitaciones, lo únicamente práctico son los lavados con las soluciones del fénico, siendo para este fin bien conocidos los medios ideados por Renaudaut, aunque hayan sido mirados con poco aprecio, y la desecación ayudada ó no por el calor (estufas móviles), la que debe durar seis ú ocho días.

DESINFECCIÓN POR EL CALOR HÚMEDO (VAPOR).

El agua hirviendo y el vapor son también otros de los medios desinfectantes más generales para el cólera; las mejores estufas de vapor para desinfección son las de *Merke y Schimme* y las de *Genest Gerchscher* ó cualquiera otra de vapor comprimido.

Por dichos medios se pueden desinfectar las ropas, colchones, etc., de los enfermos, así como todo el servicio de mesa de los hospitales, fondas, casas particulares, como también aquellos objetos que no sufren alteración por dicho proceder.

En aquellos puntos donde no existan los medios para hacer las instalaciones que son indispensables para la desinfección por el vapor, podrán sustituirse como ya ha indicado Mittenzweig, de Duisburg, por calderas ordinarias, sobre las cuales se adaptan toneles sin un fondo, y en el opuesto se colocan ganchos ú otros medios para sujetar en ellos los objetos á desinfectar; el tonel debe estar suspendido ó inmediatamente colocado sobre la caldera por su parte

abierta; para asegurar la operación, debe en su parte superior llevar colocado un termómetro, para juzgar de la temperatura á que obra el vapor, que debe estar exactamente á 100°, ó á su equivalencia en razón de la presión atmosférica de cada localidad; la acción del vapor debe durar de una á dos ó tres horas, en razón de la penetrabilidad de los objetos.

DESINFECCIÓN POR EL CALOR SECO (DESECACIÓN).

Este medio es también de resultados contra el agente colérico, bastando una temperatura con la cual se obtenga una perfecta sequedad de los objetos.

Será utilizable más en especial para las habitaciones, muebles grandes, así como también para todos aquellos objetos que no puedan sufrir el calor húmedo, como los cueros, zaleas, muebles, poltronas, camas de pluma, almohadones, etc., que deben ser desinfectados por este procedimiento.

También deberá emplearse para aquellos objetos que, ya desinfectados por el vapor, por su estructura ó naturaleza conservan mucha humedad; por esto recomendábamos antes las estufas *Merke Schimme,* pues pueden á voluntad ser utilizadas como calor húmedo ó seco, y son de un gran servicio por esta circunstancia, así como todos los modelos de vapor á presión.

Antes de entregar á las lavanderas ninguna ropa á lavar, que pertenezca á coléricos ó á las casas donde los haya ó los ha habido recientemente, deben ser desinfectadas.

Desinfección que para seguridad pública no debe hacerse por las familias, sino ser encargada á los establecimientos de desinfección.

Tanto para este servicio como para otros generales, deben poseer éstos sus trenes, tanto de personal, como ya hemos indicado, como también de carruajes y sacos impermeables en los cuales se alojan y transportan las ropas, etc.

Estos establecimientos serán responsables, como es lógico, de las prendas y objetos que se les entreguen.

Se procederá á la desinfección, así como de los carruajes y sacos de transporte; aquellos llevarán un recipiente con disolución des-

infectante, que servirá para humedecer las manos y brazos antes y después de coger las ropas.

El personal encargado de efectuar estas operaciones procederá por los medios ya antedichos, á la desinfeccion de las habitaciones.

Una sección de este personal se encargará de las prácticas de desinfección, en cuanto se refiere con los enterramientos.

Los carruajes públicos y particulares que hayan transpotado coléricos, deben quedar fuera de uso, hasta ser desinfectados por los distintos medios *ad hoc* para cada elemento que los constituye.

Allí donde no sean posibles las instalaciones que requieren la desinfección por vapor, podrá sustituirse la acción de este por los medios portátiles que ya hemos indicado, y por el agua hirviendo ó el calor seco, por seis ú ocho días, como también ya hemos dicho (desecación).

Como medio indirecto, para colchones, ropas de cama, etc., podrá ponerse en práctica el interponer entre ellos y el enfermo telas impermeables, hules, ó grandes papeles fuertemente satinados, en varias capas, lo cual, aunque no muy seguro, puede evitar bastante la infección; dichas telas impermeables (gomas, hules, etc.), pueden ser desinfectadas, y los papeles deben ser quemados.

Los objetos que pertenezcan á coléricos y que no tengan gran valor, como gergones, ropas viejas, etc., su mejor desinfección es destruirles con el fuego.

PRÁCTICAS DE ENTERRAMIENTOS.

En los cadáveres de coléricos debe prescindirse de la costumbre de lavados y amortajamientos por parte de las familias, ó por personas extrañas, como suele hacerse; la sección del cuerpo de desinfección, encargada de este asunto, es la que debe proceder al amortajamiento, el que deberá ser hecho en lienzos empapados en la solución de *sublimado al 2 por 1.000*, y encerrados los cadáveres en cajas construídas á propósito, con un barniz interior que las haga impermeables (alquitrán, pez, etc.).

Si las funerarias se encargan de los enterramientos, deberán servir cajas en las condiciones dichas de impermeabilidad.

Las cajas deberán ser cerradas inmediatamente, y los cadáveres permanecer muy poco tiempo en la casa mortuoria, reduciéndose el plazo ordinario de los enterramientos.

Debe evitarse la aglomeración de gentes en la casa.

En los cementerios debe establecerse un depósito especial para esta clase de cadáveres, así como medios de desinfección y algún personal para las necesidades que en este sentido pudieran ofrecerse.

Para las gentes pobres, deben ser completamente gratuitos estos servicios de desinfecciones; para las clases acomodadas debe existir tarifa que remunere en parte los gastos que representa su instalación y entretenimiento.

MEDIDAS DE HIGIENE PRIVADA.

Individualmente á más de satisfacer las condiciones higiénicas, de limpieza, sobriedad, de evitar excesos, enfriamientos, impresiones y excitaciones morales, debe vigilarse con especial atención los desarreglos de las funciones digestivas, cuidando de la alimentación; pues por las vías gástricas exclusivamente es por donde se verifica el contagio, y sus perturbaciones las que predisponen al organismo á ser invadido por el elemento contagioso y facilitar su evolución.

Los alimentos que se tomen deben estar recién cocidos ó asados así como también deben hervirse ciertas bebidas usuales, agua, leche, etc.

Las aguas para otros usos domésticos, deben también sujetarse á la cocción.

Debe evitarse el tener grandes cantidades de alimentos preparados de repuesto; en tal caso deberán cubrirse con alambreras ú otros medios, á fin de evitarles el contacto de las moscas ú otros insectos, que pudieran acarrear impurezas y entre ellas gérmenes colerígenos; pero nunca debe dejarse de poner en práctica el calentar fuertemente estas comidas antes de usarlas.

Tánto verduras, raíces, frutas que estén crudas y que pudieran ser vehículos de contagio deberán esterilizarse y dejarles inofensivas por la cocción, las que no aceptan esta manera de prepararlas, el mejor consejo es el no usarlas, lo mismo que aquellas verduras indigestas, aun á pesar de la cocción, estas deben evitarse sobre todo por las personas que tengan delicados los órganos digestivos, debiendo estos individuos también huir los alimentos grasientos.

El uso de los aguardientes y de las bebidas alcohólicas, estimadas por el vulgo como anti-coléricas, deben rechazarse casi por completo;

en cambio pueden ser más aceptables las bebidas calientes, como el café, el té y otras plantas aromáticas.

Las aguas de seltz y otras análogas pueden considerarse inofensivas.

Debe tenerse un especial cuidado en no hacer uso inconveniente de purgantes ó de otras medicaciones llamadas preventivas que no son otra cosa que remedios de charlatanes, cuyos buenos resultados pueden ser tan solo el haber robado el dinero, ó el haber producido una perturbación que seguramente abriría un paso más fácil á la infección.

No deben aceptarse como medio profiláctico las llamadas vacunas anticoléricas, que no darían mejor resultado que los remedios de que antes hemos hecho mención.

Todos los útiles de cocina y servicios de mesa, etc., deben esterilizarse en el agua hirviendo; secándoles á ser posible al calor ambiente ó al artificial libres del contacto de la atmósfera (en escaparates enrejados ú otro medio) á fin de evitar el contacto de moscas ú otros insectos.

En tiempo de cólera no deben tomarse baños.

Debe evitarse el ir donde haya aglomeración de gentes (romerías, ferias, etc.).

Tampoco es prudente el aceptar comidas ó bebidas en domicilios ajenos, y mucho menos si en él existen enfermos de cólera.

Tampoco deberían admitir en su propia casa individuos que vengan de puntos atacados.

La más ligera indisposición sea diarréica ó no, deberá ser consultada con el médico y no hacer nada por cuenta propia ni por consejos de personas no peritas.

Si se presenta un caso en la familia ó entre los individuos que habitan juntos, debe tenerse ya prevenido la cantidad suficiente de solución fénica al 5 por 100 y del sublimado al 1 ó 2 por 1.000 teniendo siempre como idea principal que la diarrea del enfermo y cuanto con ella se manchen son medios de infección y diseminación.

La persona ó personas que cuiden de los coléricos, no deben tomar alimentos, ni bebidas, ni en las habitaciones ó salas donde estos se encuentran, ni sin antes haber procedido á la desinfección de sus ropas (si se supusiesen manchadas) así como también de sus manos.

Las mismas precauciones deberán tomarse siempre que hayan de ir á frecuentar ó visitar individuos sanos.

Estas son, Excmo. señor; las medidas que considero prácticas y oportunas y en consonancia con lo que la ciencia de observación y experimental nos enseña y las que tenemos el honor de poner á su alta consideración.

Madrid 29 de Julio de 1887.

El Jefe del Laboratorio del Hospital de San Juan de Dios,
ANTONIO MENDOZA.

Excmo. Sr. Vicepresidente de la Comisión Provincial.

VISITA Á LAS CLÍNICAS GINECOLÓGICAS DEL EXTRANJERO,

POR EL DOCTOR

D. A. M. COSPEDAL TOMÉ,

MÉDICO, POR OPOSICIÓN, DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA, ENCARGADO EN EL MISMO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.

(Continuación) (1).

Desde Berlín, siempre en la gratísima compañía de Cisneros y Peña, me trasladé á Leipzig, donde me proponía ver á Credé, Zweifel y Sänger.

La maternidad de Leipzig es un edificio viejo, mal acondicionado y en el cual las prácticas asépticas se realizan; pero no me satisfizo aquella clínica porque la construcción data, como he dicho, de muchos años; porque las salas cuadradas, capaces como para ocho camas, no se hallaban en buen estado de limpieza, ni sus suelos de tarima revelaban la mayor pulcritud en el servicio y porque ví en distintas habitaciones indicios de que la maternidad de Leipzig deja bastante que desear en cuanto á las modernas costumbres quirúrgicas. Además, se practica en una misma sala toda clase de operaciones y la destinada á este objeto, con sus suelos y techos de madera, no completamente cuidados, indica que tanto el personal subalterno como el material dista mucho de aquel de las clínicas análogas de Berlín. Sin embargo, me pareció que la enseñanza resultaría acep-

(1) Véanse los números 1 y 2 del año II.

table porque ví material, si no abundante, apropiado para ella. Como agente antiséptico hallé que la creolina deberá emplearse con alguna frecuencia y así me lo confirmó el asistente que tuvo la bondad de acompañarme en la visita de la maternidad y que me facilitó algunos datos. Siento no recordar su nombre para corresponder desde aquí á su amabilidad.

A pesar de estas deficiencias, supongo que el trabajo de las clínicas ginecológicas de Leipzig se ha de realizar en aceptables condiciones, y juzgo de esta manera porque los nombres de Credé, Zweifel, de Leopold (residente ahora en Dresde) y de Sänger, bien conocidos en la especialidad obstétrica y ginecológica, son testimonio de que así sucede.

La maternidad á que me refiero va á ser demolida y reemplazada por otra que se ajuste á las necesidades modernas. De esperar es que la que sustituya á la actual será visitada con provecho, porque el espíritu médico sigue en Leipzig la dirección impresa en nuestros tiempos á la cirugía, y tengo la convicción de que, al construir la nueva Maternidad, aquellos profesores pondrán su empeño en que sea digna del encomio que los progresos alemanes merecen en el mundo científico. De todos modos, sospecho que la traslación del profesor Leopold á Dresde habrá influído desfavorablemente para Leipzig, porque la clínica de Leopold, en su nueva residencia, es totalmente distinta de las que existían en Leipzig durante mi estancia allí.

Uno de los renombrados ginecólogos alemanes es el Dr. Sänger, cuyo retrato es adjunto.

Es el Dr. Sänger joven y muy trabajador. Frisará en los 40 años de edad y tiene fisonomía inteligente. Sus conocimientos son, sin duda, completos en la especialidad, si he de juzgar por las repetidas pruebas á que les ha sometido en congresos, academias y en publicaciones, donde su voz se escucha con atención y su consejo con provecho. La modificación que ha introducido en el procedimiento de sutura del útero en la operación cesárea, generalmente aceptada, siquiera no lo haya sido universalmente, revela que el Dr. Sänger no limita su aptitud á imitar lo que otros inventan, sino que crea perfeccionamientos basados en el estudio de la especialidad que cultiva. Esa modificación ha contribuído á aumentar su fama. La sutura doble, independiente, del peritoneo visceral y de la pared uterina es un recurso operatorio, que realizado con sujeción al precepto, contri-

buye á la solidez de la herida uterina y aleja la posibilidad de una consecuencia temible de la operación cesárea. Justo es, por lo mismo, conceder á Sänger lugar preeminente entre los ginecólogos.

Otra circunstancia mucho menos importante le hace también distinguirse entre los alemanes; la de que, por regla general, rechaza el catgut en las operaciones plásticas vajinales, agente de sutura que tan acreditado se halla en todos los países; pero sin duda el doctor Sänger no se halla satisfecho del catgut y encuentra preferible la seda y los hilos metálicos.

Visité á Sänger en condiciones que no me permitían formar un juicio acabado de su personalidad; más aún, que me obligaron á formarle desfavorable. Se hallaba en la policlínica ó sea en la consulta pública gratuita. El local destinado al efecto, en una casa particular, era bastante malo y sobre todo sucio; el suelo entarimado y cubierto con un barniz mal oliente no favorecerá las condiciones de asepsia. El suelo de madera, en aquellas condiciones, debería proscribirse en locales destinados á enfermos. Quizá obligará á su uso la baja temperatura que en Leipzipg se experimenta; pero de cualquier modo, no parece difícil que el suelo de madera, generalizado en Leipzig, pudiera sustituirse en las clínicas de manera más adecuada.

Permanecí un rato en la policlínica donde se encontraban media docena de alumnos cuyas fisonomías no revelaban gran entendimiento. El Dr. Sänger filiaba él mismo en un cuaderno á las enfermas y después las reconocía sobre un sillón más malo que bueno; no hallé en aquella instalación nada envidiable. La asepsia, tan justamente recomendada para los simples reconocimientos, no tenía acogida en aquel recinto, ni las exploraciones que yo ví podrían citarse como modelos. Salí, pues, poco satisfecho de la policlínica de Sänger y así lo consigno porque me he impuesto la obligación de decir ahora la verdad, como la dije entonces á un natural de Leipzig, que tuvo la bondad de facilitarme la tarea de visitar en dicha población las clínicas, el cual, muy entusiasmado de las excelencias de su país y conocedor de España, quedó muy sorprendido de mi franqueza.

El Dr. Sänger se sirvió invitarme para presenciar en el día siguiente, en su clínica particular de la *Nürnberger Strasse-48*, una extirpación total de matriz por la vajina; pero otras necesidades apremiantes de mi viaje me impidieron tener el gusto de concurrir, y además, he

de confesar que tampoco me animaba á ello lo que había visto en la policlínica, máxime cuando la operación me era ya muy conocida.

Si se hubiera tratado de una operación cesárea me habría quedado en Leipzig para presenciarla, toda vez que al mismo autor del procedimiento la hubiera visto ejecutar. Pero el Dr. Sänger no tenía ninguna operación cesárea que practicar y no era extraño, puesto que

UNIVERSIDAD DE LEIPZIG.

Dr. M. Sänger, Privat-docent.

son poco frecuentes las ocasiones en que se halla indicada. Yo envío desde aquí á mi distinguido colega y amigo la expresión de mi buena amistad.

Como se ve, los datos en que yo puedo fundar el conocimiento de la personalidad médica de Sänger son deficientes. No quiero, pues, formular juicio definitivo acerca de este ginecólogo, porque si mi visita á su policlínica no me satisfizo, tampoco fué bastante para afirmar que este reputado doctor, cuya cortesía conmigo fué perfecta y evidentes su laboriosidad y aptitudes, no hará mejor trabajo que

aquel de que yo puedo dar fe. Repetiré una vez más que goza de buen nombre, justificado en publicaciones y trabajos de diversa índole y que sin duda en la clínica particular que sostiene dispondrá de medios para realizar una práctica totalmente distinta de la que hacía presumir la policlínica. Así, yo juzgo, que el Dr. Sänger es acreedor á la estimación y á la fama que como ginecólogo alcanza hoy entre los profesores extranjeros.

Si no me hubiera propuesto prescindir en estos artículos de todo lo que no sea ginecología, me ocuparía con gusto en relatar lo que encontré de bueno en la Universidad y en el extenso Hospital de Leipzig, cuyos servicios, muy bien organizados, inspiran tal confianza á los habitantes de Leipzig que citaré, en prueba de ello, el siguiente detalle. La persona natural de Leipzig á que he aludido en líneas anteriores, jefe de una acreditada casa de comercio de aquella capital alemana, hombre de posición social desahogada y que me acompañaba en mi visita al Hospital, me dijo al detenernos en el pabellón destinado á niños diftéricos;—«aquí he tenido á una de mis hijas enferma con difteria hará algo más de un mes; el doctor me la ha cuidado, como á los demás enfermitos, con mucho esmero y ya está buena»—y como mostrara yo extrañeza porque él, hombre de buena posición, hubiera llevado á su hija al hospital, me respondió: —«la mayor parte de las familias de Leipzig hacen, en casos análogos, lo que yo he hecho; avisando á la administración del Hospital, inmediatamente se presentan, en la casa que avisa, los encargados del servicio de transporte de enfermos para conducir á estos en uno de los coches, que acabamos de ver, hasta el Hospital, donde reciben, estamos de ello persuadidos, una asistencia mucho mejor que la que pudiéramos proporcionarles en la casa propia, sobre todo cuando se trata de enfermedades infecciosas.»

Y seguramente que la bondad de todo el servicio posterior podía adivinarse al contemplar el material de transporte de los enfermos desde la casa al Hospital. Yo no conocía vehículos como aquellos, ni los he visto después en ninguna otra parte. Son coches lujosos, que reunen todas las condiciones para el objeto á que están destinados y en cuya construcción no se ha omitido detalle alguno para la comodidad del enfermo, desde la instalación dentro del coche hasta la manera de anular las sacudidas de este al rodar, mediante muelles especiales y el gran disco de goma elástica muy gruesa que protege el canto de las ruedas. Son dignos de mención aquellos coches-

camas y más digna de elogio la manera de conservarlos sin el menor deterioro.

Desde Leipzig nos trasladamos Peña, Cisneros y yo á la próxima capital del reino de Sajonia.

UNIVERSIDAD DE DRESDEN.

Profesor Dr. Leopold.

No conozco personalmente al profesor Dr. Leopold, catedrático oficial de ginecología y obstetricia en Dresden. El fotograbado que acompaña está tomado del retrato que aquel distinguido ginecólogo ha tenido la bondad de dedicarme en sustitución del saludo personal

que con gusto nos hubiéramos dirigido en su posesión de la Suiza sajona, en *Kipsdoff (Bäremberg)*, para donde fuí invitado y á donde no concurrí porque el tiempo urgía para visitar más clínicas.

Pero conozco los trabajos científicos del profesor Leopold que es uno de los ginecólogos más justamente reputados de Alemania y más corteses con sus colegas. Yo estoy agradecido al profesor Leopold, además, porque tiene la bondad de enviarme todas sus publicaciones.

Conozco también su clínica que he visitado muy detenidamente, acompañado del Dr. Münchmeyer, primer asistente del profesor Leopold, persona por cierto atentísima y que cumple con galantería los deberes de compañerismo, por lo cual, como por haberme facilitado datos de aquella clínica, le quedé entonces reconocido y le envío ahora nuevo testimonio de mi amistad.

La clínica del profesor Leopold ocupa una gran parte del Hospital de Dresden. Es un cuerpo de edificio destinado á casa de partos y de enfermedades de la mujer. Comprende dos secciones: una de obstetricia; otra de ginecología. El profesor Leopold vive en la misma clínica en el piso superior. Sus asistentes tienen habitación en el piso inferior.

La clínica consta de tres pisos: el superior está destinado á los partos, el inmediamente inferior le ocupa la sección de ginecología. Acompañado del Dr. Münchmeyer, recorrí ambas clínicas que, construídas bajo un mismo plano, tienen igual distribución. Las salas para las enfermas son capaces como para 8 camas; tienen forma cuadrangular; sus paredes son pintadas y sus suelos y techos de madera; pero, á diferencia de las de Leipzig, se hallan sumamente limpias y pulimentadas, observándose en ellas un orden perfecto, tanto en lo que concierne al personal como al material. Abundan los cuartos de baño que se mantienen con gran esmero. Ví muchas enfermas operadas, bastantes de cirugía abdominal, y hallé en las historias de aquellas, bien compendiadas, los datos importantes de su referencia; sobre la cabecera de la cama de cada enferma se hallaban anotadas en especies de pizarras, con tizas blancas, las temperaturas de distintas horas del día, que son trasladadas después á las hojas clínicas. En todas las salas existe el material de asepsia.

Dos grandes salas se hallan destinadas á la enseñanza de los partos que reciben lo mismo los alumnos que las parteras. Como en todas las universidades alemanas, los *fantómes* son abundantes para las maniobras obstétricas.

El arsenal quirúrgico era completo y se hallaba en excelente orden de conservación. No insisto acerca de otros detalles, porque sería repetir, con motivo de esta clínica, mucho de lo que he escrito con relación á las de Berlín.

Pero lo que más me llamó la atención, y me agradó, fué la sala de operaciones para laparotomías. Era una sala como de 4 m. en cuadro y otros tantos de altura, situada en uno de los grandes corredores del piso primero, en la parte opuesta á las enfermerías, iluminada por una gran ventana sobre el jardín del edificio.

Tiene aquella sala parecido con su análoga de la clínica oficial de Berlín, y dentro de ella se descubre que el profesor que dirige aquel servicio es no solo competente sino escrupuloso observador de la práctica aséptica. En el centro de la sala se halla colocada la mesa de operaciones, bastante más larga que la de Horn, como que el profesor Leopold opera las laparotomías de pie, colocado al lado derecho de la enferma que se halla extendida horizontal y totalmente sobre la mesa. Esta, que si no recuerdo mal, es el modelo de Schede, permite colocar el apósito mediante la desarticulación de una pieza separable, que es la que corresponde á la región dorso-lumbar de la enferma cuando se halla esta acostada. En el muro de pared de la izquierda están sujetos los tubos de la cañería del agua que surte á los lavabos de fría y caliente; son tubos de níkel, siempre brillantes, á los que se ajustan llaves de precisión para permitir ó interrumpir el paso del líquido; estufa, filtro, aparato de esterilización para instrumentos y piezas de apósito, y una anaquelería cubierta que aloja todos los útiles de vasijas de líquidos antisépticos, bandejas, cristalizadores, etc. Un armario, construído en el espesor de la pared, y cuyas puertecillas niqueladas están perfectamente limpias, contiene siempre aséptico el instrumental de las operaciones que allí se practican. Es envidiable una sala que así conserva las condiciones de asepsia. El profesor que allí trabaja, lo hará seguramente con más gusto y entusiasmo del que sentiría sin esos requisitos, máxime cuando se halla persuadido de que la operada, desde la sala de operaciones, es conducida á enfermerías dispuestas y servidas con el mismo esmero é igual pulcritud, indispensables para prevenir las infecciones.

No me cansaré de repetir que encantan servicios ginecológicos así dispuestos, y que es más envidiable aún la manera de conservarlos tan ordenados é intachables, lo cual consiste solo en que el personal

subalterno cumple con su deber, porque también el que dirige sabe cumplir con el suyo, y no elude las múltiples obligaciones del cargo que ejerce.

Cuando yo visité la clínica de Leopold había cesado el movimiento quirúrgico en ella. El Dr. Münchmeyer, primer asistente, se hallaba encargado de las incidencias de la clínica en ausencia del profesor; pero los datos que aquel me suministró prueban que la clínica de mujeres de Dresden es una de las que más contribuyen al progreso de la especialidad ginecológica. En cada año se observan millares de mujeres, en gran número de las cuales se practican operaciones de todo género, en condiciones de perfecta asepsia. El profesor Leopold ha practicado, primero en Leipzig y después en Dresden, buen número de operaciones abdominales, ya en parturientes, ya en enfermas no embarazadas; posee una estadística muy instructiva de extirpaciones totales de matriz por la vajina; sus operaciones plásticas vajinales son numerosísimas, y las que ha ejecutado para multitud de casos de diversa índole son también considerables. El profesor Leopold no se limita á operar y á enseñar en la cátedra; enseña además en el libro, en el folleto, en el periódico. En mi poder tengo regular número de sus publicaciones, y en todas, con la sencillez y concisión propias de la mayor parte de los escritores alemanes, relata series de operaciones, casos notables de su observación, puntos de doctrina interesantes, en una palabra, el resultado de sus trabajos en la clínica de Dresden, trabajos donde se aprende buena ginecología, y cuya lectura invita y estimula á seguir el ejemplo de aquel profesor. Los periódicos y Congresos alemanes evidencian sin interrupción que el Dr. Leopold ha contribuído al esclarecimiento de diversos puntos sometidos á discusión.

La personalidad de Leopold como ginecólogo es, por tanto, muy respetable y respetada. La organización en los servicios de su clínica perfectamente entendida y realizada; la enseñanza obstétrica y ginecológica confiada á su cuidado y ejercida tan en armonía con los consejos de la cirugía actual; la práctica de operaciones ginecológicas de todo género cumplida dentro de la perfecta asepsia; la colección de documentos médicos de gran instrucción, y el amor y el interés en beneficio del progreso de esta especialidad, revelado de mil modos en la conducta del profesor Leopold, de sus asistentes y de cuantos alumnos, hombres y mujeres, reciben en aquella excelente clínica su aprendizaje, patentizan que el profesor Leopold, en Dres-

den, es uno de los ginecólogos extranjeros á quien se visita con mayor provecho. Si en el próximo verano yo puedo asistir al Congreso médico internacional de Berlín, una de mis preferidas excursiones será á Dresden, á la clínica de mi distinguido amigo y colega el doctor Leopold.

(Se continuará.)

CUERPO MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID.

Sesión 1.ª (10 de Enero de 1890) (1).

Presidencia del Excmo. Sr. D. Eusebio Castelo,

Decano del Cuerpo.

DE LA GRIPPE.

Leída la Memoria presentada por el Sr. Espina, se pone á discusión el primer tema de los propuestos en aquel trabajo, haciendo uso de la palabra los profesores siguientes (2):

Sr. Azúa. Dice que solo va á consignar aquello que ha observado en los enfermos que ha tenido á sus cuidados en el Hospital de Bellas Artes. Ha visto dos clases de enfermos de grippe: unos leves en quienes no estaba lesionado el tejido del pulmón y otros en quienes la gravedad era grande por estar interesado el parénquima pulmonar. Entre los enfermos de este segundo grupo, ha observado la pneumonía de Piorry.

Citó el caso de un enfermo de grippe en el que apareció de repente una gran disnea sin que existiese obstáculo alguno á la entrada del aire en el aparato respiratorio. En el mencionado enfermo, la grippe había atacado principalmente á los centros nerviosos y la disnea se explicaba por parálisis de los músculos de la respiración. Habló también de otro enfermo que tuvo congestión pulmonar que aparecía y desaparecía alternativamente.

---

(1) Véase la pág. 49.

(2) En la imposibilidad de publicar las actas en este periódico con la extensión que nosotros desearíamos, nos limitaremos á hacer un extracto lo más sucinto que nos sea posible.—*El secretario.*

Ha observado que en la grippe de forma bronco-pneumónica hay gran tendencia al colapso, siendo este tan graduado en un gripposo que la temperatura descendió hasta 34°, de cuya situación salió á beneficio de los excitantes.

Termina, en fin, haciendo notar la frecuencia con que los enfermos se han quejado de dolores á las pantorrillas, á los oídos y la carencia de catarro óculo nasal.

Dr. Cerezo. Hace una reseña histórica de las epidemias de grippe que se han observado desde el siglo IX, citando los autores que las han descrito y del estudio que ha hecho de las descripciones que nos han dejado Zacuto Lusitano, Hoffman, Huxhan, Villalba, etc., deduce que todas ellas se asemejan entre sí y además con la que nos aflige en la actualidad.

Es innegable que la debilidad general, los dolores musculares y los fenómenos catarrales, caracterizan la mayor parte de los casos observados hasta ahora. Siempre la enfermedad ha sido epidémica, invadiendo no solamente al hombre sino también al perro y al caballo. Ha visto desarrollarse simultáneamente el trancazo en toda una familia y en dos perros que había en la misma casa.

Opina que la contagiosidad de la grippe está por probar. Los trabajos del Dr. Mendoza hacen presumir que existe un micrococus en las vías respiratorias, pero como este germen no se ha visto en la sangre ni en los músculos, no cree en la génesis parasitaria de la grippe.

Esta epidemia como las anteriores ha revestido formas variadas: en unos individuos la invasión ha sido repentina, en otros ha sido precedida de prodromos. En unos ha revestido la forma cerebral, en otros la tífica y en muchos la pneumónica.

En la epidemia actual, la forma simple fué la más frecuente, sobre todo, al principio. Generalmente ha comenzado por un enfriamiento seguido, escalofrío fuerte, temblor y castañeteo de dientes, cuyo estado dura cuatro ó seis horas, sobreviniendo después una fiebre moderada que remite por la mañana para aumentar á la caída de la tarde. Los dolores se presentan á la par en los miembros, los globos oculares y región lumbar. Hay inapetencia, sed, la lengua se cubre de una capa blanquecina y la cara y los párpados están hinchados. La tos se acompaña de una expectoración blanquecina en un principio, amarillenta y densa más tarde.

Este cuadro sindrómico, dura tres, seis ú ocho días, al cabo de

los que el enfermo recobra el apetito y la tos es escasa ó nula. Persiste no obstante la impresionabilidad al frío y de ahí la frecuencia de las recidivas. La convalecencia es más larga que la misma enfermedad, pues queda gran debilidad debida á la leucocitosis que sigue á la grippe.

La división que los clásicos hicieron de la grippe en convulsiva, delirante, sincopal, paralítica, apoplética, reumática, etc., revelan bien á las claras que vieron en las epidemias de influenza el mismo cuadro sindrómico que nosotros, notando asimismo que las muertes repentinas, las pneumonias, etc., han sido la nota culminante de la grippe maligna.

Del estudio que ha hecho de esta epidemia, deduce, que es igual en sus síntomas esenciales, ya á las epidemias catarrales de los siglos anteriores, ya á la muy notable de 1837.

Dice que si la mortandad ha sido grande, no lo es tanto en relación al número de individuos atacados. Considera que la grippe es una enfermedad infecciosa neuro-vascular que hace sus manifestaciones en las mucosas, en los parénquimas y en todo el sistema nervioso, incluso los nervios periféricos. Añade que si la enfermedad ataca á individuos de edad avanzada ó con una enfermedad crónica reviste mucha gravedad.

Protesta de que se llame grippe á la enfermedad de que nos estamos ocupando, pues aquella palabra que significa *romadizo* y *entro de repente*, no es de origen francés sino polaco.

Aunque algunas epidemias de grippe han sido seguidas de otra de cólera, opina que ha sido una pura coincidencia, pues no cree que exista entre ellas relación de dependencia alguna.

La epidemia actual como casi todas ha procedido del Norte y apenas ha habido individuo que no la padezca.

Sr. Hernández Briz. Expone el fruto de sus observaciones en las salas á su cargo en el Hospital general. Los enfermos que habían ingresado hasta el día 10, eran 37, de los cuales 17 no han tenido complicación alguna y han revestido las formas: catarral, nerviosa y reumática.

En las bronco-pneumonías grippales, los tónicos le han dado buenos resultados, pero no los revulsivos, en lo cual está conforme con Graves. Más ha conseguido con el uso de la cataplasma sinapizada al torax que calma mucho el dolor y alivia bastante al enfermo.

De los 37 enfermos arriba citados, ha obtenido 31 curaciones y

seis defunciones, correspondiendo de estos una á la pleuro-neumonía y los otros cinco á las bronco-pneumonías grippales. De estos seis fallecidos, uno murió á los tres días de ingresar y los otros cinco dentro de las cuarenta y ocho horas de su ingreso.

Por todo lo expuesto deduce comparando lo que ha observado con lo que dicen los autores que han descrito otras epidemias de grippe, que la actual es igual ó análoga á las anteriores.

Sr. Huertas. Dice que si nos fijamos en la marcha de la epidemia actual vemos que se parece á las observadas en épocas anteriores, pero que no podemos asegurarlo en tanto que el microscopio no nos diga la verdadera naturaleza de la enfermedad.

Sr. Pérez Valdés. Habla de un enfermo que le ha llamado la atención, porque encontrándose en el período de remisión de la grippe presentó de repente gran ortopnea que le hizo sospechar la existencia de una pericarditis, lo cual no se confirmó por el examen físico del corazón.

Ha observado neuralgias cervicales y estomatitis ulcerosas muy intensas.

Sr. Isla. Considera que la disnea que sufrió el enfermo que citó el Sr. Azúa, fué debida á un estímulo del calamus scriptorius, de origen grippal.

Sr. Hernanz Bermejo. Describe los síntomas que ha observado en los enfermos que ha tenido á su cuidado consistentes en cefalalgia intensa, lengua húmeda y blanquecina, dolor de oidos, sed, tos, dolores musculares y pleurodínicos acompañados de quebrantamiento general. Ha obtenido buenos resultados en los casos leves con el uso de los polvos de Dower y de los laxantes suaves, todo lo cual unido á un buen régimen dietético le ha servido para evitar complicaciones graves.

Habla del plan que ha usado con las complicaciones bronco-pulmonares de la grippe, consistente principalmente en el uso de los sudoríficos, embrocaciones de tintura de iodo á la pared torácica y en ocasiones la cantárida. Ha dado preferencia como expectorante al óxido blanco de antimonio sobre la ipecacuana.

En los grippósos en quienes predominaba la saburra gástrica ha usado primero la antipirina en dosis de medio gramo y cuando desaparecía la fiebre el cocimiento de ruibarbo y quina.

Opina que la grippe es contagiosa, pues ha podido apreciar que á los dos ó tres días de haber ingresado en las salas 20 y 21 á su cargo

en el Hospital general, varios gripposos, comenzaron á sufrir de la misma afección otros enfermos que en la misma sala se encontraban con anterioridad con diversos padecimientos. Todos los contagiados curaron, á excepción de un tuberculoso y de un dispéptico en período de marasmo, á quienes la grippe les precipitó la muerte.

El secretario,
DR. G. MANSILLA.

OTTO BECKER,

POR EL DOCTOR

DON ANTONIO DE LA PEÑA,

ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

Nos partimos de Stuttgart, el Dr. Cospedal Tomé—cuyas brillantes descripciones científicas saborean los lectores de esta REVISTA—para Friburgo; el distinguido laringólogo Dr. Cisneros y yo para Heidelberg; pretendía yo conocer al Dr. Otto Becker y visitar su clínica.

Llegamos á Heidelberg á la caída de la tarde; nos alojamos en el Hotel del castillo, después de una ascensión de más de 3 km.

No puede darse punto más pintoresco; el silencio que allí reinaba, enfrente el legendario castillo, la ciudad á nuestros pies muellemente tendida al lado izquierdo del caudaloso Nekar, un inmenso espacio de leguas y leguas, que se extienden á los ojos del absorto viajero, proporcionó á nuestro cansado cuerpo bienestar agradable, volando el espíritu por las regiones de lo ideal.

Imposible describir aquel gran panorama; las nubes formábanse á nuestra vista y lentamente llegaban á envolvernos, nubes que, al chocar con las montañas, se deshacían en refrescante lluvia, y allá á lo lejos, un sol espléndido hacía resaltar, con chispeante luz, los mil colores y detalles de aquel gran cuadro ¡paisaje incomparable!

En el siguiente día de aquella tarde visitamos el célebre é histórico castillo, residencia de los condes Palatinos, de los príncipes electores en el siglo XIV.

Débese á Carlos Federico de Baden, á principios de este siglo, el cuidado y la conservación de estas veneradas ruinas.

Allí se celebran fiestas muy originales, ya son solemnidades musicales, ya

congresos científicos (1), ya, por último, banquetes estudiantiles de todas las Universidades alemanas, y en fraternal alegría se consumen grandes cantidades de cerveza.

Los sabios dan á conocer los últimos experimentos de sus laboratorios; la esponja cerebra allí se exprime; se recogen cuidadosamente los hechos, se aquilatan, y se les pone precio en el mercado de la ciencia.

Los estudiantes ricos se reunen á fin de curso en esta culta ciudad. Es curioso observar su aire militar, los imprescindibles *chirlos* en la cara y las narices, con las gorritas que parece se les quieren salir de la cabeza; cintas de colores—según la Universidad—ostentan en el pecho en forma de banda, en la gorra, y algunos la cadena del reloj es de esta misma cinta, y, por último, un gordo roten en la mano haciendo casi constantemente molinete.

Así ataviados, el aire fiero, la cabeza erguida y el andar desenvuelto de gimnasta; al confrontarse dos de diferente Universidad se cuadran y se hacen un saludo rígido, enérgico, al extremo de que la más pequeña incorrección de este acto, trae consigo el irremediable desafío, con el sencillo objeto de cortarse la cara.

El que tiene la suerte de recibir la gloriosa herida, no procura la perfecta unión de los bordes, no emplea ningún antiséptico; antes al contrario, la descuida y abandona para que la cicatriz sea indeleble, siendo entre ellos un alto honor tal ostentación.

Descendimos á la ciudad donde estrechamos, para honra nuestra, la mano del malogrado profesor Otto Becker; este oftalmólogo eminente disponía de un Instituto, como el de Rotschild en Ginebra, enfrente del Monte Blanco; como el de Basilea á la orilla del Rhin, rodeado de las verdes montañas de la Selva Negra; como en Leipzig el que tiene el Dr. Cossius, y tantos otros.

Gracias á la amabilidad del Dr. Becker, pude recorrer aquel edificio construído *ad hoc;* nada dejaba por desear; limpieza exagerada, asepsia escrupulosa, desinfección constante, por todas partes el agua caliente y fría á voluntad. En una palabra, lo que hoy se cree que es lo mejor para curar bien y pronto, con un completo material de enseñanza. Esto es el Instituto oftalmológico de Heidelberg.

Después de discurrir por todo el local, entramos en la sala de operaciones. Voy á operar, me dijo, dos malos casos: cataratas complicadas; se les hizo la iridectomía previa, veremos lo que resulta.

Los operó admirablemente, impulsándome á decirle:—Profesor, los dos malos casos se convirtieron buenos en sus manos.

—No, me contestó, son los enfermos qne celebran su bienvenida.

Me despedí del Dr. Becker encantado de su amabilidad y llevándome un grato recuerdo de su complacencia, prometiéndole volverle á ver. . . . . .

(1) Sesenta y una reunión de naturalistas alemanes en el mes de Septiembre de 1889.

Aquel amigo de algunas horas ha muerto hace unos días; tan triste é inesperado fin ha motivado de mi parte recoger algunos datos biográficos y dedicarle estas líneas.

Nació el profesor Otto Becker el 3 de Mayo de 1828 en Domhof, cerca de Ratzebourg; fué ayudante del célebre profesor vienés, Dr. Alrt.

Tenía el Dr. Becker una sólida reputación en Heidelberg, publicando muchos trabajos de la especialidad; hé aquí los reunidos por nosotros:

Arterienpuls bei Artersinsufficiem.

Ueber die sichtbaren Erscheinungen der Blutbewegung in der menschlichen Netzhaut.

Inflammatio tunic vaginalis bulbi.

Ueber das Adenoid der Thänendrüsse.

Ueber spontanen Arterienpuls in der Netzhaut. Ein bisker nicht beobachtetes Symntom des Morbus Basedovü.

Ueber das Adenom der Thänendrüsse.

Demostration von opthalmoscopischen Bildern.

Cronische Iritis bein einem Syphilistische: Zencissung von hint. Synochien durch calabohnenxtract.

Fur Diagnose intraocularer Sarkome.

Cysticercus im Auge.

Glaucome.

Function der Ciliarfortsätre

Atlas der pathol. Topographic des Auges.

Atlas der pathol. Anatomie des Auges.

Augebornes Kolobom des linken oberen Augenlides, subconjuntivale lipome, cilien auf der conjuntiva.

Ueber Einheilung von Kaninchen bindehaut in den Bindehautsacke des Menrchen.

Fué, por último, el Dr. Otto Becker el principal organizador del séptimo Congreso de oftalmología, que se verificó en Heidelberg en el mes de Agosto de 1888.

A la oftalmología dedicó su vida y sus desvelos; ¡dichoso él que ha conseguido en sus últimos años estar rodeado de discípulos cariñosos en aquel país donde se respeta y considera esta importante y difícil especialidad!

REVISTA DE CIRUGÍA.

POR

D. JUAN BRAVO Y CORONADO,

MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL.

I. Del valor antiséptico del iodoformo.—II. Del cáncer primitivo de los miembros.—III. Tapones antisépticos reabsorbibles.—IV. Resultados del tratamiento de las hernias gangrenadas.

I. Lo generalizado que está hoy el uso del iodoformo en cirugía, hace especialmente interesante todo cuanto á esta sustancia se refiere y aun cuando los estudios acerca de sus propiedades, efectos y usos se han multiplicado mucho en estos últimos tiempos, no dejan de tener importancia las nuevas experiencias llevadas á cabo por Tilanus para precisar el valor antiséptico del iodoformo y de las que da cuenta en una nota publicada en la *Revue de Chirurgie* correspondiente al 10 de Febrero del corriente año, y que vamos á extractar.

Las experiencias han sido hechas en el laboratorio del profesor Forster, en la siguiente forma:

Primera experiencia.—Si se toma una probeta cargada de gelatina, de agar-agar, ó jugo de carne líquido y se le agrega una cantidad suficiente de polvo de iodoformo, se llega á conseguir el mantener esta sustancia en estado de suspensión durante la solidificación de la gelatina y del agar-agar. Si se siembran estos tubos con un caldo en putrefacción, las alteraciones son las mismas que en un caldo de cultivo ordinario.

Segunda experiencia.—Los micrococus pútridos caracterizados por la producción de un gas pútrido, sembrados en la gelatina, la gelosa ó el caldo iodoformados, dan los mismos cultivos á la temperatura de 37° que si no hubiera en ellos iodoformo.

Tercera experiencia.—El polvo de iodoformo mezclado á la gelatina nutritiva y colocada sobre una placa de cultivo, permite desarrollarse á las bacteridias y otros microbios, lo cual prueba que pueden existir organismos vivientes en el polvo de iodoformo, ó al menos que este no es susceptible, en las condiciones ordinarias, de oponerse á su desarrollo.

Cuarta experiencia.—La gelatina y el agar iodoformados sembrados de stafilococus piogenus y mantenidos á temperaturas de 22° para la gelatina y 37° para el agar, dan los cultivos ordinarios. Las inoculaciones hechas con los nuevos cultivos dan los resultados habituales.

Estas experiencias de laboratorio no son suficientes y faltaba inocular á los animales. Un hilo de seda iodoformado, impregnado de stafilococus, se

introdujo en el ojo de un conejo y no determinó más que una ligera inflamación adhesiva. Este solo hecho no es suficiente para dar pruebas serias, pero al mismo tiempo que se ocupa la ciencia en estos estudios de la acción del iodoformo y se ve que es incapaz de oponerse al desarrollo de micro-organismos, está siendo sin embargo, muy útil en la curación de las heridas, y se sostiene con convicción esta última opinión.

El autor cita las experiencias hechas sobre los animales por diversos experimentadores tales como Schnirer (de Viena), Baumgartem y Kunzé, Kronacher y Senger, con resultados contradictorios, pero siempre con la demostración evidente de que el iodoformo no es parasiticida, ni ejerce influencia sobre los cultivos de microbios.

Sin embargo, dice Tilanus, no debe creerse al iodoformo desprovisto de todo valor antiséptico. Hasta aquí se ha hecho alusión únicamente á las inflamaciones agudas, provocadas por microbios piogenos poco influenciados por el iodoformo según se deduce de las experiencias referidas; pero dicho tópico se opone ciertamente al desarrollo de organismos particulares. Büchnez (de Munich) ha sido el primero en reconocer la influencia del iodoformo sobre los vibriones de Koch, y ha demostrado que los vapores de dicha sustancia son suficientes para detener su desarrollo.

En efecto, si un cultivo de las referidas bacterias en gelatina nutritiva se somete á los vapores iodofórmicos, se ve á las bacterias desarrollarse en las capas profundas inaccesibles al medicamento, mientras que en las capas superficiales, el cultivo no puede prosperar.

Tilanus ha repetido las experiencias de Büchnez y ha obtenido absolutamente los mismos resultados, deduciendo de ellas que el iodoformo se opone al desarrollo del cólera, pero no mata sus microbios, puesto que sustraídos á la influencia de aquel son susceptibles de reproducirse.

Estudia después el autor de la nota que extracto, la acción del iodoformo sobre el agente tuberculoso, y después de citar opiniones y experiencias de Rovsing, Baumgartem y Samnelusen, Bruns y Nanwerck, Verneuil, Van Stockum, etc., etc., da cuenta de sus trabajos en los siguientes terminos:

«Hemos practicado experiencias análogas á las que hemos referido anteriormente para comprobar la acción del iodoformo sobre los microbios del cólera; después de haber mezclado aquella sustancia á la gelosa glicerinada de Roux, hemos introducido bacilus tuberculosos procedentes de un cultivo bien desenvuelto, y jamás, aun con cantidades mínimas de iodoformo, hemos visto á estos micro-organismos desarrollarse. En los tubos de gelosa preparada según el método de Roux, ó en aquellos preparados según el método de Martin, los cultivos resultaban magníficos en el espacio de catorce días á cuatro semanas, pero la sola influencia de pequeños vapores de iodoformo, bastaba para detener su desarrollo.

»Hemos querido, además, ver si el iodoformo era susceptible de matar los

bacilos, y con este objeto hemos colocado en la estufa una probeta llena de cultivos bien desarrollados y dentro de la probeta un tubo abierto conteniendo iodoformo. Á los dos, cuatro y seis días hemos inoculado los microbios y hemos obtenido los resultados normales. Al mes, por el contrario, estas inoculaciones resultaron estériles, lo que prueba que el iodoformo es susceptible de matar los microbios de la tuberculosis, pero su acción es por lo demás muy lenta».

En resumen, «en la infección purulenta es inútil emplear el iodoformo, puesto que tenemos agentes más poderosos como son los antisépticos solubles.

«En la tuberculosis, por el contrario, el iodoformo es el único agente que se puede emplear sistemáticamente, á causa de su acción sobre el desarrollo de los bacilos, de su fijeza y de la facilidad de su administración que permite hacer tomar grandes cantidades. ¿Pudiera adquirir el iodoformo valor en la tisis si los enfermos lo llevaran siempre sobre ellos y estuvieran continuamente sometidos á la influencia de sus vapores?»

Esta es la pregunta con que termina su trabajo Tilanus y con la que terminamos también este párrafo.

II. Rodolfo Volkmann ha publicado una monografía muy interesante y completa acerca del cáncer primitivo de los miembros, basada sobre 223 observaciones recogidas de la literatura médica ó comunicadas al autor por Ricardo von Volkmann. Estas observaciones se descomponen así: hombres, 140; mujeres, 65; sexo no determinado, 18. Bajo el punto de vista de la edad, la mayor parte de los casos se presentan entre 40 y 70 años. Bajo el punto de vista del sitio, se encuentra: miembros superiores, 89 casos; miembros inferiores, 134 casos (brazo, 14; antebrazo, 18; mano, región dorsal, 56; región palmar, 1; muslo, 23; pierna, 75; pie, región dorsal, 19; región plantar, 17).

Estos carcinomas pueden ser clasificados, bajo el punto de vista clínico, en tres grupos bien definidos:

Primer grupo.—Cánceres procedentes de una inflamación crónica de los tegumentos; se observan dos variedades: *(a)* Los tumores que han tenido origen en antiguas úlceras, fístulas, callosidades, lupus, antiguas cauterizaciones ó sedales, así como viejos eczemas = 96 casos. *(b)* Los tumores que han tenido origen en antiguas fístulas oxifluentes = 32 casos.

Este grupo se caracteriza por tumores vegetantes, en coliflor, que sangran fácilmente *(noli me tangere)*, pero que no tienen gran tendencia á invadir los tejidos profundos; su marcha es en general lenta y benigna á causa del estado de inflamación crónica del tejido que los soporta. Así sobre 128 casos (94 hombres y 29 mujeres), 15 solamente han tenido una evolución maligna y 12 han ocasionado la muerte por generalización; por otra parte, de 56 operados que han podido ser observados, 30 continúan sin recidiva después de dos

años y 10 después de un año; de aquí su pronóstico favorable. Los tumores de este grupo son tres veces más frecuentes en los miembros inferiores que en los superiores; un caso único ha sido observado por von Volkmann en la palma de la mano.

Segundo grupo.—Dos variedades: *(a)* Cánceres procedentes de escrecencias ó manchas pigmentarias congénitas, ó aparecidas en la primera infancia = 11 casos (cinco en hombres y seis en mujeres). Tumores en general muy graves; no invaden los huesos, pero se extienden rápidamente; se ulceran pronto, infectan los ganglios y se generalizan en las vísceras. Tres veces se trataba de cánceres melánicos. De los 11 operados, cuatro han sido perdidos de vista, y los otros siete han sucumbido. *(b)* Cánceres procedentes de verrugas desarrolladas tardíamente = 12 casos. Tumores en general benignos, papilomatosos, situados lo más á menudo sobre el dorso de la mano, resulta de la irritación prolongada de una hipertrofia papilar. De 12 operados, cinco han sido perdidos de vista, los otros siete parece que no han tenido recidiva.

Tercer grupo.—Cánceres desenvueltos en el espesor de los miembros estando la piel indemne en apariencia = 27 casos (12 hombres y 15 mujeres). Tumores relativamente benignos, pero de marcha variable. De 14 operados que han podido ser observados durante mucho tiempo, se cuentan siete curaciones definitivas y cinco recidivas.

Por último, independientemente de los tumores comprendidos en estos tres grupos, el autor ha reunido, además, 45 casos de cánceres de los miembros de Etiología especial (cáncer de los parafineros, de los deshollinadores).

Bajo el punto de vista del pronóstico general, el cáncer primitivo de los miembros es una afección menos grave que el cáncer de las otras regiones; de 98 que han podido ser seguidos largo tiempo, los resultados definitivos de la intervención quirúrgica, son, según los cuadros del autor: curaciones 51; ausencia de recidiva durante uno á dos años 12; evolución maligna 35.

III. De una nota de Thiem publicada en *Archiv für Klin Chirurgie,* núm. 39 de 1889, tomamos lo siguiente acerca de los tapones antisépticos reabsorbibles.

Estos tapones han sido aconsejados por primera vez por Glück como obturadores del canal inguinal en la cura radical de las hernias; consisten en manojos de catgut hechos antisépticos en el aceite de enebro ó el ácido crómico y conservados en la disolución de sublimado al 1 por 400. El autor se ha servido de estos tapones en cinco casos de cura radical de la hernia inguinal de los niños, como obturador del canal del mismo nombre, en un caso de extirpación de ganglios inguinales para llenar la cavidad resultante de la operación, y en tres casos de extirpación de ganglios axilares. Ha obtenido en todos estos casos reuniones inmediatas perfectas, pero cree que el método está especialmente destinado á prestar grandes servicios en la cura radical de

la hernia en el niño, porque el tapón suministra un punto de apoyo sólido á la cicatriz y se opone como obturador á la desunión de las suturas del anillo y á la recidiva de la hernia, que se produce muy fácilmente en los primeros días de la operación bajo la influencia de los gritos y de los esfuerzos del niño. Tanto es así, que en un niño de 3 años que tenía una hernia inguinal doble y en el que el saco escrotal descendía hasta la rodilla, el autor operó en el lado derecho por el procedimiento ordinario, y en el izquierdo, suturando en el cuello del saco un tapón de catgut, y al cabo de cinco horas, bajo la influencia de los gritos del pequeño operado, las suturas del lado derecho habían cedido y la hernia se reprodujo, mientras que en el lado izquierdo la obturación permanecía perfecta; hubo necesidad de volver á operar en el lado derecho taponando el canal.

La operación es fácil, consiste, después de la extirpación del saco, en introducir un tapón del grosor conveniente en el canal y suturarle fuertemente al anillo, después en cerrar por encima del tapón el cuello del saco por una sutura en bolsa; la fascia, el tejido celular y la piel, son reunidos por una serie de suturas ordenadas y se cura con el colodion iodofórmico.

IV. De un trabajo publicado por Hahn, tomamos los siguientes datos:

De 1880 á 1888 Hahn ha operado 220 hernias, de las cuales 31 tenían gangrena total del intestino. Estas 31 hernias se componen de 23 crurales, 6 inguinales y 2 umbilicales. De los 31 operados, 23, ó sea más del 74 por 100, sucumbieron.

En 26 de los 31 enfermos había practicado un ano contranatural y 20, ó sea 76,9 por 100, murieron. En los 5 restantes Hahn hizo la enterorrafia primitiva con resección y 3, ó sea el 60 por 100, murieron. Para el autor, de los 20 fallecidos de ano contranatural, 14 son debidos á la inanición y en 6 fué producido el fallecimiento en los dos días siguientes á la operación; 5 causados por una peritonitis, y el último murió después de algunos meses por gangrena pulmonar aguda (¿embolia determinada por el enterotomo?).

Dos de las tres muertes, después de la enterorrafia primitiva, han sido ocasionadas por una peritonitis pútrida, y la tercera por una pneumonía; en un solo caso la sutura no había sido conservada, pero existía en otro una perforación intestinal.

En suma, de las tres muertes en operados de enterorrafia, ninguna fué debida á la operación, mientras que no sucede lo mismo para la mitad de los operados de ano contranatural. De los 6 que sobreviven 4 han curado muy lentamente.

Hahn concluye:

1.º La mayoría de los enfermos á los que se ha practicado un ano contranatural, sucumben por inanición.

2.º En la mayoría de los casos, el tratamiento por el enterotomo es ineficaz.

3.° En casos de gangrena del intestino, es ventajoso hacer la enterorrafia fijando el intestino en la línea media.

4.° Cuando la gangrena es dudosa, se está en el caso de dejar el intestino en el orificio herniario envolviéndole en gasa iodofórmica. Esto es lo hecho por Hahn en otros 14 enfermos, de los cuales 3 han muerto.

BIBLIOGRAFÍA.

Clínica de las enfermedades de las vías digestivas, *por el doctor* C. A. Ewald, *profesor de e. o. de la Universidad de Berlín.— Traducido al castellano de la última edición alemana por el Dr.* D. Eduardo Moreno.— Madrid. *El Progreso editorial.* 1889.

De pocos libros se puede decir tan fundadamente como de la obra del doctor Ewald que su publicación constituye un verdadero acontecimiento. Mucho se ha escrito de las afecciones digestivas, pero dudamos de que exista un tratado tan eminentemente científico y serio, tan nutrido de datos y observaciones como la obra de que nos ocupamos, y cuyo primer tomo nos acaba de dar á conocer, prestando con ello un verdadero servicio á los que no conocemos por desgracia el idioma en que se escribió, nuestro querido amigo el ilustrado Dr. Moreno y Zancudo.

Nos limitaremos á copiar algunos párrafos del prólogo que el traductor ha colocado al frente de la obra, porque ellos darán á nuestros lectores una idea más exacta de la importancia de la misma, que todo cuanto pudiéramos nosotros decir.

«Es un hecho vulgar de puro sabido—dice el Dr. Moreno—que solo en el perfecto conocimiento de la Fisiología puede cimentarse el de las enfermedades, y aunque el título de *Clínica* que lleva el libro del ilustre profesor berlinés podría haberle dispensado de abordar asunto tan erizado de dificultades como el de la fisiología de la digestión, el Dr. Ewald, lejos de rehuirle, ha puesto especialísimo empeño en estudiar cuantos problemas de verdadera importancia abarca este proceso fisiológico, fundamento capital de todo el funcionalismo orgánico.

»Parece de todo punto estéril la enumeración de cada una de las materias tratadas por el autor en el presente volumen, ni ocuparme en criticar la manera como aquellas han sido expuestas. Estudiados los diferentes problemas que el acto digestivo entraña, principalmente desde el punto de vista clínico, sin entregarse á ontológicas concepciones, abonadísimas tan solo para demos-

trar una erudición estéril, puede asegurarse que los descubrimientos realizados desde la publicación del libro del médico jefe de la *Frauensiechen Austalt* no han modificado en su parte esencial la doctrina sustentada en el primer tomo de la *Clínica de las enfermedades del aparato digestivo.*

» Aunque estudiando las funciones que constituyen la totalidad del acto digestivo en lo mucho que tienen de químico y mecánico, el Dr. Ewald, á fuer de médico experimentado, no deja de llamar la atención, siempre que el asunto lo permite, esforzándose en señalar las diferencias que existen entre las reacciones operadas en el organismo vivo y las que tienen lugar en un tubo inerte de ensayo.

» Ciertamente el libro del Dr. Ewald no está exento de lunares ni deja de ofrecer algunas deficiencias, especialmente en lo que se refiere al estudio de los fermentos, que en nuestro sentir debió ser más ampliamente tratado, siquiera por ser la parte verdaderamente fundamental del proceso digestivo, tal como hoy se entiende esta función; pero desde la primera lección hasta el final de la obra campean en ella tal conocimiento del asunto tratado, un caudal tan grande de materiales y experimentos propios, un juicio tan recto y desapasionado de las diversas hipótesis y doctrinas, y sobre todo, tan honrada franqueza para confesar las lagunas que la ciencia no ha podido llenar todavía, que subyugan verdaderamente el ánimo del lector y hacen el estudio de problemas tan difíciles y estériles de suyo, por demás agradables y comprensibles. Especialmente los capítulos que se refieren á las funciones de las glándulas salivares y al desdoblamiento y absorción de las grasas, están de tal manera trazados, que parece imposible que en tan corto espacio pueda exponerse con tal claridad y precisión asuntos tan difíciles y complejos.» —J. C.

BOLETÍN SANITARIO DE MADRID.

Los reumatismos, tanto musculares como articulares, han sido los padecimientos más frecuentes durante el mes de Marzo.

Las afecciones catarrales del aparato respiratorio han continuado presentándose también con bastante frecuencia, así como los catarros gástricos febriles.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29.

NOTICIAS.

La Excma. Diputación provincial de Madrid ha acordado proveer por oposición tres plazas de profesores del Cuerpo médico-farmacéutico de la Beneficencia provincial, dotadas con el sueldo de 1.750 pesetas anuales.

Dos de estas plazas pertenecen á la Sección de Cirugía y una á la de Medicina.

Los aspirantes á estas plazas presentarán en el improrrogable término de treinta días, contados desde la fecha en que aparezca inserto este anuncio en el *Boletín* de la provincia (14 y 15 de Marzo), en la *Gaceta* y *Diario oficial de Avisos de Madrid*, sus respectivas solicitudes en la Secretaría de la Corporación, acompañadas de los títulos profesionales médicos de los interesados ó del testimonio de dichos títulos, autorizado por un notario, de la fe de bautismo, certificación de buena conducta moral debidamente legalizadas, si proceden de fuera del territorio de esta Audiencia, y por último, una relación justificada de los méritos y servicios.

Los ejercicios de oposición serán cuatro:

El primer ejercicio consistirá en responder á seis preguntas durante una hora como tiempo máximo. De estas seis preguntas, tres serán relativas á cuestiones de patología y clínica quirúrgica (1) y las otras tres versarán sobre puntos ó conceptos generales de las ciencias médicas. El Tribunal depositará en dos bombos, uno para cada clase de preguntas, diez papeletas, cuando menos, por cada opositor, procurando formular las preguntas con claridad.

El segundo ejercicio consistirá en una disertación escrita, durante cinco horas, sobre un punto general de cirugía (2).

Los opositores estarán incomunicados y sin libros ni apuntes. Para verificar el sorteo del punto sobre el cual haya de versar la disertación, se depositarán previamente en un bombo tantas papeletas como jueces compongan el Tribunal. Terminado el ejercicio se entregarán las memorias, dentro de un sobre cerrado y firmado, al secretario del Tribunal, y en las sesiones siguientes se dará lectura pública por los interesados de sus respectivas memorias.

El tercer ejercicio consistirá en el examen de un enfermo de la sección y exposición de su historia clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. El enfermo será elegido por sorteo entre los de la sección, y el opositor actuante podrá examinarlo durante media hora, auxiliándose con los instrumentos de exploración que pida, y expondrá su historia durante una hora como tiempo máximo. Los contrincantes podrán examinar al enfermo durante un cuarto de hora cada uno, si son dos, y durante media hora si fuese uno solo. El actuante dispondrá para la réplica de cada uno de los contrincantes de un tiempo igual al empleado por cada uno de ellos.

El cuarto ejercicio consistirá en la práctica de una operación sacada á la suerte, describiendo antes de practicarla, la región, las indicaciones y contra-

(1) En la de medicina será de Patología y clínica médicas.
(2) De medicina, en la de esta sección.

indicaciones de la operación, sus métodos y procedimientos, razonamientos del que se elija, apósito y curas consecutivas (1).

Los opositores que no asistan ó no excusen su asistencia por causa justificada en los días que les corresponda actuar en los diferentes ejercicios, así como en el sorteo de las trincas ó bincas, se entenderá que renuncian á las oposiciones, y por lo tanto serán excluídos por el Tribunal.

Los tribunales anunciarán en la *Gaceta de Madrid* y en el *Boletín oficial* de la provincia el día en el que haya de comenzar el primer ejercicio.

Cada Tribunal elevará á la Excma. Diputación una propuesta unipersonal, no haciendo objeto de calificación ninguna al resto de los opositores, que no adquieren por sus ejercicios ningún derecho á ingresar en el cuerpo médico.

Ha fallecido en esta corte el Sr. D. Ruperto Ulecia y Ledesma, padre de nuestro muy querido amigo D. Rafael, director y propietario de la *Revista de medicina y cirugía prácticas*. Envíamos nuestro más sentido pésame por tan irreparable desgracia á nuestro distinguido compañero.

Aguas sulfhídricas y sulfurosas artificiales.—En estos últimos días, y atentamente invitados, hemos tenido ocasión de visitar el establecimiento de aguas sulfhídricas y sulfurosas, situado en la calle de Olózaga, y cuya dirección médica está á cargo de nuestro querido amigo y distinguido joven doctor Olavide (hijo).

Al hacer nuestra segunda visita á este establecimiento, el cual habíamos tenido ocasión de ver cuando se inauguró el año pasado, nos han causado verdadera sorpresa las nuevas instalaciones y mejoras introducidas que hacen del establecimiento, un verdadero centro terapéutico hidro-mineral, en donde pueden tratarse gran número de afecciones de la piel, del aparato respiratorio, reumáticas, etc., etc., y cuyos resultados según la estadística que lleva la Dirección médica, son altamente satisfactorios.

Si las aguas que allí se toman, tanto en bebida como en baños generales y locales y pulverizaciones, no llevasen el título de artificiales, muy bien pudieran confundirse con las naturales, tal es su composición, transparencia, termalidad, etc. Únase á esto salas lujosamente amuebladas, con magníficos aparatos para inhalaciones y pulverizaciones, dos estufas de vapor, cuya temperatura se hace elevar desde 35 á 50 y 70 grados si fuese preciso, un vaporarium, verdadero manantial donde sin molestias pueden los enfermos hacer uso de la inhalación nitrogenada sulfhídrica caliente y húmeda, y como complemento para que nada falte en dicho establecimiento; en estos días está para terminarse un elegante gabinete de hidroterapia para duchas naturales y sulfurosas con magníficos aparatos niquelados.

Es, pues, una idea altamente humanitaria el haber llevado á la práctica por sus iniciadores la fundación del establecimiento que nos ocupa, pues sin duda ha prestado y prestará grandes beneficios á la humanidad doliente, que hasta el presente se veía en la necesidad de esperar la apertura de los balnearios naturales para el tratamiento de sus enfermedades.

Damos, pues, la más sincera enhorabuena á los fundadores de dicho establecimiento, no dudando verán recompensados sus desvelos por el éxito más completo.

---

(1) Se procurará que tengan caracter médico las operaciones de la sección de medicina.

En las oposiciones recientemente verificadas para proveer las plazas vacantes de jefes clínicos de la Beneficencia provincial, han sido propuestos por el Tribunal los señores siguientes:

1, D. José Rugama; 2, D. Antonio Catalán; 3, D. Jesús Canseco; 4, D. Francisco R. Serrano; 5, D. Lázaro M. Pindado; 6, D. Julián D. Pavón; 7, D. Mamerto Castañeda; 8, D. Florentino Molás; 9, D. Cayetano Nóvile, y 10, D. Felipe Barberá.

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Cuenca.....	Casas de Fernando Alonso.....	625 pesetas y unas 1.700 por las igualas.....	16 Abril.
Ciudad-Real.	Viso del Marqués.....	995 pesetas y las igualas.....	2 Abril.
Cuenca.....	Garcinarro.....	500 pesetas y unas 160 fanegas de trigo por las igualas.....	12 Abril.
Burgos.....	Tejada.....	100 pesetas y las igualas.....	3 Abril.
Guadalajara.	Mantarron y Fuencemillan.....	675 pesetas y 200 fanegas de trigo por las igualas.....	17 Abril.
Avila.....	Hoyo de Pinares.....	999 pesetas y las igualas.....	8 Abril.

En cumplimiento de lo prevenido en la Real orden de 23 de Octubre de 1889, se han de proveer por oposición las plazas de director y subdirector del Laboratorio químico municipal de Badajoz, dotadas con el sueldo anual de 1.750 y 1.500 pesetas respectivamente.

Tienen aptitud legal para optar á estas plazas:

Los doctores en farmacia, en medicina ó en ciencias físico-químicas.

Los licenciados en algunas de estas facultades que tengan aprobadas las asignaturas del período del doctorado correspondiente.

Los ingenieros industriales pertenecientes á la Sección de ingenieros industriales químicos.

Las solicitudes se dirigirán al presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla hasta el 5 de Mayo.

La plaza de médico titular de Samar, en las islas Filipinas, dotada con 1.000 pesos anuales pagadas del presupuesto provincial, que se proveerá por concurso entre los licenciados de la Facultad que hayan obtenido el título en las universidades de la Península y de Manila.

Las obligaciones de los médicos titulares son: la asistencia gratuita á los pobres de la cabecera de la provincia y á los presos de la cárcel pública; inspeccionar y dirigir la vacunación y revacunación de los habitantes de la misma; desempeñar el cargo de médico forense; inspeccionar también todo lo relativo al ramo de Sanidad con el carácter de subdelegado, y redactar una Memoria anual acerca de las vicisitudes de la salud pública en la provincia, proponiendo cuanto considere conveniente á mejorarla, adicionándola con notas estadísticas relativas al movimiento de la población.

Los aspirantes á dicha plaza deberán acudir á la Dirección general de Administración y Fomento del Ministerio de Ultramar, dentro de sesenta días (que espira el 14 de Mayo) en las horas hábiles de oficina, con instancia suscrita por ellos, á la que acompañarán el título que acredite haber recibido el grado de Licenciado en Medicina, y además todos los documentos originales que se refieran á méritos contraídos en el ejercicio de su profesión ó sus servicios al Estado.

Tanto del título, como de la demás documentación que presenten, incluirán copia en papel del sello de la clase 12.ª, con el fin de que, confrontadas que sean por el Negociado correspondiente y visadas por esta Dirección, puedan ser devueltos los originales á los interesados, previo recibo que firmen al margen de su instancia por sí ó por persona autorizada al efecto.

D. Alfredo R. Viforcos, *profesor de número del Hospital general de Madrid, etc*

Certifico: Que durante algún tiempo vengo haciendo uso del **ELIXIR DE PROTOCLORURO DE HIERRO CON HIPOFOSFITOS**, preparado por el **Sr. Vivas Pérez:** sus efectos fueron siempre rápidos y seguros, particularmente en los casos de *linfatismo* y *lesiones óseas tuberculosas*, tolerándose bien por los enfermos, sin producir las constipaciones intestinales propias de los agentes ferruginosos.

Y para que conste firmo la presente en Madrid á 22 de Enero de 1889.

Alfredo R. Viforcos.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.
El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta

Depósitos al por menor.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruíz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

CLÍNICA DE LARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL,

POR EL DOCTOR

DON JUAN CISNEROS,

PROFESOR DE LA MISMA.

PAPILOMA CÓRNEO DE LA LARINGE. — LARINGOTOMÍA. — CURACIÓN.

B. L., de 57 años, natural de Montorio (Burgos), casado, y de oficio jardinero, se presentó en la consulta de laringología del Hospital provincial el dia 8 de Junio de 1888, enviado por el ilustrado doctor Azúa, que previamente le habia reconocido en su consulta dermatológica del Hospital de San Juan de Dios.

Si se exceptuaba una disfonia bastante graduada, nada presentaba B. L. que le hiciera considerarse como enfermo, ni que nos hiciera considerarle á primera vista como tal. Robusto y bien constituído, nos manifestó además que siempre habia gozado de una excelente salud, y que ni le gusta ningún género de bebida alcohólica ni ha abusado de la voz, ni ha tenido enfermedad venérea de ninguna clase; solo se acusa de haber fumado con exceso.

Por lo demás, nada se encuentra sospechoso en sus antecedentes hereditarios; su padre murió á los 83 años; su madre, á los 80; tiene 10 hermanos, alguno de los cuales alcanza ya la edad de 74 años, y en ninguno hubo enfermedades de las conocidas como hereditarias.

En Marzo de 1888, y sin causa conocida, notó por vez primera que hablaba ronco; no sintió ni entonces ni después más que esta molestia, que por su persistencia y su intensidad, cada vez creciente, le obligó á reclamar nuestros cuidados.

Reconocido por medio del laringoscopio el mismo dia en que se presentó, nos encontramos con un pequeño tumor situado en el tercio anterior de la cara superior de la cuerda vocal izquierda; tumor de un

color blanco brillante, sesil, aplanado, duro, indolente, de superficie ligeramente granulosa y de forma y dimensión muy parecido á una pequeña lenteja. Toda la mucosa laringea se encontraba inyectada, así como las cuerdas vocales, lo cual hacía resaltar de una manera evidente la blancura del tumor.

En los ensayos de fonación pudimos apreciar que la cuerda vocal izquierda, ó sea en la que se asentaba la neoplasia, se movía con dificultad, no llegando á la linea media.

Alguna tos ligera y seca y la disfonia, eran los solos síntomas subjetivos que entonces aquejaba. La deglución y la respiración se hacían normalmente, no había habido dolores ni espontáneos ni provocados por la deglución, ni espectoración sanguínea, ni existían infartos ganglionares.

Aunque ni la coloración blanca ni la dureza que el tumor parecía tener, son comunes en las papilomas, ni frecuente en los tumores benignos que inmovilicen las cuerdas cuando alcanzan las pequeñas dimensiones del que nos ocupa, teniendo en cuenta, sin embargo, su situación en la parte anterior de la laringe, la falta de otros síntomas que en los malignos se presentan, y más que nada, el aspecto como achagrinado de su superficie, nos inclinamos desde luego á creer que se trataba de un papiloma, á reserva en todo caso de ratificar este diagnóstico por medio del microscopio.

Tanto con objeto de hacer su examen histológico, cuanto con el de realizar el tratamiento más conveniente en estos casos, tratamos ante todo de practicar su avulsión por medio de las pinzas laringeas de Fauvel. En diversas sesiones, y después de anestesiada la laringe, intentamos arrancarlo, y en ninguna nos fué posible hacer presa en el tumor, por su escaso relieve sobre la cuerda. Convencidos de la inutilidad de este procedimiento, mientras la neoplasia no fuera más voluminosa, y decididos á destruirla, á ser posible, antes de que este caso llegara, apelamos después al legrado de la misma, empleando para ello las cucharillas cortantes que usa Heryng para el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laringea; tampoco fuimos afortunados con este medio, pues solo conseguimos separar las pequeñísimas excrecencias de la superficie, dejándola lisa, en las dos sesiones de legrado que practicamos; la ineficacia de este tratamiento nos obligó, por último, á recurrir al empleo de las cauterizaciones por medio del gálvano-cauterio, de las que solo se practicaron dos sesiones durante el mes de Junio.

Á pesar de las cauterizaciones, el tumor se extendió en superficie, y la última vez que reconocimos al enfermo antes de las vacaciones del verano (últimos días de Junio), ocupaba la neoplasia casi toda la cara superior de la cuerda, rebasando el borde interno de la misma y desapareciendo por su parte externa en el ventrículo de Morgagni; en esta época era ya casi afónica la voz, pero no había dispnea.

Cuando volví á ver al enfermo en el mes de Octubre, pude apreciar que el tumor, no solo había aumentado en superficie, sino que también se encontraba más abultado. Su coloración continuaba siendo blanca y su superficie se había erizado de papilas filamentosas y duras, muy semejantes á las de la lengua de los animales felinos; tanto por su aspecto como por su forma y volumen, se le podía comparar con bastante exactitud á una fresa sin madurar: por esta época ocupaba ya toda la mitad izquierda de la porción supra-glótica de la laringe hasta el nivel del repliegue ari-epiglótico, tapando la cuerda, ventrículo y banda del mismo lado, y se hundía en el espacio glótico á bastante profundidad, habiendo determinado el continuo roce de las papilas cierto grado de infiltración de la cuerda y banda ventricular del lado opuesto. *(Fig. 1.ª)*

Intenté de nuevo la avulsión del tumor por medio de las pinzas laringeas, y entonces pude extraer algunas pequeñas porciones, que envié para su examen al reputado Dr. Alabern, el cual me manifestó que solo había encontrado en ellas células epiteliales, pero que siendo superficiales todos los trozos que remití no podía asegurar que el resto del tumor tuviese igual textura histológica.

El enfermo, que á pesar de los progresos de la neoplasia no sentía otra molestia que la afonía, cada vez mayor, pero á la que no concedía gran importancia, dejó de presentarse por la consulta.

El 15 de Noviembre (según después nos manifestó), y á consecuencia de un pequeño esfuerzo, se presentó un acceso de dispnea que se repitió en varias ocasiones aquella noche y en los días sucesivos, hasta que se hizo permanente y le obligó á ingresar el día 21 del mismo mes en la sala de laringología (núm. 19) del Hospital general, ocupando la cama núm. 23.

El mismo día de su ingreso, y en vista de la insuficiencia respiratoria (ortopnea, cianosis y tiro), y como indicación vital se le practicó la traqueotomía, que no presentó complicación alguna, ni durante el acto operatorio, ni después del mismo.

Una vez más intenté la extirpación del tumor por la vía bucal en

los dias que siguieron á la traqueotomía, pero su dureza era tanta, que solo conseguí extraer pequeñas porciones superficiales del mismo, tanto con las pinzas de Fauvel de distintas formas, como con las más fuertes y cortantes que Gougenheim ha hecho construir recientemente. En más de una ocasión tuve que soltar la presa hecha con la pinza, porque al tratar de arrancarla, levantaba la laringe en totalidad, sintiéndola crujir.

La dureza de la neoplasia por una parte, y por otra la certidumbre que el estudio de su evolución y varios reconocimientos y exploraciones detenidas me habian dado de que el tumor debia haber invadido la cara inferior de la cuerda vocal y el ventrículo de Morgagni, todo lo cual hacia sumamente difícil su avulsión completa y por lo tanto mucho más fácil la reproducción del mismo, me decidieron á abandonar la vía bucal para su extirpación, apelando como último [illegible] á las vías artificiales.

[illegible]tivo abonaba esta decisión: la traqueotomía practicada dis[illegible]iderablemente los peligros de nuestra intervención por [illegible]uringea, puesto que los pulmones se habían habituado [illegible]a alguna á la penetración directa del aire y la cánula [illegible]urg colocada en la herida traqueal había de hacer in[illegible]uier hemorragia, impidiendo la penetración de la san[illegible]uea.

[illegible]secuencia, el dia 30 de Noviembre, ó sea nueve dias des[illegible]acticada la traqueotomía, cuya herida había ya cicatrizado [illegible]pción del sitio ocupado por la cánula, procedí á practicar la [illegible]rotomía con la inteligente ayuda de mis queridos compañeros los doctores D. Eulogio Cervera, D. Antonio Bravo y D. Juan Bravo.

Sustituída la cánula traqueal ordinaria por la de Trendelemburg, se cloroformizó al enfermo á través de un largo tubo de goma, en una de cuyas extremidades se adaptó un embudo metálico tapado en su base ó parte más ancha por una compresa, en la que se vertía el cloroformo, enchufándose el otro extremo del tubo á la cánula.

Se practicó después una incisión vertical que, partiendo desde un punto equidistante del borde inferior del hueso hioides y del superior del cartílago tiroides y en la línea media, descendía hasta el borde inferior del cricoides, y otra que, arrancando horizontal desde el límite superior de la primera, se extendía por el lado izquierdo hasta unos 3 cm. próximamente, constituyendo entre ambas la figura de una *L* invertida.

Incindidas todas las partes blandas hasta llegar al cartílago tiroides por la rama vertical y á la membrana tiro-hioides por la horizontal, se disecó el colgajo resultante hasta poner al descubierto el ángulo anterior del cartílago y una pequeña porción de la cara lateral izquierda del mismo: esta maniobra dió lugar á escasísima hemorragia.

Procedí después á incindir verticalmente y en la línea media, por medio de un bisturí corto y fuerte, el cartílago tiroides; pero lo encontré osificado y no me fué posible verificarlo; recurrí á una sierra en forma de cresta de gallo, y la dificultad de inmovilizár completamente el cartílago me hizo renunciar también á este procedimiento. En estas circunstancias, puncioné la membrana tiro-hioidea al nivel de la escotadura tiroidea, y por este hojal introduje unas fuertes tijeras, teniendo especial cuidado de que la rama introducida en la laringe no hiriese las cuerdas vocales, aplicándola para esto de la manera más exacta posible en la línea media, y así quedó dividido el cartílago; prolongada la incisión de la membrana tiro-hioidea tanto como la de la piel, separamos las láminas del tiroides, poniendo al descubierto todo el interior de la laringe. Durante este tiempo de la operación, y especialmente al introducir la tijera en la laringe, tuvo el enfermo algunos accesos de tos bastante violentos, y la sección del cartílago y mucosa dió alguna hemorragia, pero solo venosa y de vasos capilares, tanto que no hubo precisión de hacer ligadura alguna. Sin embargo, esta hemorragia, y más que nada una cantidad enorme de secreción mucosa y de saliva que á cada uno de los frecuentísimos movimientos de deglución del enfermo llenaba la laringe, nos dificultó en gran manera la extirpación del tumor.

Á pesar de esto, y sirviéndonos de una pequeña lámpara eléctrica, modelo Chardin, que nos prestó excelentes servicios, comprobamos *de visu* lo que la imagen laringoscópica nos había mostrado antes, encontrándonos con que la base de implantación de la neoplasia se extendía por toda la cara superior, borde y cara inferior de la cuerda vocal izquierda, y por la banda ventricular del mismo lado, ocupando también todo el ventrículo correspondiente. Excindimos con tijeras y bisturí, y legramos con la cucharilla cortante lo que entre aquella sábana de moco incesantemente renovada pudimos encontrar, y cauterizamos por medio del gálvano-cauterio los puntos de implantación del tumor.

Rellenamos la laringe con gasa iodofórmica, aproximamos los bordes del tiroides y se hizo una cura antiséptica con la misma gasa

iodofórmica y algodón sublimado. Durante toda la operación funcionó perfectamente la cánula de Trendelemburg, no habiendo pasado á la tráquea ni una sola gota de sangre ni de mucosidades y permitiendo el uso de líquidos antisépticos para la limpieza de la laringe, hecho de importancia tanto mayor cuanto que algunos operadores la consideran inútil.

Día 30 de Noviembre.—El enfermo se queja de disfagia, pero aunque con molestias, ha tomado caldos, leche y vino, única alimentación prescrita. Temperatura á las seis de la tarde, 39°.

1° de Diciembre.—Se renueva la cura por la mañana, y al limpiar la laringe, libre ya de sangre y secreciones y bien iluminada, encontramos una pequeña porción de tumor no excindida el dia anterior y situada en la cara inferior de la cuerda y próxima á la comisura anterior; se separa con una tijera curva y se cauteriza la base de implantación con el gálvano-cauterio, quedando con esto extirpada completamente toda la neoplasia. Se sustituye la cánula de Treudelemburg por una ordinaria. La disfagia ha disminuído. Temperatura de la mañana, 37°,3; ídem de la tarde, 38°,1.

2, 3 y 4 de Diciembre.—Sin fiebre. Desaparece la disfagia. Caen las escaras producidas por la cauterización. El día 4 se limpia la laringe y se suturan los bordes de la herida por medio de tres puntos de sutura. Habiéndose adherido los tejidos blandos á la cara lateral del tiroides, creímos prudente no hacer la sutura del cartílago, para evitar las contingencias de la inflamación del mismo, toda vez que las suturas, que comprendieron todo el espesor de las partes blandas, inmovilizaron las láminas cartilaginosas previamente coaptadas.

11 de Diciembre.—Cicatrizadas las incisiones de la tirotomía, y después de asegurarnos por medio de varios reconocimientos laringoscópicos de que no habia obstáculo alguno á la entrada del aire, ni quedaban vestigios del tumor, separamos la cánula traqueal, cuya herida cicatrizó rápidamente, saliendo curado del Hospital el 14 del mismo mes.

Desde entonces he tenido ocasión de examinarlo por medio del laringoscopio repetidas veces, y hasta ahora no hay indicios de reproducción. Ha vuelto á su oficio de jardinero, trabajando con la misma facilidad que antes de su enfermedad.

La voz, perdida ya antes de la operación, ha reaparecido de nuevo, si bien con timbre más bajo. Al principio necesitaba hacer grandes esfuerzos para emitirla, pero gradualmente va siendo más fácil.

El examen laringoscópico demuestra que el borde interno de la cuerda vocal izquierda ha quedado desigual después de la excisión del tumor, y que la cuerda vocal derecha se ha ido adaptando poco á poco á la forma de aquella de tal modo que en la actualidad vienen á contacto en casi toda su extensión durante los esfuerzos de fonación, dando á la hendidura glótica una forma parecida á la de una ese itálica. *(Fig. 2.ª)*

Figura 1.ª

Figura 2.ª

Figura 3.ª

El examen histológico practicado por el Dr. Alabern ha demostrado que se trataba de un papiloma córneo, según puede verse en la figura 3.ª, reproducción de una fotografía hecha por el Dr. Mendoza, director del Laboratorio histo-químico de San Juan de Dios.

(Se continuará.)

ESTUDIO TERAPÉUTICO SOBRE LA FENACETINA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA Y MANSILLA,

MÉDICO DE NÚMERO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL GENERAL.

(Continuación) (1).

III.

EFECTOS FISIOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN CUANDO SE ADMINISTRA LA FENACETINA Á LOS ANIMALES.

Para realizar este objeto hemos practicado los siguientes experimentos.

1.° Tomamos un conejo de 860 g. de peso. Respiraciones por minuto 90. Latidos cardiacos 125. Temperatura en el recto 38,2.

Por medio de la sonda exofágica inyectamos en el estómago una emulsión gomosa con 1,50 g. de fenacetina. Eran las tres de la tarde. A las tres y cuarto comienza á temblar el animal y apreciada la temperatura en el recto era 37,2°. Se ve que á los quince minutos de la inyección la temperatura ha descendido 1°. El animal está tranquilo.

A las tres y media se encuentra algo postrado, se inclina á un lado y á otro y la temperatura era 36,5°.

A las cuatro. Temperatura 35,5°.

A las cinco. Temperatura 35,5°.

A las cinco y media el animal está fresco al tacto y el termómetro acusa 34,8°.

Desde las seis en adelante se ve que la temperatura comienza nuevamente á subir hasta que á las ocho y media era la inicial 38,2° y el conejo se encontraba en estado fisiológico.

2.° Tomamos otro conejo de 1.010 g. de peso. Latidos cardiacos 120 por minuto. Temperatura normal 39. Respiraciones 80. Se inyecta en el estómago, después de practicado el cateterismo exofágico que en estos animales es una maniobra muy delicada, una emulsión gomosa con 3 g. de fenacetina. Eran las cuatro de la tarde.

(1) Véase el número anterior.

A los diez minutos de la inyección, se observa que la circulación y la respiración se hacen muy frecuentes, después se crispa el animal como si tuviese frío y aparecen algunas convulsiones. Vacila ligeramente.

A los veinte minutos se vuelve á tomar la temperatura en el recto, que es el sitio que siempre se elige en estos experimentos de terapéutica, y de 39° que como arriba indicamos era la temperatura fisiológica de este animal, ha descendido á 35,7°. Se presentan convulsiones limitadas á las extremidades posteriores. El conejo se cae de lado pero vuelve á levantarse. Orina gritando intensamente.

Después de una hora de estar el conejillo bajo la influencia del medicamento aparece frío al tacto, presenta gran decaimiento y se cae indistintamente lo mismo al lado derecho que al izquierdo. Latidos cardiacos 100. Respiraciones 68. Temperatura 34°. El pabellón del oido y la mucosa de la boca aparecen muy pálidos.

El colapso sigue en aumento, desaparecen los reflejos corneanos á la par que descienden la circulación, la respiración y la calorificación hasta que al fin, el animal muere á las seis horas de verificada la inyección estomacal teniendo 30° que fué la última temperatura que se apreció durante la agonía.

Autopsia.—El tubo intestinal y el estómago están muy congestionados, encontrándose en este alguna cantidad de fenacetina que no se ha absorbido. El hígado está aumentado de volumen. El corazón está en sistole y con coágulos sanguíneos rojos. El cerebro y el pulmón están anémicos así como la piel. En los demás órganos no se observa cosa alguna digna de ser anotada.

La vejiga está llena de orina que sometida á los reactivos arriba indicados, acusan la presencia de fenacetina.

Diluída una pequeña cantidad de sangre del conejo autopsiado y examinada con el espectroscopio se distingue con perfecta claridad que la hemoglobina da el espectro de la oxigenada, es decir, dos rayas de absorción, una en el verde y otra en el límite del amarillo y del verde.

El riñón que á la inspección parecía algo congestionado, fué sometido á un estudio histológico con el fin de averiguar si la fenacetina al eliminarse, producía en los glomérulos ó tubulis renales alguna lesión sobre la que pudiera llamarse la atención. Para este objeto fijamos los trozos de riñón con el licor de Müller y se sometieron, después de lavados, á la acción del alcohol y del xilol. Des-

pués de imbibidos é incluídos en parafina, procedimos á dar cortes de una centésima de mm. que fueron coloreados, unos con azul de metileno y ácido pícrico y otros con picro-carmín. Observados aquellos cortes al microscopio, pudimos apreciar el estado normal de todos los elementos del riñón á excepción de una ligera tumefacción del epitelium tubular.

3.° A otro conejo de 650 g. cuya temperatura era de 38,6, 112 latidos cardiacos y 80 respiraciones, se le inyectó en el estómago 4 gr. de fenacetina emulsionada con goma. Eran las seis de la tarde.

A los treinta minutos está el animal muy decaído, tiembla ligeramente y su temperatura es 37,2°. Las orejas están más frías que en el estado normal.

A las siete de la tarde se cae indistintamente al lado derecho ó al izquierdo, no puede sostenerse y la respiración aparece muy frecuente. Temperatura 36°.

A las ocho los actos reflejos y la sensibilidad general están muy disminuídos.

A las diez el animal está completamente postrado, la respiración sigue muy frecuente, faltan los reflejos oculares y la temperatura era 34°.

El colapso continuó en aumento, se presentó la cianosis y en medio de algunas convulsiones sobrevino la muerte á las ocho horas de la inyección.

Autopsia.—Se observan las mismas alteraciones que en el caso anterior.

En la orina contenida en la vejiga se demostró la presencia de la fenacetina por medio de las reacciones expuestas en el capítulo segundo, cuyo hecho nos indica que la sustancia mencionada se absorbió en el tubo digestivo.

Las reacciones más fáciles de aplicar para la orina, son las que tienen como base el percloruro de hierro que da color rojo y la del sulfato de cobre que da el precipitado verde.

A pesar de que en este caso se ve que hemos administrado la fenacetina á grandes dosis con arreglo al peso del animal, no hemos apreciado en el sedimento urinario el pigmentum rojizo y cristalino que con los ácidos concentrados se hace violeta y cuyo hecho se ha indicado por Mahner.

4.° A una rana de 110 g. de peso hemos inyectado en los sacos linfáticos 25 cg. de fenacetina finamente pulverizada y suspendida

en glicerina. Pasados los momentos de la inyección el animal se encuentra tranquilo, no se observa cambio alguno en su funcionabilidad. Sacrificada á las veinticuatro horas se encuentra en los sacos linfáticos el medicamento que se inoculó sin que hubiese sufrido alteración alguna.

5.° También hemos tratado de ver si la fenacetina tiene propiedades antiparasitarias para lo cual mezclamos una gota de líquido putrefacto procedente de la maceración prolongada de algunas verduras frescas, con otra de disolución en caliente de fenacetina (2 por 1.000). Observando la mezcla al microscopio se observó que los infusorios y bacterias que en aquel líquido existían, seguían moviéndose con la misma libertad que si estuviesen en su propio elemento. La mezcla prolongada hasta veinticuatro horas de los infusorios y bacterias con la fenacetina, tampoco modifica en lo más mínimo su movilidad, por todo lo cual deducimos que la fenacetina no tiene propiedades antisépticas, toda vez que no destruye la vida de los gérmenes microscópicos. En cambio los mismos infusorios y bacterias del líquido de putrefacción morían instantáneamente cuando se les añadía una gota de una disolución de sublimado corrosivo al 2 por 1.000.

Como resumen de estas experiencias y de otras que no citamos por no hacer demasiado largo este capítulo, podemos decir respecto á la acción de la fenacetina en los animales, lo siguiente:

1.° La fenacetina es de acción indiferente sobre los animales de sangre fría.

2.° En los de sangre caliente disminuye su temperatura fisiológica siempre que se administre á la dosis de 20 cg. por kilogramo de peso del animal.

3.° Dicho descenso térmico dura cinco ó seis horas después de las cuales la temperatura se eleva hasta la fisiológica.

4.° Si se aumenta la dosis de fenacetina el descenso de la temperatura se acentúa más, llegando hasta el colapso del que sale con gran dificultad el animal.

5.° Si la dosis aumenta hasta 3 g. por kilogramo, sobreviene gran colapso y enfriamiento en el que sucumbe. Por esto podemos considerar á la fenacetina como un medicamento que se hace tóxico á la mencionada dosis de 3 g. por kilogramo de peso del animal.

IV.

EFECTOS FISIOLÓGICOS QUE SE OBSERVAN CUANDO SE EMPLEA LA FENACETINA EN UN INDIVIDUO SANO.

Con el estudio que hemos practicado con la fenacetina administrada á los animales, claro está que no habíamos de tener temor alguno de administrarla en el hombre, pues ya hemos visto que no era tóxica sino á la dosis de 3 g. por kilogramo de peso del animal, y si calculamos que el término medio de peso de un individuo adulto es de 50 kg., resulta que solo administrándole 150 g. de una vez, sería la fenacetina capaz de producirle la muerte.

No hay por tanto inconveniente en administrarla al hombre y con el fin de averiguar sus efectos, la hemos usado primero en los individuos sanos. A este fin administramos la fenacetina á las dos siguientes personas:

1.ª Ocupó la cama núm. 11 de la sala 28, un joven llamado A. Ferrado, de 19 años, natural de Soria y que ingresó el 5 de Octubre de 1889, sin que tuviese enfermedad alguna.

El 10 de Octubre, á la una de la tarde, se le administraron 50 cg. de fenacetina, tomando previamente la temperatura. A contar de este momento fueron tomándose con escrupulosidad las temperaturas cada veinte minutos por mi interno D. Cayetano Sáinz, á la vez que se repetían las dosis cada tres horas, obteniendo las siguientes cifras:

Temperatura	1 de la tarde.....	36,8-50 cg. de fenacetina.
»	1 y 20 minutos.....	36,9
»	1 y 40.....	37
»	2.....	37
»	2 y 20.....	37,1
»	2 y 40.....	37,2
»	3.....	37,4-50 cg. de fenacetina.
»	3 y 20.....	37,4
»	3 y 40.....	37,2
»	4.....	37,1
»	4 y 20.....	37,2
»	4 y 40.....	37
»	5.....	37
»	5 y 20.....	37
»	5 y 40.....	36,9

Temperatura	6.....	36,8-50 cg. de fenacetina.
»	6 y 20.....	37
»	6 y 40.....	36,9
»	7.....	36,8

A pesar de estas tres dosis de fenacetina el individuo no experimentó alteración alguna. La temperatura no sufrió tampoco modificación alguna que no fuese fisiológica.

2.ª Es un hombre de 29 años, robusto y bien constituido que se encuentra en convalecencia de un reumatismo articular sub-agudo. Ocupa la cama núm. 6 de la sala 29.

Se le administran tres dosis de 2 g. cada una de fenacetina, á las 2, 5 y 8 de la tarde del día 20 de Agosto de 1889.

La temperatura fué tomada en la axila como en el caso anterior, cada veinte minutos y los datos que obtuvieron fueron análogos á los citados en el caso anterior, por lo cual no creemos oportuno repetirlos, á pesar de que las dosis fueron cuatro veces mayores.

Estos experimentos demuestran de una manera evidente que la temperatura fisiológica del hombre, no se modifica con la fenacetina, como tampoco con ningún otro antitérmico, cuando se usa á las dosis á que se administra como antifebril.

Si en los conejos vimos que su calor fisiológico descendía, era debido á la gran cantidad á que se administraba la fenacetina.

Durante las horas que estuvieron los individuos bajo la acción de este medicamento, no se presentaron náuseas, vómitos, ni dolores de estómago. Se encontraban en un todo igual á como antes de usar el medicamento, con lo cual se demuestra plenamente que no es tóxico ni produce trastorno alguno de parte del sistema nervioso como ocurre con muchos antitérmicos. Se ve también que es perfectamente tolerada por el tubo digestivo.

La orina que fué segregada durante la acción del medicamento contenía fenacetina, como lo reveló la característica reacción de los oxifenoles. No contenía glucosa ni albúmina.

La fenacetina es un anestésico local como se demuestra por la siguiente experiencia. Se moja una mano de un sujeto sano con éter sulfúrico y la otra con una disolución etérea de fenacetina. Al cabo de algunos segundos, la mano impregnada de fenacetina etérea está mucho más anestesiada que la que ha experimentado solamente la acción del éter.

V.

FENÓMENOS QUE SE PRESENTAN CUANDO SE ADMINISTRA LA FENACETINA AL FEBRICITANTE.

Después de las experiencias que hemos practicado en individuos sanos, hemos pasado á administrarla á enfermos en quienes estaba indicada la medicación antitérmica ó la analgésica, ó ambas á la vez, pues como veremos por las observaciones que vamos á referir, la fenacetina, no solo rebaja la temperatura febril, sino que también tiene la propiedad de calmar el dolor. En virtud de su primera acción decimos que aquel medicamento es *antifebril* ó *antihipertérmico* (siendo preferible esta denominación á la de antitérmico, pues este nombre supondría que también disminuía la temperatura fisiológica, de cuya propiedad carece á las dosis ordinarias, según demostramos en el capítulo anterior); por su acción segunda decimos que la fenacetina es un *analgésico* ó un medicamento *nervino*.

Veamos de probar que la fenacetina rebaja la temperatura febril y estudiemos las modificaciones que este síntoma experimenta bajo la acción de dicho agente terapéutico.

Para esto veamos cómo responde el febricitante á una dosis de fenacetina.

Observación 1.ª Ocupaba la cama núm. 32 de la sala 28 un enfermo llamado J. Rodríguez, de 42 años, que padecía una pulmonía crupal izquierda en quinto día con la fiebre correspondiente que oscilaba alrededor de los 40° ó 40,5.

A las doce y media del día 15 de Marzo tenía 40° y se le administró una dosis de 1 gr. de fenacetina. Cada cuarto de hora se tomaba la temperatura por mi interno, D. Mateo Martínez, obteniendo los siguientes datos:

	Temperatura.	
A las 12 1/2.....	40 o.	—Se administra 1 gr. de fenacetina.
» 12 3/4.....	40	
» 1.....	39 ,8	
» 1 1/4.....	39 ,8	
» 1 1/2.....	39 ,6	
» 1 3/4.....	39 ,8	

A las 2..... 39°,5.—Se administra 1 gr. de fenacetina.
» 2 1/4..... 39 ,3
» 2 1/2..... 39 ,4
» 2 3/4..... 39 ,3
» 3..... 39 ,2
» 3 1/4..... 39 ,1
» 3 1/2..... 39
» 3 3/4..... 39
» 4..... 38 ,9
» 4 1/4..... 39
» 4 1/2..... 38 ,7
» 4 3/4..... 38 ,5
» 5..... 38 ,4
» 5 1/4..... 38 ,5
» 5 1/2..... 38 ,7
» 5 3/4..... 38 ,9
» 6..... 38 ,8
» 6 1/4..... 38 ,7
» 6 1/2..... 39
» 6 3/4..... 39 ,1
» 7..... 39 ,2
» 7 1/4..... 39 ,3
» 7 1/2..... 39 ,3
» 7 3/4..... 39 ,6
» 8..... 40 ,1

Observación 2.ª Con el objeto de que el descenso térmico fuese más acentuado y conocer mejor la evolución que sigue la temperatura del febricitante bajo la acción de una dosis mayor de fenacetina, hemos administrado una de 2 gr. en el enfermo objeto de esta observación y se ha tomado la temperatura con toda exactitud por mi interno, D. Santos Hernández, hasta tanto que ha llegado á la normal.

Era un enfermo llamado J. Quiñones, que ocupaba la cama número 11 de la sala 28. El 18 de Marzo de 1890 tuvo un acceso de cuartana que ya hacía dos meses venía padeciendo. El escalofrío inicial comenzó á las doce del dia, y en el momento de pasar la visita de la tarde tenía 40°,7 de temperatura. En este momento se le administró la fenacetina y las observaciones térmicas que se tomaron dieron lugar á las siguientes cifras:

	Temperatura.	
A las 4 de la tarde...	40°,7.	—Se administran 2 gr. de fenacetina.
» 4 1/4 — ...	40 ,8	
» 4 1/2 — ...	40 ,6	
» 4 3/4 — ...	40 ,2	
» 5 — ...	40 ,1	
» 5 1/4 — ...	39 ,2	
» 5 1/2 — ...	39 ,4	
» 5 3/4 — ...	39 ,2	
» 6 — ...	38 ,4	
» 6 1/4 — ...	38 ,1	
» 6 1/2 — ...	38	
» 6 3/4 — ...	37 ,6	
» 7 — ...	37 ,7	
» 7 1/4 — ...	37 ,3	
» 7 1/2 — ...	37 ,3	
» 7 3/4 — ...	37 ,2	
» 8 — ...	37	
» 8 1/4 — ...	36 ,0	

En este caso cabe la duda de que se pudiera decir que la temperatura había ido descendiendo lentamente hasta llegar á la normal, en la que se mantuvo hasta que á los tres días repitió un nuevo acceso de cuartana, no por efecto del medicamento, sino porque la fiebre tenía ya tendencia á desaparecer á causa de haber comenzado á administrar la fenacetina en el período de acmé de la fiebre intermitente.

Para que desapareciese de nosotros aquella duda hemos escogido otro enfermo, no ya con una fiebre accesional, sino con una continua, como es la de la pulmonía, y los resultados obtenidos son análogos á los anteriores, pero más completos, como se demuestra con la observación siguiente:

Observación 3.ª Es un joven llamado M. Sánchez, de 18 años, que ocupa la cama núm. 18 de la sala 28. Padecía una pulmonía crupal de todo el pulmón derecho. El 30 de Marzo del corriente año se encontraba en el tercer día de la afección, y á las cuatro de la tarde acusaba el termómetro colocado en la axila 40°,4 de temperatura. Se administra la fenacetina y se toma la temperatura cada cuarto de hora, no repitiendo la dosis ni usando el enfermo ningún otro medicamento que, pudiendo tener alguna influencia en la mar-

cha de la temperatura, nos llevase á cometer algún error. Véase las cifras obtenidas:

		Temperatura.			Temperatura.
A las	4 (1).....	40°,4	A las	8 1/4.....	37°,5
»	4 1/4.....	40 ,2	»	8 1/2.....	37 ,8
»	4 1/2.....	39 ,9	»	8 3/4.....	38
»	4 3/4.....	39 ,7	»	9.....	38 ,4
»	5.....	39 ,6	»	9 1/4.....	38 ,9
»	5 1/4.....	39 ,2	»	9 1/2.....	38 ,8
»	5 1/2.....	39 ,1	»	9 3/4.....	38 ,9
»	5 3/4.....	38 ,6	»	10.....	39
»	6.....	38 ,5	»	10 1/4.....	39
»	6 1/4.....	38 ,4	»	10 1/2.....	39 ,1
»	6 1/2.....	38 ,2	»	10 3/4.....	39 ,3
»	6 3/4.....	38 ,2	»	11.....	39 ,5
»	7.....	37 ,5	»	11 1/4.....	39 ,6
»	7 1/4.....	37 ,7	»	11 1/2.....	39 ,9
»	7 1/2.....	37 ,4	»	11 3/4.....	40
»	7 3/4.....	37 ,1	»	12.....	40 ,3
»	8.....	37 ,2			

Del examen atento de la marcha de la temperatura en los tres febricitantes á quienes hemos administrado una dosis de fenacetina, se deducen los hechos que vamos á exponer.

Es la fenacetina un agente antifebril que disminuye la temperatura, observándose en su modo de descender las siguientes particularidades:

Comienza el descenso térmico á la media hora de administrado el medicamento y continúa con ligeras oscilaciones durante cuatro horas en cuyo momento se observa el máximun de acción ó sea el mínimun de fiebre. Continúa en esta situación durante una hora próximamente y en seguida comienza á elevarse de nuevo la temperatura hasta que á las ocho horas de administrada la fenacetina su acción ha desaparecido por completo y de ahí que la fiebre vuelva á elevarse hasta ser la que existía antes de usar aquel medicamento.

Si á las cuatro horas hubiéramos repetido las dosis en aquellos enfermos, la temperatura se hubiera conservado en aquel mínimun,

(1) Se administran dos gr. de fenacetina en una dosis.

aunque solo hubieran sido dosis más pequeñas que las iniciales. Esto se demuestra plenamente en las observaciones que referimos en el próximo capítulo en que se ve que la fiebre es menor de lo que corresponde al ciclo de evolución térmica de la enfermedad, siendo debida esta disminución permanente de la fiebre á la repetición de las dosis de fenacetina cada cuatro ó cinco horas.

Parece como que se establece una lucha entre el elemento termógeno que tiende á elevar la fiebre, y el medicamento que tiene tendencia opuesta: durante las cuatro horas primeras predomina la acción del antifebril; durante las cuatro últimas, el agente termógeno va dominando sobre el medicamento, y poco á poco se restablece la fiebre que corresponde á la enfermedad de que se trate.

Expuestas estas tres observaciones, veamos qué otros efectos fisiológicos produce la fenacetina en el organismo del febricitante, puesto que su acción ó sea su manera íntima de obrar en este, como en la mayor parte de los medicamentos, pasa para nosotros completamente desapercibida. Es decir, que debemos exponer ahora aquellos hechos que hemos apreciado en los enfermos que han hecho uso de aquel medicamento y procurar explicarlos en cuanto nos sea posible con los conocimientos que nos suministra la Química, la Fisiología, etc.

Y aunque tengamos necesidad de incurrir en algunas repeticiones, veamos la marcha que sigue la fenacetina desde que entra hasta que sale del organismo y las modificaciones que va determinando en sus diversos actos normales y patológicos.

La fenacetina, ya administrada en sellos, ya colocada directamente sobre la lengua, no es desagradable al paladar, y su falta de olor y sabor, á causa de su insolubilidad, facilita mucho su uso.

Llegada al estómago no provoca náuseas, ni vómitos ni dolor de estómago, á pesar de que se administre á dosis de 2 gr. ó más como nosotros lo hemos hecho en algunas ocasiones. En el estómago se disuelve gracias al ácido láctico y á la temperatura que en él existen. Es, por tanto, perfectamente tolerada por el tubo gastro-intestinal, pues no produce irritación de ninguna clase. Sin alteración alguna conocida pasa á la sangre para después producir los diversos efectos que ahora diremos.

A los pocos minutos de ser administrada (nosotros lo hemos observado á los veinticinco) se inicia en el febricitante, como antes hemos dicho, un descenso de la temperatura que sigue en aumento

hasta llegar al mínimun de fiebre á las tres ó cuatro horas. Durante dos horas próximamente este mínimun se sostiene y después comienza á elevarse nuevamente, á medida que la acción del medicamento va pasando para volver á la inicial á las siete ú ocho horas de administrada la fenacetina. Por esta duración que tiene en su acción la fenacetina es por lo que las dosis deben repetirse cada cuatro ó seis horas porque es cuando el máximun de acción ha cesado y comienza otra vez á elevarse la temperatura sobre el descenso obtenido.

Así se contrarresta la acción termógena de la enfermedad y se sostiene al enfermo con una fiebre moderada, evitando los perjuicios que originan las hiper-piresias.

Al iniciarse el descenso de la temperatura nunca hemos apreciado fenómeno alguno digno de ser señalado, ni los enfermos se nos han quejado de escalofrios, de mareos, palpitaciones, etc. En algunos, como luego expondremos, se han presentado algunos sudores, pero como se ha tratado de reumatismos poliarticulares agudos ó de pneumonías durante el período crítico, los hemos atribuído más á la enfermedad que al medicamento que empleábamos.

No hemos observado nunca erupciones cutáneas á pesar de estar usando mucho tiempo algunos enfermos la fenacetina, y cuyas erupciones se observan alguna vez cuando se usa la antipirina á grandes dosis.

La fenacetina no modifica el número de respiraciones ni de latidos cardiacos durante su acción, como tampoco interviene en la energía cardiaca. Estos tres factores siguen en el estado que les corresponde, según la afección de que se trate, sin que sufra cambio alguno por el uso del medicamento de que nos ocupamos. Las gráficas esfígmicas que hemos tomado al tiempo de administrar el medicamento y á las cuatro horas de estar obrando, demuestran claramente que es cierto lo que hemos dicho respecto al pulso y á la energía cardiaca.

Con el uso de la fenacetina no se observa que las afecciones se aumenten ó se disminuyan en su duración, pues lo mismo con fiebre que sin ella siguen el curso evolutivo que les corresponde según su especie.

La fenacetina se elimina por los riñones pudiendo demostrar su presencia en la orina por la reacción de los oxifenoles á los veinte minutos de administrada, pero su eliminación, que al principio es rápida, se hace después muy lenta y puede demostrarse todavía en aquel líquido excrementicio á las veinticuatro horas de administrada.

Algunos autores dicen que también se elimina este medicamento por la leche, pues no solo la han encontrado en este líquido sino también en la orina de un niño que criaba una nodriza sometida al uso de la fenacetina, sin que por haber recorrido esta sustancia el organismo infantil produjese trastorno alguno.

La fenacetina disminuye la cantidad de orina segregada en las veinticuatro horas, estando esta propiedad antipoliúrica perfectamente demostrada por los autores alemanes y franceses.

Además de estas propiedades tiene la fenacetina la de ser un moderador de la sensibilidad, y en general un sedante del sistema nervioso. Cuando se administra á un enfermo que padece una neuralgia, lo mismo si es idiopática que sintomática, se observa que el dolor cesa á la media hora, y hasta sobreviene el sueño que antes no podia conciliar. Esto quedará demostrado con las observaciones que citamos en el próximo capítulo.

Nada sabemos sobre los sitios sobre que obra la fenacetina para producir en el organismo los efectos que acabamos de describir. Sabemos que la fenacetina rebaja la fiebre, calma el dolor y modera la secreción renal, pero nos es completamente desconocido el mecanismo por el que se producen aquellas manifestaciones.

Sucede con este medicamento lo que con otros múchos que no conocemos su acción ó manera íntima de obrar, pues bien sabido es que la terapéutica fisiológica es una de las ramas más oscuras de la Medicina.

(Se continuará.)

VISITA Á LAS CLÍNICAS GINECOLÓGICAS DEL EXTRANJERO,

POR EL DOCTOR

D. A. M. COSPEDAL TOMÉ,

MÉDICO, POR OPOSICIÓN, DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA, ENCARGADO EN EL MISMO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA.

(Continuación) (1).

UNIVERSIDAD DE PRAGA.

A la antigua capital de Bohemia se llega, partiendo de Dresden, en cinco horas, durante las cuales el viajero admira el bello paisaje que va apareciendo ante sus ojos. Son cinco horas de placer las que transcurren desde Dresden á Praga, y yo las recuerdo siempre con gusto, porque viajando en la amable compañía de dos tan queridos é ilustrados amigos como los doctores Cisneros y Peña, las impresiones se transmiten amenizando la conversación, los comentarios se suceden, la amistad se arraiga y los recuerdos quedan mezclados en una gratísima placidez del espíritu.

De mejor gana me ocuparía en relatar los mil atractivos que ofrece al viajero la pintoresca ciudad de Praga que los motivos ginecológicos que á ella me llevaron. Porque, en efecto, el emplazamiento de Praga en un precioso valle atravesado por el río Moldau y sobre las colinas que circundan á aquel presenta á la capital de los tcheques y de los judíos con un aspecto tan grandioso como sus mismas multiplicadísimas y antiguas construcciones, sus hermosos monumentos, sus bellos palacios, sus numerosas y elevadas torres dominadas todas por la catedral, su residencia real, obra originalísima que se descubre desde todos los puntos de la antigua é histórica capital, sus magníficos y soberbios puentes y los mil detalles de costumbres locales que á cada paso llaman la atención de quien por primera vez pisa el suelo de Praga, en cuya ciudad es agradabilísimo un paseo por el barrio llamado de los judíos, donde se albergan más de 20.000, que hablan y huelgan, fuman grandes pipas y excitan la curiosidad del visitante, máxime si este lleva ya su imaginación

(1) Véanse los números 1, 2 y 4 del año II.

juzgar por la escasez de noticias que pudo suministrarme relativamente á la clínica.

Me convencí de que la ginecología oficial en Praga no podía ser envidiada y abandoné el Hospital pensando en que no todo lo que se supone bueno lo es; sin embargo, el nombre de Schauta es bien conocido entre los ginecólogos y tal vez este profesor sea el primero en lamentar las deficiencias de su clínica á semejanza de lo que ocurre á algunos otros profesores que no pertenecen á aquel país.

UNIVERSIDAD DE VIENA.

CLÍNICAS GINECOLÓGICAS DE BRAUN Y DE BREISKY.

Uno de los hospitales mayores del mundo es sin duda el Hospital de Viena. Es muy antiguo, remendado por todas partes, de construcción poco apropiada, si se tiene en cuenta lo que exige la higiene de los hospitales. Ofrece, no obstante, una ventaja, la de ser de poca elevación y contener un número considerabilísimo de patios muy amplios lo cual permite una aireación próxima á satisfacer las necesidades del inmenso número de enfermos de toda clase que se albergan en aquel vastísimo edificio.

El extranjero que se proponga llegar á una clínica determinada necesita hacer un estudio detenido del plano del Hospital para orientarse dentro de él, y después no olvidar el camino, porque la confusión de unos patios con otros es muy fácil y la pérdida de tiempo lamentable. Comprendiéndolo así, sin duda, se ha colocado por la dirección del Hospital en la puerta de acceso á cada clínica una lápida que contiene el nombre del profesor que la dirige, la especialidad á que se dedica, las horas de la visita y conferencias y operaciones y algunos otros particulares muy convenientes para conocimiento de los alumnos y de los médicos que visitan aquel establecimiento.

En dos de aquellos patios están situadas, al lado de la puerta, las lápidas indicativas de las clínicas ginecológicas de Braun y de Breisky.

Este último profesor había muerto un mes y medio antes de mi llegada á Viena; pero su asistente el Dr. Lihotzky, que desempeñaba interinamente la dirección de aquella clínica, honra á su maestro y

será continuador de la buena escuela de Breisky, perdido ya para la ginecología.

La clínica de Breisky, aunque adolece de defectos, puede ser visitada con resultado útil.

Contiene dos secciones, una de obstetricia y otra de ginecología; las enfermas ocupan lechos muy poco elevados, de modo que, en la posición sentado, se puede reconocer perfectamente á aquellas en su cama. En cada sala hay un número considerable de enfermas, unas 30, con la necesaria separación entre ellas, por lo menos en la época de mi visita; las enfermas son bien cuidadas y las prácticas antisépticas se realizan en cada una con sujeción á los preceptos médicos, si bien el material no reune toda la perfección que en las clínicas de Berlín; pero los profesores se atienen en sus exploraciones á lo que la moderna cirugía aconseja.

En aquella clínica vi unos irrigadores de cristal de forma cónica, muy bien entendidos, de la invención de Leiter, el instrumentista vienés más acreditado. Esos irrigadores, que pueden mantenerse siempre en un perfecto estado de limpieza, son tan á propósito para tenerles suspendidos como echados sobre una cama, como apoyados cómodamente sobre el hombro de una enfermera. Van provistos, como los demás que se conocen en todas partes, de un tubo de goma que mediante una pieza movible de cautchouc se ajusta al extremo terminal del recipiente de cristal; además, poseen juegos de cánulas muy apropiadas para las irrigaciones vajinales, vexicales y rectales; pero tienen el inconveniente de que el cristal salta con facilidad si el agua que se coloca en el recipiente está á temperatura elevada, de lo cual he podido convencerme en el Hospital de la Princesa, donde los usamos desde que mi querido amigo D. Eduardo Fuentes, dignísimo administrador del establecimiento, les hizo traer á Madrid atendiendo mi ruego. En mi clínica son los que se emplean constantemente.

Tuve el gusto de ver operar á dicho Dr. Lihotzky, asistente de Breisky, una importante operación; la amputación de Porro, ó sea la sección cesárea, seguida de la amputación útero-ovárica. El doctor Lihotzky opera muy bien, con gran seguridad, con aplomo, con rapidez y sin precipitación; cumple las prácticas de antisepsia tan bien como se lo permiten las condiciones de su clínica, y llegará á ser un profesor muy inteligente y hábil, á juzgar por lo que de él he visto.

La operación se realizaba en una embarazada, cuyos diámetros

pelvianos superiores eran tan reducidos, que no permitian franquear al feto el estrecho superior. El Dr. Lihotzky me manifestó, contestando á una pregunta mía sobre preferencias entre la embriotomía y la sección cesárea, que en principio preferia esta á aquella; y que en el caso que iba á operar, desde luego la practicaba porque era necesario amputar la matriz para evitar nuevas gestaciones, por ser insuperables las dificultades que en el acto del parto oponian las estrecheces pelvianas al paso del feto.

Como detalles operatorios citaré que este fué extraido fácilmente, que la placenta se desprendió sin accidentes, que la sección del cuello uterino se practicó, previa la ligadura elástica; que el pediculo desinfectado con termo-cauterio y cloruro de zinc fué dejado al exterior, y que protegiendo á la herida suturada se colocó gran cantidad de arcilla antiséptica.

La sala en que se operaba era espaciosa, bien aireada é iluminada por dos grandes ventanas sobre uno de los patios del Hospital, y en ella se contenia el material de asepsia necesario; pero todas las prácticas de desinfección que ví en este, como en los demás servicios de Viena, distaban mucho de la perfección de aquellas que habia admirado en Berlín. Ni la sala era exclusiva para laparotomias, ni el instrumental tampoco; ni la previa asepsia del local ni de los asistentes, sobre todo de los últimos, se parecia en escrupulosidad ni rigorismo á las de las clínicas, cuya descripción he hecho, existentes en Berlín y Dresden. Es el de los habitantes de Viena un carácter mucho más parecido al nuestro que el de los de la capital de Alemania; su educación médica es más descuidada; la protección á los hospitales menor; menos abundante y apropiado el material, y, por tanto, los resultados, aun siendo buenos, no alcanzan á los obtenidos por los alemanes.

La clínica de Breisky posee, además, otra sala destinada á la policlínica, semejante en un todo á la de operaciones; muy capaz, muy ventilada, con abundante luz y regularmente servida; en ella ve el Dr. Lihotzky á las enfermas que concurren á la consulta pública.

Semejante á la de Breisky es la clínica de obstetricia y ginecología de Braun. La familia médica de Braun es dilatada; prestan sus servicios en aquella clínica el viejo Braun, un hijo de este, que no es ya

mozo, y el nieto, joven todavía; los tres son tocólogos y ginecólogos; á los tres tuve el gusto de saludar en nombre de nuestro distinguido colega el Dr. Riedel, médico particular en Madrid de S. M. la Reina Regente, al cual estoy agradecido por las valiosas recomendaciones que me entregó para los profesores de Viena, sus compatriotas y maestros.

En la clínica de Braun, de vacaciones ya durante mi presencia en ella, el servicio lo desempeñaba el más joven y con provecho propio, puesto que á más de la práctica que él adquiría, su principal ocupación entonces era explicar un curso de obstetricia y ginecología á varios médicos no vieneses que allí conocí. Pero de esta clínica no salí satisfecho; yo ignoro si los aprendices saldrían de ella oficiales, ya que desde luego maestros presumo que no podrían llamarse después de aquel curso, porque es la verdad que aquella enseñanza la encontré muy elemental, tan elemental, que yo creo que los discípulos, varios de los cuales contarían más de sesenta inviernos, lograrían con el tiempo meter y sacar en la vajina un espéculum cilíndrico con cierta facilidad, limpiar con algodón, embrocar con tintura de iodo el cuello uterino, haciendo uso de un mismo pincel para todas las enfermas, y quedarse después muy tranquilos de haber aprovechado la mañana. Eso es por lo menos lo que yo ví hacer, durante las que permanecí en Viena, en la cátedra ó auditorio de Braun, que, sin embargo, sabía hablar muy bien francés é inglés para entenderse con aquellos discípulos los cuales, si hubieran andado un poco más de camino, habrían llegado más adelante también en materias ginecológicas.

La cátedra ó auditorio de la clínica de Braun es á la vez sala de toda clase de operaciones, y en la época en que yo la visité era también sala de policlínica ó consulta pública. Júzguese, pues, de las condiciones de asepsia de aquel local, más reducido que amplio, más oscuro que claro, y tan infectado como infectante. No hay, pues, motivo para detalles de descripción que no deben ser imitados. Mi objeto en estos artículos sigue siendo relatar lo bueno y solamente mencionar lo malo, para que de lo primero se tome la mayor parte posible entre nosotros, y lo segundo quede como prueba de que no todo lo extranjero es digno de loa.

En ginecología, no tenemos que envidiar á Viena. El viejo Braun no puede ostentar más que su pasado, deficiente hoy por lo mismo; al profesor Gustavo Braun, solamente le ví presenciando como yo la

amputación de Porro, mencionada en líneas anteriores; y del más joven, de Fernwald Braun, puedo decir que los servicios que tenía á su cargo cuando yo le visité en Viena, son susceptibles de toda clase de perfeccionamientos.

De la capital de Austria-Hungría salí, por tanto, descontento en lo que se refiere á los asuntos ginecológicos, después de exceptuar la personalidad del Dr. Lihotzky, que me pareció un ginecólogo muy competente, y al cual, como á los demás profesores, cuya mano estreché con gusto, saludo en estas líneas.

De modo contrario me expresaría si me ocupara en relatar lo concerniente á las clínicas de Billroth y de Albert; pero estas clínicas de cirugía general, donde presencié multiplicadas operaciones que tengo anotadas, porque soy entusiasta de toda la cirugía, como lo soy particularmente de la especialidad ginecológica, no deben formar parte en estos artículos; por esto, prescindo de referir lo que á ellas corresponde, como he prescindido de las muchas y buenas clínicas de cirugía general que en Alemania visité.

Envío, sin embargo, un afectuoso saludo al simpático Dr. Julius Hochenegg, asistente en la clínica del profesor Albert.

Seguramente mi querido compañero de viaje el Dr. Cisneros hablaría también con elogio de aquellas otras que en Viena visitamos juntos, y en las cuales, bajo la dirección de profesores de todos conocidos, ha progresado tanto la laringología y rinología, y, sobre todo, la otología.

UNIVERSIDAD DE MUNICH.

Otra vez pisamos territorio alemán mis amigos Peña, Cisneros y yo. Desde Viena nos trasladamos á Munich y desde Munich á Stuttgart.

En el primero de dichos puntos ejerce la ginecología el celebrado Dr. Winckel, que es profesor del Hospital.

El Dr. Winckel, conocido de cuantos cultivan la especialidad ginecológica, autor de libros y monografías, modificador de procedimientos quirúrgicos, inventor de métodos de tratamiento en lo que se refiere especialmente á embarazos extra-uterinos, sostenedor de discusiones en Academias y Congresos, es uno de los ginecólogos mejor reputados.

Por su servicio ginecológico pasé rápidamente, porque el tiempo escaseaba y quería yo emplearle en las clínicas de los sabios Freund, de Strasburgo, y Hegar, de Freiburgo. Así que, tan rápidamente como le visité, le menciono, y de esta manera, cumplo con mi deber de no faltar á la verdad, y, además, porque no podría añadir nada nuevo á mis descripciones anteriores.

En Stuttgart hicimos mis amigos y yo una breve estancia, durante la cual descansamos de nuestra tarea médica y nos repusimos del susto que nos había ocasionado la noche anterior, á la salida de Ulm, el incendio del wagon en que viajábamos.

(Continuará.)

CUERPO MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID.

Sesión 2.ª (13 de Enero de 1890) (1).

Presidencia del Excmo. Sr. D. Eusebio Castelo,

Decano del Cuerpo.

DE LA GRIPPE.

Continúa la discusión del primer tema propuesto en la Memoria del Sr. Espina, haciendo uso de la palabra los señores siguientes:

Sr. Cebrián. Se ocupa preferentemente del ciclo evolutivo que ha seguido la temperatura de la grippe durante la epidemia actual.

Entiende que todos ó la mayor parte de los casos observados pueden bajo el concepto termo-patológico agruparse en tres clases distintas, según el orden de su mayor ó menor gravedad.

Constituyen la primera todos aquellos casos en que la elevación de la temperatura orgánica fué considerable y muy brusca seguida de un descenso de la columna termométrica no menos rápido. Esta forma afectaron los primeros casos que observó, induciéndole más de una vez á reservar el pronóstico, pues en virtud de la cifra que el termómetro alcanzaba, era lógico pensar en la posibilidad de algún

(1) Véase la pág. 179.

proceso flogístico visceral aunque la exploración clínica no lo revelase en el primer instante. Producía gran sorpresa conocer la temperatura axilar del siguiente día y mucho más la del tercero (á contar como es natural desde el en que se hizo la primera visita), pues la inmensa mayoría de las veces coincidía con la normal.

Estos casos fueron siempre leves, si bien acompañados de una convalecencia más tórpida de lo que correspondía á la intensidad del ataque.

Forman la segunda clase aquellos casos en que se ha observado ascensiones bruscas en la temperatura febril, seguidas de remisiones de idéntico carácter, durante las cuales se presentaban fenómenos adinámicos, apirexia y muchas veces hipotermia.

La repetición del hecho clínico enunciado más arriba, imponía el ineludible deber de multiplicar nuestros recursos de exploración clínica. Así se observaba que aumentaba el peligro á la par que aparecían focos sucesivos de bronco-pneumonía, que en ocasiones originaban la muerte.

Al principio de la enfermedad ha sido frecuente observar cifras térmicas que oscilaban entre 39°,5, 40°,5 y aun 41°, en las cuales se sostenía bastante tiempo para descender también de un modo brusco y llegar á veces á 36°. Si se intentaba establecer paralelismo entre el número de inspiraciones, el de latidos cardiacos y la temperatura orgánica, se observaba gran desequilibrio entre estos tres factores.

Para explicar este equilibrio recuerda las palabras de Wunderlich, que dice: «Las razones de estos decrecimientos térmicos intercurrentes, no siempre son precisas y claras. En muchos casos el descenso parece evidentemente determinado por una medicación enérgica. En otros, no menos numerosos por cierto, puede provenir el fenómeno de que el proceso local habiendo desaparecido ya del sitio primitivamente afecto continúe su marcha, se reconstituya en otro punto vecino ó lejano. En esta circunstancia puede suceder que el segundo acceso pneumónico adquiera un grado de desarrollo menos completo que el primero.»

En la terminación del segundo día y á veces más tarde aún, comenzaba á iniciarse la expectoración que no era herrumbrosa sino rosácea, con cuya presencia coincidía otra considerable elevación térmica de 40°,5, 41° y en ocasiones se aproximaba á 42°. Esta hipertermia duraba poco tiempo pero podía considerarse como el heraldo del próximo funesto desenlace, pues con aquel descenso coin-

cidía la agravación de la enfermedad que se caracterizaba desde aquel instante por fenómenos adinámicos profundísimos. En este estado sobrevenía la muerte precedida muchas veces de un delirio tranquilo.

Estos casos fueron los más graves.

Constituyen la tercera clase aquellos otros en que la cifra térmica alcanzaba rápidamente un grado muy elevado que se sostenia hasta acarrear la muerte precedida de fenómenos cerebrales, entre los cuales predominaba el delirio furioso.

Estos casos han sido poco frecuentes.

De lo precedentemente expuesto deduce las siguientes conclusiones:

1.ª Que la grippe no tiene un ciclo de evolución térmica perfectamente definido.

2.ª Que la irregularidad en la evolución de este ciclo, está en razón directa de la malignidad de la afección.

3.ª Que la falta de oscilaciones bruscas en la temperatura del sujeto enfermo garantizaba una evolución patogénica y patocrónica favorable.

Sr. Mansilla.

ACCIDENTES NERVIOSOS CONSECUTIVOS Á LA GRIPPE.

NEURALGIAS GRIPPALES.—PARÁLISIS GRIPPALES.—MUERTES REPENTINAS DURANTE LA CONVALECENCIA DE LA GRIPPE.

No nos vamos á ocupar esta noche de los síntomas que acompañan á la grippe, que por otra parte se han expuesto brillantemente por mis dignos compañeros y con sus opiniones estoy de acuerdo.

Tratándose de una enfermedad cuya etiología es completamente desconocida y cuya anatomía patológica está poco adelantada, no nos queda á los clínicos otra cosa que hacer que estudiar con los detalles que nos sea posible los síntomas de los casos que tenemos ocasión de observar, toda vez que hasta el tratamiento tiene que ser empírico, y relacionarlos con las lesiones que es de suponer los originen.

Porque los conocimientos que poseemos sobre la sintomatología de la grippe, dejan mucho que desear especialmente los accidentes consecutivos, que no solo tienen más duración que la grippe, sino que hasta revisten mayor gravedad.

Como enfermedad que indudablemente es de índole parasitaria y muy análoga al tifus y á la difteria, la grippe produce manifestaciones de parte del sistema nervioso, tanto durante el corto periodo que podemos llamar febril, como durante el segundo ó apirético, llamado también de convalencia.

No vamos á describir los fenómenos que se observan durante la fiebre de la grippe como la cefalalgia frontal gravativa, los dolores de los huesos y de los músculos, los escalofríos y el malestar general, sino aquellos que se observan cuando el enfermo se cree curado y han pasado algunos días de la fiebre grippal.

Diversos accidentes hemos apreciado durante la convalecencia de la grippe, los cuales tenían su origen en el sistema nervioso; pero en la necesidad de estudiarlos con el débido método, los agruparemos en *neuralgias, parálisis y muertes repentinas.*

Neuralgias.—Las *neuralgias* grippales que se han presentado han sido principalmente del trigémino intercostales, cervicales y hemicráneas.

La más frecuente ha sido la neuralgia facial y la cervical.

Todas han presentado con claridad el cuadro clínico que á cada una de ellas corresponde.

Algunas han sido rebeldes pero todas han cedido con los medicamentos que contra ellas se recomiendan, especialmente la antipirina, la aconitina, la quinina, el hidrato de cloral, etc.

Hay que hacer notar que los nervios doloridos de los enfermos que estaban en la convalecencia de la grippe, eran como si dijerámos el *locus minoris resistentiæ*, pues uno de los que padecieron neuralgia trifacial, hacía dos años que había tenido el mismo padecimiento á causa de la caries de una muela que fué extraída, y otro que sufrió hemicranea, las padecía alguna vez que otra.

A este mismo grupo de neuralgias grippales hay que referir esas cefalalgias rebeldes, mialgias y artralgias que simulan el reumatismo sub-agudo, pero que no van acompañadas de fiebre y las cuales se curan bien con el uso del salicilato de sosa ó la antipirina. Dolores articulares, sobre todo, hemos apreciado muchos en el Hospital General en individuos que hacía diez ó doce días habían sufrido la grippe y que no eran sifilíticos ni reumáticos. Todos se han curado perfectamente.

Parálisis grippales.—Algunos accidentes de índole nerviosa que se observan después de la grippe, tienen gran semejanza con los que

se presentan en la convalecencia de la difteria. Las neuralgias de que arriba hablábamos ya, constituyen una analogía entre la grippe y la difteria, que es menester no olvidar, pues aunque muy raras en general también existen neuralgias diftéricas que acompañan á veces á las parálisis del mismo nombre.

Pero no es esto solo; ese estado de debilidad orgánica, ese decaimiento general, esa inaptitud para el trabajo que queda después de la grippe, prueba evidentemente que aunque de corta duración esta enfermedad ataca con intensidad á los centros nerviosos determinando una depresión de sus funciones.

Yo he visto en un enfermo que estaba en la convalecencia de la grippe, un estado parésico de las extremidades inferiores que en un todo era igual á la paresia que he tenido ocasión de observar en los diftericos que tenian alguna otra parálisis, como la del velo del paladar.

Esto me hizo sospechar la existencia de las parálisis grippales, pero no habiéndolas encontrado descritas en ninguna obra, y no creyéndome con suficiente autoridad para establecer innovaciónes en el campo de la patología médica, había desistido de exponer aqui aquellas ideas.

Pero como en la sesión anterior comunicaron los Sres. Cerezo, Azúa y Valdés, varios casos que indudablemente tienen relación con otros por mí observados de parálisis grippales, aunque no les den este nombre, de ahí que ahora me atreva á exponer aquellas ideas á fin de que mis dignos compañeros digan si tienen igual opinión que yo en este asunto.

El hecho que citó el Dr. Cerezo de pérdida de la visión en un enfermo de grippe, es indudablemente un caso de parálisis de la visión idéntico á la parálisis de esta función en la difteria y como en esta, de terminación favorable.

Veamos este caso ligeramente: Es una joven de 30 años, andaluza, de temperamento nervioso, robusta, y que no había padecido enfermedad alguna antes de ahora. Tuvo la grippe de forma torácica, de la que pronto se restableció, pero al cuarto día de haber desaparecido la fiebre, se quejaba de que no veía los objetos con claridad, pues le parecían estar envueltos en una densa nube blanquecina. No había lesión alguna de la córnea, ni del fondo del ojo, ni la enferma era histérica. Era por tanto una amaurosis incompleta que no podía atribuirse á otra cosa que á la grippe, única enfermedad que había padecido. Acaso fuese una parálisis de la acomodación.

Como al mismo tiempo que la amaurosis existiese cefalalgia bastante molesta, el Dr. Cerezo empleó el sulfato de quinina con lo cual el dolor cesó y la visión fué restableciéndose poco á poco hasta quedar como antes de la grippe al cabo de tres semanas.

Y para mayor analogía entre los accidentes nerviosos de la grippe y la difteria, vienen los casos citados por los Dres. Azúa y Valdés. En el primero y cuando el enfermo se encontraba bien, después de haber sufrido un ligero acceso de grippe, se presentó de repente una gran disnea sin fiebre, sin lesión alguna pulmonar ni cardiaca que la explicase. Esta disnea fué acentuándose hasta que la muerte sobrevino á las cuarenta horas de haberse iniciado. En el segundo la disnea también se presentó de pronto cuando los accidentes agudos de la grippe habían pasado. Tan intensa era que el Sr. Valdés creyó en la existencia de una pericarditis, pero aunque *auscultó* corazón y pulmones, no encontró, á pesar de su competencia en las prácticas de exploración torácica, una lesión capaz de explicar aquella ortopnea, que por fortuna cesó con el uso de los estimulantes y tónicos.

Análogo á estos casos, voy á citar dos que he visto en las salas á mi cargo. Ocupó el núm. 10 de la Sala 28, un hombre de 38 años, debilitado por la mala vida y en quien pude demostrar la existencia de una grippe de forma cefálica en cuarto día. La tos era moderada y la espectoración mucosa. No existía fiebre ni disnea. A los cuatro días de estar en la sala me sorprendió una tarde encontrarle sentado en la cama á causa de gran ortopnea, cuando en la mañana del mismo día no tenía semejante dificultad respiratoria.

Sospeché una complicación de las vísceras torácicas, pero la exploración física del tórax no comprobó mis sospechas, pues no encontré nada nuevo que me explicase aquella disnea. Por otra parte, no existía fiebre y como el pulso era pequeño, frecuentísimo y depresible, consideré que se trataba de una disnea de origen nervioso, presentando aquel enfermo el mismo aspecto que los desgraciados diftéricos, que mueren de parálisis respiratoria. Dispuse el tratamiento estimulante que el caso requería, pero todo fué inútil, pues según me dijo el Interno de guardia, el enfermo murió á las nueve de la noche, ó sea á las diez horas de comenzar la disnea.

Tan notable como el que acabamos de citar es el siguiente:

T. Sanchez, de 16 años, de buena constitución y sin padecimiento alguno de pecho fué atacado de grippe de forma torácica el 4 de Enero del corriente año, ingresando en la Sala 29, núm 13 á los tres días

de enfermar. Comprobé el diagnóstico arriba citado, con la notable particularidad de que la fiebre era del tipo intermitente cuotidiano comenzando á las diez de la mañana con escalofríos intensos á los que seguia el calor para terminar por la noche con grandes sudores. Parecia en fin una fiebre *palúdica*.

Con el sulfato de quinina, cesó la fiebre quedando el enfermo perfectamente, alimentándose bien y con tos poco molesta y ligera espectoración mucosa.

Seis días llevaba en esta situación, cuando de repente se presenta gran ortopnea, siendo la respiración muy frecuente y superficial, disminuyendo la tos y la espectoración.

El pulso se hizo frecuente y pequeño. La temperatura 37°.

El examen físico del tórax demuestra la existencia de una *bronquitis* y de gran congestión pulmonar especialmente en la base de los dos pulmones.

Al siguiente día aumentó la disnea, la cual se traducía en el semblante, los latidos arteriales faltaban en los radiales y la temperatura era 36,5. No obstante, los recursos que usamos, la muerte acaeció á los tres dias de comenzar la disnea y á los diez y ocho de principiar la grippe.

La autopsia puso de manifiesto que la aurícula y el ventrículo derecho estaban tapizados de coágulos blancos fibrinosos que rellenaban casi por completo su cavidad, propagándose á lo largo de los vasos. El ventrículo izquierdo estaba lleno de coágulos negros.

El pulmón estaba congestionado y edematoso sobre todo en la base; pero crepitaba y flotaba en el agua. Al corte daba gran cantidad de sangre.

Estas lesiones cardio-pulmonares las creemos secundarias, considerando que la lesión del nervio neumogástrico es aquí la más importante y primordial. Idénticas son las lesiones que hemos encontrado en los que han muerto de parálisis respiratoria por causa diftérica, cuando ya hacia días que habían desaparecido las placas faríngeas y amigdalinas.

No es menester que recordemos los experimentos de Frank, Leyden, Arthaus y Butte, los cuales prueban que el nervio neumogástrico contiene fibras vaso-motoras para el pulmón, cuya parálisis determina la dilatación de los vasos de órgano y de aquí su congestión y edema.

Todos los casos citados de disnea son indudablemente debidos á

parálisis de los ramos pulmonares del neumogástrico; son pues *parálisis grippales* de este nervio. Es lo que Graves, llama parálisis pulmonar y otros autores grippe sofocante ó grippe disnéica. No voy á discutir aquí si las *parálisis, grippales del neumogástrico* son de origen central ó periférico, porque si todavía se discute en la ciencia si las parálisis diftéricas, son de uno ú otro origen no obstante, conocerse el bacillus de Löfler, y á pesar de los trabajos de Roux y Persin, ¿qué de extraño tiene que de las parálisis grippales no se pueda asegurar nada en este sentido cuando no se conoce el germen de la *influenza* y no hay estudios formales sobre la anatomía patológica de los centros nerviosos en esta enfermedad?

No obstante, me parece que las parálisis grippales del neumogástrico se parecen, más que á las periféricas producidas por el frío, de que habla Harberhson, á las diftéricas que según todas las probabilidades son de origen central.

MUERTES REPENTINAS.— Relación tiene con este asunto de las parálisis grippales lo referente á las muertes repentinas. Ha llamado la atención durante la actual epidemia de grippe el número excesivo de estos accidentes que han tenido lugar en Madrid; tanto, que la prensa política á la vez que nos decia el número de defunciones de cada dia, señalaba también el de muertes repentinas que acaecian. Días ha habido en que han muerto 8 personas de repente, sin contar las que pudieran observarse en los Hospitales y las que aún siendo del vecindario no llegaban á conocimiento de la prensa.

Este excesivo número de muertes repentinas, nos ha llamado la atención y de ahí que hayamos procurado averiguar si tienen alguna relación con la grippe. La circunstancia de conocer detalladamente dos de aquellos accidentes, que rápidamente vamos á relatar, hace que contestemos á esta pregunta en sentido afirmativo.

El uno es referente á una señora robusta, sana, de 42 años, á la que habíamos asistido en una grippe ligera de forma nerviosa. Ya no la prestábamos nuestra asistencia facultativa desde hacía cuatro días, á causa de encontrarse completamente bien, cuando una tarde estando comiendo, acusa gran desfallecimiento, palidece, cae al suelo presa de la mayor angustia y muere en pocos segundos, según se me dijo por la familia, cuando yo llegué á la casa. Hay que tener en cuenta que esta señora no tenía lesión alguna cardiaca, ó al menos no se revelaba á la exploración, cuando la observé con el motivo de la grippe. Tampoco padecía de cefalalgia ni enfermedad alguna ce-

rebral; aunque no la hice la autopsia, yo creo que en este caso la muerte aconteció á causa de un síncope cardiaco de índole grippal. Fué una *parálisis de los ramos cardiacos del neumogástrico.*

Muy análogo á este caso, es el siguiente de que he tenido noticia, aunque no le haya podido observar tan de cerca como el anterior.

Un hombre de 56 años que nunca había estado enfermo, ni tenía lesión alguna cardiaca, sufrió un ataque de grippe, que le obligó á guardar cama durante tres días, siendo de notar que la cefalalgia fué de los síntomas que más le molestaron. Después que pasó la fiebre quedó sumamente débil, lo cual le impedía salir de su casa, puesto que en las extremidades inferiores era donde más flojedad sentía.

Luego que pasaron seis días de la fiebre y encontrándose al séptimo más fuerte que los anteriores, salió á la calle. No se había alejado mucho de su casa cuando cae al suelo, conservando, no obstante, la inteligencia. Dice á un transeunte que le socorre la dirección de su domicilio. Palidece y muere á los pocos minutos de ser conducido en un coche á la casa de socorro, diciendo el facultativo que le observa que la muerte tiene lugar por un síncope cardiaco.

La circunstancia de tratarse de un accidente acaecido en la vía pública, hace que el juzgado intervenga, por lo cual fué practicada la autopsia no encontrándose lesión alguna cardiaca ni cerebral que explicase aquella rápida defunción.

Estos dos casos de muerte repentina, son idénticos á los que tienen lugar en la difteria, cuando ya se han cicatrizado las ulceraciones y hasta han transcurrido veinte ó treinta días de haber desaparecido todas las lesiones mucosas, y el convaleciente se encuentra bien ó solo presenta una parálisis del velo del paladar. Son también *parálisis grippales del neumogástrico*, pero de sus ramas cardiacas.

Lo mismo decimos de estas *parálisis grippales del neumogástrico de forma cardiaca* que de las anteriormente citadas *de forma respiratoria.* Que no se puede asegurar, en el estado actual de la ciencia, si son periféricas ó centrales, si bien soy de este último parecer, explicándose así que las parálisis del neumogástrico unas veces revistan la forma cardiaca y otras la respiratoria, según que el veneno de la grippe, ya sea un microbio, ya sea una ptomaina por él fabricada y que parece tener cierta predilección por el bulbo,

ataque preferentemente al núcleo respiratorio ó al cardiaco que se encuentran formando los orígenes reales del mencionado nervio vago.

A nosotros como clínicos cúmplenos exponer estos hechos que hemos observado, y dejemos que la anatomía patológica y la etiología adelanten lo suficiente para poder dar de ellas una explicación racional. Lo mismo ha sucedido con las parálisis diftéricas; hace años que se demostró su existencia y ahora se va comenzando á entrever su patogenia.

Yo ruego á mis ilustrados compañeros, expongan lo que hayan observado respecto á los extremos que antes he citado, para de esta manera llegar á hacer un estudio detenido de las parálisis grippales.

D. Fernando Castelo. Dice que no le extraña la diversidad de nombres que se ha dado á la grippe hasta el punto de habérsele llamado cocotte y cocota, pues á parte de las diversas formas que reviste, ha variado mucho su gravedad según la marcha evolutiva de la epidemia actual; primero se dijo que la epidemia era leve en toda Europa, pero después se ha visto que se ha hecho más grave que al principio.

Sr. Elizagaray. Manifestó que según lo observado por él en el Hospital de Bellas Artes y en su clientela particular, la epidemia actual es de grippe exclusivamente é igual á otras epidemias descritas por Gravés y Jaccoub, como las de 1708, 1712, 1728, 1733, 1762, 1788, etc.

[illegible] que esta epidemia podía considerarse como el compendio de [illegible]ores puesto que habia revestido todas las formas en sus [illegible]nes: la gástrica, la torácica, y la nerviosa desde las for[illegible]sta las más graves, y que á diferencia de otras, ha sido [illegible], no solo por parecerse á la de 1837 y 1847 en que [illegible] bronquitis y pneumonías, sino por las muertes repen[illegible] abundado en esta epidemia y debidas como el doctor [illegible]a á *parálisis grippales del pneumogástrico.*

[illegible]los fenómenos nerviosos han abundado tanto en esta [illegible]que cree como Gravés, que puede considerarse á la enfer[illegible]de índole nerviosa, por más que sea desconocida la determi[illegible]ción morbosa que produce el germen de la infección.

A este respecto dijo que por doquiera que se mire la grippe, se descubre fenómenos nerviosos y que la disnea sin motivo físico para ella, la tos eminentemente nerviosa en muchos casos, las neuralgias, los vértigos, las parálisis, etc., etc., eran pruebas elocuentes

de ello, y en su concepto los trastornos nerviosos determinaban los trastornos vasculares, á lo cual alegó los experimentos de Cl. Bernard que demuestran la influencia del sistema nervioso en la dilatación vascular. Insistió en este punto, y considerando que las alteraciones nerviosas podrían dar lugar á la dilatación vascular, sacó de aquí la consecuencia de que los trastornos circulatorios del aparato respiratorio estaban influenciados directamente por el sistema nervioso afectado.

Sesión 3.ª (15 de Enero de 1890.)

Terminada la discusión del tema primero de la Memoria presentada por el Sr. Espina comienza la del segundo, interviniendo en los debates los profesores siguientes:

Sr. Azua. Expone que el criterio etiológico y el anatomo-patológico para diagnosticar las lesiones bronco-pulmonares de la grippe corresponden al porvenir, teniéndonos que atener en la actualidad al criterio clínico.

Dijo que en la actual epidemia de grippe ha dominado la forma congestiva ambulante y en relación siempre con las alteraciones del pneumogástrico.

Describe los caracteres principales de las pneumonías grippales, diciendo entre otras cosas que si á veces ha visto temperaturas elevadas, en cambio han muerto muchos enfermos con temperatura normal durante tres días.

Añade que en las pneumonías grippales ha habido á la par que la congestión muchos exudados bronquiales, todo lo cual ha sido motivo para que la disnea y la postración hayan predominado sobre el delirio en el cuadro sindrómico de aquella afección.

Establece las diferencias clínicas que existen entre las pulmonías fibrinosas y las grippales, describiendo los esputos de estas últimas que tienen mucha semejanza con los de los tuberculosos. Dice que en ocasiones el esputo de la bronco-pneumonía grippal tiene estrías sanguinolentas lo cual es debido á una intensa congestión pulmonar debida á las alteraciones del décimo par.

Hace notar que la depresión cardiaca se presenta en las pulmonías grippales mucho antes que en todas las demás pulmonías, incluyendo la fibrinosa.

La manera insidiosa que tiene la grippe de presentarse, y lo tardías que suelen venir las complicaciones pulmonares hace que debamos atacar con energía las primeras manifestaciones como debe atacarse con intensidad la diarrea colérica premonitora, pues de lo contrario tanto en esta afección como en la grippe vienen complicaciones que son difíciles de dominar.

Asemeja, en fin, la pulmonía grippal á la sarampionosa ó á la tífica.

Sr. Elizagaray. Dijo que la discusión del segundo tema propuesto por el Sr. Espina era muy importante.

Que habiéndose observado además del gran número de pulmonías grippales, otras pulmonías en gran número, relativamente como los años anteriores, y de carácter infeccioso, parece á primera vista que se desarrolló una epidemia de dichas pulmonías á la par que la epidemia de grippe.

En su concepto esto era una pura apariencia, pues teniendo en cuenta que esas pulmonías llegaron á su máximun cuando el período álgido de la grippe, y que desaparecen cuando desaparece la grippe, lo mismo que se observó en otras epidemias y en otros países, parece que entre estos hechos se ve una relación que echa por tierra la existencia de dos epidemias.

En su opinión la grippe determinó una constitución médica reinante, y siendo el determinismo de la grippe tan real para el aparato respiratorio, colocó al organismo de los habitantes de Madrid en condiciones de que adquiriesen pneumonías que tomaron caracteres de las infecciosas, porque la constitución médica de la grippe se marcaba en muchos enfermos con caracteres adinámicos, á lo cual citó que había visto enfermos de bronquitis y catarros pulmonares que durante la epidemia se han puesto adinámicos y se han muerto.

Dijo que las enfermedades infecciosas necesitaban condiciones en el individuo para desarrollarse; que no bastaba que el germen infeccioso se pusiese en contacto con el sujeto para que necesariamente se inficionase, prueba de ello que Jaccoud dice que se había encontrado el pneumococus en la saliva de sujetos sanos sin que padecieran pulmonías y en enfermos de otras enfermedades, y que los microbios podían existir en el organismo, inertes como en una enferma de endocarditis que cita Jaccoud.

Por consiguiente, además del pneumococus hay otras causas secundarias, por ejemplo el frío, que según él también coloca al orga-

nismo en condiciones para la infección; de lo contrario habría que admitir todos los inviernos una epidemia de pulmonías.

Terminó diciendo que su contestación al Sr. Espina era que además de las pulmonías grippales, hubo otras muchas pulmonías sin que pudiere atribuirse á otra epidemia, sino que la grippe había colocado á los habitantes de Madrid en condiciones para adquirir la pulmonía de siempre que se hizo adinámica dado este carácter de la constitución médica reinante, y la influencia que la grippe dejó sentir en las enfermedades del aparato respiratorio.

Sr. Giol. Presenta la adjunta memoria sobre la grippe.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EPIDEMIA DE INFLUENZA QUE REINA EN MADRID.

Imposibilitado de exponer verbalmente, lo que he podido observar en la epidemia de grippe actual, por encontrarme padeciendo una laringitis, consecutiva al ataque de la afección reinante que he padecido, tengo la honra de dirigirme por escrito á mis ilustrados compañeros para indicarles á grandes rasgos la marcha que ha seguido esta afección, en los enfermos sometidos á mi cuidado y el tratamiento con el que he obtenido mayores resultados, sintiendo mucho no haber podido oir la brillante Memoria leida por mi distinguido amigo el Dr. Espina.

A primeros de Diciembre, tuve ocasión de tratar dos niñas con influenza, las que aquejaban fuerte cefalalgia, dolores articulares, náuseas y fiebre de 40°, habiendo disminuído todos estos síntomas al día siguiente de ser invadidas, para encontrarse completamente restablecidas dos días después. A partir de esa época, la epidemia recrudeció en gran manera y han pasado de 70 los casos tratados por mí. Casi todos ellos fueron invadidos súbitamente, pues solo en unos 12 entre los cuales me incluyo yo, existieron prodromos de algunos días, que se manifestaban por quebrantamiento general y tos, no habiendo observado en ningún caso, la depresión de fuerzas tan notable que han observado Landouzy y Petrequin en otras epidemias.

La gran mayoría de los enfermos una vez invadidos del padecimiento, han presentado dominando el cuadro morboso, síntomas de

catarro intenso de la mucosa faringea, laringea y bronquial, extendiéndose en algunos, hasta las mucosas nasal y conjuntiva; fiebre de 39 á 40°, cefalalgia intensa, y dolores contusivos en la región lumbar, en los brazos y piernas, siendo solo próximamente una quinta parte los casos en los que he podido observar náuseas y vómitos biliosos.

La marcha de la fiebre durante el curso del padecimiento ha sido irregular en casi todos, porque presentando muchos al hacerles la primera visita 40° de temperatura, ésta descendía al día siguiente á 38° y continuaba oscilando irregularmente, hasta la terminación del padecimiento, y con respecto al pulso he podido observar que sufría modificaciones notables en periodos cortos de tiempo, fenómeno éste sobre el que Gravés ha llamado mucho la atención.

La exploración de la cavidad torácica no nos ha suministrado más que los fenómenos correspondientes al catarro de que estaba afectada la mucosa bronquial.

En tres casos he podido apreciar la existencia de algunas manchas rojizas en la cara y pecho, y solo en una niña de 8 años, se presentaron abundantes epíxtasis, viéndome precisado para cohibirlas á recurrir al taponamiento anterior.

De lo expuesto, se deduce que en los casos por mí tratados, han predominado en la gran mayoría de ellos los síntomas por parte del aparato respiratorio, pues solo una pequeña parte han presentado síntomas algo acentuados por parte del tubo digestivo, no habiendo observado en ninguno de ellos fenómenos nerviosos violentos; de manera que de las tres formas bajo las que la grippe se presenta, en la epidemia actual han dominado sobre todo la respiratoria ó sea la en que se han presentado fenómenos muy marcados por parte del aparato respiratorio; en algunos casos se ha observado la forma gástrica, y al menos por lo que á mí corresponde, no he observado ningún caso de forma nerviosa.

El curso que el padecimiento ha seguido ha sido breve en gran número de enfermos, habiendo observado algunos que solo han durado dos ó tres días; en otros, los fenómenos intensos se han prolongado hasta cinco días, tardando después otros seis ú ocho en restablecerse por completo, y en algunos he observado que la enfermedad se ha prolongado hasta quince días, sin que existiera ninguna alteración que nos explicara esta duración.

Entre las complicaciones de la grippe, la que en la epidemia actual

ha dominado, ha sido la pulmonía lobular, con gran tendencia á la adinamia, habiéndose presentado esta complicación en tres de los enfermos tratados por mí, una mujer de 44 años, una niña de 6 y un hombre de 85 que sucumbió.

En gran número de enfermos he podido observar, que después de haber desaparecido los fenómenos agudos que caracterizan esta afección, han quedado durante bastantes días, con un grado muy notable de debilidad, con cefalalgias violentas, con pérdida del apetito, con catarro de la trompa de Eustaquio que producía la sordera y con catarros de la faringe y laringe, tan rebeldes como el de que yo estoy atacado.

El pronóstico que he podido formular en muchos casos ha sido leve, y en otros le formulé reservado, atendiendo á la endeble constitución de los individuos atacados, que me hacía temer el desarrollo de complicaciones graves, formulé pronóstico grave, en los tres casos en que sobrevino pneumonía, uno de los que ya he indicado sucumbió, habiendo sido la única defunción que tengo que registrar.

El tratamiento por mí seguido en casi todos los casos, ha sido la permanencia en cama, el uso de infusiones diaforéticas, y el empleo del salicilato de sosa en la cantidad de 3 gr. en el adulto en las veinticuatro horas, y menor cantidad en los niños.

En los casos en que existían fenómenos pronunciados por parte del aparato digestivo daba principio al tratamiento con el empleo de un vomitivo, habiendo dado la preferencia á la ipecacuana. Una vez que la fiebre cedía y que los fenómenos catarrales tendían á disminuir disponía un purgante.

Con este plan en gran número de casos he obtenido la curación, y solo cuando el padecimiento tenía tendencia á prolongarse, he recurrido al empleo del sulfato de quinina, habiendo hecho poco uso de la antipirina, por haber observado que los abundantes sudores que este medicamento produce y los fenómenos de postración que los acompañan, no favorecían en nada á muchos enfermos.

Cuando ha sobrevenido pulmonía, las he tratado según las reglas generales, teniendo sobre todo que recurrir á una medicación tónica y al empleo de los revulsivos.

Los estados de gran decaimiento consecutivos á la afección que nos ocupa, los he combatido con el vino de quina y de peptona y una alimentación adecuada, y las demás alteraciones antes indicadas con los medios que nos aconsejan las obras de patología.

No he de terminar sin felicitar á nuestro dignísimo señor Decano, por haber iniciado estas sesiones.

Sr. Campesino. Da lectura á las siguientes

NOTAS CLÍNICAS ACERCA DE LA INFLUENZA.

La epidemia observada en Madrid ha venido sospechándose treinta ó cuarenta días antes de su aparición bajo forma epidémica, por todos los médicos, pero sobre todo, por los que oficialmente estamos obligados á asistir y ver un número extraordinario de enfermos, como ocurre en los hospitales. Ya por los meses de Octubre y comienzos de Noviembre, chocaba al menos práctico y distraído el predominio de afectos catarrales, coincidentes con la temperatura suave y benigna y sobre todo poco oscilante de nuestro Otoño. Esta antelación de afectos exclusivos de los meses de baja temperatura, hacía sospechar, para no lejano día, el desarrollo de la grippe, que durante cuarenta ó cincuenta días ha estado ocasionando muy sensibles pérdidas.

Estudiando con algún detenimiento la enfermedad que nos ocupa, y entiéndase bien que estas impresiones son puramente clínicas, se hace una evidente y tangible división en enfermos *benignos* y enfermos *graves;* los primeros han sido los más numerosos, los segundos han escaseado, relativamente á la población enferma: en los primeros nada se veía de imponente para el presente y nada hacía sospechar gravedad para el porvenir; en los segundos, previo detenido reconocimiento, se encontraban causas orgánicas responsables del mal aspecto físico que el enfermo presentaba á la primera inspección; en estos últimos un atento reconocimiento y una exploración bien llevada nos demostraba la presencia de lesiones pulmonares que casi todas las he visto en la base del pulmón izquierdo, coincidencia que solo teóricamente podemos explicarnos, más no de un modo concluyente y definido; lo chocante era que sin invadir gran extensión pulmonar el proceso inflamatorio, el atacado se encontraba casi apneico y rodeado de un cortejo sintomático nada halagüeño, que nos hacía esperar un fin malo y próximo: ¿qué pneumonías existen que no siendo extensas y localizándose á poca superficie del pulmón, producen estados que concluyen por la muerte? ¿qué pneumonías conocemos que en sujetos vigorosos y jóvenes desde el momento de ser invadidos nos

presentan un pulso débil, depresible y blando? Pues únicamente admitiendo que la naturaleza de este afecto sea infecciosa, podemos darnos cuenta de estos estados; únicamente calificando de *pneumo-tifus* estos casos, estaremos dentro de la verdad clínica.

Tratándose de cambiar las impresiones, que todos y cada uno, hemos recibido al revistar un número considerable de atacados de la grippe, he de hacer notar que he visto los rápidos estragos que ha producido la invasión de este afecto en los enfermos crónicos de riñón, principalmente, y después de corazón y de pulmón; ha sido tal el trastorno originado en estos, dos veces desgraciados, que en muy pocas horas les ha rodeado tal cortejo de síntomas, que ó han sucumbido ó agravádose notablemente; no han necesitado adquirir la forma del pneumo-tifus que antes decía, no; con solo la manifestación sintomática definida de la grippe ha bastado para originarles la muerte. Al lado de estos estragos hechos en enfermos que ya lo eran de antemano, he de referir dos casos, en los cualés la grippe ha hecho los efectos de un agente terapéutico beneficioso; me refiero á dos casos de epilépticos, que uno de ellos podéis verle en la enfermería de mi cargo (Sala 17, núm. 10). Trátase de un hombre excesivamente epiléptico, puesto que ha tenido días de 6 y 7 ataques y que tiene 22 años su epilepsia, nunca pudimos hacer que estos ataques huyesen ó se alejasen más de cinco ó seis días, lleva ahora veintinueve días sin el menor indicio de ellos; y otro caso se refiere á un joven de 22 años en que también la grippe ha curado temporalmente su epilepsia frecuente. Esto en mi concepto habla mucho en favor del parasitismo como responsable de la enfermedad que nos ocupa, pues solo un parásito es capaz de producir profundas alteraciones en la manera de ser del organismo.

Todos los años durante las bajas excesivas de temperatura, hemos tenido ocasión de observar casos aislados de verdadera grippe, de lo vulgarmente llamado *pasmo de huesos* y que bien pudiera adjetivarse reumatismo catarral, pero la rápida propagación y el número extraordinario de los invadidos, ha superado con mucho á las últimas epidemias de influenza que en España hemos pasado: bien coordinados los síntomas y poniéndoles en paralelo con los de otras invasiones, no hay duda alguna respecto á que esta epidemia es la misma que la de otros años y únicamente ha podido dudarse de este aserto, por el maridaje ó coincidencia del pneumo-tifus con la grippe.

Respecto á los medios de más eficacia para combatir el mal que

nos ocupa, nada puede decirse en absoluto y sí solamente individualizarse, solamente puede hacerse mención de los éxitos obtenidos en los diferentes casos y de aquí haber nacido las simpatías, hacia cierto grupo de agentes terapéuticos. La antipirina (que algunos han despreciado ú olvidado) es un medicamento que le he visto responder constantemente, cubriendo una sola indicación, la de combatir las hemicráneas intensas que han acompañado á los gripposos puros y han cedido rápidamente á la administración de las primeras dosis, siempre que estas hayan sido de 0,5 gr., prescritas una—cada cuarto de hora, como mínimun tres—que pueden repetirse dos ó tres veces en el mismo dia, según el efecto obtenido; además de la antipirina y simultáneamente los sudoríficos usuales (acetato amónico, jaborandi, etc., etc.).

En las formas graves ó sea en lo que hemos convenido en llamar pneumo-tifus, alguno habrá sufrido un desencanto terapéutico al pretender tratar estas pulmonías por el método clásico: no habrá sucedido lo mismo á los que poseídos de la última naturaleza del padecimiento hemos acudido desde los primeros momentos al tratamiento antiséptico y hemos cubierto la indicación causal con las sales químicas y sus preparados de todas formas, incluso el antiguo, aunque eficacísimo cocimiento antiséptico incompleto, de excelentes resultados en la epidemia que acabamos de pasar y cuyas resultantes todos alcanzamos por el sinnúmero de enfermos que todavía tenemos en tratamiento.

Sesión 4.ª (17 de Enero de 1890.)

Continúa la discusión del tema segundo de la Memoria del señor Espina, interviniendo en la discusión los señores siguientes:

Sr. Mendoza. En contestación al Sr. Elizagaray, dice que si Jaccoub cree que en la saliva de los individuos sanos, se encuentra el pneumococus, es debido á que en dicha secreción fisiológica, existe un micrococus muy parecido al pneumococus de Freilhäder pero que no es igual por lo cual, se le llama pseudo-pneumococus.

Cita á grandes rasgos los métodos de coloración del pneumococus fijándose preferentemente en el método de Grant ó de doble coloración. Estudia los esputos de los gripposos, bajo el aspeto macroscópico, diciendo que varía este según que la grippe se encuentre en el

periodo febril ó en el de declinación. En el primer caso, están compuestos de una porción líquida, serosa y de otra grumosa y compacta, pero sin aspecto purulento; en el segundo caso, tienen el aspecto moco-purulento descrito por el Sr. Azúa, con algunas estrías sanguinolentas en algunas ocasiones.

Cita varias autopsias que se han hecho en Alemania, especialmente por Leyden, las cuales enseñan que las pulmonías grippales no han tenido hepatización sino congestión y edema con inflamación leucocitaria abundante. En las mismas autopsias, se ha demostrado que el parénquima ha supurado en algunos puntos. Habla también de un gripposo en quien se presentó abundante supuración de la cueva de Higmoro.

Sr. Laburu. Dice que no ha habido pneumonías grippales, sino que lo que ha existido ha sido una grippe maligna en la que se han presentado muchas congestiones pulmonares, estados pneumónicos, pero no verdaderas pulmonías.

Nadie ha oido los verdaderos estertores crepitantes en las llamadas pulmonías grippales, como tampoco ha visto nadie que el parénquima pulmonar de los gripposos supure.

Lo que ha habido en su concepto, es muchos casos de grippe, de forma grave, pero que no hallándose muchas veces los médicos dispuestos á creer que la muerte la ha originado aquella enfermedad, han atribuido á la pulmonía muchas defunciones de que solo era responsable la grippe.

Sr. Hergueta. Remite la adjunta Memoria que es leida por el secretario de actas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS ACERCA DE LAS PNEUMONÍAS LLAMADAS GRIPPALES.

La frecuencia asombrosa de las localizaciones torácicas que se observan desde hace un mes que se inició en esta capital la grippe, su extraordinaria gravedad, la mortalidad tan enorme que producen y el predominar todavía dicho padecimiento sobre todos los demás, ha llamado la atención, como no podía menos, de toda la clase médica, procurando estudiar el *genio epidémico*, que es la característica de toda epidemia.

Dar á conocer mi manera de ver la enfermedad y las bases fundamentales, en que debe apoyarse el pronóstico y terapéutica, tal es el

motivo que me impulsa á coger la pluma y hacer algunas consideraciones sobre la enfermedad que en la actualidad arrebata á tan crecido número de individuos.

Es indudable que las pneumonías que observamos ahora, difieren radicalmente de las ordinarias, y claro es, que dichas diferencias obedecen principalmente á su distinta naturaleza y como consecuencia, sus síntomas, curso, pronóstico y terapéutica, tienen que variar por necesidad.

Que la causa radique en el aire, que dependa de la presencia de un micro-organismo, que sea, en una palabra, cualquier agente desconocido hoy todavía, lo cierto es que sus efectos los expresa la economía bajo la forma de una intensa infección general caracterizada por escalofríos frecuentes y repetidos, temperatura aumentada á 40° ó más, inquietud general, quebrantamiento y laxitud enormes, decaimiento moral, subdelirio en la generalidad de los casos, pulso frecuente, contraído y *depresible,* disnea desproporcionada á la extensión de los procesos pulmonares, tos seca y por accesos y estertores sibilantes y subcrepitantes diseminados por ambos pulmones, sobre todo en su zona posterior. Lengua húmeda y con un barniz blanquecino é inapetencia, poca sed y sin fenómenos gastro-intestinales que llamen la atención. A las veinticuatro horas de esta escena, ya se ha desarrollado todo el cuadro de la enfermedad predominando los síntomas torácicos y adinámicos, hasta el punto de creer va á sucumbir el enfermo por asfixia.

(Se continuará.)

El secretario,
DR. G. MANSILLA.

'OLETÍN SANITARIO DE MADRID.

dominando durante el mes de Abril las afecciones reumáticas
s formas y localizaciones, así como los catarros gástricos febri-
las neuralgias y las enfermedades del aparato respiratorio han
ites, habiéndose presentado algunos casos de fiebre tifoidea.
ueluche y el sarampión constituyen la nota dominante de la pato-
infantil.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29.

NOTICIAS.

En 1889 han sido socorridas por la Beneficencia en París 406.213 personas, de las cuales 137.900 lo han sido en los hospitales (11.739 camas), 12.441 inválidos ó ancianos en los hospicios (10.444 camas), 8.000 niños en los depósitos (604 camas), 2.200 locos en Bicêtre y la Salpêtrière (1.576 camas), 4.500 niños en el Hospicio depositario, 30.000 niños que vivían en el campo, 3.600 que vivían moralmente abandonados, 9.000 niños socorridos, 92.248 indigentes socorridos á domicilio, 87.300 enfermos tratados á domicilio, 11.400 paridas á domicilio y 7.614 por las comadronas de la ciudad.

Según el cénso de 1886, la población de París es de 2.344.500 almas.

El presupuesto para estos servicios asciende á la considerable cifra de 41.417.600 francos.

La Beneficencia pública dispone de 11.001 camas en los hospitales y 12.370 en los hospicios: en total 23.371 camas. De los hospitales generales, el Hôtel-Dieu tiene 543 camas; el de la Piedad, 700; el de la Caridad, 480; el de San Antonio, 687; el de Necker, 430; el de Cochin, 343; el de Beaujon, 415; el de Lariboisière, 676; el de Tenou, 895; el de Laennec, 668; el de Bichat, 181; el Hospital temporal de Aubervilliers, 174; el de Andral, 100, y el de Broussais, 270. Los hospitales especiales comprenden: San Luís, 885 camas; Le Midi, 327; Lourcine, 225; la Casa y Escuela de partos, 534; la Clínica de partos, 140; la Casa de Salud, 344; Trousseau, 464; Niños-Enfermos, 593; Forges, 222; la Roche-Guyon, 100, y Berck-sur-Mer, 710.

El Cuerpo médico de los hospitales y hospicios de París consta de 88 médicos y 40 cirujanos, más 9 psiquiatras y 9 tocólogos. A sus órdenes tiene este cuerpo 212 internos, 8 dentistas y 22 farmacéuticos, secundados por 133 alumnos.

Hay 35 laboratorios anejos á los servicios hospitalarios, 16 reservados á los farmacéuticos y 13 á las clínicas de la Facultad; total, 64 laboratorios.

Hemos tenido el gusto de recibir el primer número de *Los Archivos internacionales de Laringología, Otología, Rinología y de las enfermedades de las primeras vías respiratorias y digestivas*, que bajo la dirección del Dr. D. Ricardo Botey y con la colaboración de distinguidos especialistas españoles y extranjeros, ha empezado á publicarse en Barcelona. Será bi-mensual y está redactado en francés y español.

Deseamos larga y próspera vida á nuestro nuevo colega.

La *Academia Médico-Farmacéutica* de Barcelona ha abierto un concurso público sobre los puntos siguientes: 1.º *De la información médico-forense. Defectos del sistema actual y plan de una nueva organización.*—2.º *De la meta-loterapia termal.*—3.º *Estudio de las vacunas preventivas del tifus icterodes y del cólera asiático, bajo el punto de vista de las relaciones mercantiles de los países.*—4.º Premio costeado por el Dr. D. Joaquín Bonet y Amigó: *Topografía médica de Barcelona.*—5.º Premio costeado por el Dr. D. Joaquín Homs y Parellada: *Exposición y crítica de los trabajos microbiológicos de M. Pasteur, que se relacionan con la ciencia médica.*

Para cada uno de los tres primeros temas hay un premio, consistente en una medalla de plata; el premio del cuarto consiste en 500 pesetas, y el del quinto en una medalla de oro. Podrán concederse además accésits.

Las Memorias deberán dirigirse al local de la Academia (Cazador, 4, primero) hasta el 30 de Noviembre próximo.

Por su parte, la *Real Academia de Medicina y Cirugía* de Barcelona abre concurso sobre los siguientes temas:

Premio de la Academia: *Estudio topográfico médico de cualquier punto del distrito académico de Barcelona (Principado de Cataluña)*, excepto lo de Vich, Tarragona, Caldas de Malavella, Lérida, Olot, San Feliú de Guixols, Gerona, Tarrasa, la Escala, Masquefa, Seo de Urgel, Reus, Sentmanat, Mataró y Tremp, ya premiados en concursos anteriores.

Premio costeado por el Dr. Salvá y Campillo: *Escribir la observación de una epidemia ocurrida en algún punto de España.*

Premio costeado por el Dr. Rodríguez Méndez: *Historia de la legislación sanitaria española. Exposición y estudio de todas las disposiciones de carácter oficial relativas á la Higiene y demás ciencias médicas en su más lata acepción desde los primitivos tiempos hasta la promulgación de la ley de Sanidad vigente (28 de Noviembre de 1885).*

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

El premio consistirá en el título de socio corresponsal de esta Corporación y una medalla de oro. Además, si la Academia acordare la impresión de la Memoria á sus expensas, regalará al autor doscientos ejemplares. El accésit consistirá en el título de socio corresponsal. Además, al que obtuviere el accesit del premio Salvá, se le entregará una medalla de plata.

Sin embargo, este título no se concederá al autor de la Memoria que obtuviere premio ó accésit, si no es doctor ó licenciado en Medicina y Cirugía ó en Farmacia, ó veterinario de primera clase.

Las Memorias se dirigirán á la Secretaría de la Academia, hasta las doce de la mañana del 30 de Septiembre próximo.

Premio del Dr. Garí: Para cumplir esta Academia la voluntad del doctor D. Francisco Garí y Boix, declarada en el legado que le hizo, abre un concurso público con arreglo al siguiente programa: se dará en premio la cantidad de 1.500 pesetas en metálico al autor de la Memoria que trate ó dilucide mejor, á juicio de la Academia, este tema: *La medicación antitérmica en los procesos febriles agudos. ¿Hasta qué punto es útil ó necesario combatir la hipertermia, y, en caso afirmativo, cuáles son los medios más oportunos para conseguirlo?* Y un accésit de 750 pesetas al de la Memoria que, en punto á mérito relativo, esté en el grado inmediato al de la primera.

Las Memorias que se presenten al concurso, han de entregarse en el local de la Academia (Baños Nuevos, núm. 9), antes de las doce de la mañana del 30 de Junio de 1891.

Los gatos han sido honrados en una de las últimas sesiones de la Academia de Medicina de París.

Para probar la contagiosidad de la *grippe* M. Ollivier citó el caso siguiente «una señora fué atacada por la *grippe* y presentaba expectoración copiosa y debilidad extrema; se la hizo chupar carne para reparar las fuerzas; después de haber chupado un trozo, lo puso en un plato y se lo dió á un gato. Tres

días después fué atacado este por la *grippe*, tosiendo, adelgazando y acabando por morir con lesiones típicas.»

En apoyo de esta observación, recuerda M. Ollivier que hace quince años presentó en la Sociedad de Biología la relación de una epidemia de *grippe* en los gatos y entre otros hechos observó el siguiente: un gato con *grippe* fué recogido por una familia; se le dió de comer con varios gatos; dos días después murió y de los cinco gatos de la casa fueron atacados todos, muriendo cuatro. En la autopsia se encontró en todos «bronquitis con núcleos de bronco-pneumonía.»

Obras recibidas en esta Redacción:

Estudio terapéutico de los medicamentos modernos, origen, preparación, caracteres, acción fisiológica, usos, etc., por D. Federico Gómez de la Mata. Cuarta edición, fascículo 4.° La obra formará un grueso volumen y se publicará en cuatro fascículos. Precio, 10 pesetas en Madrid y 11 en provincias.

Discurso leído en el acto de recibir el grado de doctor en medicina y cirugía, por D. Emilio Jaramillo y Coronado, médico del Registro civil. Madrid, 1890. *De la intervención quirúrgica en los derrames pleuríticos.* Dos ejemplares.

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Valladolid...	Villamuriel de Campos.	325 pesetas y las igualas.....	8 Mayo.
Madrid.....	El Pardo.....	995 pesetas y las igualas	21 Mayo.
Valencia.....	Simat de Valldigna....	300 pesetas y las igualas	8 Mayo.
Guadalajara.	Muduex	50 pesetas, 140 fanegas de trigo y 200 pesetas por las igualas.....	18 Mayo.
Salamanca...	La Redonda.....	300 pesetas y las igualas..	16 Mayo.
Guadalajara.	Espinosa de Henares..	100 pesetas y 140 fanegas de trigo por las igualas.....	14 Mayo.
Santander...	Pesaguero.....	999 pesetas y las igualas.....	14 Mayo.
Palencia.....	Astudillo.....	875 pesetas y 62,50 pesetas por la cárcel y además las igualas....	16 Mayo.
Burgos.....	Santa María de Rivarredonda.	150 pesetas y 210 fanegas de trigo por las igualas.....	15 Mayo.
Logroño.....	Calahorra.....	1 250 pesetas y las igualas.....	13 Mayo.
Zamora.....	Castrillo de Guareña..	365 pesetas y las igualas..	4 Mayo.
Guadalajara.	Torrebeleña.....	375 pesetas y 1.625 por las igualas	20 Junio.
»	Burtares.....	460 fanegas de centeno por la asistencia á todo el vecindario.	20 Junio.
Burgos.....	Santa Gaden del Cid...	100 pesetas y 200 fanegas de trigo por las igualas	12 Mayo.
Salamanca...	Cartrao.....	100 pesetas y las igualas.....	20 Mayo.
Madrid.....	Vicálvaro.....	1 525 pesetas y las igualas.....	11 Mayo.
Salamanca...	Sepulcro Hilario.....	500 pesetas y las igualas.....	10 Mayo.
Madrid.....	Galápagos.....	600 pesetas y las igualas.....	8 Mayo.
Logroño.....	Haro.....	1.750 pesetas y las igualas.....	3 Mayo.
Oviedo.....	Campomanes.....	999 pesetas y 750 para alquiler de casa.....	3 Mayo.
Valladolid...	Castroverde de Cerrato.	250 pesetas y las igualas	6 Mayo.
Palencia.....	Cervera del Río Pisuerga.	999 pesetas y 158,50 por la asistencia de los enfermos del hospital más las igualas	13 Mayo.
Badajoz.....	Berlanga	(Dos plazas) 999 pesetas cada una más las igualas.....	18 Mayo.
Madrid.....	Fuente el Saz.....	500 pesetas y 1 750 pesetas que producen las igualas.....	11 Mayo.

He tenido ocasión de emplear repetidamente el **ELIXIR DE PROTOCLORURO DE HIERRO CON HIPOFOSFITOS**, del **Sr. Vivas Pérez**: en diversos casos de *anemia* (alguna de ellas perniciosa), *clorosis*, *escrofulismo* y *raquitismo*, y he observado siempre buenos resultados, siendo algunos de estos *sorprendentes* por la *rapidez* con que se modificó el estado patológico de los enfermos que lo usaron, por lo que prefiero este preparado á muchos análogos nacionales y extranjeros.

Madrid 3 de Febrero de 1889.

Dr. Enrique Suñer,

Doctor en Medicina y Cirugía, licenciado en Farmacia, ex-director de baños, laureado por el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, médico jefe en España de la Sociedad de Seguros sobre la vida «La New-York» y médico de número de la Sociedad Filantrópica Mercantil Matritense.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.
El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

DEPÓSITOS AL POR MENOR.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruíz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

DEL DELIRIO CONSECUTIVO Á LA OPERACIÓN DE LA CATARATA,

POR EL DOCTOR

GARCÍA CALDERÓN,

MÉDICO OCULISTA DEL REAL HOSPITAL DEL BUEN SUCESO.

En la tercera sesión de la octava reunión del Congreso de Oftalmología celebrado en París del 5 al 8 del mes actual, expuso el doctor Parrinaud ciertas consideraciones acerca del delirio en los operados de catarata, atribuido por unos á la atropina y por otros al cloroformo, y que para él reconoce por causa principal la oclusión prolongada de los ojos, sin negar por eso la influencia de la operación en sí, la que despierta en los operados una preocupación excesiva, así como la privación de alimentos á que se les obliga. Esto no obsta para que el ojo cicatrice bien, cuando se le puede poner al abrigo de todo traumatismo. Grandclement y Chibret fueron de la misma opinión, acusando además el último al alcoholismo. Armaignac dijo haberlo observado en los maniacos y en los operados, previa atropinización.

Por mi parte creo más en la influencia del alcoholismo, y diré de paso que jamás he atropinizado un ojo que iba á operar de catarata, no porque yo admita que un par de gotas de atropina pueda producir un trastorno cerebral de tal naturaleza, á no ser en individuos predispuestos (alcohólicos), sino porque en primer lugar lo considero innecesario, después porque puede adquirir el ojo cierta disposición glaucomatosa, empujando el iris hacia el ángulo irídeo y obstruyendo (y en esto estoy de acuerdo con Wecker respecto de una de las formas de glaucoma) la principal vía de excreción del ojo, y, finalmente

porque predispone á la procidencia del iris en la herida, por más de que inmediatamente después de terminada la sección de la córnea, si no hay exceso de tensión ocular, el iris tiende por lo general á contraerse, dificultando muchas veces el tiempo de la discisión ó abertura de la cápsula cristalina.

En cuanto á la inocuidad del delirio respecto de la cicatrización, si bien no puedo ser tan absoluto como Parrinaud, puedo, sin embargo, invocar un hecho en su favor. En 1881, siendo profesor del Instituto Oftálmico de esta corte, operé en aquel establecimiento, un sabado, una catarata á un jardinero de Carabanchel, sin accidente de ninguna especie. Á las cuatro de la mañana siguiente vino el enfermero á buscarme, porque mi operado había sido atacado de un fuerte delirio agudo y se había quitado el apósito. Fuí á verle en seguida, y, en efecto, le encontré paseándose, sin apósito y forcejeando con los que querían llevarle á la cama y tranquilizarle. Exhortándole á que se dejase acostar, me contestó vivamente: «¿Cómo quiere V. que me acueste en esta cueva inmunda, donde las hermanas de la caridad me han metido para que me coman los ratones que están paseando por mi cuerpo?» Sin embargo, logré tranquilizarle, diciéndole que le iba á sacar de la cueva y llevarle á otro sitio. En efecto, le llevé á otra cama, y le hice dar una copita de aguardiente, y me retiré al cabo de una hora cuando le creía tranquilo, no sin haber recomendado al enfermero que le vigilase, y si necesario fuese le pusieran una camisola de fuerza. Luego supe que este individuo era alcohólico. Pero lo interesante del caso fué que al ir á la visita del lunes se me dijo que, habiendo venido á verle su familia el domingo por la tarde, le había repetido el ataque y que la familia se lo llevó con consentimiento de la superiora por el estado de furor en que se encontraba, temerosa de que cometiese un atropello con los demás enfermos, y porque ella misma estuvo expuesta á ser víctima de una agresión por parte del enfermo, que seguia denostándola y amenazándola. Como se comprenderá, desaprobé la conducta de la hermana, y ya no me acordaba del enfermo, cuando el miércoles siguiente (cuatro días después de la operación) se me presenta en la consulta sin apósito y con el ojo completamente cicatrizado, gracias á la buena coaptación del colgajo, y desprovisto de toda irritación.

No he vuelto á tener en mi práctica ningún otro caso de delirio consecutivo á la operación de la catarata; pero el que cito, por los datos que recogí luego de la familia, asegurándome que se entregaba

á libaciones alcohólicas frecuentes, ha quedado suficientemente grabado en mi recuerdo para arraigar en mi ánimo la convicción de que todo lo que se diga de la atropina y de la oclusión ocular prolongada es poco menos que hipotético, porque en la generalidad de los casos el delirio en los operados, y esto es un axioma de cirugía general, se presenta *sobre todo* en los alcohólicos.

Comparto, pues, la opinión de Chibret, en lo que se refiere al alcoholismo, como lo probarán nuevas observaciones, porque los peligros atribuidos por los otros observadores exclusivamente á la atropina son fáciles de evitar, siendo así que la generalidad de los que operamos cataratas no empleamos ese midriásico sino á partir del cuarto día, y los casos de delirio que han llegado á mi conocimiento se han presentado durante las primeras cuarenta y ocho horas. Desterrando, pues, el pernicioso hábito de instilar atropina (que por cierto muy contados son ya los oculistas que tal conducta observan antes de la operación), contentándonos, como lo aconsejan Galezowski y otros, y como lo hacemos nosotros constantemente desde hace más de cuatro años, con instilar la cocaina, alcalóide que provoca una dilatación pupilar suficiente para estudiar los caracteres de la catarata antes de operarla, evitaremos ese escollo.

¡Ojalá pudiéramos decir otro tanto del alcoholismo!

NOTAS DE CIRUGÍA CLINICA

POR EL DOCTOR

D. EULOGIO CERVERA Y RUIZ.

DIRECTOR DEL INSTITUTO ENCINAS

Y CASA DE SALUD DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO.

(Continuación) (1).

ARCOS METÁLICOS PROTÉSICOS EN LAS RESECCIONES PARCIALES DEL MAXILAR INFERIOR.

El que haya practicado extirpaciones, en toda su altura y espesor, del cuerpo ó ramas del hueso maxilar inferior, habrá observado que

(1) Véase el núm. 12, correspondiente al mes de Diciembre de 1889.

sobrevienen siempre deformidades más ó menos acentuadas, que perturban, de una manera constante, la masticación, y producen grandes molestias á los enfermos; porque se altera el paralelismo de las filas dentarias, al desviarse, las partes conservadas del maxilar, hacia la cavidad bucal. En la resección del cuerpo, es donde más se gradúan estos inconvenientes, uniéndose, por otro lado, el peligro de la asfixia mortal por caída de la lengua á la faringe, accidente que acompaña á la separación de sus inserciones de los músculos genioglosos y geniohioideos.

Los medios que se han propuesto para evitar ó corregir aquellas deformidades y accidentes, son varios; pero ninguno satisface, porque rarísima vez se logra con ellos el objeto deseado. Así es, que al presentarse en mi clínica y en el último trimestre del año próximo pasado, una enferma con un osteosarcoma central del cuerpo del maxilar inferior, que exigía la resección del mismo, recordé los casos semejantes de mi práctica y los de la de otros cirujanos, en que no se evitaron, á pesar de todos los cuidados y medios empleados, las desviaciones y deformidades de las restantes porciones. Ante este recuerdo, pensé mucho, antes de proceder á la resección en el caso presente, acerca de este interesante probiema quirúrgico, para ver si podría sustituir el trozo resecado con un arco metálico, inmediatamente después de practicada su extirpación, evitando de esta manera los inconvenientes observados en prácticas precedentes. Resuelto á realizar esta idea, procedí á encargar la construcción de aquel, modelando, previamente, la arcada dentaria inferior, con el objeto de que tuviera la misma curvadura. El arco que coloqué á mi enferma, y que representa la fig. 2.ª, es de acero niquelado y tiene en sus extremos dos pequeñas virolas de 6 mm. de diámetro y 2 de espesor, que penetran á rosca y pueden avanzar ó retroceder en una extensión de 2 cm., mecanismo que permite alargar ó cortar el arco, á voluntad, según las necesidades del momento.

Construido el arco procedí á la operación. Para poner el hueso y el tumor al descubierto, practiqué una incisión paralela al borde inferior del maxilar, previo arrancamiento del segundo molar de cada lado, puntos sanos del hueso que limitaban el tumor. Después hice dos pequeñas incisiones cutáneas, de 1,5 cm. cada uno, en los extremos de la primera, gracias á las cuales pude desprender, fácilmente, el periostio de ambas caras del hueso, con las partes blandas que le cubren y en toda la extensión del segmento del maxilar que

me proponía levantar. Terminado este desprendimiento, seccioné el hueso, en toda su altura y espesor, con la sierra de cadena, al nivel de los molares arrancados, y extraje el tumor con el cuerpo de aquel. Claro está, que antes del aserramiento quedó pasado un cordonete en la lengua para impedir su caída sobre la glotis.

Hecha la extirpación y asegurada la hemostasia, coloqué el arco metálico, para lo cual hice dos perforaciones con la trefina de Collin, que median 1,5 cm. de profundidad. Estas perforaciones dirigíanse en el sentido antero-posterior de las dos porciones que quedaron de las ramas horizontales, penetrando el perforador en dirección perpendicular á las superficies de sección, equidistando de los labios de estas, y á 1 cm. de distancia del borde inferior del maxilar. La formación de estos conductos ó trayectos tenía por objeto recibir los extremos del arco, extremos que penetraban hasta tropezar con los pequeños topes. Colocado el arco de la manera que indica la fig. 3.ª, solo tuve que graduar su longitud haciendo avanzar ó retroceder los topes, hasta que obtuve el perfecto paralelismo y correspondencia de las filas dentarias inferiores con las superiores. A continuación suturé ó mejor dicho, reinserté los músculos genioglosos y geniohioideos á la porción central del arco, mediante cuatro puntos entrecortados, permitiéndome suprimir el asa que sujetaba la lengua y que, como es sabido, queda durante cuatro ó cinco días en los procedimientos ordinarios. Las superficies cruentas fueron adosadas con sutura profunda de catgut, por encima y debajo del arco; de tal modo, que este y los extremos del hueso quedaban perfectamente incluídos entre el periostio y partes blandas, así como cerrada toda comunicación con la boca. Esta incomunicación la aseguré más todavía, suturando la mucosa del suelo de la boca; sutura que servía, al mismo tiempo, para restaurar el surco gingival. Por último, cerré la herida cutánea con varios puntos de seda.

A los ocho días levantamos el primer apósito y toda la sutura externa. La cicatrización era completa. No obstante, retuvimos á la enferma dos meses en la clínica, para observar si persistían la tolerancia del arco, el paralelismo de ambas mandíbulas y la fijeza de los fragmentos de la inferior; y viendo que no se presentaba ninguna alteración relacionada con estos extremos, sino que, por el contrario, cada vez era mejor el estado de las partes, pues que se reproducía el hueso, dimos de alta á la enferma.

A pesar del satisfactorio y brillante resultado obtenido, adelanto

á los ilustrados lectores de esta REVISTA, que, en lo sucesivo, pienso modificar el arco; de tal modo, que ofrecerá más garantías de éxito, aun en aquellos casos en que sea imposible la conservación del periostio. La modificación consiste en reemplazar el acero niquelado por el marfil, recubriéndole, además, en el acto de su colocación, de una lámina de hueso decalcificado, tomada de una tibia de buey, pues que según los experimentos y observaciones clínicas de Senn y Mac Ewen, puede obtenerse la curación y regeneración de las heridas de los huesos, sustituyendo sus pérdidas de sustancia con huesos decalcificados (1).

De este modo, por ser orgánica la sustancia empleada en la construcción del arco, no puede abrigarse temor alguno á la intolerancia de este, porque de todos es sabido que son perfectamente tolerados los clavos y virolas de marfil, empleadas en ciertas resecciones óseas y en determinadas fracturas y pseudo-artrosis.

En otro país, que no fuera el nuestro, sería excusado recordar, que si para todo acto quirúrgico debe presidir la rigurosa asepsia, para los de naturaleza tan delicada como el que he expuesto, es necesaria é imprescindible; y de tal manera se impone, que sin ella serían un mito ciertas operaciones. No es mi ánimo ofender la reconocida ilustración de mis lectores. Pero permítanme consigne el convencimiento que tengo, de que si en España todo médico conoce, si se quiere hasta magistralmente, lo que es la asepsia y antisepsia, este conocimiento, en la mayoría, es teórico pero de ningún modo práctico. Tan cierto es lo que digo, que conozco cirujanos que gozan de justa reputación y hablan maravillosamente de la doctrina de la asepsia, y, no obstante, los he visto sí, preocuparse mucho de tener algodones, gasas, hilos de sutura, esponjas, etc., etc., muy sublimatadas ó iodoformadas; pero, en cambio, no les molestaba, ni llamaba su atención la camisa ó sábana contumaz del enfermo operado, sobre las cuales colocaban las manos é instrumentos—sin esterilizar—tanto ellos como sus ayudantes; ni que las esponjas caídas al suelo fuesen colocadas, inmediatamente sobre la superficie cruenta, ni que las manos del personal subalterno eran dignas de una letrina. Y no queriendo detallar más estos conceptos, porque solo me propongo

(1) El distinguido cirujano Dr. Senn, asegura en su trabajo publicado en el *Diario Americano de Ciencias Médicas*, que ha tenido ocasión de aplicar su método diez veces, con buen resultado Pero añade que se precisa el uso de una rigurosa asepsia.

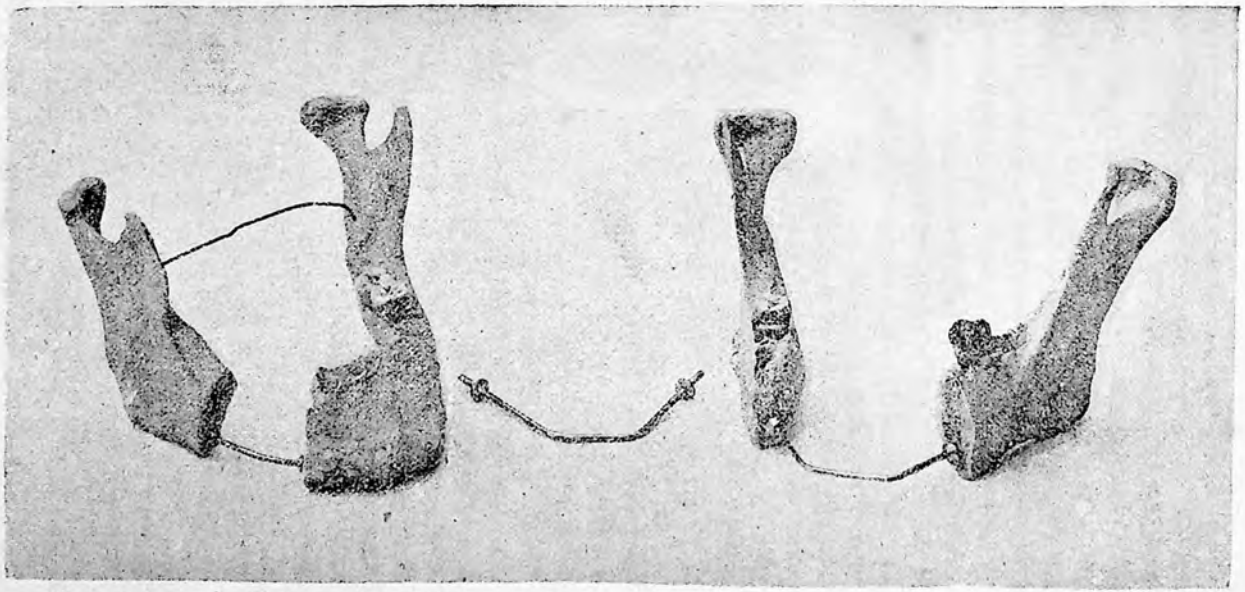


Fig. 1.ª Fig. 2.ª Fig. 3.ª

INSTITUTO ENCINAS.—RESECCIÓN DEL CUERPO DEL MAXILAR INFERIOR. ARCO METÁLICO PROTÉSICO.

contribuir á la enmienda, terminaré esta digresión diciendo: que en asuntos listerianos se puede y se debe repicar é ir á la procesión.

Si como lo prueba el caso que he relatado, es posible el arco protésico en la resección del cuerpo del maxilar inferior, puedo admitirle también, *à priori*, en la de las ramas, en la forma que representa la fig. 1.ª

La importancia y ventajas de los arcos protésicos que propongo, compréndense fácilmente. Con ellos evitamos las desviaciones y deformidades que sobrevienen, constantemente, en las resecciones de la mandíbula, así como las graves molestias que determinan en los resecados. Por otro lado, suprimimos, también, los peligros de la caída de la lengua, sin necesidad del asa, pues que dejamos reinsertados con la sutura, los músculos genioglosos y geniohioideos. Además, mediante ensayos sucesivos y perfeccionamiento en la técnica, espero, por la enseñanza que me suministra el caso presente, que el método de la sustitución de los trozos resecados, por otras sustancias, sobre todo el marfil revestido de un hueso decalcificado, pueda aplicarlo á las resecciones de las extremidades, en que se hace necesaria la pérdida de un gran segmento de hueso y, por ende, sobreviene, ó un exagerado acortamiento, ó falta de reproducción del trozo resecado, que exige la amputación del miembro.

CLÍNICA DE LARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL,

POR EL DOCTOR

D. JUAN CISNEROS,

PROFESOR DE LA MISMA.

(Continuación) (1).

EPITELIOMA LOBULADO LARÍNGEO.—EXTIRPACIÓN DE LA LARINGE.

F. Ch., natural de Alcázar de San Juan (Ciudad-Real), de 46 años, casado y guarda-freno del ferrocarril, se presentó en la consulta de laringología del Hospital General el 4 de Noviembre de 1889.

En Mayo último tuvo una pulmonía, y al dedicarse de nuevo á su trabajo quince días después, convaleciente ya de su enfermedad, se sintió repentinamente ronco; esta ronquera iba acompañada de una

(1) Véase el número anterior.

tos bastante persistente y seca; mes y medio después arrojó algunos esputos teñidos de sangre, y en el mes de Agosto notó que respiraba con dificultad y que la deglución era dolorosa, irradiándose el dolor desde la garganta al oído derecho.

Hasta la fecha en que tuvo su pulmonía gozó de excelente salud; no había presentado manifestación alguna venérea ni padecido catarros; fumaba muy poco, pero en cambio era muy aficionado á las bebidas alcohólicas, de las cuales abusaba bastante. Nada sospechoso en sus antecedentes hereditarios; su padre, murió de pulmonía; su madre, de un ataque cerebral.

Tales fueron, en pocas palabras, los antecedentes que nos suministró el paciente, agregando además que los síntomas mencionados iban en progresivo aumento y le obligaron á trasladarse á Madrid y acudir á la consulta.

Era el enfermo alto y corpulento; pero la palidez y contracción de su semblante, la marcha lenta y su aspecto de vejez anticipada, denunciaban la existencia de una enfermedad grave.

Lo que desde luego llamaba la atención era la dificultad inmensa con que respiraba; igualmente difícil la inspiración que la espiración iban acompañadas, y especialmente la primera, de un sonido agudo y prolongado perceptible á bastante distancia.

En presencia de este estado, y con los antecedentes que en su relato varias veces interrumpido por la disnea, nos dió á conocer, no era aventurado suponer la existencia de una estenosis laríngea cuya causa era preciso averiguar, y en este sentido dirigimos nuestras investigaciones.

Al exterior solo presentaba de anormal la laringe cierto grado de separación de las láminas tiroideas, teniendo por lo tanto más abierto el ángulo anterior del tiroides y más voluminoso el órgano en conjunto, deformidad comparada por Isambert al caparazón de un crustáceo. La presión era dolorosa, pero conservaba su movilidad normal.

Debajo del borde interno del esterno-cleido-mastoideo izquierdo y al nivel de la membrana tiro-hioidea encontramos un pequeño ganglio redondeado, duro y rodadero.

El reconocimiento laringoscópico nos permitió apreciar la existencia de una masa tumoral que ocupaba casi todo el vestíbulo laríngeo, avanzando por arriba hasta el nivel de la epiglotis, y cuya base de implantación parecía extenderse por la mitad izquierda del órgano, llegando hasta muy cerca del ligamento ari-epiglótico derecho; ocul-

taba, pues, á nuestra vista la banda ventricular y cuerda vocal izquierda, el espacio glótico y la cuerda y gran parte de la banda derecha. La respiración se verificaba por la pequeña hendidura existente entre el tumor y la pared derecha de la laringe, necesitando el aire seguir un camino sumamente estrecho y sinuoso para entrar en el árbol aéreo.

La coloración de la neoplasia era roja oscura en casi toda su extensión, y amarillenta en algunos puntos, su consistencia más bien blanda, muy vascular, de superficie irregular y dolorosa espontáneamente y por medio de la presión.

La epiglotis se veía fuertemente hiperemiada y estaban infiltrados los repliegues ari-epiglóticos y las eminencias aritenoideas.

La deglución era dolorosa y existía también una afonía bastante graduada, si bien permitía al enfermo hacerse comprender á costa de grandes esfuerzos. Persistía la tos, acompañada de espectoración moco-purulenta y frecuentemente sanguínea. Ya hemos dicho que la disnea era muy intensa; añadiremos además que desde el día anterior se habían presentado algunos accesos de sofocación.

Dos problemas tuvimos que plantear en presencia de este cuadro, y ambos de urgente resolución; el diagnóstico y el terapéutico.

La situación angustiosa del enfermo reclamaba una intervención inmediata, toda vez que los accesos de sofocación hacían temer en breve plazo un desenlace fatal si no acudíamos oportunamente á evitarlo; fraguar una vía al aire por las vías naturales era imposible; solo el contacto del espejo laríngeo con el velo palatino había determinado uno de esos espasmos tan peligrosos en estas circunstancias; había, pues, que abrir una vía artificial para asegurar la respiración y con ella la vida del enfermo, y así se lo hice comprender al interesado, que accedió á ello, ingresando al siguiente día en el servicio de laringología (sala 19, cama núm. 11), donde inmediatamente después de su ingreso le practiqué la traqueotomía inferior, sin accidente alguno digno de especial mención.

Tanto la marcha que la enfermedad había seguido, como los síntomas físicos de la neoplasia, nos autorizaban para formular el diagnóstico de tumor maligno de la laringe, probablemente epiteliomatoso; sin embargo, conjurado ya el peligro de la asfixia y con tiempo suficiente para afirmar de una manera positiva este diagnóstico antes de tomar más graves resoluciones, decidí apelar á los dos procedimientos que, combinados, pueden alejar todo motivo de error en es-

tos casos: el examen histológico del tumor y la contraprueba del tratamiento antisifilítico.

Basta recordar el hecho del emperador de Alemania para no conceder en algunos casos, y sobre todo en sus comienzos, una confianza absoluta á los datos aportados por el microscopio; los hechos de Ziemssen y de Schiffers (1) entre otros muchos, prueban por otra parte la inmensa dificultad de diferenciar las manifestaciones sifilíticas de las neoplasias malignas, y que solo los resultados del tratamiento nos dan á conocer en ocasiones la naturaleza de la enfermedad.

Consecuente, pues, con estas ideas, hice la avulsión de algunas porciones de la neoplasia y las remití para su análisis al laboratorio micro-biológico del Hospital de San Juan de Dios, y sometí al enfermo al uso del ioduro potásico.

Pasados los primeros días subsiguientes á la traqueotomía, durante los cuales experimentó el enfermo el alivio que siempre se observa en estos casos, se reprodujeron nuevamente las hemorragias y aumentó la disfagia hasta el punto de negarse el paciente á tomar más que pequeñas cantidades de leche. El tumor también continuó su progresivo aumento, obturando tan completamente la laringe que, tapando la cánula, no era posible hacer pasar la más pequeña cantidad de aire á través del órgano. En vista de la ineficacia del tratamiento, y de que el análisis practicado por el Dr. Mendoza confirmaba el diagnóstico clínico, suspendí toda medicación, limitándome á sostener las fuerzas del enfermo.

Dueños ya de un diagnóstico positivo, y ante la gravedad de las circunstancias, propuse al paciente la elección de uno de los dos caminos que podíamos seguir; ó la contemporización con aquel estado, que necesariamente había de agravarse de día en día, ó la extirpación del tumor con la parte del órgano que fuese indispensable, arrostrando los peligros que siempre tiene este procedimiento. Optó por la primera solución y nos fué preciso continuar el tratamiento establecido, consistente en el uso de los tónicos, el sulfato de quinina y las pulverizaciones antisépticas.

La insuficiencia de la alimentación, las pérdidas sanguíneas y la penetración continua de materiales sépticos en el aparato respiratorio, influyeron, como no podía menos de suceder, en el estado

(1) Contrib. á l'etud. du cancer du larynx.— *Revue mensuelle de laryngologie*, t. III, página 3.

general del enfermo que, no solo se demacraba, perdiendo fuerzas, sino que empezó á sentir ligeros recargos febriles por las tardes.

En este estado, y con ligeras alternativas, continuó durante los meses de Diciembre y Enero últimos. Cansado ya por esta época de sufrir, pidió espontáneamente que se le practicara cualquier operación que le librara de sus sufrimientos.

Decidida la intervención operatoria, restaba determinar la extensión de la misma. Teniendo en cuenta la menor gravedad de las laringuectomías parciales, resolvimos limitarnos á escindir una mitad lateral de la laringe si esto era posible, no sacrificando todo el órgano más que en el caso de que la extensión de la base del tumor nos obligara á ello.

LARINGUECTOMÍA.—El día *11 de Febrero*, con el inteligente concurso de mis distinguidos compañeros los doctores D. Eulogio Cerveras, D. Juan Bravo, D. Antonio Bravo y del personal de la sala, y previa las prácticas usuales en toda operación antiséptica (baño general jabonoso del enfermo, lociones con una solución de sublimado en la región enferma, antisepsia de los instrumentos, etc., etc.), di principio á la extirpación de la laringe, procediendo de la siguiente manera.

Se colocó al enfermo en la mesa de operaciones en posición horizontal, manteniendo la cabeza más baja que el cuello y tronco (1). Sustituí la cánula traqueal ordinaria por la cánula tapón de Trendelenburg y una vez colocada esta é insuflado el saco elástico que la rodea, y con el cual se obtura la tráquea, se procedió á la anestesia clorofórmica á través de la cánula, empleando el largo tubo de goma terminado en un embudo que ordinariamente se usa en estos casos, y que tanto en esta ocasión como en otras en que lo he usado, me pareció que, si bien tiene la inapreciable ventaja de dejar libre el campo operatorio, hace en cambio más lenta la cloroformización, por lo cual nos vimos obligados, especialmente al principio, á aplicar directamente sobre el orificio de la cánula compresas empapadas en el cloroformo, reservando el aparato para sostener más tarde la anestesia durante el resto de la operación.

Practiqué una incisión vertical que, partiendo del borde inferior

---

(1) No juzgué precisa la posición de Rose (colgando la cabeza) para evitar la penetración de la sangre en la tráquea, por creer bastaba para este fin con la cánula de Trendelemburg.

del hueso hioides, descendía por la línea media hasta el nivel del primer anillo traqueal, dejando próximamente un centímetro de piel entre el extremo inferior y la herida de la traqueotomía, y otra horizontal paralela al borde inferior del hioides y extendida desde el borde interno del externo-mastoideo de un lado al del opuesto, constituyendo entre ambas la figura de una *T* (procedimiento de Langenbeck).

Incindidos por medio del bisturí todos los tejidos blandos hasta llegar a los cartílagos y membrana tiro-hioidea, fuí disecando cuidadosamente los colgajos resultantes, separando los músculos prelaringeos hasta poner al descubierto la cara anterior y lateral izquierda de la laringe, sirviéndome para ello de la sonda acanalada principalmente. Durante este tiempo de la operación hubo alguna hemorragia venosa y fué necesario ligar dos pequeñas arteriolas (ramas de la crico-tiroidea).

Entonces, y siguiendo el consejo de Billroth, Stœrk, Schœnborn y otros, dividí de arriba á abajo con unas fuertes tijeras toda la pared anterior de la laringe, poniendo al descubierto el interior del órgano con objeto de explorar los límites de la base de implantación del tumor; este ocupaba por completo el interior de la cavidad, y tenía su asiento en toda la parte posterior y laterales, especialmente en la izquierda. En vista de esto, juzgué necesario sacrificar toda la laringe, de acuerdo con mis queridos compañeros.

En su consecuencia y para ampliar el campo operatorio practiqué (proceder de Bottini), otra nueva incisión horizontal en el límite inferior de la vertical, ó sea al nivel del primer anillo de la tráquea, extendida entre los bordes internos de los externo-mastoideos y de unos 4 cm. de longitud y continué la disección de los colgajos hasta aislar completamente la laringe por su cara anterior y las laterales en toda su extensión.

Todo este trabajo fué lento y laborioso; la pequeñez relativa y la profundidad del campo operatorio, la proximidad de los grandes troncos vasculares y nerviosos del cuello y la necesidad de renunciar al bisturí para hacer la disección, retrasaron naturalmente la terminación de este tiempo operatorio, al terminar el cual llevaba el enfermo más de hora y media de cloroformización, después de un prolongado período de excitación y había sufrido las tracciones consiguientes de los vasos y nervios próximos, con sus naturales consecuencias (trastornos circulatorios cerebrales, inminencia del síncope por tracción del pneumogástrico); así es que, al llegar á este punto se

hizo la respiración desigual y el pulso empezó á deprimirse y á hacerse irregular en tales términos, que temiendo alguno de esos síncopes tan terribles que algunos autores citan (1), juzgamos imprudente y arriesgada la continuación de la operación y resolvimos aplazarla hasta el siguiente dia.

Excindí las porciones de tumor que flotaban en la cavidad laríngea lavé toda la superficie cruenta con una solución de sublimado, llené la laringe de gasa iodofórmica, aproximé los bordes de ambos colgajos y apliqué, por último, un apósito antiséptico (gasa iodofórmica y algodón sublimado).

Trasladado el enfermo á su cama, reaccionó perfectamente y aquella misma tarde no pasó el termómetro de 37°,8 de temperatura axilar.

12 de Febrero.—Practicada la anestesia de igual manera que el dia anterior, introduje en el exófago un tubo de Faucher y procedí á terminar la extirpación de la laringe, separándola por sus extremos superior é inferior y cara posterior.

Los ensayos repetidos que de esta operación habia hecho en el cadáver, me decidieron á preferir el procedimiento de Billroth y de Czerny (de abajo arriba) al de Maas y Langenbeck (de arriba abajo) por encontrarlo más fácil y menos peligroso.

Con un bisturí de lámina corta y procediendo por cortes pequeños, separé el cricoides del primer anillo traqueal teniendo tensas hacia adelante por medio de erinas las dos mitades seccionadas del cricoides. Para incindir la mitad posterior, tiempo difícil de la operación, por la facilidad con que puede herirse el exófago, introduje horizontalmente entre este y la laringe una sonda acanalada, sirviéndome de guía el relieve que formaba el tubo de Faucher, contenido en el conducto exofágico y sobre ella practiqué el corte del segmento posterior del órgano.

Inmediatamente rellené el hueco comprendido entre la cánula y el extremo superior de la tráquea con gasa iodofórmica, para evitar la

---

(1) En un caso del Dr. Labbé se presentó inopinadamente un síncope que duró mas de veinte minutos y del cual salió el operado gracias á la respiración artificial, á la aplicación del martillo de Mayor y á la suspensión por los piés con la cabeza colgando.—Schwartz. *Des tumeurs du larynx*, pág. 253.

En otro de Bottini, la presión ejercida por los separadores sobre el nervio vago fué excesiva y el enfermo cayó en un síncope *espantoso*, fenómeno que se repitió á cada nueva presión.—*Giornale della R Academia di Medicina di Torino*, 1875, núm. 14.

penetración de los líquidos en el árbol aéreo en el caso de inutilizarse la cánula Trendelenburg.

Dueño ya del extremo inferior de la laringe, la hice bascular tirando de ella hacia adelante y separé su pared posterior de la anterior del exófago, por medio de presiones alternadas en una y otra con la sonda acanalada.

Invadida por la neoplasia la mitad posterior del cricoides, se encontraba friable y se rompió por su parte superior; entonces incindí la membrana tiro-hioidea y corté los cuernos superiores del tiroides, que después resequé, quedando separada de esta manera la laringe.

Restaban solamente los aritenoides (1), los cuales legré con la cucharilla de Volkmann, cauterizando después la región con el gálvano-cauterio, y la epiglotis, que por encontrarse sana no excindí siguiendo el ejemplo de la mayor parte de los operadores.

El espacio que antes ocupaba la laringe y en cuyo fondo se encontraba al descubierto el exófago, se lavó perfectamente con una solución de sublimado; después se llenó de gasa iodofórmica, se adaptaron los dos colgajos y se aplicó una cura de gasa iodofórmica y algodón sublimado.

La cloroformización se verificó sin accidentes durante todo el curso de la operación; siendo de notar que no fué preciso hacer ligadura alguna y que no pasó á la tráquea ni una sola gota de sangre.

El tiempo invertido en esta sesión fué de 40 minutos.

Terminada la operación, fué trasladado el enfermo á su cama, y se le inyectó por el tubo de Faucher, que se dejó colocado permanentemente, un poco de vino de Jerez.

Tenía entonces 82 pulsaciones y 38°,1 de temperatura axilar. Prescripción: Caldos, vino de Jerez y leche, inyectados por el tubo.

Pasó el día bien; ligero dolor en la herida. Temperatura de la tarde, 38°,5. Pulsaciones, 90.

13 de Febrero.—Se levanta el apósito, y después de lavada la herida con la solución de sublimado, se hace una cura igual á la del día anterior. Se sustituye la cánula de Trendelenburg por una ordinaria.

---

(1) En la *Société d'Otologie et laryngologie* de París (sesión del 15 de Abril de 1887) refirió el Dr. Fauvel un caso de extirpación en un enfermo suyo operado por el profesor Péan en en el cual dejó los aritenoides y la epiglotis. *Revue mensuelle de laryngologie*, t. VII, página 351.

	Temperatura.	Pulso.		Temperatura	Pulso.
Día 13 mañana...	38°,3	90	Tarde...	39°,2	96
— 14 — ...	38	84	— ...	38 5	90
— 15 — ...	37 6	82	— ...	38	92
— 16 — ...	37 6	80	— ...	38 1	88
— 17 — ...	37 4	82	— ...	37 4	82

Día 16.—El tubo colocado en el exófago molesta mucho al enfermo; y después de sacarlo, hago deglutir al paciente un poco de leche, que aunque con dolor pasa bastante bien al exófago; en su consecuencia, retiro el tubo, que no hubo necesidad de volver á colocar, porque la deglución fué facilitándose en los días sucesivos.

También fueron cayendo las escaras producidas por la cauterización y cubriéndose el fondo de la herida de granulaciones.

El *1.° de Marzo* se suprimió la cánula colocada en la abertura producida por la traqueotomía, sustituyéndola por otra de gran calibre que se introdujo por el extremo superior de la tráquea á través de la herida: un tubo de desagüe de un diámetro igual al de la cánula se colocó en la parte superior de la herida, descansando por su extremidad inferior en la convexidad de la cánula y alcanzando por la superior la base de la epiglotis y destinado á evitar que los botones carnosos llenaran toda la cavidad, incomunicando el hueco laríngeo con la boca.

La herida de la traqueotomía cicatrizó rápidamente, como ordinariamente ocurre, y el *8 de Marzo* no quedaba más espacio en el sitio en que antes se encontraba la laringe que el ocupado por la cánula y el tubo de desagüe.

Siendo grande la laringe artificial de que podíamos disponer, y haciéndose entender el enfermo lo suficiente para no considerar indispensable la colocación de un aparato de esta clase, accedimos á sus deseos permitiéndole que saliera del Hospital el día 8 de Mayo.

Á su salida empezaba á reproducirse el tumor, pudiéndose apreciar en las paredes del conducto ocupado por la cánula algunas vegetaciones que sangraban fácilmente.

El análisis histológico de diversos trozos de la neoplasia remitidos al Dr. Mendoza, jefe del laboratorio del Hospital de San Juan de Dios, dió el resultado siguiente:

«Del examen del tumor, previos los cortes y preparados microscópicos, resulta ser dependiente del epitelium, constituyendo un *epi-*

telioma lobulado que se caracteriza por los nódulos epiteliales en toda su masa, y que en la superficie de él, ya ulcerada, aparecen córneos y muy numerosos.—ANTONIO MENDOZA.»

La figura que antecede es reproducción de una fotografía hecha por el Dr. Mendoza de una preparación micrográfica.

(Se continuará)

VISITA Á LAS CLÍNICAS GINECOLÓGICAS DEL EXTRANJERO,

POR EL DOCTOR

D. A. M. COSPEDAL TOMÉ,

MÉDICO, POR OPOSICIÓN, DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA, ENCARGADO EN EL MISMO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.

(Continuación) (1).

UNIVERSIDAD DE FREIBURGO.

Profesor Dr. Hegar.

La clínica ginecológica del Dr. Hegar ofrece abuntante material de estudio. Yo la visité muy detenidamente porque el nombre del pro-

(1) Véanse los números 1, 2 y 4 del año II.

fesor Hegar es de aquellos cimentados en trabajos científicos que han alcanzado el asentimiento de todos los médicos ginecólogos.

Me separé de mis compañeros Peña y Cisneros en Stuttgart; ellos partieron para Heidelberg y yo para Freiburgo. Volveríamos á reunirnos en Strasburgo.

Freiburgo es una capital no muy populosa; su emplazamiento al pie de la vertiente de la Selva Negra y á orillas del río Dreisam, sobre el cual se han construido numerosos puentes, le da un aspecto muy agradable y pintoresco. En esta capital existe erigido un sencillo monumento al monje Schwarz, inventor de la pólvora.

Al siguiente día de mi llegada fuí directamente al barrio de las clínicas de la Universidad.

La de ginecología de Hegar ocupa un edificio aislado del resto de las clínicas. Es bastante nuevo y rodeado de jardín. Se compone de tres pisos, contando el bajo. Todo él está perfectamente aireado y ventilado; el sol penetra por los huecos de grandes ventanas en todas las habitaciones y la amplitud de las dependencias hace comprender que aquella clínica reune las condiciones de higiene que son necesarias para enfermas y operadas.

Toda la planta baja está destinada á enfermas que pagan una pensión y que satisfacen honorarios al profesor, lo cual prueba que el Estado no desea para sí el producto del trabajo profesional. Esto, al menos, es lo que me pareció comprender en mi conversación con el ilustrado Dr. Ernesto Sonntag, asistente en la clínica de Hegar, que tuvo la bondad de acompañarme en mi visita y de facilitarme toda clase de datos con tanta amabilidad y solicitud que me obligan á consagrarle aquí con mucho gusto frases afectuosísimas de amistad.

Las habitaciones para las enfermas contienen de dos á cuatro camas; cada habitación encierra el material de asepsia indispensable en las clínicas bien montadas, y que creo innecesario mencionar porque sería repetir lo que he escrito antes de ahora.

No faltan en ninguna lavabos de agua corriente antiséptica, jabones y cepillos fuertes. Recuerdo, como detalle que revela mejor que nada el cuidado que en este punto se observa en aquella clínica, que el Dr. Sonntag, al enseñarme cada enferma operada de laparotomía para distintos padecimientos de los órganos pelvianos, antes de acercarse á cada cama y de levantar los respectivos apósitos de cada enferma, jabonaba y cepillaba sus manos y uñas cuidadosamente, y

me rogaba que siguiera yo su ejemplo si me proponía tocar la región operada.

Así pude examinar algunas operadas de histerectomía, las cuales, según la práctica constante del profesor Hegar, conservaban el pedículo del tumor fuera del vientre, protegido por la necesaria cura antiséptica. En cada historia de las operadas leí los detalles más salientes de la operación, vi anotadas las temperaturas de cuatro distintas horas del día y los datos relativos á las consecuencias operatorias. Como ginecólogo amante de los progresos científicos, sentí complacencia al ver cómo se cumplen en aquella clínica todas las prácticas quirúrgicas, ateniéndose estrictamente a la buena doctrina, garantía la más segura de los éxitos del tratamiento.

Una por una recorrí todas las dependencias de aquella casa, cuyas enfermerías pintadas al óleo, cuyas galerías espaciosas, cuya escrupulosa limpieza, cuyo respetuoso silencio por parte del personal y de las enfermas, indicaban una organización en todos los servicios muy digna de ser conocida é imitada.

Existen los necesarios cuartos de baño perfectamente cuidados.

La sala de operaciones, situada en la planta baja del edificio, es amplia y muy bien aireada. Recibe la luz por grandes ventanas de distinta orientación. Los alumnos presencian las operaciones desde la graderia que, en forma de anfiteatro, ocupa dos tercios del círculo que describe la sala. Esta graderia no se eleva desde el suelo; comienza algo por encima de la mitad de la altura de aquella y avanza volante hacia el centro. Dicha disposición permite á los que se ocupan en la operación disponer y circular libremente en todo el espacio de la sala hasta por debajo del sitio destinado á los alumnos, y á estos, cómodamente colocados, desde un nivel más alto que el del profesor y el de los asistentes, dominar y ver cuanto se refiere á la operación.

Era un domingo el día en que yo visité la clínica de Hegar, y no se operaba. El profesor se disponía á partir para su posesión de recreo, próxima á Freiburgo; pero, acompañado del Dr. Sonntag, yo examiné con atención todo el contenido de aquella sala y de la clínica entera, y me convencí de que las prácticas quirúrgicas se cumplen en ella con gran esmero.

La mesa de operaciones en el centro, y sobre mesas portátiles, colocadas en distintos puntos de la sala, todo el material quirúrgico necesario de instrumentos bien bruñidos, de irrigadores, de lavabos

bien surtidos, de vasijas bien limpias, de líquidos hervidos, filtrados y preparados con esmero, de gasas, de algodones, etc., etc., cubierto con telas protectoras contra el polvo que pudiera existir en la habitación. Adivinábase bien que, al desarrollar en cada operación todo aquel material de asepsia, quedaría la sala convertida en un recinto en las mejores condiciones para garantir la intervención quirúrgica contra todo peligro de infecciones.

Así se comprende que los resultados operatorios en aquella clínica sean tan lisonjeros y que el profesor Hegar pueda ostentar en sus estadísticas éxitos tan repetidos como justificados, no solo en la pericia y competencia del célebre ginecólogo, sino además en el empeño que se advierte en aquella, como en cualquiera clínica alemana, de rodearse de cuantos medios ofrecen los progresos científicos para el mejor tratamiento de los enfermos, ya estén representados aquellos en la hemostasia, en la anestesia ó en la asepsia, y en la atención que se presta á los oportunos medios de exploración que, además de ser los únicos capaces de conducir á un buen diagnóstico, concurren á fijar más fundamentalmente las indicaciones terapéuticas en cada caso. Todo lo cual, y los cuidados que después de la operación se prestan á las enfermas, cuidados tan necesarios, sino más, que los exigidos en la operación misma, dan el resultado á que un ginecólogo amante de su buen nombre debe aspirar. Recuerdo que en las historias de las enfermas se ven anotadas las temperaturas correspondientes á cuatro distintas horas del día, á las dos y las doce del día, á las cuatro de la tarde y á las nueve de la noche, temperaturas tomadas en la vagina, cuando esto es susceptible de practicarse, en el recto y en la axila.

Estas prácticas son las que dan derecho á escribir después libros como los de Hegar y Kaltenbach, muy conocido entre nosotros, á ilustrar la opinión de los especialistas con el resultado de su experiencia personal, é imponen el deber en los lectores de acoger como estudio útil, concienzudo y serio el producto del trabajo de profesores cuya reputación está sólidamente asentada sobre las bases indestructibles de una labor severa continuada por espacio de largos años.

La personalidad de Hegar es, pues, de las respetables, y sus opiniones en materias ginecológicas de las atendibles. Á su nombre van unidos multitud de perfeccionamientos en la técnica operatoria, dignos de mención, especialmente en lo que se refiere á dilatación del cuello uterino, á amputación del mismo, á colporrafias, á extirpación

de miomas, á tratamiento de pedículos de tumores intra-abdominales, etc., etc.

Por estas varias razones, tenía yo grandes deseos de conocer á Hegar, y hoy me complazco en manifestar que su clínica es una de las en que con mayor fruto puede detenerse el ginecólogo, seguro de encontrar en ella buenas prácticas que conocer y que imitar.

(Se continuará.)

ESTUDIO TERAPÉUTICO SOBRE LA FENACETINA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA Y MANSILLA,

MÉDICO DE NÚMERO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL GENERAL.

(Continuación.) (1).

VI.

APLICACIONES QUE SE DEDUCEN DE LAS PROPIEDADES DEMOSTRADAS Y ENFERMEDADES EN QUE ESTÁ INDICADA LA FENACETINA.

Las propiedades que en los capítulos anteriores hemos dicho tiene la fenacetina, son la *antihipertérmica, la analgésica, la antipolitúrica y la anestésica local.* En ellas nos hemos de fundar para deducir las enfermedades en que debemos emplearla.

Su propiedad antifebril, que es la más importante, nos lleva como de la mano á emplearla en todos aquellos afectos en que la fiebre es un síntoma que debemos combatir. Así está plenamente indicada en la fiebre tifoidea, en la pneumonía crupal, en la bronquitis aguda, en el reumatismo articular agudo, la tuberculosis pulmonar etc., etc.

Como analgésico tiene aplicación en las neuralgias faciales, en la ciática, la pleurodinia, cefalalgias alcohólicas, dolores fulgurantes de la tabes, en el insomnio, en el histerismo, etc.

Nosotros la hemos empleado en el cuartanario que hemos citado en la observación 2.ª del capítulo anterior, en otro que padecía inter-

---

(1) Véase el número anterior.

mitentes tercianas y en dos que sufrian de intermitentes cuotidianas, todas de origen palúdico, y á pesar de haber administrado hasta 3 gr. durante las veinticuatro horas, dando las dosis durante el intervalo apirético, no hemos conseguido sino alejar en algunas horas la aparición del acceso venidero, no evitándole sino en algunas cuartanas y nunca en las tercianas y cuotidianas.

Como anestésico local puede prestar algunos servicios en los epiteliomas ulcerados de las mucosas, si bien la anestesia que provoca es de poca duración.

La aplicación más importante es la antifebril, estando indicada siempre que queramos disminuir la temperatura febril. Y claro está, que nosotros no discutimos aquí la cuestión de si los anti-hipertérmicos prestan ó no servicios al enfermo ni si deben ó no conservarse en la terapéutica.

Por analogía con la antipirina, Dujardin-Beaumez ha utilizado la fenacetina como preservativo del mareo, obteniendo resultados favorables en él mismo y en varios amigos suyos durante una pequeña travesía, no obstante que ninguno de ellos estaba acostumbrado á la vida del mar.

Se ha empleado también con éxito por Huchar en la poliuria nerviosa, pero no se conoce el mecanismo de esta acción que se observa en el hombre y que no se puede demostrar experimentalmente en los animales. En la diabetes sacarina los resultados no son dignos de ser apreciados.

Por su propiedad nervina la fenacetina disminuye los accesos de sofocación que acompañan á la coqueluche y á la laringitis catarral aguda.

En los casos de gastricismo no produce su efecto analgésico la fenacetina, sin duda á causa de que no se absorbe. Esta es la causa de que, no obstante lo que dice Müller, aproveche pocas veces en la jaqueca que casi siempre está ligado á las dispepsias.

También se ha empleado la fenacetina en algunas neurosis, entre ellas el histerismo, la epilepsia, la irritación cerebro-cardiaca, y á decir de los alemanes con buenos resultados, pero nosotros todavía no la hemos usado para combatir estos afectos nerviosos.

Expuesto á grandes rasgos el campo de las aplicaciones de la fenacetina, nos limitaremos á describir los casos en que la hemos empleado y los resultados que hemos obtenido.

Hasta hoy hemos administrado la fenacetina en

15 pulmonías crupales,
3 ciáticas reumáticas,
1 gastralgia sintomática de una úlcera simple,
1 hemicránea,
1 neuralgia del trigémino de origen grippal,
10 tuberculosis pulmonares,
3 erisipelas faciales y del cuero cabelludo,
3 reumatismos poli-articulares agudos,
1 artralgia diftérica,
2 fiebres tifoideas,
2 intermitentes cuotidianas de origen palúdico,
1 idem terciana id.,
1 idem cuartana id.

Total 44 casos.

En la imposibilidad de describirlos todos, expondremos solamente algunos de cada grupo.

PULMONÍAS.

La frecuencia con que se observan las pulmonías crupales en esta capital y la temperatura elevada que en ellas se presenta, haciendo necesario el uso de los antipiréticos, ha sido la causa de que hayamos tenido ocasión de emplear la fenacetina en muchos enfermos que padecían aquella enfermedad, habiendo podido apreciar los beneficiosos resultados que produce, no solo porque rebaja la fiebre, sino porque disminuye el dolor de costado, y con la disminución de estos síntomas, los enfermos experimentan una sensación de bienestar que agradecen mucho al médico. A quince ascienden las pulmonías que hemos tratado con la fenacetina, quedando muy satisfechos de los resultados obtenidos.

Véanse los casos siguientes.

Observación 1.ª S. Sanz, de 24 años, bien constituído, carbonero. Ingresó en la sala 28, núm 1 el 4 de Febrero de 1890. Por los antecedentes y el examen físico del tórax pude demostrar la existencia de una pulmonía crupal en la base del pulmón derecho. Era el cuarto día de la enfermedad y el dolor de costado molestaba mucho al enfermo. La temperatura por la mañana era de 40°,2. Se le dispone 2 gr. de fenacetina en seis papeles, administrándole uno cada cuatro horas. La temperatura por la tarde fué de 39,8.

Día 5.° de la enfermedad. Mañana, 39°, tarde, 38,8. El dolor del costado ha disminuido mucho.

Día 6.° Temperatura: mañana, 38,8; tarde, 39. La disnea es pequeña y el enfermo puede conciliar el sueño algunas horas.

Día 7.° Temperatura: mañana, 38; tarde, 38,2. Ya no hay dolor de costado.

Día 8.° Temperatura: mañana, 37; tarde, 36,9. Se suspende la fenacetina que durante cinco días había estado usando, empleando 2 gr. cada veinticuatro horas dispuestos en 6 dosis como decíamos arriba.

Observación 2.ª Eusebio Herrero de 34 años, ingresa el 5 de Noviembre en la cama núm. 3 de la sala 29 á mi cargo, padeciendo una pulmonía fibrinosa de los lóbulos inferior y medio del pulmón derecho. Se encontraba en 3.° día presentando intenso dolor pleurítico. La temperatura era 40°,8 por la tarde. Le dispuse 3 gr. de fenacetina en dosis de 0,5 gr. para usar una cada cuatro horas.

Día 4.° de la pulmonía. Temperatura: mañana, 39,2; tarde 39,5.

Día 5.° Temperatura: mañana, 38,7; tarde, 39. Cesa por completo el dolor de costado.

Día 6.° Temperatura: mañana, 38,9; tarde, 38,9.

Día 7.° Temperatura: mañana, 38,5; tarde, 39,2.

Día 8.° Mañana, 38; tarde, 37. Se suspende la fenacetina que el enfermo había usado durante cinco días.

Día 9.° Mañana, 36,8; tarde, 37.

Observación 3.ª J. Martín, jóven de 24 años, robusto, de buena constitución y de oficio encuadernador, estando sudando á causa del trabajo á que se dedica, sale á la calle en la fría noche del 2 de Diciembre de 1889. Como consecuencia de esta trasgresión higiénica se acatarra ligeramente, pero esto no le impide levantarse al día siguiente y dedicarse á sus faenas habituales. En el mismo día, no obstante y por la tarde, se le presenta de repente un escalofrío intenso, dolor de costado izquierdo y temperatura elevada, aunque no pudo ser apreciada por no haber visto al enfermo.

Al siguiente día 4 por la mañana tuvo 40° y por la tarde 41,4. La existencia del esputo herrumbroso, el dolor de costado, la fiebre, disnea, así como el examen físico demostró la existencia de una pneumonía del lóbulo superior izquierdo.

En la necesidad de rebajar la temperatura tan elevada dispuse la antipirina á la dosis de 50 cg. repetidas cada cinco horas.

Día 3.° de enfermedad. Temperatura: mañana, 37,8; noche, 41,5. El recargo vespertino se inicia con intensos escalofríos que hace sospechar sobre todo si se tiene en cuenta la remisión matutina, en una fiebre perniciosa, si el estado del pulmón no dejara lugar á duda sobre la naturaleza de la pulmonía de que el enfermo se encontraba afecto. El dolor de costado ha cesado, gracias al uso del sinapismo al sitio del dolor, pero no obstante, el delirio y la disnea son muy intensos.

Día 4.° Temperatura: mañana, 38°; tarde, 40; noche, 41,1.

Los sudores son abundantes, el pulso es muy frecuente y blando y como quiera que á esta situación no es indiferente la antipirina, se suspende este medicamento que si bien rebajaba mucho la temperatura durante las horas que duraba su acción, en cambio producía una depresión de fuerzas, próxima al colapso.

Día 5.° Temperatura: mañana, 38,9; noche, 41,4. El pulso tiene más energía, gracias al uso de los alcoholes y al extracto blando de quina que venía usando desde el día anterior. Pero en la necesidad de rebajar la elevada temperatura nocturna con un medicamento que no tuviese los inconvenientes de la antipirina, recurrimos al uso de la fenacetina.

Dispusimos 3 gr. en 6 papeles tomando el enfermo uno cada cuatro horas. El objeto que nos proponíamos, era el de rebajar la temperatura por bajo de los 40° por lo menos, evitando las grandes accesiones que la elevaban á los 41,5 y en verdad que lo conseguimos como puede verse por las cifras siguientes:

Día 6.° Mañana, 38,8°; noche, 38,9. No hay delirio, cesan los sudores y disminuye la disnea.

Día 7.° Mañana, 38,7; noche, 39,6. El enfermo está más tranquilo que las noches en que la temperatura se elevaba sobre los 40°. Los esputos son catarrales.

Día 8.° Mañana, 39°; noche, 39,8.

Día 9.° Mañana, 37,3; noche, 37,2. Se suspende la fenacetina en cuanto la temperatura se hizo normal.

Día 10.° Mañana, 36,8; noche, 37.

Día 11. Mañana, 36,9.

En este caso como en todos los de pneumonía en que hemos hecho uso de la fenacetina hemos podido notar que este medicamento no influye en la marcha evolutiva de la enfermedad, no disminuye su duración, solamente influye sobre el síntoma fiebre, pudiendo con-

seguir, repitiendo las dosis cada cuatro ó seis horas, que la temperatura no pase de los 38 ó 39° en casos en que, como en el último que hemos expuesto, tenía tendencia á estar estacionada alrededor de los 41°.

En este mismo caso hemos podido apreciar que la fenacetina no produce los sudores, la depresión de fuerzas, el abatimiento y la tendencia al colapso que previamente había originado la antipirina. No se observó tampoco erupción alguna cutánea, aunque la usamos en este enfermo durante muchos días, accidente que no es raro observar, cuando se usa la antipirina á grandes dosis y por mucho tiempo.

Tampoco se observó cianosis, palpitaciones al corazón ni fenómenos de intolerancia gastro-intestinal.

Es por consiguiente, la fenacetina un medicamento inocente que origina el descenso de la fiebre de una manera lenta y paulatina, que no produce intoxicación alguna á pesar de que se use durante mucho tiempo, tanto, que el Dr. Pesce de Turín ha administrado á un enfermo 53 gr. en diez y nueve días sin presentarse fenómeno tóxico ni complicación de ninguna especie.

(Concluirá.)

CUERPO MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID.

Continuación de la sesión 4.ª (17 de Enero de 1890) (1).

Presidencia del Excmo. Sr. D. Eusebio Castelo,

Decano del Cuerpo.

DE LA GRIPPE.

Para mí es indudable que se trata de una FIEBRE INFECCIOSA, cuyo agente penetra en el organismo por la piel y mucosas, para obrar en seguida sobre la sangre alterándola radicalmente en su composición, puesto que disminuye la serosidad de la misma y aumentan los principios fibro-albuminosos, *espesándose*, en una palabra, como decían los antiguos, y dificultando la circulación en los capilares viscerales, sobre todo del pulmón, cerebro, hígado y riñón, en cuyas vísceras provoca estados congestivos que por su intensidad y grande extensión, comprometen seriamente la vida del individuo.

De esta manera nos explicamos: 1.°, los escalofríos iniciales que corresponden á la autoinfección de la sangre; 2.° que la temperatura sea al principio muy elevada como se observa en las infecciones agudas, 3.° que tanto los trastornos torácicos, como los cerebrales sean debidos á detenciones circulatorias que provocan intensos estados congestivos; 4.° que como consecuencia de estas alteraciones en la circulación, tenga el corazón que luchar enérgicamente contra obstáculos tan enormes y si su fuerza es débil, sucumba por impotencia, y 5.° que el pulso sea el característico de las fiebres malignas ó infecciosas y por lo tanto se observe desde el principio *tanto más depresible, cuanto más intensa sea la infección.*

Pero hay más en el estudio que bosquejamos; sabido es que la grippe como variedad que es de la fiebre catarral, ó quizá catarral-reumática, se localiza con preferencia en los tejidos fibrosos y mucosos, y como invade á cuasi todos los del organismo, la consecuencia inmediata es la perturbación de las funciones de dichos sistemas, que en los fibrosos determinará la disminución de la *respiración*

(1) Véase la pág. 238.

muscular y la no eliminación de la creatina, creatinina, ácido inósico y carbónico, contribuyendo de esta manera á alterar todavía más el líquido sanguíneo, mientras que la localización en los mucosos, provoca perturbaciones profundas en las secreciones glandulares y aumento en la cantidad de mucus, elemento que se considera hoy como un vehículo de primer orden para que en él germinen la mayor parte de los micro-organismos.

Por estas alteraciones nos explicamos no solo el quebrantamiento y laxitud generales, si que también la tendencia á la adinamia que se observa desde el principio de la enfermedad.

La localización torácica del mal la consideramos provocada por dos factores, ambos importantes: 1.° *la congestión pulmonar* originada por dificultades en la circulación capilar dependiente de una alteración profunda de la sangre; y 2.° la propagación del proceso de los tubos gruesos bronquiales á los capilares y vesículas pulmonares. Pero todas estas lesiones, por importantes que sean, son SECUNDARIAS en el orden patogénico de la enfermedad; las podemos comparar á las de la fiebre tifoidea con la cual tiene la grippe actual grandes analogías, pero nunca deberán dar nombre á la enfermedad. Ni los exudados y por lo tanto la espectoración tiene nada de pneumónica, ni se observa el estertor crepitante, falta siempre el dolor de costado contusivo y cuando se observa es muscular ó neurálgico, ni invade bajo la forma lobular sino cogiendo grandes trozos del pulmón, ni, finalmente, se observa el pulso duro característico de la inflamación del pulmón. Faltan, pues, los síntomas de esta y por lo tanto no se puede denominar la enfermedad *pneumonía grippal*, ni *pneumonía infecciosa*, sino FIEBRE INFECCIOSA GRIPPAL CON LOCALIZACIÓN PULMONAR. Y no se crea que esto es cuestión de palabras, de ninguna manera; porque aquellas frases indican mucho científicamente, sobre todo en lo que se relaciona con el curso, pronóstico y terapéutica de la enfermedad. Tan es así, que muchos médicos curan dichos procesos morbosos, como si se tratara de inflamaciones ordinarias del pulmón, y la consecuencia es que á más de aplanar las fuerzas del enfermo con el uso pródigo de los antimoniales, agravando la situación del paciente, se equivocan de una manera lamentable en el pronóstico, tanto de la enfermedad como del enfermo, por no tener en cuenta el diverso curso que sigue una enfermedad flogística de una infecciosa primitiva.

Como todas las fiebres de este género dura la grippe con localiza-

ción torácica, dos septenarios, presentando en su curso acciones ó recargos bruscos á las altas horas de la noche que ponen en inminente peligro la vida del enfermo, para descender después por *lisis* todos los fenómenos morbosos más principales y quedando como representantes de la infección, un aplanamiento muy acentuado y gran sideración de todos los centros nerviosos, parecidos á los que se observan en los tifoideos.

De las consideraciones que preceden, se deduce que el pronóstico más se ha de fundamentar en el estado general que en el proceso pulmonar: cierto es que éste por su extensión hace peligrar siempre la vida del individuo; pero no es menos positivo que aun cuando se dominen los síntomas torácicos, la gravedad del mal queda en pie. Y no puede suceder de otra manera, la infección desde un principio ataca á las fuerzas radicales del enfermo; los centros nerviosos lo mismo cerebrales que trisplánicos, se afectan á la par sin que tarde la sangre en infeccionar á todo el organismo. Si los pulmones producen muchas veces la muerte, es de un modo secundario, como de la misma manera puede sucumbir el paciente porque tenga 42° de temperatura, por síncope cardiaco ó por congestión cerebral.

Constituye un síntoma fatal la desarmonía entre las curvas térmicas, esfigmográficas y respiratorias, mientras que su paralelismo, aun cuando se agregue un estado adinámico pronunciado, es más beneficioso. Hay que desconfiar de la obscuridad de los ruidos cardiacos, porque indica que ó bien la energía del corazón está muy debilitada y no podrá vencer los obstáculos circulatorios, ó porque existan en sus cavidades coágulos que sean el origen de embolias tanto cerebrales como pulmonares que arrebaten la vida en segundos.

¿Qué conducta será la nuestra y cuál será la base en que nos apoyemos para el tratamiento? Después de lo que hemos dicho, la respuesta no es dudosa: atacar el mal en sus fundamentos; procurar levantar y sostener las fuerzas y combatir al mismo tiempo los *incidentes* que pueden hacer peligrar la vida del enfermo.

Precisamente de la manera de considerar la enfermedad, depende el tratamiento que se ha de seguir. Hoy que se da más importancia al *proceso pulmonar consecutivo*, que á la *fiebre infecciosa primitiva*, se trata á la mayor parte de los enfermos como pneumoniacos; se les atosiga con antimoniales para que espectoren el exudado que no tienen; si sube la temperatura á 39°, se da en seguida la antipirina

para que aumente la postración y cuando observan esta, ya tienen á mano el alcohol, vino y quina para neutralizar el efecto de aquella, sin escarmentar cuando el calor vuelve á subir. La falta de criterio médico es lo que ha traído este caos terapéutico: hoy predomina más la medicación sintomática que la filosófica ó causal y la consecuencia inmediata es que se pueda estudiar ahora un nuevo género de enfermedades, ¡las medicamentosas!

En una infección como la de que nos ocupamos que ataca directamente á las fuentes de vida del individuo, es menester oponerla una medicación que sostenga valientemente la batalla con la enfermedad, como decia Galeno, y ninguna surte mejores efectos que la quinada y sobre todo el sulfato de quinina. Si además, se agregan caldos alternando con leches y el alcohol usado pródigamente, tendremos las bases fundamentales del plan tónico que creemos altamente indicado.

Pero como á la par tenemos que ocuparnos de las congestiones intensas y extensas de los pulmones á más de las bronquitis capilares que las acompañan, nos veremos precisados á usar los revulsivos extensos en ambos lados del pecho, que los creemos preferibles á los anti-flogísticos directos tanto por la sedación que estos producen que aumentarian el fondo adinámico de la enfermedad, cuanto porque disminuyendo el suero de la sangre, hay mayor tendencia á la formación de coágulos ventriculares.

En general, los antimoniales producen muy pocos efectos beneficiosos en estos procesos pulmonares, muy por el contrario, he observado que después de no conseguirse el efecto espectorante que se deseaba, aumentaban los síntomas adinámicos produciendo cierta depresión de fuerzas. Más hay que esperar de los revulsivos que de los espectorantes, á más de su acción *antitérmica*, pues facilitando la circulación pulmonar, la sangre se oxigena con más facilidad y se eliminan grandes cantidades de ácido carbónico, causa, como se sabe, de las grandes hipertermias que se observan como consecuencia de una imperfecta hematosis. Precisamente, desde el momento que disminuye la congestión pulmonar, es cuando se inicia *espontáneamente* la espectoración.

Hemos observado que desde el principio de la enfermedad y sobre todo cuando existen grandes obstáculos en la circulación visceral, el corazón tiene tendencia á caer en el colapso, y en tales condiciones el café y la cafeina administrados con energía, han reaccionado

organismos que estaban en una postración muy próxima al síncope.

Por último, existe otro factor importante de la enfermedad, cual es la fiebre que en ocasiones reclama el uso de los antitérmicos, pero tan solo en el caso de que comprometa la vida del individuo. Para nosotros la indicación de los agentes incluídos en dicha medicación, existe cuando la temperatura llegue ó exceda de los 40°, porque emplear la antipirina cuando el termómetro señale 39° ó 39°,5 es desconocer por completo que en toda infección aguda la reacción del organismo se expresa siempre por dicha temperatura que *debe* durar cierto tiempo y que al rebajarla con dicho medicamento, no se hace más que oponerse al curso natural de la enfermedad, provocando, en muchos casos, complicaciones que agravan por necesidad la situación del enfermo. En la infección grippal con localización pulmonar, generalmente el calor oscila entre 38° y 39°,5; casos hay en que pasa de los 40° y que coexisten con una ataxia funcional, y en tal situación los baños generales á 30° son mucho más beneficiosos que la antipirina. Como en la epidemia actual se ha abusado tanto de este medicamento, no ha sido infrecuente observar que después de haber rebajado la temperatura, *pero no la enfermedad*, ha sobrevenido después tal sideración de los centros nerviosos, que agregada á la adinamia propia del padecimiento, quedaban los enfermos como verdaderos leños y sin fuerzas para reaccionarse.

De las ligeras consideraciones que preceden, se deduce: 1.°, que siendo el fondo de la enfermedad una *infección*, debe oponerse desde el principio una terapéutica *causal* que la domine ó que la contrarreste, y 2.°, que no constituyendo las congestiones pulmonares, cerebrales, asistolia, etc., más que síntomas de la enfermedad, debe tratárseles con energía, porque su acentuación compromete seriamente la vida del individuo, pero no considerarlas como la *causa principal* de la enfermedad.

Dr. Hernández Briz. Señores: Solo quiero decir cuatro palabras para contestar á lo dicho por mi querido amigo el Sr. Laburu. La patología general estudia las enfermedades en abstracto y pone todos los síntomas que puede revestir una dolencia porque estudia un mecanismo, relación recíproca, etc., etc., pero en la clínica no se presentan las enfermedades tal como se describen en patología, si no que hay casi tantas modalidades clínicas como enfermos, y varían

notablemente en las diversas edades, sexo, temperamento, etc.; por ejemplo, la pneumonía y bronco-pneumonía en los viejos y en la forma llamada nota apenas si hay más síntomas que fiebre y algo de opresión, ni existe espectoración, ni dolor de costado y no se aprecian los extertores, etc., etc., y sin embargo, este enfermo padece una pneumonía que histológicamente tiene todos los caracteres de tal; en los niños también la sintomatología de estas afecciones son diferentes, ni hay espectoración, ni síntomas subjetivos y solo por la fiebre y la disnea, que se aprecia en los de pecho, en el movimiento acelerado de las ventanas de la nariz y algún otro fenómeno estetoscópico se diagnostica la pneumonía; el notable profesor británico Harbershon en unas admirables lecciones que ha dado sobre las enfermedades del neumogástrico y sobre todo en su última conferencia sobre la acción del frío sobre este importantísimo nervio, describe una clase de pneumonías llamadas paralíticas porque la parálisis de los ramos pulmonares del neumogástrico impide que los enfermos tosan, pues no pueden completar el acto de toser y solo se aprecia como síntoma que entra muy poco aire en los pulmones; subjetivamente los enfermos se sienten bien, sus facultades intelectuales están íntegras, el paciente no siente dolor ni molestia alguna, no hay tos ni cefalalgia, la aceleración del acto respiratorio no incomoda nada al paciente, y sin embargo, á las pocas horas de este estado sucumbe víctima de la parálisis respiratoria; solo algunas veces por el tratamiento estimulante (acetato amónico, aguardiente: champagne, etc.), se consigue salvar al enfermo; pues bien, este enfermo tiene una pneumonía que se puede comprobar perfectamente por la autopsia; pudieran multiplicarse los ejemplos hasta el infinito, pero basta con lo dicho.

Las pneumonías y bronco-pneumonías de que aquí se ha hablado claro está que son tales entidades morbosas, perfectamente constituidas, é histológicamente demostrables, solamente que dependientes de la infección del veneno grippal, que ha sido su causa productora y por tanto es una modalidad, una secuela, si se quiere, de esta infección en un grado más intenso.

Sesión 5.ª (20 de Enero de 1890).

Continúa la discusión del tema segundo de la Memoria presentada por el Sr. Espina, usando de la palabra los oradores siguientes:

Sr. Azúa. Hace la exposición de un caso práctico que ha observado en el Hospital de Bellas Artes y del que ha practicado la autopsia. Presenta una pieza anatomo-patológica consistente en todo el árbol bronco-pulmonar, en el cual hay de notable por un lado una gran antracose y por otro, una bronco-pneumonia aguda.

Llamó la atención sobre el infarto enorme de los ganglios peribronquiales y sobre los coágulos fibrinosos que también presentó y que ocupaban los ventrículos del corazón y se propagaban á lo largo de los vasos.

Enlaza este hecho con la falta de pulso en las radiales que observó en el enfermo durante las últimas horas de la vida.

Dr. Cerezo. Hace notar que en todas las epidemias de grippe anteriores á la actual, han sido muy frecuentes las pneumonías, declarando así respecto á la de 1676 Sydhenhan, á la de 1732 al 37 Huxam y á la de 1837 Landouzy y Piorry.

La *Gaceta Oficial* de Madrid nos ofrece una estadística que comprueba el número de pulmonías que hubo en esta capital durante los diez primeros días del corriente Enero y en los que la epidemia del trancazo, alcanzó un período álgido. Fallecieron en la corte, según dicha estadística 1.668 individuos y de ellos 671 de pulmonía; si añadimos ahora otros tantos de los últimos que hayan alcanzado la curación, podemos afirmar que en los diez días citados, hubo en Madrid 1.342 pulmonías, deduciéndose, por un cálculo aproximado, que fueron 4.000 las personas atacadas de pneumonía durante los meses de Diciembre y Enero últimos.

Admite una grippe pneumónica, porque considera á las pulmonías observadas durante la actual epidemia, como un síntoma de la fiebre infecciosa grippal, ó mejor dicho, el resultado directo de la infección y no una afección particular coexistente; es decir, que en las pneumonías de los sujetos gripposos, hay que ver una pulmonía específica.

Dr. Pérez Valdés. Considera que la grippe, es una enfermedad infecciosa pues solo así se explica la postración inmensa, el decaimiento físico que se prolonga en ocasiones durante meses. Y solo por una infección que actúe sobre determinados territorios nerviosos encuentran explicación los casos algún tanto frecuentes que sin ocasionar alteración apreciable de textura, adquirían rápidamente una gravedad que casi siempre terminaba con la vida del enfermo. Ejemplo, los casos citados por el Sr. Azúa y por el Dr. Mansilla y por

él mismo, en que la única manifestación clínica de importancia que el enfermo acusaba era una disnea intensísima, una verdadera ortopnea que en ningún caso de los citados, respondia á cualesquiera de las lesiones orgánicas ó crónicas que suelen ó pueden determinar disneas intensas.

En todos los procesos bronco-pneumónicos que se han observado durante la epidemia, ha dominado la congestión, por lo que se designan con el nombre de *hemo-pneumonías* ó *hemo-bronquitis* pero que en el fondo son siempre verdaderas bronco-pneumonías.

Cree, pues, indudable que las determinaciones bronco-pulmonares de la grippe, son la mayor parte de las veces intensas bronquitis ó bronco-pneumonías á base altamente congestiva. Esto se deduce del estudio clínico de la enfermedad y se demuestra con el microscopio en la mano.

Respecto á la relación que existe entre la determinación pulmonar y la grippe, no puede menos de admitirse que si no son una misma cosa, por lo menos se trata de dos episodios que aunque en apariencia distintos reconocen las mismas causas y forman parte de un todo único que es la infección grippal.

En todas las epidemias de grippe, se han observado idénticas complicaciones bronco-pulmonares que aparecían con la epidemia y con ella desaparecían. Lo mismo exactamente ha ocurrido ahora, y sin embargo, aún hay quien no ve esta relación de causa á efecto y busca la explicación de los hechos en causas misteriosas ó cuando menos de difícil explicación.

Procediendo por analogía con lo que ocurre con otras enfermedades infecciosas y que también presentan en su curso complicaciones bronco-pulmonares, hay que admitir que las que ocurren en la grippe, son un síndrome, una secuela de la infección grippal.

En 1886 estaba encargado de las salas de enfermedades eruptivas en el Hospital General. Presentóse una epidemia de sarampión, que á pesar de no admitirse en aquel establecimiento enfermos menores de 7 años y ser por tanto toda la enfermería de adultos, murieron el 24 por 100 de los que ingresaron, siendo la causa alguna bronco-pneumonía desarrollada con los mismos síntomas y las mismas circunstancias que las que han ahora concurrido con la grippe.

Resumiendo lo anteriormente expuesto cree demostrado: 1.° *que las manifestaciones pulmonares, observadas en la grippe, son las*

más de las veces bronco-pneumonías congestivas, ó si se quiere hemo-pneumonías;

2.° *Que deben considerarse como dependientes de la infección grippal y de ningún modo como coexistente con ella, pero sin relación de causa á efecto.*

Sr. Hernández Briz. Para poder contestar de una manera categórica, á la segunda pregunta del cuestionario, propuesta por nuestro compañero el Dr. Espina, resolviéndola de una manera positiva, era necesario poder contar con un dato que desgraciadamente hoy no poseemos, cual es el dato experimental; me explicaré: así como cuando Kock, descubrió el bacilo de la tuberculosis y este se comprobó por todos los experimentadores siendo considerado hoy como el agente esencial y productor de la tuberculosis, y por lo tanto, su signo patognomónico, se estudiaron todas las lesiones caseosas y y escrofulosas se demostró de una manera terminante que muchas lesiones tenidas hasta entonces como escrofulosas (diversos artrocaces, adeno-flemones, lesiones óseas, etc., etc.), eran esencialmente tuberculosas restringiéndose mucho desde esta época el campo de la escrofulosis; pues bien, si conociéramos hoy el micro-organismo productor de la grippe, al encontrarlo en esos casos de pneumonías gravísimas que han acompañado á esta epidemia en un período de mayor incremento; es claro, que estas pneumonías dependerían del mismo agente patogénico, y por tanto, serían una manifestación más de esta misma enfermedad, pero como por desgracia, repito, la naturaleza esencial del agente productor de la grippe, nos es desconocido, solo podemos juzgar la cuestión bajo su aspecto clínico.

Decia la otra noche el Dr. Espina, que desde hace unos años venía observándose al lado de las pneumonías á frígore y fibrinosas que todos estamos acostumbrados á ver y tratar y que él habia tratado con las aplicaciones locales del frío; al lado de estas pneumonías veía otras cuya expresión clínica era diferente y tenía que tratar de otra manera, pneumonías verdaderamente infecciosas, tíficas, en una palabra; nuestro distinguido compañero el Dr. Hergueta, ha publicado en sus sabrosos bocetos clínicos, casos análogos, y yo hace tres años dí cuenta de un caso notabilísimo de esta especie, en el periódico médico *El Dictamen*, que recayó en un alcohólico con grandes fenómenos atáxicos y del que se consiguió la curación; pues bien, todos estos casos de pneumonías infecciosas son diferentes bajo el punto de vista clínico de algunos de los observados en esta epidemia.

El agente infeccioso de la grippe, es un veneno de acción altamente pirogénica, pues todos han observado, y la otra noche aquí se repitió, la alta hipertermia de los enfermos aun en las formas más benignas, pues se eleva la temperatura á 41° y más; en una señora que recientemente he visto, la temperatura se elevó á 41°,7 descendiendo en pocas horas á 36, y se trataba de una puérpera, que fué acometida de la grippe, sin que se moviera de su habitación, habiendo sido su parto normal y encontrándose ya bien y sin que sufriera el más pequeño contratiempo su puerperio. En las pneumonías gravísimas que he tenido ocasión de tratar, dos de ellas en la clínica particular, pueden resumirse en el siguiente cuadro sintomatológico: á los pocos días de ser invadida de la grippe y sin moverse de la cama y no hacer exceso alguno, dolor de costado radicando este en el lado derecho y al nivel de las falsas costillas en las inserciones diafragmáticas, reconocida la vajina se comprobaba un foco pneumónico pequeño que no guardaba relación con los síntomas generales, la altura de la fiebre era enorme 42°, con gran disnea, el pulso débil y frecuentísimo incontable, la lengua húmeda y solamente blanca en su mitad posterior, á los dos días de este cuadro la muerte puso fin al enfermo; nuestro respetable compañero el Dr. Alcaide me habló el otro día de dos casos completamente análogos; en estas pneumonías se ve que varía el cuadro sintomatológico de las pneumonías crupales, por lo que parece que el agente virulento de la grippe, no es extraño á su producción; además, se han presentado en los momentos en que el virus grippal era más activo, quizás cuando su virulencia fuera mayor en el período de apogeo de la epidemia, y van desapareciendo á medida que la epidemia cesa, lo que parece demostrarnos que el mismo agente produce ambas enfermedades; en una palabra, que la pneumonía es el grado más intenso del envenenamiento grippal, variado, como fácilmente se comprende, según el terreno en que se desenvuelva y la resistencia mayor ó menor del sujeto, temperamento, idiosincracia, etc., etc.

Sr. Cisneros. Opina que existen bronco-pneumonías grippales, en lo cual está de acuerdo con los Sres. Azúa y Valdés. Cree por consiguiente que solo ha habido una epidemia, la de grippe.

Sr. Gómez de Figueroa. Se afilia en el grupo de aquellos médicos que la grippe es una enfermedad infecciosa. Después entra á describir las formas clínicas que ha observado, especialmente en los niños, opinando que la torácica ha sido la más frecuente.

Termina, en fin, hablando de los tratamientos que cree indicados en cada forma y enumerando aquellos que cree contraindicados.

Sr. Espina. Dice que hay dos clases de pneumonías, la excéntrica y la concéntrica, según que el proceso inflamatorio marche de los bronquios gruesos á los finos y á las vexículas pulmonares ó marche en sentido opuesto. Establece después la diferencia que hay entre la pneumonía infecciosa y la grippal no solo por el aspecto histológico sino también por el clínico.

Dice que en la pneumonía infecciosa hay hepatización y en la grippal explenización.

(Se continuará.)

El secretario,

DR. G. MANSILLA.

REVISTA DE TERAPÉUTICA

POR

DON VÍCTOR CEBRIAN.

MÉDICO DE NÚMERO DEL HOSPITAL GENERAL.

I. Nuevos datos acerca del uso terapéutico de los ioduros. —II. Del clorhidrato de orexina.

I. Una comunicación dirigida á la Academia de Medicina en el mes de Marzo último por el Dr. Laborde, acerca de la diferencia de acción terapéutica que existe entre las sales de sodio y las sales de potasio, ha sido motivo suficiente para que el Dr. Dubousquet exponga ante la Sociedad de Terapéutica el resultado de sus investigaciones personales sobre el empleo del ioduro de sodio, cuyas investigaciones interesa conocer.

Dice este autor, que prescribe con gran frecuencia el ioduro de sodio en disolución, y que los enfermos le han hecho observar la distinta sapidez que las disoluciones presentan, no obstante contener dosis exactamente iguales de la sal iódica. Sin pretender engolfarse en el estudio del valor terapéutico de las sales de potasa y de sosa, y colocándose sencillamente en el punto de

vista farmacotécnico, plantea la cuestión siguiente: ¿Bajo qué forma debe prescribirse el ioduro de sodio?

Afirma Dubousquet, que según los datos que le suministraron dignísimos farmacéuticos, este producto se expende bajo tres formas distintas:

1.ª Ioduro de sodio cristalizado.

2.ª Ioduro de sodio desecado y pulverizado.

3.ª Ioduro de sodio en láminas.

Las disoluciones ó preparaciones obtenidas con la sal bajo estas tres diversas formas, difieren de una manera notable en su sapidez.

Deseando persuadirse el autor á que venimos refiriéndonos, de esta diferencia, se dirigió á un su amigo íntimo, fabricante de productos químicos medicinales, quien puso á su disposición su laboratorio, sus productos y su experiencia personal. Con su valiosa ayuda practicó, dice, los ensayos siguientes:

1.° Tomaron un trozo de ioduro de sodio cristalizado de 100 gramos de peso próximamente.

Este ioduro estaba seco y no mojaba el papel.

Le desecaron con la debida precaución y después le fundieron en una cápsula de platino destarada. No hubo pérdida de producto durante la desecación. El peso del ioduro seco después de la operación, fué de 80,40 cg. El ioduro de sodio cristalizado contiene, pues, 19,36 por 100 de agua. Previamente seguros de que este ioduro responde bien á todas las exigencias de la ciencia, es decir, que por la adición de ácido acético no enrojecía ni producía efervescencia, no contenía, pues, ni iodato ni carbonato; no precipitaba el ioduro de bario, y por consiguiente, no contenía sulfato. Tratado por el ácido sulfúrico y el bicromato de potasa, no daba reacción del ácido cloro-crómico sobre el amoniaco, lo que denotaba, pues, que no tenía cloruro. Por lo tanto, podía esta sal considerarse como químicamente pura.

2.° Tomaron asimismo 10 gr. de ioduro de sodio desecado, tal como se expende ordinariamente en las farmacias, y le fundieron en una cápsula de platino con todas las precauciones necesarias. La pérdida fué de 74 cgr., que corresponden aproximadamente al 7,50 por 100 de agua. Es difícil poder llegar á desecar más esta sal, y en tal estado se la entrega á la farmacia. Sin embargo, se encuentran con frecuencia ioduros desecados que contienen 12, 15 y aun 18 por 100 de agua.

3.° El ioduro en láminas, sometido á la fusión ígnea, con idénticas precauciones que para los ensayos precedentes no experimentó pérdida de peso alguno. Era, pues, anhidro, y por consiguiente, pudieron en repetidos ensayos, preparar el ioduro de sodio en láminas, de aspecto nacarado y muy blanco que contenía 6, 8 y 10 por 100 de agua.

Ante estos resultados, vuelvo á preguntarme, bajo qué forma debe prescribir el médico con mayor seguridad el ioduro de sodio.

Hemos visto:

1.° Que el ioduro cristalizado contiene casi invariablemente, después de reiteradas experiencias con ioduros cristalizados de procedencias diversas, 20 por 100 de agua.

2.° Que el ioduro desecado puede contener de 7 á 18 por 100 de agua.

3.° Que el ioduro en láminas debe ser anhidro, pero que sin embargo, puede contener de 6 á 8 por 100 de agua.

De todo lo cual, es lógico deducir, que el ioduro de sodio cristalizado, es el único que presenta una composición constante, y en concepto de Dubousquet es la forma en que debe prescribirle el médico. Esta sal presenta además otras garantías; los cristales pueden formarse en disoluciones muy sensiblemente alcalinas ó carbonatadas, pero una vez recogidos y desecados son neutros y puros, en tanto que para obtener la desecación de la sal, hay necesidad de sostener las disoluciones ligeramente alcalinas durante la operación, pues de lo contrario, se corre el riesgo de obtener una sal amarillenta á consecuencia de ponerse en libertad el iodo.

En resumen, el médico que prescribe, por ejemplo, 1 gramo de ioduro de sodio cristalizado, administra casi con seguridad 80 cgr. de ioduro, y bajo cualquiera de las otras dos formas no obra, sino de una manera variable, y por consiguiente, incierta.

No conviene olvidar que en igualdad de peso, el ioduro de potasio y el de sodio, no tienen la misma proporción de iodo. En efecto, el ioduro potásico contiene 76,44 por 100 de iodo, y el ioduro sódico 84,56 por 100. El Dr. Laborde hace notar en su comunicación que el ioduro de sodio es casi inerte, cuando se administra en peso correspondiente al del de potasio, y sin embargo, podría creerse que dada la diferencia que existe entre el equivalente de sodio 23 y el de potasio 39, el ioduro de sodio es más rico en iodo; pero no conviene perder de vista, que esta riqueza no es real, sino cuando la sal es anhidra, y hemos demostrado que contenía de 6 á 10 por 100 de agua, lo cual, en último caso, haría descender su riqueza en iodo á 67,60 por 100, en vez de 84,56 por 100.

Apoyándome en el hecho de que el ioduro de sodio contiene de 6 á 20 por 100 de agua, según las diferentes formas bajo las cuales se expende en la farmacia; el médico debe, en mi concepto, prescribirle bajo la menos variable. Esta variabilidad ¿no contribuirá también á la inercia del ioduro de sodio observada por el Dr. Laborde, teniendo en cuenta, sin embargo, la mayor actividad de las sales de potasio sobre el organismo?

Para completar lo que á la nota precedente se refiere respecto de la diferencia de acción fisiológica de las sales de potasa y de sosa, considero oportuno consignar la opinión del Dr. Huchard respecto de la acción comparada de los medicamentos.

La idea emitida en la Academia de Medicina acerca de que el ioduro de sodio no tiene las propiedades tóxicas y fisiológicas del ioduro de potasio,

indujo á este sabio médico, uno de los más formales y más prácticos de la vecina República, á exponer su opinión acerca de este asunto, siempre interesante y de práctica transcendencia.

Hace mucho tiempo, dice, que la clínica, sin el auxilio de la fisiología, nos advirtió acerca de la toxicidad de las sales de potasio, y por este motivo, para no intoxicar á la larga á nuestros enfermos, sustituímos con sobradísima razón el ioduro de sodio al ioduro de potasio en el tratamiento de todas las afecciones arteriales. El ioduro de potasio es tóxico, y el ioduro de sodio lo es poco; la cosa es clara. Pero no sé que deba medirse siempre la actividad terapéutica de un medicamento por su poder tóxico. En este concepto debería preferirse el cloruro de potasio al cloruro de sodio. Además de la fisiología me sirve de apoyo la fisiología clínica de Feltz y Ritter, que demostraron, con sus excelentes experiencias, los peligros de la potasiemia. Préstanme también su valioso concurso numerosas observaciones personales que valen más que todas las experiencias practicadas sobre los animales.

Se ha llegado á pronunciar—en nombre de la fisiología—esta herejía terapéutica: el ioduro de sodio es un medicamento casi inerte. Ahora bien, es preciso contestar siempre á las herejías, porque con frecuencia toman carta de naturaleza mucho mejor que las verdades científicas más demostrables y demostradas. En este concepto, no es inútil ampliar algo el debate y tratar esta cuestión desde un punto de vista general.

Los clínicos han emitido ahitos de razón, una afirmación que tiende á invalidar los notables resultados obtenidos en el tratamiento de las afecciones de la aorta, de la angina de pecho, de las cardio-patías arteriales, por el ioduro de sodio. Si se diese crédito á la fisiología practicada sobre los animales, enfermos y médicos estarían extrañamente preocupados demostrando los buenos efectos de este agente medicamentoso. Pero los enfermos son mucho más interesantes que los conejos, y si los fisiólogos se apoyan sobre los segundos, los clínicos están en su perfecto derecho al tomar la defensa de los primeros.

Los fisiólogos han cometido un primer error creyendo que los ioduros de sodio y de potasio obran solo á título de ioduros; es más exacto decir con Eloy, que obran como iódicos, es decir, por el iodo que contienen; y no es inútil recordar que Eloy y yo, en Francia, fuímos los primeros que practicamos experiencias sobre los animales y sobre el hombre enfermo, experiencias cuyos resultados hice conocer hace muchos años á la Sociedad de Terapéutica. Estas experiencias fisiológicas, apoyadas sobre las observaciones clínicas —dos cosas que no conviene separar nunca—demostraron que la principal acción de los iódicos y sus mejores efectos terapéuticos son debidos precisamente al descenso de la tensión arterial. Añade además que, como medicamento iódico, es preferible el ioduro de sodio, puesto que contiene cantidades de iodo, no solo iguales, sino superiores á las del ioduro de potasio. Quizá

por las propiedades especiales de los iódicos sobre la tensión arterial, es como estos medicamentos obran á la larga sobre las paredes vasculares, cuya estructura, ó más bien, cuyas lesiones modifican, hasta el punto de poder resolver las esclerosis arteriales incipientes y curar los aneurismas aórticos.

En este concepto, los fisiólogos han cometido un segundo error: han asimilado sus efímeras experiencias, que explican solamente ciertos fenómenos, á la observación clínica que puede ejercerse durante muchos meses y aun durante muchos años, y que es la única capaz de dar cuenta de ciertas acciones terapéuticas en larga escala.

También se engañan los fisiólogos cuando pretenden dictar á la clínica sus juicios, y creo útil recordar, con este motivo, las palabras de Claudio Bernard: «No conviene subordinar la patología á la fisiología. Lo contrario es lo que »debe hacerse precisamente. Es indispensable colocar en primer término el »problema médico, tal y como le da la observación de la enfermedad, y des»pués procurar encontrar la explicación fisiológica. Obrar de otro modo, sería »exponerse á desfigurar y perder de vista la enfermedad.» Se ve que Claudio Bernard era más clínico que Gubler, cuando este decía: «Estando perfecta»mente conocida la acción fisiológica de los medicamentos, la terapéutica no »será más que un corolario de la fisiología.»

Los fisiólogos se equivocan siempre cuando por sus experiencias hacen deducciones del animal al hombre y no del hombre sano al hombre enfermo. Saben muy bien que la acción fisiológica de un medicamento es distinta para el mismo agente, según los diferentes animales. No es inútil recordar que la rana roja posee otras reacciones fisiológicas que la rana verde; que ciertos animales son absolutamente refractarios á algunos venenos, como la belladona, por ejemplo, en tanto que el hombre es exageradamente sensible á este último medicamento. Pues bien, desde el punto de vista de las reacciones fisiológicas y terapéuticas, hay tanta diferencia entre el hombre sano y el hombre enfermo, como entre la rana verde y la rana roja. ¿Puede, pues, subordinarse siempre la observación clínica sobre los enfermos á la experimentación fisiológica sobre los animales?

Para volver al punto de partida, á los ioduros, afirmo una vez más que la fisiología no puede explicar la acción á distancia que producen estos medicamentos. Era importante decirlo, formular esta opinión con energía para prevenir una especie de preocupación siempre fatal para la medicina, y para no merecer el justificado reproche que se nos ha dirigido al decir: *los médicos cambian con frecuencia de ideas fijas.* No deben tener más que una idea la de la observación de los enfermos.

Pero debo decir muy formalmente, para terminar estas consideraciones, que: La fisiología es ciertamente útil á la clínica, pero no debe subyugarla. La clínica y la fisiología deben apoyarse recíprocamente con la restricción única de que la segunda há menester siempre la comprobación de la primera.

A este propósito, los fisiólogos que prescinden de las enseñanzas de la clínica, y los clínicos que se entregan al empirismo, harán muy bien meditando sobre las palabras de nuestro maestro, de Claudio Bernard:

«Aquellos, dice, que quieren hoy explicarlo todo en medicina por la fisio»logía, prueban que no conocen la fisiología y que la creen más adelantada »de lo que en realidad está. Aquellos que rechazan sistemáticamente las »explicaciones fisiológicas en medicina, prueban que no conocen el desarrollo »de la medicina científica y que se equivocan respecto á su porvenir.»

II. La orexina es un derivado de la quinazolina y su fórmula química es: $C^{14}\ H^{12}\ N^2$. Para obtener esta base, se calienta la combinación sódica de la formianilida con una proporción equivalente de cloruro de nitrobenzoila. El compuesto que resulta, separado del cloruro de sodio, se desoxigena en seguida por medio del zinc en polvo en disolución acética.

Entre las sales que esta base puede formar con los ácidos, Penzoldt ha elegido para sus experiencias el clorhidrato, en razón de su gran solubilidad en el agua, siendo insoluble la orexina en este líquido. Esta sal se presenta bajo la forma de agujas lustrosas, incoloras ó ligeramente coloreadas que irritan fuertemente la mucosa nasal. Colocada sobre la lengua, se percibe desde luego un ligero sabor amargo, al que sucede una sensación de quemadura intensa. Estos cristales contienen dos moléculas de agua de cristalización, que pierden gradualmente por la desecación y que entonces llegan á ser eflorescentes. Los cristales hidratados se funden á 80°; anhidros su punto de fusión se eleva á 221°. El clorhidrato de orexina, insoluble en el éter, es muy soluble en el agua caliente y el alcohol. Tratando la solución acuosa por los álcalis, la base se precipita bajo la forma de un líquido oleoso que no tarda en cristalizar.

El Dr. Penzoldt, auxiliado de dos discípulos suyos, comenzó á practicar con este compuesto experiencias fisiológicas y terapéuticas.

Uno de ellos, Hoffmann, haciendo experiencias sobre las ranas, vió que dosis de 5 mgr. á 2 cgr., determinaban parálisis de los nervios motores de origen periférico y después la muerte. La sangre tomó una coloración oscura.

En los animales de sangre caliente, el clorhidrato de orexina no ejerce ninguna acción cáustica ni sobre la conjuntiva, ni sobre la membrana mucosa del estómago, ni sobre los tejidos subcutáneos.

Inyectada bajo la piel de un conejo, á la dosis de 5 cgr. por kilogramo de peso del animal, este compuesto no produce ningún efecto tóxico; pero á la dosis de 25 cgr., determina la aparición de fenómenos tóxicos, temblor, espasmos clónicos y tónicos, debilidad de la respiración y de la acción del músculo cardiaco, y en el perro, vómitos. Algunas horas bastan para que el animal recobre su estado normal.

Administrada al interior, la dosis de 30 cgr. por kilogramo de peso, no provoca en el conejo sino pasajeros síntomas de parálisis.

Su acción sobre la sangre es muy singular, destruye los glóbulos rojos, se produce la metemoglobina y la sangre toma una coloración roja muy pronunciada.

Como se comprende, en virtud de las relaciones de composición que existen entre la quinolina y la orexina, esta última posee propiedades antimicrobicas. Su disolución al 0,20 por 100 retarda la putrefacción de la sangre, pero no tiene ninguna acción sobre el desarrollo de los microbios patógenos, tales como el *stafilococo piogeno*.

Experimentando sobre sí mismo y aumentando gradualmente las dosis, Hoffmann vió que era necesario llegar á 1 gramo para sentir los primeros síntomas de intolerancia, caracterizados por ligero malestar, debilidad y congestión de la cara.

Con dosis de 50 cgr. ó aun algo mayores, observó un desarrollo rápido y notable del apetito.

Munter comenzó en seguida sus experiencias para conocer la acción del clorhidrato de orexina sobre la digestión y su duración.

Para esto extrajo cada cuarto de hora de su estómago porciones de sustancias alimenticias que había ingerido y que consistían en 70 gr. de pan blanco y 250 gr. de bifteck. Comparando los resultados con los que le dieron otros medicamentos del mismo género, vió que 20 cgr. de clorhidrato de orexina abreviaban el tiempo necesario para la digestión del pan blanco y que en vez de tres horas bastaba con dos y media.

Con 50 cgr. solamente se digería la carne en cuatro horas en vez de cuatro y media.

La orexina hacía aparecer el ácido clorhídrico libre en el contenido estomacal, después de haber ingerido carne cruda, una hora antes que en las experiencias de comprobación. Una serie de experiencias análogas, hechas por Hoffmann sobre sí mismo, demostraron de una manera evidente la acción de la orexina sobre la digestión.

A esta propiedad es á la que la base nuevamente descubierta debe el nombre de orexina, de ὄρεξις, apetito.

También en este sentido se instituyeron experiencias clínicas dirigidas por Penzoldt contra la anorexia, debida á diversas causas, consecutiva por ejemplo, á operaciones graves, á la tisis pulmonar, ó acompañando á la clorosis, la pleuresía, el enfisema, las afecciones cardiacas, y en ocasiones contra la anorexia simple.

Estas experiencias han recaído en 36 enfermos, cuyo peso se anotaba antes y después de la administración del clorhidrato de orexina. En treinta y un casos el apetito aumentó de una manera notable; solo en cinco casos fué poco acentuado. En siete casos, una sola dosis bastó para provocar este fenómeno al cabo de algunas horas, pero generalmente fué necesario administrar el medicamento durante muchos días para aumentar el apetito.

Las afecciones del estómago no son una contraindicación al empleo de esta sustancia, y cuando se la administra á dosis terapéuticas no se observan, sino muy rara vez, ulteriores efectos molestos ó perjudiciales. Una sola vez, uno de los enfermos se quejaba de sentir en el exófago una sensación de quemadura que debe atribuirse á que se rompió la cápsula, y por consiguiente, puso la orexina en contacto directo con la mucosa exofágica.

Sin embargo, en cinco casos observó Penzoldt vómitos ligeros, que dos veces tuvieron lugar muchos días, después de la administración de la orexina.

En resumen, los resultados han sido de tal naturaleza, que Penzoldt considera al clorhidrato de orexina como uno de los mejores aperitivos ó estomáquicos que hoy poseemos. Al principio se administró esta sustancia en sellos, pero como puede salir fácilmente de su envoltura de una manera accidental y entonces produce sobre la lengua ó sobre el exófago la sensación de quemadura de que hemos hablado más arriba, se adoptó el darle la forma de píldoras cubiertas de gelatina. Además, en virtud de sus propiedades irritantes, conviene al propio tiempo ingerir una gran cantidad de líquido.

La prescripción se formula entonces de la manera siguiente:

Clorhidrato de orexina.....	2 gr.
Extracto de genciana y.....	C. S.
Polvos de regaliz.....	

háganse 20 cápsulas de gelatina. Cada una contiene 10 cgr. de sal.

Para empezar, se dan tres de estas píldoras á las diez de la mañana. Si no se obtuviese ningún beneficio de esta dosis, se administrarán cuatro ó cinco píldoras al día siguiente, aumentando si fuese preciso y elevando la dosis á tres píldoras dos veces por día. En el caso en que no se observase ninguna acción después de transcurridos cuatro ó cinco días, conviene abandonar el tratamiento durante unos cuantos para reanudarle en seguida.

Por mi parte he procurado buscar el medicamento objeto de esta nota, y gracias á la generosidad de mi estimado amigo el Dr. D. Alfonso Medina, entusiasta farmacéutico de esta corte, he comenzado mis experiencias personales en la Clínica médica de mi cargo en el Hospital General Provincial, y oportunamente daré cuenta de los resultados que obtenga á los asiduos lectores de esta Revista. Puedo hoy decir únicamente que el clorhidrato de orexina es un medicamento barato.

NOTAS MÉDICOSOCIALES.

I.

FARMACODINÁMICA.

El cuerpo farmacéutico constituye en nuestro país una colectividad respetabilísima, más, si se quiere, por la calidad de los individuos que la componen que por su número, con ser este tan grande; en la Real Academia tiene lucida representación; sus consejos son oídos con aprecio en los oficiales de Sanidad; la Sección farmacéutica del cuerpo médico militar llena su difícil misión con esmero digno de la loa que alcanza, y la farmacia civil española no cede en nada á las extranjeras, así en la confección de ciertas especialidades, como en la instalación de los establecimientos y en el surtido de ellos. Uno de sus dignos miembros, el Dr. Castelló, acaba de publicar una *Tabla sinóptica de medicamentos modernos*, que ha de ser utilísima á sus compañeros y á los médicos.

Dicho esto, que expresa fielmente, aunque no en toda la extensión que alcanzan, los sentimientos de simpatía que me animan con respecto á tan digna clase, créome autorizado para exponer mi modo de pensar acerca de sus recientes manifestaciones y movimientos, que tanto han preocupado la opinión pública, y que aún la preocupan, sin que nadie pueda atribuir mis palabras, obrando en justicia, á otro móvil que el buen deseo y la intención que me anima de conciliar todos los intereses, en la medida de mis fuerzas, con las exigencias de la realidad, que al fin y al cabo han de imponerse suavemente y sin sacudimientos si se les facilita el camino, con violencia y disturbios si alguien con loco empeño se lanzara á cegar un cauce que la necesidad abrió, que la conveniencia conserva y que la sociedad entera irá ensanchando de manera gradual é incesante.

Ante todo, he de felicitar al distinguido cuerpo farmacéutico español por la gallarda muestra de virilidad que ha dado uniéndose y protestando todos sus individuos, desde el joven estudiante hasta el doctor encanecido, de lo que consideran abusivo de sus fueros profesionales, y si esa unión y esa virilidad efímeras se extendieran á fines más amplios y sin detenerse en los límites siempre estrechos de utilidad para una clase, llegaran á informarse en el deseo de procurar ventajas al público en general, promoviendo la revisión de las tarifas vigentes y adoptando un precio regulador mínimo para las recetas, análogo al inferior que tienen establecido algunos farmacéuticos de Madrid, y no por cierto de los que pagan menos contribución, en ese caso hasta los más decididos adversarios de lo que piden los dignos manifestantes

tendrían que someterse á la ley de las compensaciones y llegar á una transacción que había de encerrar ventajas para todos. Claro está también, que en ese caso, aunque esto es ya muy secundario, nuestra felicitación, como la de todas las personas imparciales, ante la enérgica actitud adoptada, sería más completa y entusiasta.

Nadie puede negar á los farmacéuticos civiles españoles el derecho que les asiste para realizar el movimiento que han llevado á cabo y continúan contra las farmacias militares, con unanimidad de criterios poco frecuente entre nosotros; sería tanto como prohibir á los médicos civiles que protestaran del desarrollo que va adquiriendo la visita facultativa domiciliaria encomendada á los médicos militares de los diversos cuerpos y dependencias, extensiva á las familias de todos los empleados, y del número extraordinario de consultas públicas y gratuitas, encomendadas á especialistas peritísimos y sostenidas por el Ayuntamiento, la Diputación, diferentes sociedades particulares, etc., equivaldría á detentar el evidente derecho de queja que, aunque no lo ejercitan, asiste á todos los médicos civiles y militares contra el abuso, cada día más generalizado y deplorable, de despachar especialidades farmacéuticas, de uso peligroso muchas de ellas, sin receta de médico, sin documento alguno que justifique el buen uso de aquel medicamento que llega al enfermo sin cumplir indicación científica de ninguna clase. ¿Quién podría, por otra parte, cercenar el derecho que tiene el municipio, y que tampoco lo ejercita, de crear una farmacia central para surtir con cierta economía las Casas de Socorro, según ha propuesto, creemos, un muy competente concejal?

Nadie, repito, puede negar el derecho; podrá discutirse, quizá, la oportunidad de tiempo, la forma empleada en alegarlo; podrá alguien, tal vez, hacer resaltar diferencias de conducta entre los individuos de una clase que, al sentirse heridos por el privilegio, callan y emigran llevando consigo ó malvendiendo un capital empleado en libros é instrumentos, y los de otra que ante iguales ataques, y aun no tan rudos, se alzan y protestan airados, sin alegar razón científica alguna que excuse su proceder; podrá ocurrir todo esto y algo más; pero dejando á salvo íntegro y respetando el derecho de los dignísimos farmacéuticos que acaban de ejercitarlo por medio de una especie de acción popular, será muy difícil convencer al público, que sobre el médico es sobre quien cae en primer término, de que las tarifas vigentes en farmacia son equitativas, de que la cuestión de los *sucedáneos* está fallada en derecho estricto, de que una receta ó un *específico*, iguales, puede valer tres aquí y uno nada más dos puertas más arriba, de que no puede haber una buena farmacia *barata* para el pobre como hay á su disposición buenas consultas médicas *gratuitas*, de que, por último, el Estado haya de proteger á los excedentes voluntarios en una profesión y el país tolerar paciente cualquier abuso que pueda cometerse, siempre que el autor de él se parapete tras un título literario ó científico, por respetable que este sea.

Creo, pues, y lo digo ahora, cuando el primer hervor de las pasiones ha pasado ya, y cumpliendo un deber profesional y social, que el digno cuerpo farmacéutico civil español ha demostrado que cuenta con número y organización, dos grandes elementos para apoyar pretensiones; pero creo, además, que no bastan esas dos condiciones para convencer; para esto, y ya en los tiempos que corremos, nada se consigue por el terror, sino por el convencimiento, sería necesario empezar porque cada uno diera á la razón y á la justicia algo de lo que les corresponde y entonces el público daría al César lo que es del César sin trastornos, siempre sensibles, y sin presenciar manifestaciones, cuyo menor pecado consiste en que no tienen nada de científicas.

FEDERICO MONTALDO.

Madrid y Mayo 2 del 90.

BOLETÍN SANITARIO DE MADRID.

En el mes de Mayo han sido frecuentísimas las pneumonías, bronco-pneumonías y demás afectos agudos del aparato respiratorio.

También las fiebres intermitentes se han presentado en gran número, así como los catarros gástricos é intestinales.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29

NOTICIAS.

Después de unos brillantísimos ejercicios han sido propuestos por el tribunal correspondiente para ocupar las dos plazas vacantes de la Sección de Cirugía del Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial los doctores D. Leopoldo Ramoneda y D. José Ortiz de la Torre.

Al darles la más sincera enhorabuena por su triunfo en buena lid ganado, nos felicitamos de que el Cuerpo Médico de los hospitales cuente en lo sucesivo con dos compañeros tan ilustrados.

Por la Dirección general de Instrucción pública se han dictado las instrucciones siguientes para la aplicación del Real decreto de 22 de Noviembre de 1889:

Primera. Los alumnos suspensos ó no presentados á examen en la convocatoria del mes de Enero del corriente año, serán admitidos por virtud de dicha matrícula, y sin nuevo abono de derechos, en las convocatorias de Junio y Septiembre del presente curso.

Segunda. Los alumnos oficiales que deseen pasar á la enseñanza libre en el mismo curso renunciando todas sus matrículas con arreglo al art. 13, podrán hacer dichas renuncias en esta forma: para la convocatoria del mes de Junio hasta el 15 de Mayo, y para la del mes de Septiembre hasta el 15 de Agosto, entendiéndose este último caso aplicable solo á los que no se hubieren presentado á examen de ninguna asignatura en los ordinarios del mes de Junio.

Tercera. Las matrículas de los alumnos libres se harán desde la próxima convocatoria en las hojas académicas que al efecto deberán facilitarse oportunamente por la Dirección general de Instrucción pública á los establecimientos de enseñanza.

En dichas hojas, y mediante la nota correspondiente, se formalizarán también las matrículas de los alumnos que se hayan inscrito en la convocatoria del mes de Enero, y estén suspensos ó no examinados.

Cuarta. No pudiendo los alumnos libres examinarse de asignaturas pertenecientes á una misma carrera más que en un solo establecimiento, dentro de cada convocatoria, los jefes de los mismos adoptarán las medidas que estimen más convenientes á la comprobación de este extremo, á los efectos expresados en el art. 10, sin perjuicio de cumplir lo prevenido en la disposición 4.ª de la Real orden de 7 de Abril de 1886.

Quinta. La identificación personal de los alumnos libres y la instrucción de sus expedientes debe hacerse por los Secretarios de los establecimientos respectivos, según el art. 6.º Para cuando este trabajo no pueda hacerlo una

sola persona por el crecido número de alumnos que soliciten su inscripción, sobre todo en los estudios de facultad, podrán los secretarios delegar sus atribuciones en los respectivos jefes de negociado, en cuyo caso se llevará un libro de registro por cada facultad ó carrera, en la misma forma establecida en el art. 17.

Sexta. Los alumnos libres continuarán pagando la mitad de los derechos académicos y de matrícula que satisfacen los de la enseñanza oficial, y por entero y en metálico los de examen y de instrucción de expediente, conforme á la disposición 5.ª de la Real orden de 6 de Abril antes citada.

Séptima. Los jefes de los establecimientos dispondrán que los exámenes de los alumnos libres empiecen siempre por las primeras asignaturas, ó grupos, escalonándolas de modo que aquellos no sean citados á la prueba de las asignaturas de un grupo sin tener probadas las del precedente; pero si por el número de orden de su inscripción fueren llamados á examen de asignaturas incompatibles á causa de no haber sufrido aún el de las anteriores por tener en estas un número alto, tendrán presente esta circunstancia para que no les perjudique la no presentación al segundo llamamiento de los Tribunales; entendiéndose, por lo tanto, que la Real orden de 1.º de Mayo de 1887 no puede ser rigurosamente aplicada á los alumnos que por las razones expuestas se hallen imposibilitados de acudir á dicho llamamiento. Fuera de este único caso deberá aplicarse sin excepción.

Octava. Los exámenes para las carreras de Practicantes, Matronas y Cirujanos dentistas, se verificarán en lo sucesivo en los meses de Junio y Septiembre, fijados para la prueba de estudios de los alumnos libres por el art. 2.º del expresado decreto de 22 de Noviembre de 1889, aplicable á todas las enseñanzas dependientes de la Dirección general del ramo. Los alumnos pertenecientes á las expresadas carreras abonarán los mismos derechos que hoy satisfacen y los señalados por la instrucción de expediente.

Los Tribunales para los exámenes de la carrera de Cirujano dentista serán nombrados por el Rector de la Universidad Central á propuesta del Decano de la Facultad de Medicina. Para las convocatorias de Junio y Septiembre del presente curso continuará, no obstante, funcionando el Tribunal nombrado por Real orden de 25 de Noviembre último.

Ha fallecido en esta corte la madre de nuestro querido amigo y compañero de redacción D. Eulogio Cervera, á quien enviamos nuestro más sentido pésame por tan triste motivo.

El Instituto Médico Valenciano ha abierto un concurso sobre los siguientes temas:

Cuestión de Medicina.—«Antisepsis del tubo gastro-intestinal.»

Cuestión de Cirugía.—«Intervención quirúrgica en las enfermedades de la vejiga.»

Cuestión de Ciencias auxiliares y Farmacia.—«Estudio geológico y telúrico

de un pueblo cualquiera del antiguo reino de Valencia, en su relación con las enfermedades predominantes en el mismo.»

Asunto libre.—«Resolución de un punto interesante de la ciencia, á juicio del autor.»

Premio del Dr. Más.—Doscientas cincuenta pesetas y título de socio honorario al autor del mejor trabajo sobre el siguiente tema: «¿Las estadísticas arrojan mayor mortalidad en España que en el extranjero después de las grandes operaciones abdominales? En caso afirmativo, señalar las causas de esa mayor mortalidad, y manera de evitarlas y combatirlas.»

Este premio tiene un *accésit*, consistente en el título de socio honorario, y pueden concursar todos los profesores, incluso los socios residentes.

Para la resolución de cada una de las precedentes cuestiones se ofrecen tres premios: el primero consiste en una medalla de oro; el segundo ó *accésit*, en el título de socio de mérito, constando el concepto por que se ha expedido; y el tercero, en el de socio honorario.

Las Memorias podrán ser dirigidas á cualquiera de los secretarios de la Corporación (calle de Triador, 10, principal, ó Caballeros, 5, 3.º), quienes las recibirán hasta 1.º de Diciembre inclusive del año actual.

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Avila.....	Pedro Bernardo.....	500 pesetas y las igualas.....	3 Junio.
Salamanca...	Pinedas.....	50 pesetas y las igualas.....	4 id.
Ciudad-Real .	Alcubillas.....	750 pesetas y las igualas.....	4 id.
Guadalajara.	Bustares.....	460 fanegas de trigo.....	24 id.
»	Torrebeleña.....	375 pesetas y 1.625 pesetas por las igualas.....	20 id.
Jaén.....	Villanueva de la Reina.	875 pesetas y las igualas.....	15 id.
Santander...	Villaescusa.....	975 pesetas y las igualas.....	2 id.
Madrid.....	Robledo de Chavela....	990 pesetas y unas 2.250 que producen las igualas.....	14 id.
Alicante.....	Santa Pola.....	998 pesetas y las igualas.....	8 id.
Alava.	Valdegovia.....	300 pesetas y 160 fanegas de trigo por las igualas.....	6 id.
Castellón....	Artana.....	750 pesetas y las igualas.....	15 id.
Burgos.	Madrigal del Monte....	120 pesetas y las igualas.....	3 id.
Guadalajara.	Gascueña de Alto Rey.	395 pesetas y 281 fanegas de centeno, 172 arrobas de patatas y 132 cargas de leña por las igualas..	20 id.
Avila.....	Casas del Puerto de Tornavacas.....	375 pesetas y las igualas.....	10 id.
Badajoz.....	Villar del Rey.....	1.250 pesetas y las igualas.....	15 id.
Toledo.....	Illescas.....	750 pesetas y las igualas.....	12 id.
Guadalajara..	Molina.....	750 pesetas y las igualas.....	8 id.
Cuenca.....	Horcajada de la Torre .	500 pesetas y las igualas.....	12 id.
Guadalajara..	Romancos.....	200 fanegas de trigo y otras 200 por las igualas.....	2 id.

Sr. D. Juan Vivas Pérez.—Almería.

Madrid 5 de Febrero de 1889.

Muy señor mio y distinguido compañero: Empleé en varios enfermos que padecían *anemia, clorosis y empobrecimiento de la sangre*, su **ELIXIR DE PROTOCLORURO DE HIERRO CON HIPOFOSFITOS**, y he obtenido resultados muy satisfactorios, siendo de apreciar que empieza á obrar al poco tiempo, hecho terapéutico muy favorable, pues los preparados ferruginosos en general son de resultados tardíos y los enfermos se cansan pronto de usar un remedio que á su juicio no les alivia. Este inconveniente, repito, lo vence su preparado.

Y como me dijo le diera cuenta de los resultados que obtuviera, se lo comunico, autorizándole para que haga el uso que crea oportuno de mi opinión.

Suyo afectísimo S. S. Q. B. S. M.

Doctor F. Gómez de la Mata,
Director de los *Nuevos Remedios*.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.

El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

DEPÓSITOS AL POR MENOR.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruíz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

LA SARCINOSIS.

SU TRATAMIENTO POR EL LAVADO DEL ESTÓMAGO CON EL SULFITO Y EL BISULFITO DE SOSA

POR EL DOCTOR

D. JACOBO LÓPEZ ELIZAGARAY,

MÉDICO DE NÚMERO, POR OPOSICIÓN, DEL HOSPITAL GENERAL.

En la sala 26 del Hospital hemos tenido tres casos de sarcinosis, en los cuales, á pesar de ser antigua y considerable la presencia de la sarcina, el éxito del tratamiento mediante el sulfito y el bisulfito de sosa fué indudable, y por otra parte estas observaciones permiten establecer alguna consideración clínica.

La sarcina generalmente se encuentra en las secreciones morbosas de diversas enfermedades del estómago, y ordinariamente no se le atribuye importancia clínica á no ser cuando el Schizophito se multiplica en cantidades exuberantes que pueden entorpecer los fenómenos físico-químicos de la digestión. Pero los casos á que vamos á referirnos inducen á sustentar el criterio de que la sarcinosis, no tan solo produce fermentaciones que alteran la quimificación, que es en lo que están conformes los autores, sino que ocasiona perturbaciones de otro orden referentes á la integridad anatómica del estómago.

Uno de los enfermos (G. G. que ocupó la cama 24) hacia nueve años que venía padeciendo del estómago con diversas alternativas. Durante ese tiempo vino aquejando los mismos síntomas que nosotros observamos durante su permanencia en la enfermería. Sin causa apreciable de su enfermedad, se inició esta por digestiones laborio-

sas, sobreviniendo luego dolores al epigastrio, vómitos, unas veces sarcinosos y otras alimenticios, alguna vez emesis sanguinolenta y por último vino la desnutrición. Ingresó en el Hospital, y reconocido el enfermo, encontramos dureza de la pared anterior del estómago en la zona epigástrica; sub-matidez en el mismo punto á la percusión y dilatación del estómago. Quejábase el enfermo de dolores bastante fuertes al epigastrio, y lo que más le molestaba eran los vómitos, los cuales, ni tenían momento determinado para presentarse, ni por consiguiente guardaban relación con la presencia de los alimentos en el órgano.

Reconocidos los vómitos al microscopio, los cuales tenían una coloración achocolatada, en ocasiones con algunos fragmentos negruzcos, resultó que en su mayor parte estaban compuestos de sarcina ventriculis, y algunas veces había pequeñas cantidades de sangre digerida ó sin digerir. La cantidad de sarcina era exorbitante; no se explicaba que hubiese tanta y que se reprodujese con tal rapidez; el enfermo tenía cuatro ó más vómitos considerables de sarcina casi todos los días. Además contenían moco, y con frecuencia el enfermo vomitaba los alimentos, teniendo por esta razón que esperar á que el estómago se tranquilizase para volver á comer, gracias á lo cual, si bien su nutrición estaba empobrecida, no estaba tanto como sería de suponer, tratándose de un proceso de esta especie y de tanto tiempo de duración.

Por la dureza de la pared anterior del estómago, las gastralgias, las porciones de sangre digerida y la desnutrición del enfermo, podría creerse que además de una sarcinosis y tratándose de un enfermo de 40 años de edad podría existir un cáncer del estómago, en cuyo caso parte de los caracteres indicados habría que referirlos al tumor sin que pudiésemos atribuirlos á la sarcinosis. Pero todo era consecutivo á este proceso, no tan solo porque con el tratamiento se disiparon los dolores, cesaron los vómitos y el enfermo empezó á nutrirse, sino que ni el cáncer podría tener un curso tan lento, ni por el análisis repetido del jugo gástrico encontramos la anaclorhidria determinada por este tumor, ni el enfermo tenía abultados los ganglios inguinales, fenómeno comprobado por Jaccoud, especialmente en el lado derecho, y como hemos tenido ocasión de observar en casos indudables de cáncer del estómago. Además, analizada la orina por el Sr. Mendoza, la cantidad de urea era casi normal, debiendo estar disminuída caso de admitir sin reserva las observaciones de Rom-

melaire que tienden á demostrar, que cuando se trata del cáncer del estómago, la cantidad de urea en la orina desciende considerablemente. Más concluyente que la investigación cuantitativa de la urea, por cuanto que se citan hechos que no hablan en favor de este dato, es, según observó el mismo Rommelaire y comprobaron varios observadores, la disminución del ácido fosfórico y los cloruros en la orina de los cancerosos del estómago, y en nuestro enfermo, según análisis minucioso que hizo el Dr. Mendoza en dos ocasiones, no se encontró tal disminución: en vista de cuyas razones, el enfermo no era canceroso.

Se trataba por consiguiente de una sarcinosis que había producido una gastritis esclerósica como lo demostraba la dureza de la pared anterior del estómago en su zona epigástrica, y destrucciones ulcerorosas (gastritis ulcerosas), reveladas por la emesis de pequeñas porciones de sangre, carácter que no hemos atribuído á una úlcera simple del estómago, porque ni se trataba de hematemesis, ni el enfermo presentaba un síndrome que pudiese referirse á dicho proceso.

El tratamiento á que hemos sometido al enfermo, consistió en lavados del estómago con soluciones de ácido-clorhídrico, ácido bórico y resorcina, con cuyos medios no hemos conseguido más que alivios pasajeros; pero con el sulfito de sosa al 1 por 1.000, y especialmente con el bisulfito á la misma dosis, y haciendo dos lavados diarios, hemos conseguido en pocos días la desaparición de la sarcina, de los vómitos y de los dolores, por cuya razón el enfermo empezó á nutrirse, quedando reducido el cuadro patológico á algunas insignificantes molestias durante la digestión estomacal relacionadas con el endurecimiento del estómago en la zona epigástrica de su cara anterior.

Los otros dos enfermos que ocupaban el uno la cama núm. 8 de la misma sala y el otro la 22, ambos contaban próximamente un año de padecimiento. Los síntomas que presentaban, eran fuertes gastralgias, gastro-ectasias, emesis abundantísimas de sarcina ventriculis y en algunas ocasiones vómitos con sangre en cortas cantidades. El proceso era sarcinoso exclusivamente, ni había edad para el cáncer, pues eran jóvenes de 16 y 24 años respectivamente, ni tampoco había caracteres de úlcera simple.

Desde luego se emplearon los lavados del estómago indistintamente con la solución de sulfito ó bisulfito de sosa al 1 por 1.000, é

inmediatamente se inició la mejoría mitigándose los dolores y los vómitos y terminando por la curación.

Hay un punto de utilidad práctica en la ligera exposición precedente y es la curación de la sarcinosis por el lavado del estómago mediante el sulfito y bisulfito de sosa, siguiendo la indicación propuesta por mi distinguido amigo é ilustrado compañero el Sr. Mendoza, jefe del laboratorio de San Juan de Dios. En cuanto á mis apreciaciones clínicas acerca de la sarcinosis, creo que tan lejos de ser una enfermedad completamente inocente, puede comprometer la integridad anatómica del estómago con las consecuencias consiguientes á trastornos de esta índole, cuando se trata de una presencia tan considerable de sarcina como en los casos citados, ó sea la verdadera sarcinosis.

Puede sustentarse esta conclusión en vista de que con la destrucción de la sarcina en los enfermos citados, desaparecieron las gastralgias y los vómitos sanguinolentos signos de alteración anatómica, como lo era también la dureza esclerósica de la pared anterior del estómago que tenía el primer enfermo.

Madrid y Junio 28 de 1890.

CLÍNICA DE LARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL.

POR EL DOCTOR

DON JUAN CISNEROS,

PROFESOR DE LA MISMA.

(Conclusión.) (1).

EPITELIOMA LOBULADO LARÍNGEO.—EXTIRPACIÓN DE LA LARINGE.

Conocida es de todos la historia de la extirpación de la laringe. Albers (2) fué el primero que en 1829 hizo esta operación en los perros para investigar la parte que este órgano tomaba en el acto respiratorio; Langenbeck (3) trató de practicarla en 1854 en un enfer-

(1) Véase el número anterior.

(2) *Journal der Chirurgie von Graefe und Walther*, pág. 221. 1829.

(3) *Berliner Klin. Wochens*, 16 Agosto 1875.

mo que no quiso someterse á ella; Kœberlé (1) decía en 1856 que era preferible la extirpación á no hacer nada; pero pertenece á Patrick Heron Watson (de Edimburgo) el honor de haberla hecho el primero en 1865 en un enfermo que tenía destruída la cavidad laringea á consecuencia de manifestaciones terciarias de la sífilis; sin embargo, el enfermo murió tres semanas después de la operación, por pneumonía, y el caso no fué conocido hasta que Foulis habló de él en el Congreso internacional de Londres en 1881.

De 1870 datan los trabajos experimentales de Czerny (2), con los cuales demostró de una manera concluyente, la posibilidad de extirpar en los animales, sin que estos sucumban, toda la laringe, incluso la epiglotis.

Estas experiencias sirvieron de base á Billroth para practicar el 31 de Diciembre de 1879 la memorable lanriguectomía que hizo entrar esta operación en la práctica corriente de la cirugía; su enfermo tenía un cáncer y vivió siete meses después, muriendo á consecuencia de la recidiva del tumor, acaecida á los cuatro meses de operado.

Desde entonces se multiplicó rápidamente el número de laringuectomías siendo el primero en practicarla en Alemania, Maas, de Breslau (1.º de Junio de 1874); en Inglaterra, Watson, de Edimburgo (en 1874); en Rusia, Multanowoki, de San Petersburgo (25 de Julio de 1875); en Italia, Bottini, de Turín (29 de Agosto de 1877); en España, el Dr. D. Federico Rubio (el 11 de Mayo de 1878), y en Francia, el Dr. Labbé (19 de Febrero de 1886).

A más de la citada del Dr. Rubio, se han practicado en España otras dos que nosotros sepamos; una, por el mismo Dr. Rubio, y otra por el Dr. Toro (de Cádiz). La primera del Dr. Rubio (3) la practicó nuestro eminente compatriota por caries y estenosis laríngea, é hizo la extirpación completa de la laringe, muriendo el operado al quinto día por marasmo; de la segunda carezco de datos, y la del Dr. Toro se practicó el 9 de Marzo de 1881 para un epitelioma, extirpándose toda la laringe, el hioides y la base de la lengua, habiendo fallecido el operado al cuarto día después de la operación, á consecuencia de enfisema pulmonar.

---

(1) Schewebel. De la laryngot. thyroid. *Th. de Strasbourg*, 1866, pág. 16.

(2) *Wiener Med. Wochens*, números 27 y 28, 1870.

(3) Extirpación total de la laringe. *Observación clínica presentada en la Real Academia de Medicina de Madrid*. Sesión de 23 de Mayo de 1878.

Según la estadística de Baratoux (1), que es la más completa que conocemos, se contaban hasta el año 1888, 167 extirpaciones de laringe, de las cuales fueron totales 112, unilaterales 25 y parciales 30.

Pocas operaciones han sido y son más discutidas que la laringuectomía en el tratamiento de los tumores malignos de la laringe. Antes de practicarse la primera de Billroth, y aludiendo á las experiencias de Czerny, decía Blanc en su tesis (2): «Un cirujano alemán ha ido más lejos. Aconseja sencillamente la extirpacion completa de la laringe, y apoya su parecer en experiencias hechas en perros. De cinco, uno pereció á los dos días, dos á los quince, y otro á las cuatro semanas. La muerte, según él, debe atribuirse en gran parte á la asfixia producida por la mala colocación de la cánula, pues la vigilancia que se ejerció en los tres primeros perros fué muy incompleta. En el quinto se hizo previamente la traqueotomía algunos días antes de la extirpación de la laringe, y la tráquea se adhirió á la piel y no descendió. El autor cree posible la operación en el hombre; que haga la primera y entonces podremos juzgar. Teniendo en cuenta los vasos y los nervios que se encuentran en esta región, y recordando, por ejemplo, cuán peligrosa hace á la simple ablación de la glándula tiroides esta vecindad, apenas nos atrevemos á creer que haya quien ose intentarla antes que él.»

Se hizo, sin embargo, la primera y algunas más, y escribía Isambert (3), que «si esta operación no había dado hasta entonces el resultado desastroso de la muerte del paciente bajo el cuchillo del operador, el hecho no podía tardar en producirse de un día á otro.» Paul Kock (4), por su parte, agregaba que «la habilidad del cirujano consiste en que el enfermo no muera en la operación.»

En la discusión habida en la Academia de Medicina de París en 1887 (5), la calificaba Le Fort diciendo que era una verdadera necrología, y Verneuil que era una operación lamentable.

Podíamos multiplicar estas citas, pero creemos bastan las expuestas para demostrar hasta dónde llegan en sus juicios algunos cirujanos al tratar de esta operación.

---

(1) *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, 26 Abril 1888.

(2) *Étude sur le cancer primitif du larynx*, 1872, pág. 33.

(3) *Conf. cliniq. sur le malad. du larynx*, 1878, pág. 278.

(4) Considerat. cliniq. sur le cancer du larynx. *Annales du mal. de l'oreille du larynx*, t. v, pág. 19, 1879.

(5) *Acad de Med. de Paris*, 22 Noviembre 1887.

En la actualidad continúan discordes las opiniones respecto á este importante asunto; sin embargo, parece que va cediendo la oposición por parte de muchos: Solis-Cohen, que decia en 1883 (1) que la extirpación por cáncer no prolonga la vida, y que por salvar á un enfermo se sacrifican muchos, ha propuesto recientemente una modificación al procedimiento operatorio de la laringuectomia. Fauvel la ha aconsejado en algunas ocasiones, y en el último Congreso internacional de Laringologia de Paris (1889) (2) han dominado las opiniones favorables á la misma.

En Alemania y Austria, especialmente, es donde se practica con más frecuencia, habiendo operadores como Billroth, que hizo desde el año 1873 al 1884 (3) cinco totales y siete parciales, y Hahn (4) que ha podido presentar en el XVII Congreso de Cirugia de Berlin una estadística propia de once extirpaciones totales y cinco laterales, todas hechas por cáncer.

¿Cómo explicar esta divergencia de pareceres en la apreciación de un mismo hecho entre operadores igualmente respetables? A nuestro parecer consiste en que faltan todavía elementos de juicio suficientes para resolver la cuestión. Las estadísticas presentan cifras exiguas para hacernos inclinar en uno ú otro sentido por su solo testimonio, y además comprenden en ellas los primeros ensayos que, como los de todas las grandes operaciones, no suelen ser los más afortunados. Los perfeccionamientos sucesivos en el manual operatorio y en los procedimientos de cura han hecho menos peligrosa esta operación y han disminuído su mortalidad. En la primera extirpación hecha por Bottini hubo una hemorragia terrible, una verdadera *tempestad de sangre*, como decía el operador; y en la de Langenbeck (5) fué preciso hacer 41 ligaduras, entre ellas las de las arterias maxilares externas, linguales, tiroideas superiores, carótidas externas y laríngeas.

Merced á las reglas aconsejadas y puestas en práctica por el doctor Rubio, pudo este distinguido operador hacer la extirpación con escasa hemorragia, y desde entonces ha sido esta en general una complicación de poca importancia. Ya he dicho en la que acabo de relatar, que solo hubo necesidad de practicar dos ligaduras. Compa-

---

(1) *Trans. of the college of Physicians*, 4 Abril 1883. Filadelfia.
(2) Cartaz. *Comptes rendus et memoires*, pág. 177.
(3) Salzer. *Archiv. fur Klin. Chirurg.* 1884.
(4) *Berliner Klinis. Wochens*, núm. 21, pág. 430, 21 de Mayo 1888.
(5) Bottini. *Loc. cit.*

rando, como hace Lublinski (1) la mortalidad de las 76 primeras extirpaciones, nos encontramos con que las 38 primeras entre estas dan una mortalidad de 52,6 por 100, siendo de 29 por 100 la de las 38 restantes. Sin llegar á afirmar, pues, como Péan (2) que la extirpación bien hecha será pronto inofensiva, creemos que, aunque grave, si se tiene en cuenta que se dirige á combatir una enfermedad incurable, puede considerársela como una operación de gran porvenir, siempre que se la practique solo en los casos en que verdaderamente se encuentre indicada.

Todos los cirujanos están hoy de acuerdo en que el único tratamiento curativo posible del cáncer, consiste en la extirpación de la neoplasia, comprendiendo para hacerla completa todos los tejidos próximos y los ganglios vecinos en los casos en que se sospecha que están ó puedan estar infectados; claro está que cuando la ablación de los tejidos ú órganos en que se asienta el tumor es incompatible con la vida, ó cuando la infección general del organismo sea un hecho, toda intervención quirúrgica está contra-indicada, pues la reprodución ha de seguir en breve plazo á la operación, y el enfermo está condenado á morir rápidamente por la infección ó por cualquiera de las complicaciones de la enfermedad.

No constituye excepción á esta regla el tratamiento del cáncer laríngeo, pues desgraciadamente hasta ahora no se ha encontrado agente alguno farmacológico capaz, no ya de curarlo, sino ni aun de hacer su evolución más lenta.

Es evidente que en muchos casos de cáncer laríngeo puede realizarse el ideal quirúrgico de su ablación completa. Después de las laringuectomías hechas, no es permitido dudar un solo momento de que la vida es perfectamente compatible con la extirpación de la laringe, y de que los peligros de la operación no son tantos como se temían, puesto que hasta ahora, que sepamos, no se han realizado los temores de Isambert. Por otra parte, las condiciones anatómicas de la laringe colocan al cáncer de este órgano en condiciones excepcionalmente favorables para su excisión. En efecto: encerrado en un estuche cartilaginoso que por carecer de vasos linfáticos forma una especie de barrera que se opone á la difusión, es un hecho mu-

---

(1) Sociedad médica de Berlín. Sesión 28 Julio 1875. En *Annales des mal. de l'oreille*, t. 1, pág. 371.

(2) *Berliner Klinis Wochens*, núm. 24, 1886.

chas veces observado que gran número de tumores malignos de la laringe permanecen estacionarios y limitados algún tiempo sin infectar los ganglios vecinos. De aquí la importancia clínica de la clasificación de Krishaber (1) en cánceres *intrínsecos* y *extrínsecos* de la laringe; aquellos, protegidos por los cartílagos, de evolución lenta y sin infartos ganglionares; estos últimos, de marcha más rápida, menos limitados, con adenopatías precoces é infectivos rápidamente; es decir, cánceres en los que puede y debe operarse, y cánceres en los que solo podemos limitarnos á paliar.

Existe, sin embargo, un tratamiento paliativo por sí, puesto que no se dirige directamente contra la neoplasia, pero al cual se le atribuyen en cierto modo propiedades curativas, y que es el procedimiento defendido por los adversarios de la extirpación; nos referimos á la traqueotomía. Según sus defensores no solo se llena con ella la indicación vital de permitir la entrada al aire en el aparato respiratorio, cuando la laringe se encuentre obstruída por la neoplasia, sino que disminuyendo en este caso muchas de las causas de irritación que aceleran la marcha de la misma (esfuerzos provocados por la fonación, acción del aire, etc.), su curso se hace más lento y se prolonga por lo tanto la vida del enfermo. Se citan casos de desaparición de todos los síntomas más molestos de la enfermedad después de practicada la traqueotomía, y en los cuales se ha nutrido el enfermo aumentando considerablemente de peso, llegando, en una palabra, á ponerse en un estado equivalente á la curación.

La historia que antecede y otras que pudiéramos citar, prueban que esta mejoría es, por desgracia sumamente breve en muchos casos. He practicado diferentes veces la traqueotomía en casos de cáncer laríngeo, y constantemente he visto que después de un tiempo generalmente corto volvían á presentarse todos los síntomas tan terribles, que hacen de la vida de estos desgraciados enfermos un verdadero martirio. ¿Qué hacer en estos casos? ¿Permaneceremos impasibles presenciando la evolución más ó menos lenta, pero irremediablemente fatal de la neoplasia y los sufrimientos del enfermo contra los que tan poco sirven generalmente los medios de que podemos disponer? Es suficiente, á nuestro juicio, que un tratamiento, sea el que fuere, pueda proporcionar una sola curación para creernos auto-

(1) *Gazzette méd. de Paris*, núm. 16, 17 Abril 1886.

rizados á aplicarlo, sabiendo, como sabemos, que con los demás medios no podemos alcanzarla.

Basta recordar los casos de Novaro, Thiersch, Winiwarter, Caselli (sarcoma), Bottini (sarcoma; vivía á los diez años sin recidiva), Hahn (cáncer; sin recidiva á los ocho años), para no dudar que aunque raras, hay que admitir que se han conseguido algunas curaciones por la extirpación.

Las consecuencias de la laringuectomía en los casos de curación, no son tan graves como *á priori* pudiera suponerse. Gracias á las modernas curas antisépticas, la fiebre suele ser moderada; pocos días después de la operación puede suprimirse la sonda esofágica y el enfermo llega á deglutir perfectamente, la respiración se hace como en estado normal y la ancha y profunda herida operatoria se rellena de mamelones carnosos, quedando solo el hueco ocupado por la laringe artificial, cuando se apela á este medio protésico, con el cual puede el enfermo hacerse entender.

Pero hay más: no siempre es necesaria la laringe artificial para que la voz se produzca, y este es un hecho particularmente interesante en este caso y en el que conviene que nos detengamos.

Pocos días después de verificada la operación, y al llegar á la enfermería, me sorprendió la noticia que me comunicaba el interno de guardia, diciéndome que el enfermo hablaba; con efecto, al aproximarme á la cama, faltó tiempo al enfermo para tapar la cánula laríngea con un dedo y demostrarme, con la alegría que es de suponer, que ya podía hablar. Su voz era muy poco sonora y de tono grave, pero perfectamente inteligible y se percibía á alguna distancia.

Con objeto de darme cuenta del mecanismo de producción del fenómeno, sometí al enfermo á diversas experiencias. A la sazón tenía colocada la cánula laríngea y lleno el espacio comprendido entre esta y la epiglotis de gasa iodofórmica; en este estado no podía emitir sonido alguno sin tapar la cánula; era evidente que el aire que mandaban los pulmones era necesario para la producción de la voz; sin embargo, pasaba en corta cantidad porque la cánula era de gran diámetro y no estaba perforada en su convexidad y el trayecto que había de recorrer el aire se encontraba obstruído por la gasa; para hacer más expedito el camino extraje toda la gasa y tapé cuidadosamente la cánula y puntos por donde el aire pudiera escaparse al exterior antes de llegar á la boca, y la voz se debilitó considerablemente; sin duda alguna, aunque pasaba mayor cantidad, no alcan-

zaba la suficiente presión para hacer vibrar las partes productoras del sonido; sustituí la gasa por el tubo de cautchouc de que ya hice mención y que el enfermo llevó colocado al salir de la clínica y adquirió de nuevo mayor intensidad la voz.

Entonces pude apreciar por el examen laringoscópico que las paredes laterales de la faringe formaban unos repliegues que, en unión de los bordes laterales de la epiglotis y región aritenoidea, estrechaban la entrada del espacio laríngeo constituyendo una especie de glotis artificial, suficiente, aunque de una manera imperfecta, para vibrar y hacer vibrar al aire cuando este pasaba con mayor tensión que la que normalmente es necesaria, y por consiguiente para producir sonidos que la faringe y boca se encargaban de modular.

Es decir, que la parte vibrante que fisiológicamente corresponde á las cuerdas vocales y en las laringes artificiales de Gussenbauer, Bruns y otros, está constituída por una lengüeta metálica, la formaban en este caso los repliegues faríngeos; de aquí la necesidad de grandes esfuerzos para hacer vibrar estas falsas cuerdas y la imposibilidad de ponerlas tensas para aumentar el número de vibraciones por segundo, lo cual explica perfectamente los caracteres de tono bajo y poca intensidad que la voz presentaba, pues es sabido que de las tres cualidades que caracterizan el sonido vocal, intensidad, altura y timbre, la altura solamente está en relación con el número de vibraciones de los labios de la glotis, el pulmón le da su intensidad, y las cavidades sonoras situadas encima de las cuerdas vocales y de la laringe, su timbre (1).

Este fenómeno tan extraño no es nuevo, sin embargo, encontrándose consignados en la literatura laringológica algunos hechos semejantes.

El profesor Stoerk (de Viena) (2) refiere la historia de un enfermo suyo al que practicó la extirpación el Dr. Gersuny, y añade que después «se presentó un hecho notabilísimo y que no se explicaba; el enfermo habló con una voz dura, es cierto, pero sin embargo sonora. Al mismo tiempo la deglución era perfecta. Ávido de conocer la causa de este fenómeno reconoció al enfermo por medio del laringoscopio y vió que existía una glotis bilabiada situada transversal-

(1) Gougenheim y Lermoyez *Physiologie de la voix et du chant*, 1885.

(2) *Le scalpel*, núm. 40, 1888. Trad. en la *Revista de laringología*, t. III. pág. 191.

mente; el labio posterior estaba constituido por la pared mucosa posterior que había sido conservada al hacer la operación, y la anterior la formaba la parte inferior del *podus epiglottidis*.»

Hahn (de Berlín) dice de uno de sus operados (el 10.°) que su voz era afónica, pero comprensible (1).

El operado de Péan, á que ya hemos hecho referencia (2), «se hacía comprender por medio de un ruido gutural débil, convertido en palabra por medio de la boca y de los labios; parecía voz mal timbrada y poco sonora, pero que permitía sin embargo oir su pronunciación á cierta distancia.»

Gardner (3) da cuenta de otro enfermo de 62 años al que se había hecho la extirpación total de la laringe por cáncer epitelial, que hablaba ó mejor dicho cuchicheaba, pero que se le oía á 30 centímetros de distancia.

Más semejante al nuestro es el caso de Macdonald y Simonds (4). «El enfermo podía hablar en voz baja pero clara, y sin necesidad de laringe artificial, por un tubo colocado sobre la cánula; esta tenía un agujero en su parte convexa. Se comprobó la existencia de repliegues faríngeos que vibraban.»

La nota que publican los *Annales des m. de l'oreille, etc.* (5), de una observación de Schmid dice lo siguiente: «Lo que hay de interesante en este caso es la conservación de la voz aunque se tapara el extremo superior de la tráquea. La voz desaparecía si el enfermo tenía el menor obstáculo en la boca; el autor cree que estaba formada por el paladar y las amígdalas.»

En un interesante trabajo de Struebing, cuyo análisis ha aparecido en los Archivos italianos de laringología (6), se estudia este fenómeno con alguna extensión; cita dos casos de Czermak y Stoerk respectivamente, en los cuales, á consecuencia de alteraciones patológicas, faltaba la comunicación entre la tráquea y la cavidad buco-faríngea, y sin embargo existía la fonación, aunque incompleta, suficiente-

---

(1) *Berliner Klin. Wochens*, pág. 430, 21 Mayo 1888.

(2) *Loco citato.*

(3) *The Lancet*, 23 de Junio 1888.

(4) *Brit. med. journal*, 4 Mayo 1889.

(5) Greifswaldew Medicin. Verein, 4 Agosto 1888. En *Annales des m. de l'oreille.* T. XV. pág. 821.

(6) Falsa voce dopo abolizione della laringe é specialmente dopo la sua estirpazione. *Archivii italiani di laringologia.* T. IX, pág. 41.

mente inteligible. Estos casos, según el autor, demuestran que determinando cierta presión negativa y positiva en la cavidad oral, se produce una corriente de aire suficiente para la fonación.

Cita Struebing después los casos de extirpación laríngea de Stoerk y Gersuny y de Schmid, de que acabamos de hablar, y de acuerdo con Landois propone la explicación siguiente de este último caso:

Después de la separación de la laringe se produjo debajo de la base de la lengua una cavidad que podía ser dilatada y estrechada por la fuerza muscular, y que sustituyendo la función de los pulmones, actuaba como un fuelle y producía la corriente de aire necesaria para que se produjera una voz clara.

Notaron además que el enfermo aproximaba fuertemente la raíz de la lengua á la pared faríngea posterior y dejaba de este modo una estrecha hendidura; cuando la citada cavidad disminuía por medio de la contracción muscular, el aire que en ella estaba, atravesaba la hendidura y mediante el roce con sus paredes se producía un rumor de estenosis que era equivalente al sonido formado en condiciones normales en las cuerdas vocales. Por lo demás, la formación de las consonantes y vocales se hacía de una manera completamente normal, puesto que el aparato destinado á la articulación no estaba alterado ni presentaba lesión alguna.

Fundado en tales hechos, cree Struebing que después de la extirpación de toda la laringe, es posible, mediante ejercicios musculares sistematizados, la formación de una «falsa voz» que mientras por su fuerza y claridad es por lo menos igual á la que se obtiene por medio de una laringe artificial, supera á esta, con mucho, por su naturaleza. Este resultado se conseguiría mucho más fácilmente si después de la extirpación del órgano se enseñase al enfermo la manera exacta con la cual puede adquirir una voz *clara é inteligible*.

Comparando los resultados que acusan las estadísticas de la extirpación total y de la traqueotomía, nos encontramos con que hasta ahora aventaja en algo esta última operación.

La de Schwartz (1) se refiere á 95 extirpaciones totales (por cánceres y sarcomas); hé aquí sus resultados:

Mueren de accidentes imputables á la operación:

---

(1) *Loco citato*, pág. 256.

En los 8 primeros días.....	12 = 12	por 100.
— 15 —	20 = 21	por 100.
— 4 primeros meses.....	7 = 7,9	por 100.
TOTAL.....	39 = 40,9	por 100.

Mueren por recidiva:

Antes de un año.....	26 = 27	por 100.
Pasan de los dos años.....	8 = 8,4	por 100.

La de Baratoux (1) comprende 106 extirpaciones totales (por cánceres y sarcomas).

Mueren por complicaciones imputables á la operación:

Accidentes operatorios inmediatos.....	17 = 16	por 100.
Complicaciones bronco-pulmonares.....	25 = 20	por 100.
Accidentes operatorios tardíos.....	14 = 16	por 100.
TOTAL.....	56 = 52	por 100.

Mueren por recidiva:

Del 4.º al 10.º mes.....	22 = 26	por 100.
Viven más de un año.....	9 = 8,5	por 100.

La estadística de traqueotomía, practicada por cáncer laríngeo, que el mismo Baratoux publica, es la siguiente:

De 123 traqueotomizados

Mueren inmediatamente.....	4 = 3,2	por 100.
— en los 15 primeros días.....	20 = 16,2	por 100.
— en el primer año.....	82 = 60,7	por 100.
TOTAL.....	106 = 80,1	por 100.
Viven más de un año.....	17 = 12,7	por 100.

Ahora bien; descártense de estas cifras las de los enfermos operados *temerariamente* en los cuales no solo se separó la laringe sino parte del exófago, base de la lengua, tráquea, etc., es decir, los casos inoperables, y algunos que murieron de causas realmente ajenas á la

(1) *Progrès médicale*, 1888, pág. 483.

operación (penetración de cuerpos extraños en el árbol aéreo, penetración de una sonda exofágica en el mediastino, etc.) y veremos que la diferencia es todavía menor de lo que en las estadísticas aparece.

Difieren los resultados extendiendo este paralelo á las extirpaciones parciales y unilaterales, como lo prueba el siguiente cuadro que es también de Baratoux:

MUEREN.	En los 15 primeros días.	En los meses siguientes.	Por recidiva.	CURACIONES.
Extirpación total.....	36 por 100	16 por 100	26 por 100	8,5 por 100
Extirpación parcial....	22 por 100	15 por 100	18,7 por 100	12 por 100
Extirpación unilateral..	12 por 100	16 por 100	24 por 100	20 por 100
Traqueotomía.....	»	»	»	12,7 por 100

Vemos, pues, que la extirpación unilateral, sobre todo, da resultados superiores á la total y parcial y á la traqueotomía.

En vista de estos datos, creemos que nuestros esfuerzos deben dirigirse especialmente á establecer un diagnóstico precoz de la enfermedad, para que encontrándose limitada la neoplasia á un solo lado de la laringe, sea posible la excisión de una mitad del órgano, con lo que ganaremos mayor número de probabilidades de salvación para nuestro enfermo.

Recientemente han publicado algunos autores hechos de curación del cáncer obtenidos por el tratamiento endo-laríngeo ó por la excisión del tumor previa la laringotomía; Fraenkel (de Berlín) (1) presenta una estadística de cuatro curaciones en seis casos de cáncer operados por la vía endo-laríngea; Schnitzler (de Viena) (2) recomienda el empleo del gálvano-cauterio, con cuyo tratamiento curó á una mujer que vivió al menos doce años después; Friengrel (de Berlín (3) y Sokolowski (de Varsovia) (4) citan otros éxitos debidos á este procedimiento; nos parecen, sin embargo, que solo debe aplicarse en los cánceres pediculados y cauterizando profundamente la base de implantación, pues las cauterizaciones superficiales parece que más bien aceleran la evolución de la neoplasia.

---

(1) *Journal of Laryngology*, núm. 4, 1889.
(2) *Internat. Klin. Rundo. Wien.* 20 Noviembre 1887.
(3) *The journal of laryngology*, núm. 1, 1887.
(4) *Internat. Klinis Rundschan*, 1889.

En resumen, nuestro criterio en el tratamiento del cáncer, es el siguiente:

Cánceres pequeños y pediculados: puede ensayarse el tratamiento endo-laringeo, estando dispuestos á practicar la extirpación lateral si repulula pronto.

Cánceres intrínsecos y limitados á un solo lado de la laringe: extirpación parcial.

Cánceres intrínsecos pero que ocupan ambos lados: extirpación total, y con mayor razón si el microscopio nos dice como en el caso que motiva estas ligeras consideraciones, que pertenece á la variedad de epiteliomas córneos.

Cánceres extrínsecos: Traqueotomia practicada pronto y lo más baja posible para retrasar cuanto se pueda la invasión de la herida traqueal por la neoplasia.

Madrid 1.º de Julio de 1890.

ESTUDIO TERAPÉUTICO SOBRE LA FENACETINA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA Y MANSILLA,

MÉDICO DE NÚMERO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL GENERAL.

(Conclusión) (1).

NEURALGIAS.

Ciáticas.

Observación 1.ª B. López, ingresa en la sala 28, cama núm. 2, el 15 de Marzo de 1889. Es un hombre de 43 años, reumático, de buena constitución y de temperamento sanguíneo. Se queja de una intensa ciática derecha que se le presentó después de haberse mojado hace seis días.

Se le dispone reposo en la cama y 3 gr. de fenacetina en 4 papeles de los que toma uno cada seis horas. A los dos días de estar usando esta medicación disminuye mucho el dolor, molestándole solamente

(1) Véase el número anterior.

los puntos dolorosos glúteo y poplíteo. Concilia el sueño fácilmente lo que antes le era imposible.

La mejoría continuó poco á poco hasta que los dolores cesaron por completo á los ocho días, en que los movimientos de la extremidad inferior derecha eran completos no percibiéndose tampoco punto alguno doloroso.

Observación 2.ª Muy análogo al anterior es el siguiente:

A. Fernández, de 29 años, robusto, ingresa en la sala 28, núm. 10, el 12 de Abril de 1889, á consecuencia de una ciática que le venía molestando desde hacía siete días. Este individuo, albañil de profesión, padecía con frecuencia dolores reumáticos articulares y la misma ciática la había sufrido el invierno anterior.

Cuando se presentó á nuestra observación los dolores de la cadera eran lancinantes y de tiempo en tiempo notaba fulguraciones intensas á lo largo del gran nervio ciático. En el dorso del pie acusaba también mucho dolor espontáneo que se hacía insufrible cuando se comprimía el punto pedio. Los movimientos de flexión de la pierna sobre el muslo eran muy dolorosos, por lo cual el enfermo los evitaba con igual cuidado que los de la articulación coxo-femoral. Tenía fiebre ligera.

Dispuse el uso de la fenacetina á la dosis de 60 cg. tomando una por la mañana, otra al mediodía y otra por la noche.

A las 4 dosis que tomó el enfermo notó que los dolores del pie y de la cadera comenzaron á disminuir, los movimientos de la pierna no provocaban dolores tan intensos.

A los tres días la mejoría se hizo tan sensible que el enfermo podía andar, aunque con dificultad, sin que la progresión despertase las fulguraciones dolorosas que antes le obligaban á suspender la marcha.

Rápidamente fueron disminuyendo los dolores espontáneos, cesaron los *puntos doloridos* y el enfermo estaba completamente bien á los diez días de usar la fenacetina, tomando en todos estos días 15 gr. en cantidad total.

Además de la neuralgia ciática hemos administrado la fenacetina en las siguientes:

Gastralgia.

Era una señora de 58 años, que padecía intensos dolores gástricos dependientes de una úlcera simple del estómago que la molestaban

mucho á las tres horas de las comidas. Se le dispuso 0,5 gr. de fenacetina en el momento de comenzar el dolor. Al poco tiempo de usar el medicamento se calma y la digestión se completaba sin grandes molestias. Después de cada comida repetía la dosis y de este modo marchó durante ocho días, al cabo de los cuales el dolor desapareció por completo, si bien, como dependiente de una lesión local, volvió á los quince días á presentarse.

Hemicránea.

Un hombre de 28 años, de origen francés, ingresó en la sala 29, núm. 14, en 20 de Diciembre de 1889. Acusaba intensa hemicránea que ya en otras ocasiones había sufrido. Los dolores eran intensos y se exacerbaban con la luz y con el movimiento. Había náuseas y vómitos.

Se le administra 1 gr. de fenacetina y á la media hora siente el enfermo gran alivio, disminuye la tensión dolorosa de la región temporal y puede conciliar el sueño.

Al siguiente día se repiten dos dosis de otro gramo cada una con lo cual se consigue que desaparezca el dolor espontáneo, si bien quedó gran sensibilidad á la presión, consiguiendo la curación completa á los ocho, insistiendo en la fenacetina á la dosis de 0,25 gr. repetidas cuatro veces al día.

Neuralgia del trigémino.

A una joven de 18 años, histérica, que sufrió un fuerte acceso de grippe, durante los primeros días de Enero, se le presentó en la convalecencia una neuralgia facial derecha que no le permitia momento alguno de reposo. Se le administró al cuarto día de padecer aquel accidente 1 gr. de fenacetina con lo cual cedió el dolor á la hora de usarla, y continuando con ella cinco días, aunque en menores dosis, curó completamente.

TUBERCULOSIS PULMONAR.

Como la fenacetina no hay inconveniente en que sea usada durante mucho tiempo, está perfectamente indicada en la tuberculosis pulmonar durante el período febril, con cuyo uso se consigue que la

temperatura se eleve muy poco sobre la cifra normal, y evitando así los gastos orgánicos excesivos que origina la fiebre éctica, contribuímos á prolongar cuanto nos es posible la vida de los tísicos.

En 10 enfermos de tuberculosís febril hemos empleado la fenacetina, pero nos bastará con que citemos dos casos.

Observación 1.ª E. Martínez, de 22 años, ingresa en la sala 28, núm. 24, en 1.º de Mayo de 1889. Hace tres años por lo menos que es tuberculoso. Ha tenido varios brotes de tuberculosis, acompañados de su fiebre correspondiente. En el momento de examinarle podemos comprobar la existencia de una caverna en el vértice del pulmón derecho. Los demás síntomas de auscultación y percusión unidos al estado febril y á otros fenómenos agudos de parte del aparato respiratorio, nos demuestran que el individuo está en el período de un nuevo brote tuberculoso con su pneumonía perifímica correspondiente.

Por la mañana la temperatura era la normal, pero á las cinco de la tarde los escalofríos repetidos y el malestar general nos anuncian que la fiebre comienza, elevándose hasta 40°,5. En esta situación, dispusimos 1 gr. de fenacetina en tres papeles cuyas dosis tomaba el enfermo á las cuatro, ocho y doce de la noche.

Durante quince días estuvo usando este medicamento con lo cual la temperatura no se elevaba sobre los 39° como se demuestra por las cifras siguientes:

5 de Mayo, mañana.....	37°	—6 de la tarde.....	38°,9
6	—	.....	36 ,9	—	.....	37 ,9
7	—	.....	37	—	.....	38 ,5
8	—	.. ..	37 ,2	—	.....	37 ,8
9	—	.....	37	—	.....	38 ,8
10	—	.....	37 ,3	—	.....	39
11	—	.....	37	—	.....	38 ,6

Después de quince días cesó la fiebre, se restableció el apetito, y el individuo entró en un período apirético, en el que permanece hasta tanto que se presente un nuevo brote de tuberculosis.

Observación 2.ª J. Menéndez ocupa la cama núm. 29 de la sala 29. —Padece de tuberculosis pulmonar en el período de reblandecimiento. La fiebre es continua, si bien se aumenta por las tardes, llegando hasta por cima de los 40°. Se le administran 3 gr. diarios de fenacetina, dispuestos en 6 papeles, de los que toma uno cada cuatro horas.

La temperatura se sostiene alrededor de los 38° por la tarde, siendo normal por las mañanas, no obstante que antes de administrar el medicamento llegaba hasta los 40° por la tarde y 39 por las mañanas.

ERISIPELA FACIAL.

M. Pardo ingresa el 11 de Enero de 1890 con una erisipela extensa de la cara y del cuero cabelludo. La temperatura era de 40°,5, tanto por la mañana como por la tarde.

Se le administran 2 gr. de fenacetina, divididos en 4 papeles, de los cuales toma 1 cada seis horas, y rebaja la temperatura, como lo demuestran las cifras adjuntas.

Día 4.° de la enfermedad. Mañana, 40°,5; tarde, 40°,5. Comienza á usar la fenacetina.

Día 5.°, mañana.....	38°,5	— Tarde.....	39°
— 6.°, —	38 ,6	—	38 ,9
— 7.°, —	38 ,6	—	38 ,8
— 8.°, —	38 ,4	—	38 ,4
— 9.°, —	39	—	38 ,5
— 10.°, —	38	—	38 ,9
— 11.°, —	37	—	37 ,3

Como se ve, en este caso no disminuyó la duración de la erisipela, pero se sostuvo la temperatura por bajo de la cifra que á aquella enfermedad le corresponde, además de molestar poco al enfermo la tensión y el dolor de las partes inflamadas.

REUMATISMO POLI-ARTICULAR AGUDO.

En el reumatismo poli-articular agudo es sin duda alguna la enfermedad en que se obtienen éxitos más lisonjeros del uso de la fenacetina. Presta resultados más favorables aún que los del silicilato de sosa, sobre el cual tiene la fenacetina la ventaja de ser mejor tolerada por el tubo digestivo. El entusiasmo de algunos médicos alemanes por la fenacetina llega hasta el punto de considerarla como verdadero específico del reumatismo poli-articular agudo.

Sin llegar nosotros á tal exageración, creemos que en esta enfermedad está plenamente indicada la fenacetina, porque á la propiedad

de disminuir la fiebre se une la de calmar el dolor, que tanto molesta á los enfermos que padecen de reumatismo agudo.

En tres casos la hemos usado; pero como en los tres hemos obtenido resultados análogos, expondremos uno solo.

J. Villar, de 34 años, ingresa en la cama núm. 14 de la sala 28, con un reumatismo poliarticular agudo, el 14 de Febrero de 1890.

Los movimientos de las cuatro extremidades le son completamente imposibles. Los dolores son muy intensos, sobre todo en las articulaciones escápulo-humeral, muñeca, rodilla y tibio-peroneotarsiana, que se encuentran además tumefactas y edematosas. La fiebre era de 39°,5, y toda la piel cubierta de sudor abundante.

Se le disponen 3 gr. de fenacetina en 6 papeles, para tomar uno cada cuatro horas.

Al día siguiente desciende la fiebre y disminuye algo el dolor de las articulaciones.

Continúa con el uso del medicamento durante cinco días, y poco á poco va desapareciendo la tumefacción de las articulaciones, el dolor y la imposibilidad del movimiento. A la vez que el enfermo va pudiendo moverse en la cama y hacer uso de sus extremidades, desaparece la fiebre, cesan los sudores y puede conciliar el sueño, que antes le era imposible.

Pasados los días de agudeza, quedaban todavía doloridas las articulaciones escápulo-humeral y rodillas; pero desaparecieron también, gracias al uso de la fenacetina durante otros seis días, si bien á menor dosis, puesto que solo tomaba 1 ½ gr. en las veinticuatro horas. No hemos observado complicación alguna por parte de los aparatos circulatorio y respiratorio durante la administración de la fenacetina en el reumatismo poli-articular agudo ó sub-agudo. La mejoría se obtiene desde las primeras dosis, pero debe continuarse en el uso de la fenacetina durante el estado apirético si queremos obtener una curación completa.

Análogos resultados hemos conseguido en un caso de *artralgia diftérica* en un individuo en quien existían además parálisis del velo del paladar y de la faringe.

FIEBRE TIFOIDEA.

Dos fiebres tifoideas hemos tratado por la fenacetina, y ambas con resultados favorables, pero expondremos una solamente.

M. Domínguez, de 25 años, ingresa en la sala 28, cama núm. 18, con una fiebre tifoidea que, á juzgar por su estado y por los antecedentes que pudimos recoger, se encontraba en el 8.º día de su curso. La lengua estaba oscura, los dientes fuliginosos, el estupor profundo y la temperatura era de 40°,6.

Se administra una dosis de fenacetina de 0,6 gr. y se toma la temperatura de dos en dos horas, obteniendo las cifras siguientes:

Día 8.º,	10	de la mañana.....	40°,6	de temperatura.—0,6 gr. de fenacetina.
—	12	— —	39 ,5	
—	2	— tarde.....	38 ,6	
—	4	— —	38 ,8	
—	6	— —	39 ,4	
—	8	— noche.....	40 ,2	

Visto que el efecto antipirético de la fenacetina era evidente, la continuamos administrando á la dosis de 0,6 gr. y cada cinco horas, hasta tanto que la fiebre desapareció por completo. Hé aquí las temperaturas de una semana:

Día	9.º, temperatura: mañana.	38°,5	— Tarde.....	39°
—	10.....	38 ,7	—	38 ,9
—	11.....	39	—	39 ,4
—	12.....	38	—	38 ,3
—	13.....	37 ,9	—	39 ,2
—	14.....	38 ,2	—	38 ,8
—	15.....	38 ,7	—	39

Como se ve por estas cifras, la fiebre, que se sostuvo hasta el vigésimo día, era moderada, oscilando entre 38 y 39°, sin llegar á los 40. Comparando estas cifras con las que corresponden á la tifoidea, no tratada por los antipiréticos, se ve claramente la acción antifebril de la fenacetina.

Á pesar del tiempo que duró el empleo del medicamento, no tuvimos que lamentar complicación alguna, siendo por el contrario, moderada la fiebre, la cefalalgia y el estupor, y además el enfermo dormía algunas horas. No ha habido disminución en la duración de la enfermedad.

INTERMITENTES PALÚDICAS.

Ya indicamos arriba que habíamos empleado la fenacetina en cuartanas, tercianas y cuotidianas, y que, á pesar de disminuir la

temperatura durante el acceso febril, no se evitaba la repetición de nuevas accesiones.

Esto nos indica que, si bien la fenacetina es un antifebril, pues que rebaja la temperatura de las fiebres palúdicas como la de cualquier otra fiebre, no tiene influencia alguna sobre el germen palúdico.

COMPARACIÓN DE LA FENACETINA CON OTROS ANTI-HIPERTÉRMICOS.

Como vemos por esta reseña, el parentesco químico que existe entre la antipirina, la antifebrina y la fenacetina, hace que exista también cierta correlación en cuanto á sus efectos fisiológicos y á sus aplicaciones terapéuticas.

Pero como no obstante, unos tienen ventaja sobre los otros, en cuanto á esta ó aquella cualidad, de ahí que creamos prudente establecer cierto paralelo entre aquellos tres productos afines.

La antipirina, como soluble que es en el agua, puede emplearse por vía hipodérmica y rectal, cuya aplicación no puede tener la fenacetina por ser insoluble. En cambio la administración de esta por vía gástrica es sumamente cómoda, pues su insolubilidad hace que no tenga sabor alguno.

La antifebrina ó acetanilido es también soluble en el agua, pero la propiedad que tiene de producir frecuentes cianosis y de disminuir la oxi-hemoglobina haciendo lentos los cambios nutritivos, hace que se relegue siempre á un lugar muy secundario.

La antipirina también disminuye algún tanto los cambios nutritivos, aunque no tanto como la antifebrina. Produce además, cuando se administra durante mucho tiempo, el rash escarlatiniforme y fenómenos de colapso muy intensos.

La fenacetina no produce fenómenos de colapso ni erupción cutánea alguna, aunque se administre durante muchos días. Únicamente ha producido algún vértigo cuando se ha dado á dosis de 3 gr. y repetidas con frecuencia.

Por eso, si colocamos los tres medicamentos por el orden de su toxicidad y de más á menos, resulta que los colocaremos de este modo: antifebrina, antipirina y fenacetina.

Respecto al poder antifebril de estos tres medicamentos, se admite que 1 gr. de fenacetina equivale á 2 de antipirina y á 0,5 de antife-

brina. Así que, con arreglo á sus cualidades anti-hipertérmicas, el orden en que deben colocarse, es: antifebrina, fenacetina y antipirina.

Respecto á las aplicaciones, hay indicaciones que son más capitales de cada uno de estos tres medicamentos; así la antifebrina es preferible en los dolores fulgurantes de la tabes dorsalis, la antipirina combate mejor las jaquecas de origen dispéptico, y la fenacetina, como es la menos tóxica, se emplea con preferencia á todas las demás en las enfermedades en que á la gran temperatura se añade la tendencia á la adinamia y al colapso.

DOSIS Y MANERA DE ADMINISTRAR LA FENACETINA.

Como quiera que la fenacetina no es un medicamento tóxico que deba usarse á pequeñas dosis y con gran exactitud, no tiene nada de extraño que los diversos clínicos que la han utilizado hayan empleado dosis muy diferentes.

Por lo pronto, como se trata de una sustancia tan insoluble en el agua, claro que nunca la podremos emplear en inyecciones hipodérmicas, ni por la vía recta, pues si alguna vez se ha usado por vía hipodérmica, disuelta en el éter, ha sido con un objeto experimental. Solo por la vía gástrica, en papeles, en sellos ó en una emulsión gomosa es como debe administrarse, pues en el estómago se disuelve y absorbe, gracias al ácido láctico que en el jugo gástrico existe.

Kobler administra sellos de 30 cg.; Heubner da hasta 1 gr. por dosis, y Lepine da hasta 2 y 4 gr. de cada vez. Nosotros la hemos administrado á dosis de 25 á 50 cg., pudiendo repetirlas cada seis horas ó cada cuatro, según la intensidad de la fiebre, con lo cual toma el enfermo 2 ó 3 gr. cada veinticuatro horas.

Generalmente es conveniente comenzar por dosis de $^1/_2$ ó 1 gr., hasta conseguir que la temperatura baje hasta 38°; después sostenerla alrededor de esta cifra mediante la administración de dosis de 30 cg. cada cuatro horas.

Hay necesidad también de tener en cuenta que cuando se trata de una fiebre que dura mucho tiempo, las dosis de los primeros días produce más descenso térmico que las de los siguientes, por lo cual, si durante los seis días primeros administrábamos 2 ó 3 gr. durante las veinticuatro horas, en los siguientes hay que elevar la cantidad hasta 4 ó 5 gr., para los mismos espacios de tiempo.

En los niños la dosis es de 20 á 25 cg. en suspensión en un jarabe, pudiendo repetirla cada cuatro ó cinco horas. También puede mezclarse con el azúcar á partes iguales. Cuando se emplea como analgésica, la dosis es de 1 gr., repitiéndola si se presenta de nuevo el dolor.

Como quiera que la fenacetina necesita del jugo gástrico para ser disuelta y absorbida, de ahí que debe administrarse durante el período de actividad del estómago en aquellos casos en que, empleándose con un fin analgésico, no esté privado el enfermo de la alimentación, puesto que si la usamos con un objeto de rebajar la fiebre, ya sabemos que en este caso está casi siempre contraindicada la alimentación. Y como prueba de la importancia del jugo gástrico para que la fenacetina produzca los efectos que de ella hay que esperar, dice Misrachi (1) que en el 14 por 100 de enfermos en quienes se administra, y sobre todo en los que padecen jaqueca, no produce resultado alguno la fenacetina, y los explica diciendo que esta falta de acción depende, ya de las idiosincrasias individuales, ya de los trastornos gástricos, que existen en muchos individuos, y sobre todo en los que sufren de jaquecas, los cuales consisten esencialmente en una falta, disminución ó alteración en la composición del jugo gástrico.

Como dato que es conveniente no olvidar para la cuestión de dosis es el relativo á la relación de la potencia antitérmica de la fenacetina en comparación con la antifebrina y la antipirina. Los clínicos alemanes han demostrado que 1 gr. de fenacetina equivale á 2 de antipirina y á 50 cg. de antifebrina.

También hay que tener en cuenta que cuando se emplea como analgésica la dosis debe ser mayor que cuando se usa como antifebril.

VII.

CONCLUSIONES.

1.ª La fenacetina no rebaja la temperatura fisiológica del hombre, si se administra á dosis terapéutica.

2.ª En los animales de sangre caliente, disminuye su temperatura

---

(1) Misrachi y Rifat.—«Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la phenacetine (para-acet-phenetidine).»—*Bulletin de Thérapeutique*, 1888, tomo I.

normal cuando se administra á la dosis de 1 gr. por kilogramo de peso del animal. No tiene acción alguna sobre los animales de sangre fría.

3.ª La fenacetina es un poderoso anti-hipertérmico que tiene la propiedad de disminuir la fiebre, sea cualquiera su origen y naturaleza.

4.ª A dosis terapéutica en el hombre principia el descenso febril á la media hora de administrarse la fenacetina, llegando á su maximun de acción á las cuatro horas, para después elevarse nuevamente la temperatura hasta el grado á que se encontraba antes de administrar el medicamento.

5.ª La fenacetina no es tóxica en el hombre, á las dosis á que se administra ordinariamente. En los animales es tóxica á la dosis de 2 gr. por kilogramo del peso del animal.

6.ª Como antifebril la fenacetina puede emplearse con excelentes resultados en la pulmonía y en la pleuresía agudas, en la erisipela facial, en la fiebre tifoidea, y en general, en toda clase de enfermedades febriles en que creemos esté indicado el descenso de la temperatura.

7.ª Además de su acción anti-hipertérmica la fenacetina es como todos sus congéneres un excelente analgésico que disminuye el dolor y modera las funciones del sistema nervioso.

8.ª Por esta propiedad nervina podemos usarla en el reumatismo articular sub-agudo y crónico, en toda clase de neuralgias, en la epilepsia, el histerismo, etc.

9.ª Es casi un específico en el reumatismo poli-articular agudo, pues llena las indicaciones de rebajar la fiebre y de calmar los dolores.

10.ª Es también un medicamento moderador de la secreción urinaria, por lo cual se emplea con éxito en la poliuria de origen nervioso.

11.ª La fenacetina se usa solamente por la vía gástrica, pudiendo administrarla en sellos de limousin ó en suspensión en una emulsión gomosa ó en un jarabe.

La dosis en los adultos es 50 cg. á 1 gr. cuando se desea obtener un antifebril, y de 40 á 60 cg. para los efectos analgésicos.

En los niños, la dosis es de 25 á 30 cg.

Deben repetirse las dosis cada cuatro ó cinco horas, á fin de que cuando comienza á disminuir la acción desenvuelta por una dosis

del medicamento se vigorice con la de otra nueva y así se sostenga la disminución térmica y la del dolor.

12.ª La fenacetina se disuelve en el estómago mediante la acción del ácido láctico y su eliminación se verifica principalmente por el riñón, pudiendo demostrarse su presencia en la orina por el sulfato de cobre, que da color verde ó con el percloruro de hierro que da el rojo.

13.º La fenacetina es preferible en muchos casos á la antifebrina y á la antipirina, pues tiene las mismas propiedades que estos derivados de los fenoles sin tener ninguno de sus inconvenientes.

Madrid 1.º Mayo 1890.

VISITA Á LAS CLÍNICAS GINECOLÓGICAS DEL EXTRANJERO, (1)

POR EL DOCTOR

D. A. M. COSPEDAL TOMÉ,

MÉDICO, POR OPOSICIÓN, DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA, ENCARGADO EN EL MISMO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.

(Conclusión) (2).

UNIVERSIDAD DE STRASSBURGO.

La escuela de medicina de Strassburgo es una de las más justamente célebres. En ella han existido profesores notables, lo mismo cuando Strassburgo era francesa, como ahora que es alemana. Seguramente ningún médico ilustrado dejará de conocer los trabajos científicos de aquella universidad. En medicina como en cirugía la facultad de Strassburgo ha dado á conocer su importancia en publicaciones de diversa índole.

Por esto, hace algunos años tenía yo el propósito de visitar aquella universidad, que es una pequeña imagen, pero fiel y perfecta, de toda la nación alemana en su aspecto médico.

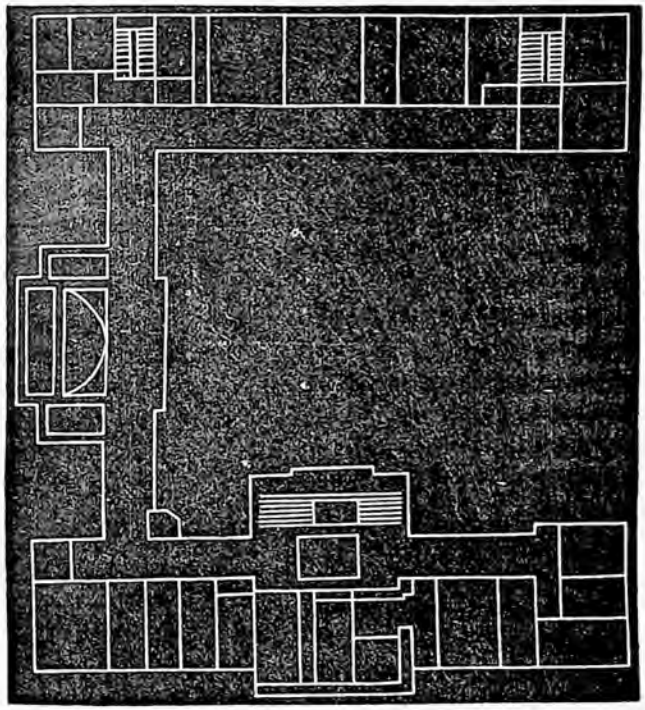
(1) En el número anterior, pág. 261, línea 21, dice «á las dos» y debe decir «á las siete».
(2) Véanse los números 1, 2, 4 y 5 del año II.

Hasta la circunstancia de encontrarse reunidas las clínicas en un barrio apartado del resto de la población, da carácter de independencia á la facultad de Strassburgo. Parece un organismo que funciona con vida propia, sin relación con las demás actividades científicas de aquella ciudad. Las clínicas se hallan como encastilladas en una población distinta; más allá de su límite externo no existe sino las obras de defensa de la ciudad, bien resguardada por cierto de temidos ataques, y por su límite interno, se hallan también como protegidas contra las miradas de curiosos extraños á la ciencia médica.

Profesor Dr. Freund.

Sobre la puerta de entrada en aquella parte de la población se lee *Bourg-Hospital* y más allá no existen sino Hospitales y Clínicas. Allí se halla reunido cuanto debe visitar el médico; clínicas de ojos, de laringe, de locos, de piel, de medicina y cirugía generales, farmacias, laboratorios, etc., etc. Allí se halla también la clínica de ginecología que dirige el profesor Dr. Freund, única en que yo me ocuparé para no separarme del objeto de estos artículos, aunque con mucho gusto referiría lo que son otras clínicas y laboratorios y muy particularmente la del ilustradísimo profesor Dr. A. Lücke, uno de los cirujanos á quien he visto pasar su visita de la manera más concienzuda.

La clínica ginecológica, que ocupa un edificio aislado, construído expresamente con tal destino, tiene la forma que puede observarse en el adjunto plano.



Como se ve en esta representación esquemática, el edificio se compone de dos cuerpos enlazados por una galería, en cuyo centro se ha construído la sala de operaciones abdominales. Todo lo que he escrito á propósito de la clínica oficial de mujeres de Berlín tendría aquí buena colocación si no fuera repetir una misma cosa. Remito, pues, al lector á lo que he consignado en aquel lugar respecto de enfermerías, prácticas asépticas, cuidados preventivos, organización de servicios, etc., etc., puesto que con escasas diferencias, en lo fundamental, la manera de practicarse la especialidad ginecológica en la clínica que dirige el profesor Dr. Freund es igual á las de Berlín y á las de Dresden y Freiburgo. No hay para qué repetir en este lugar detalles que ya servirían solamente para fatigar al lector.

La sala de laparatomías está construída con sujeción á todos los preceptos de la asepsia. Se halla aislada totalmente de las enfermerías. Ocupa, como señala el plano anterior, en el primer piso la parte central de la galería ó corredor que une ambos cuerpos de edificio. Amplia ventilación, excelente luz, limpieza exquisita y arsenal completísimo y bien ordenado de todos los útiles necesarios en operaciones de la índole á que está destinada la sala, tales son los elementos que en ella se hallan reunidos para garantir la vida de las operadas, para satisfacción propia del profesor y para la formación al cabo de estadísticas cuyo resultado confirma, á la vez que la excelencia del método, la habilidad del operador.

En la misma clínica existe una instalación para aplicar la electricidad en diversas formas de distintos padecimientos. El método llamado de Apostoli, porque este distinguido profesor de París, con cuya amistad me honro, le ha elevado á la categoría de tal con su constancia, con sus estudios, con su propaganda, con su práctica ya dilatada y con sus publicaciones, este método tiene en la clínica ginecológica de Strassburgo reservado el lugar que le corresponde, y el profesor Freund, que se sirve de él con todo el interés que merece, tuvo la bondad de mostrármele con la satisfacción que ocasiona la posesión perfecta de un medio muy utilizable en ginecología.

Una de las manifestaciones de la actividad del profesor Freund, que constituye en él una especialidad, es la preparación de piezas patológicas frescas. Su laboratorio histo-químico es digno de visita por lo bien instalado y por los trabajos que en el mismo se realizan; pero lo que más llama la atención es la referida preparación de las piezas patológicas separadas del cuerpo de las enfermas en las operaciones ó extraídas por medio de la autopsia. Extendidas cuidadosamente, de modo que se aprecien los detalles interesantes de cada caso, sobre una especie de pequeños alambrados ó tela metálica de mallas no apretadas, sumergidas en líquidos de preparación especial y cubiertas con cristales pueden verse en una instalación muy bien establecida multitud de trompas y ovarios extirpados, ligamentos anchos, trozos de matrices fibrosas ó degeneradas de diversos modos, piezas todas curiosísimas que tienen dos objetos, uno el de confirmar los diagnósticos y la necesidad de la intervención quirúrgica y otro el de servir de estudio á los alumnos de aquella clínica que disponen así de un medio más de enseñanza para la provechosa y envidiable que reciben en la clínica del Dr. Freund. Hasta pueden

servir para modelar sobre ellas preparaciones idénticas artificiales. Es un método muy digno de alabanza, propio del Dr. Freund y que este tuvo la bondad de enseñarme con el cariño que inspira una cosa propia.

El resto de la clínica revela que el servicio se cumple de una manera admirable y que, así el profesor Freund como sus asistentes, conocen la importancia de los medios exploratorios modernos, de las doctrinas quirúrgicas perfeccionadas, de los progresos que al tratamiento posterior á la operación ha aportado el conocimiento más exacto de las infecciones y modo de prevenirlas ó atenuarlas, del valor de las observaciones bien recogidas para la enseñanza de los médicos que leen, de las estadísticas bien formadas en las cuales tanto se aprende, y, por último, de la necesidad de rodearse de cuantos elementos son hoy indispensables para el ejercicio profesional recto, severo y concienzudo.

El profesor Freund, visto al frente de su clínica, confirma la reputación de que goza como ginecólogo. Su trabajo personal le ha conquistado en su país un nombre respetable. Sus publicaciones han extendido más allá su justa fama, basada en sus iniciativas. Su nombre va unido á operaciones tan importantes como la extirpación total de la matriz por el abdomen, á métodos y procedimientos, si menos transcendentales como atrevimientos quirúrgicos, más útiles, en cuanto á resultados curativos, porque, en efecto, sus opiniones y práctica, por ejemplo, en operaciones por la vajina, y sobre este mismo órgano tienen valor real en el tratamiento de diversas lesiones de los órganos sexuales de la mujer.

Además, el Dr. Freund es hombre muy cortés. Frisará en los 54 ó 56 años de edad, tiene rostro expresivo, inteligente y simpático, es delgado de cuerpo y se halla dotado de una gran actividad, revelada en todos sus gestos y ademanes. Cuenta con asistentes competentísimos, como su mismo hijo y como el Dr. Maurice Muret, aquel asistente en la clínica ginecológica y este en la de obstetricia, además de otros cuyo nombre siento no recordar para enviarles ahora un amistoso saludo.

Á todos fuí merecedor de grandes atenciones, y en justa y obligada correspondencia les dedico aquí un recuerdo afectuoso, muy particularmente al respetable profesor Freund y al complaciente y atentísimo Dr. Maurice Muret, que llevó su cortesía conmigo hasta un grado solo comparable con el de su ilustración, de la cual tuve

ocasión de convencerme en conversaciones científicas sostenidas en su misma habitación particular del edificio de la clínica, alhajada por cierto con el gusto de un aficionado á las bellas artes.

Los datos y estadísticas referentes á aquel establecimiento merecerían consignarse en este lugar, pero á semejanza de lo que he hecho con relación á otras clínicas, los reservo para no despojar á estos artículos del carácter que desde luego les asigné.

Partí de Strassburgo con el sentimiento de no haber podido saludar al célebre profesor Kœberlé, cuyos trabajos científicos son bien conocidos de todo el mundo, especialmente desde que la operación de la ovariotomía se fué naturalizando en la práctica. Pero el profesor Kœberlé está ya viejo y achacoso, y es una gloria pasada, no menos estimable sin embargo. Además, hace algún tiempo se halla como apartado de los certámenes ginecológicos, porque su grande amor á la Francia le ha apagado un tanto sus entusiasmos científicos, si estos habían de hallarse cobijados bajo las alas del águila del imperio alemán. Ha preferido acrisolar su fidelidad á la patria con perjuicio de su propia gloria.

PARIS.—CLÍNICA PARTICULAR DE GINECOLOGÍA.

El Dr. Amadeo Doleris es en la capital de Francia uno de los ginecólogos distinguidos y justamente reputados. Muchos lectores de estos artículos conocerán al Dr. Doleris porque concurrió al Congreso de Ginecología que se celebró en Madrid en Mayo de 1888.

La historia del Dr. Doleris como interno de varias clínicas, como jefe de servicio en la Maternidad de París, como colaborador de M. Pasteur en investigaciones microbiológicas relacionadas con afecciones de la mujer, como tocólogo, más tarde, de los hospitales, y como sostenedor de una clínica particular de ginecología, está llena de méritos científicos que á la vez han contribuído á acrecentar su ilustración y á elevarle, en el concepto de los médicos de dentro y fuera de su país, á un rango entre los primeros como ginecólogo á la usanza moderna, no al estilo de los anteriores aficionados á la especialidad.

La verdadera ginecología es en Francia de reciente fecha, y el

Dr. Doleris, sin disputa, uno de los más activos, más celosos y más ilustrados propagandistas de la especialidad. Por esto su personalidad merece mención en estos artículos al lado de hombres tan respetables como la mayor parte de los que me han ocupado hasta ahora.

El Dr. Doleris concurre á la mayor parte de los Congresos gine-

Dr. Amadeo Doleris,

Tocólogo de los Hospitales, profesor libre de ginecología.

cológicos y ha contribuído á los progresos de esta rama particular de los conocimientos médicos llevando á discusión el fruto de sus trabajos personales.

Tiene publicados numerosos folletos acerca de puntos importantes de obstetricia y ginecología que han visto la luz pública en periódicos franceses y que forman hoy pequeños libros, cuyas doctrinas y hechos prácticos se consultan con provecho. Es director del periódico

Nouvelles Archives d'Obstetrique et de Gynécologie y del *Repertoir universelle d'Obstetrique et de Ginécologie*, en cuyas páginas se lee cada diez días el resultado de los trabajos obstétricos y ginecológicos de todos los países. En dicho periódico aquel profesor publica numerosos estudios interesantes acerca de diversos asuntos de la especialidad, y entre ellos ha visto la luz la excelente Memoria que presentó para su discusión en nuestro Congreso ginecológico, titulada: *Patogenia y tratamiento de las lesiones del cuello del utero.*

El Dr. Doleris es autor de procedimientos quirúrgicos ginecológicos, inventor de instrumentos que han encontrado muy útil aplicación en operaciones tan sencillas como los lavados de la matriz y tan importantes como la extirpación total de este órgano; diagnostica perfectamente las lesiones; es operador muy hábil, como he podido comprobar en las diferentes ocasiones en que le he visitado en su clínica, y cuenta con una estadística de operaciones ginecológicas, más ó menos graves, vajinales y abdominales, que le dan derecho á presentar sus publicaciones, siempre basadas en observaciones, personales el mayor número, como el resultado serio y concienzudo de su inteligencia, de sus estudios y de su experiencia personal.

Es, pues, el Dr. Doleris, un ginecólogo con méritos suficientes para figurar entre los buenos. Su clínica particular merece conocerse; á semejanza de lo que ocurre entre nosotros, el esfuerzo individual en Francia es el que está haciendo progresar la ginecología, porque cuando esta especialidad no había salido de los centros oficiales, los hombres que la cultivaban no habían logrado sacarla de los moldes viejos y arrastraba una vida lánguida. Pero desde que Doleris, Pozzi, Richelot, Apostoli, Terrillon, Porak, Terrier, Championière y varios más, cuyas clínicas deben visitarse, dirigieron sus esfuerzos á constituir la ginecología como tal especialidad, esta se desarrolla y crece lozana, imitando ó perfeccionando los procedimientos de su estudio, que en otros países tenían ya carta de naturaleza.

La clínica particular de Doleris ocupa todo el primer piso de una casa bastante á propósito para su objeto, en el núm. 13 de la *rue de Linnée* y núm. 12 de la *rue de Navarre*. Entrando por este último punto se llega al local en que el Dr. Doleris pasa su consulta pública y donde explica los cursos libres de ginecología, que son escuchados por muchos alumnos y por no pocos profesores. En dicha sala existen los necesarios útiles para el objeto á que está destinada. Allí mismo, en habitaciones distintas, tiene instalada la redacción y

administración de su periódico y la pequeña biblioteca de obras obstétricas y ginecológicas. Se cruza después por un jardín bastante espacioso y se llega á la otra parte del edificio, destinada á alojar las enfermas en habitaciones que reunen condiciones, si no absolutamente perfectas, bastante aceptables para el destino que cumplen.

Una habitación separada de las demás, con dos grandes ventanas sobre el jardín, de paredes lisas y pintadas de color claro, como de 4 m. de longitud por cerca de 3 de anchura, sirve para toda clase de operaciones vajinales y abdominales. En ella tiene el Dr. Doleris lavabos, un armario para los instrumentos, irrigadores, la mesa de operaciones, muy sencilla, de su invención, y cuyo grabado se halla representado en la obrita de Brissay, titulada *Fragments de Chirurgie et de Gynécologie opératoire contemporaines*, y algunos otros enseres necesarios en una sala de operaciones. En ella he visto operar bastante número de enfermas al Dr. Doleris, en mis visitas de cada año á Paris, siguiendo los preceptos de la doctrina aséptica y ayudado de madame Schulzt y de los doctores Bonet, Petit y Morvan. Los resultados de sus operaciones están consignados en las páginas de su periódico ó de otros de la capital de Francia, así como varios de sus procedimientos ginecológicos propios.

Las prácticas asépticas de la clínica del Dr. Doleris no son, sin embargo, tan perfectas como las de otros puntos del extranjero; son susceptibles de perfeccionamientos. Verdad es que el carácter de los franceses, á semejanza del nuestro, no consiente sin duda prácticas cuyo rigor está especialmente basado en el cumplimiento de los detalles, sin el cual la asepsia queda incompleta y las enfermas y el resultado de las operaciones expuestos á fracasos que podrían evitarse como se verifica en otros paises más afortunados. Cierto también que el esfuerzo individual no puede lograr la perfección que el esfuerzo colectivo, y sobre todo que el esfuerzo del Estado, si este se desarrolla debidamente; y asimismo es indudable que las múltiples ocupaciones de profesores como el Dr. Doleris, que tiene á su cargo un servicio de obstetricia en los Hospitales, la publicación de sus trabajos científicos, la explicación de sus conferencias ginecológicas, la concurrencia á las Academias, la clínica de la población y la clínica particular, son motivos suficientes para producir algunas deficiencias en la instalación y prácticas de esta última. Pero, aun así, es posible llegar á mayor perfección, porque he adquirido ese convencimiento en muchas de las clínicas de Alemania.

De todos modos, la personalidad y la clínica particular del Dr. Doleris son dignas de conocerse; esta, porque es un centro de enseñanza de buena ginecología, donde pueden observarse multitud de enfermas, presenciar numerosas operaciones de todo género, seguir el curso posterior á las operaciones, comprobar los resultados terapéuticos de las intervenciones quirúrgicas y aprender de aquel profesor en sus conferencias y en sus buenos análisis micrográficos la experiencia que su práctica le permite aconsejar como útil y beneficiosa en el tratamiento de las ginecopatías; y aquella, la personalidad del Dr. Doleris, porque, aparte de sus condiciones científicas, es socialmente considerado uno de los hombres que sabe hacer la amistad más agradable y que no omite con sus colegas ninguna clase de atenciones, lo cual consigno ahora con mucho gusto, como débil muestra de las muchas que yo le he merecido en mis visitas á París.

CUERPO MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID.

Sesión 6.ª (22 de Enero de 1890) (1).

Presidencia del Excmo. Sr. D. Eusebio Castelo,

Decano del Cuerpo.

DE LA GRIPPE.

Continúa la discusión del tema segundo, usando de la palabra los señores siguientes:

Sr. Mansilla. Expone la historia de un enfermo que ha tenido en su sala y al que habiendo fallecido ha practicado la autopsia. Era un joven robusto que fué atacado de la grippe de forma torácica en los primeros días del mes actual. La fiebre, que era de tipo intermitente, se cortó con el uso del sulfato de quinina, pero molestaba al enfermo una tos ligera que no le impedía alimentarse regularmente.

Así continuó el enfermo durante seis días más hasta que de repente

(1) Véase la pág. 268.

se le presentó disnea que, aumentando, llegó á ser ortopnea, coincidiendo con un pulso pequeño y depresible y falta completa de fiebre. El examen físico del tórax demostró solamente la existencia de un catarro bronquial y gran congestión pulmonar.

En vista de estos antecedentes formuló el diagnóstico *de parálisis del pneumogástrico* como la llama Frank, de *pneumonía paralítica de Harbershon*, ó de *parálisis pulmonar de Graves* ó de *parálisis grippal del pneumogástrico, forma respiratoria* como él la llama.

La ortopnea fué en aumento á la par que la temperatura se hizo sub-normal, aconteciendo la muerte á los tres dias de este accidente y á los diez y ocho de haber comenzado la grippe.

La *autopsia* demostró lesiones pulmonares y cardiacas que expuso rápidamente presentando en alcohol algunas piezas patológicas.

El corazón derecho estaba tapizado de grandes coágulos fibrinosos que se extendian á lo largo de las arterias y de las venas.

Los pulmones estaban congestionados y edematosos, sobre todo en las bases y en algunos puntos habia las lesiones de la bronconeumonía catarral.

Considera que estas lesiones bronco-pulmonares son de naturaleza secundaria, explicándolas por las alteraciones del décimo par que cree son primitivas.

Cita los experimentos de Frank, Traube, Leyden, etc., para demostrar la acción vaso-motora del neumogástrico sobre el pulmón, asi como los de Arthaud y Butte sobre la rana, los cuales no dejan duda alguna de que el décimo par contiene fibras vaso motoras para el pulmón.

Cuanto á los coágulos fibrinosos del corazón no los considera como característicos de la grippe, puesto que los ha observado en doce autopsias de diftéricos que ha practicado.

Considera que las pulmonías que se han observado en tan gran número en París, Viena, Madrid, etc., durante la actual epidemia, han sido neumonías de neumococus que han venido á desarrollarse en el terreno grippal que es excelente medio para que el germen de Freilhänder se cultive.

Comienza la discusión del tema tercero de la Memoria del Sr. Espina, interviniendo en el debate los señores siguientes:

Sr. Mendoza. Opina que la grippe es parasitaria y contagiosa, siendo por tanto indudable su naturaleza infecciosa.

Cita en apoyo del contagio los casos de Frontignan y de la fragata

Bretagne, en los cuales se demostró de una manera indudable la transmisión de la enfermedad por intermedio de las personas en el primer caso y de los objetos en el segundo.

Dijo que en los hospitales alemanes en que han sido admitidos gripposos se ha observado el contagio de unos enfermos á otros.

Enumera después los diversos trabajos que se han realizado para buscar la causa viva de la grippe, comenzando por los de *Letzerits*, el cual cree que aquella enfermedad es una infección de la sangre, una verdadera hemato-micosis, en cuyo medio interno encontró un germen parasitario que llamó *micrococus influenza*.

Vürgel no encontró nada en la sangre, pero vió algunos micrococus en los exudados del aparato respiratorio á los que consideró como los agentes productores de la grippe.

Lustig aisló un bacillus ovoideo que cultivado dió lugar á la formación de colonias amarillas en forma de escarapela. Dicho bacillus que vió siempre en el moco nasal, creyó que eran la causa de la grippe.

Pffeifer de Vüstburgo encontró otro bacillus en el líquido seroso procedente de las fosas nasales durante el período febril de la grippe. Dichos gérmenes disminuían y llegaban á desaparecer durante el período de declinación de la enfermedad. Se presentan en cadenas alargadas y á veces en diplococus. Se colorean bien por el azul de metileno. Pffeifer examinó también los esputos de pulmonías y catarros bronquiales de índole también grippal y no observó los micrococus que encontró en la serosidad nasal.

El bacillus que describió Pffeifer tiene dos milésimas de milímetro de longitud y una de diámetro.

Después de enumerar estos trabajos pasa el Sr. Mendoza á exponer los que él mismo ha realizado durante la actual epidemia.

Han versado sus trabajos sobre sangre, esputos y serosidad nasal procedentes de enfermos de grippe, que le han facilitado los señores Azúa, Valdés y Hernández Briz.

En la sangre de los gripposos ha observado una ligera leucocitosis caracterizada por el aumento de los glóbulos blancos y la disminución de los rojos.

Ha observado después algunos micrococus en los esputos de los gripposos, los cuales no ha visto en los esputos procedentes de otros catarros bronquiales. Ha practicado después cultivos de separación y ha aislado un microorganismo que tiene mucho parecido con el de

Pffeifer, si bien se distingue de él en que el de este autor se presenta pocas veces en diplococus y el suyo abunda mucho en esta agrupación.

Después presentó el Sr. Mendoza tres grandes láminas hábilmente pintadas por el Sr. Madrid, Ayudante del Laboratorio de San Juan de Dios, las cuales representan los elementos formes de los esputos de la pulmonía cruppal y los de la grippal á 9.000 diámetros de aumento.

Sr. Hernández Briz. Contestando á la pregunta del Sr. Mansilla respecto á si algún profesor había observado alguna fiebre grippal de forma intermitente, cita un caso en el que revistió la forma de terciana. Se trataba de una puérpera que habiendo dado á luz con entera felicidad su quinto hijo fué invadida de la grippe alcanzando la temperatura hasta 41°,5 para después volver á la normal; mas al tercer día se presentó el segundo acceso á la misma hora que el primero. Se administró el sulfato de quinina y se cortaron los accesos de fiebre intermitente grippal.

Sr. Cisneros. Dice que ha observado muchos casos de laringitis grippales que se diferencian de las catarrales porque en vez de estar la mucosa enrojecida estaba descolorida, y así como en las laringitis catarrales es muy discutible la existencia de ulceraciones, siendo en todo caso muy difícil apreciarlas, existen bien manifiestas, aunque superficiales, en la laringitis de la grippe. Esto viene en apoyo de la naturaleza infecciosa de aquella enfermedad, pues sabido es que las infecciones producen con frecuencia ulceraciones. En la laringitis gripposa la afonía ha sido muy graduada y las ulceraciones han ocupado con preferencia el espacio inter-aritenoideo.

Respecto á las otitis que han coincidido con la grippe han tenido los caracteres de las catarrales quedando, durante algún tiempo gran sordera. No obstante su curso lento, han cedido con los medios ordinarios entre los cuales se encuentran las duchas de aire.

Sr. Azúa. Expone los resultados de dos nuevas autopsias que ha practicado sintetizando previamente lo referente á cada una de las historias de los enfermos.

Una autopsia demostró que el parénquima pulmonar estaba hepatizado en la base y muy congestionado en su totalidad. La pleura estaba también inflamada habiendo en los fondos de saco abundantes coágulos purulentos. El corazón tenía muchos coágulos fibrinosos. La otra autopsia era análoga á las descritas anteriormente.

Habló después de una niña de seis y medio años que en la convalecencia de la grippe tuvo una púrpura hemorrágica, y por más que entre los antecedentes de familia encontró que otra hermana padeció la misma enfermedad, siempre resulta que la grippe ha sido una causa determinante que ha contribuído á que se verifique aquella manifestación.

Sr. Cerezo. Dice que si bien la marcha y forma de esta epidemia puede hacer pensar en algo parasitario para cuyo conocimiento son convenientes los estudios hechos después, estos estudios nada afirmativo nos han enseñado en pro de la naturaleza genésica del padecimiento, y en su consecuencia, ninguna medida higiénica puede deducirse de etiología tan oscura.

Añade que sería una suposición gratuita el admitir que unos cuantos cocus anidando en las vías aéreas habían de dar origen á los estados tíficos, paralíticos, neurálgicos, etc., que unas veces en el pulmón y otras en otros órganos más apartados de aquel, se han desarrollado en esta y en otras epidemias de grippe sin que en la sangre ni en las demás partes del cuerpo se observara la presencia del parásito.

Sesión 7.ª (24 de Enero de 1890).

Continúa la discusión del tema tercero, exponiendo sus opiniones los señores siguientes:

Dr. Mansilla. Considera que para tratarle en la forma debida, hay que dividirle en dos partes; una la que se refiere á las razones que tengamos para sospechar en un agente parasitario que produzca la enfermedad y otra relativa á las medidas que deben adoptarse para evitar el desarrollo de la grippe.

Para resolver ambas cree de interés tratar de averiguar si es ó no contagiosa aquella enfermedad.

Además de los casos citados por el Sr. Mendoza para probar el contagio de la grippe se cree se puede asegurar aquella manera de ser de la enfermedad por la marcha de la epidemia actual, que describe rápidamente, la cual ha marchado según las relaciones comerciales de los hombres. Compara esta marcha con la que sigue el cólera que también se propaga por los objetos y por el hombre mismo.

Recuerda la falta de contagio en el servicio de Henoch de Berlín y en el convento de que habla Hirchs de Charlotemburgo en los cuales se procuró el aislamiento de los individuos que allí se encontraban.

Dice que en las salas á su cargo en el Hospital provincial, se presentó la grippe en enfermos que desde hacía muchos meses permanecían en ellas, desde que en las mismas enfermerías fueron admitidos gripposos.

Refiere también que en algunos pueblos en que han establecido acordonamientos, se han librado de esta epidemia, no obstante, presentarla en los pueblos inmediatos.

Niega que el estado atmosférico, el clima, etc., sean capaces por sí solos de producir la grippe si falta el agente específico.

Con esto queda demostrada la naturaleza contagiosa de la enfermedad, pero además hay que acudir al enfermo para demostrar que la grippe es enfermedad infecciosa.

El principio brusco, con escalofríos y temperatura elevada, el decaimiento y postración que quedan durante muchos días y la tumefacción del bazo son prueba segura de que se trata de una enfermedad infecciosa.

Si en contra de este modo de pensar se ha dicho que la grippe recidiva, esto no es argumento de peso, puesto que hay enfermedades de naturaleza evidentemente parasitaria y también se padecen varias veces en la vida; esto ocurre con la erisipela, la pneumonía crupal, el cólera, etc.

Con las razones expuestas cree que lógicamente debe pensarse en algún germen patógeno, ya sea el de Pfeifer, ya el que nos ha presentado aquí el Sr. Mendoza, ó ya alguno otro que no conozcamos.

Añade que de esta manera de considerar la grippe, sirve para que los bacteriólogos dirijan hacia estos estudios sus pesquisas. Así como la fisiología ha guiado á la anatomía para que descubra el músculo de la acomodación, así la clínica debe indicar á la bacteriología las enfermedades sobre las que debe dirigir sus investigaciones.

Dice que el vulgo considera á la grippe como contagiosa y que es menester que el médico no desdeñe algunas indicaciones que son hijas de la observación repetida por mucho tiempo. La tisis, por ejemplo, desde hace muchos años, el vulgo la considera como contagiosa, en contra de la opinión de eminentes médicos y los estudios

bacteriológicos de hace siete años han venido á confirmar la opinión del vulgo.

Expone, en fin, algunas medidas que deben adoptar las autoridades para impedir la aparición de la grippe, así como las que deben seguir los individuos para no ser contagiados. Respecto del primer punto, se declaró partidario de que se adopten medidas análogas á las que se emplean contra el cólera, creyendo debe estudiarse si los acordonamientos, lazaretos, etc., pudieran prestar algunos servicios con tanto más motivo cuanto que, la grippe, como se ha podido ver por las discusiones aquí sostenidas, no es una enfermedad tan benigna como se había sostenido hasta aquí.

Sr. Valenzuela. Establece las diferencias que hay entre la grippe y el dengue, no solo por el origen de ambas enfermedades, sino por el curso clínico de cada una de ellas.

Combate la idea de que la grippe sea contagiosa y expone sus dudas respecto á que sea parasitaria.

Dice que con intervalo de ocho horas se ha presentado la enfermedad de que nos ocupamos en París y San Petersburgo y este hecho está en contradicción con la idea de contagio, puesto que no hay medio humano que sea capaz de recorrer en ocho horas la distancia que separa á las dos capitales mencionadas.

Considera que el hecho de encontrarse algunos micro-organismos en los esputos de los gripposos no dice nada en pro de la naturaleza parasitaria de esta enfermedad pues, sabido es que aquellos gérmenes pueden proceder del aire que continuamente está penetrando en nuestros pulmones.

Se lamenta de que se niegue toda clase de influencia á los agentes cósmicos en la producción de la grippe. Dice que durante la epidemia actual, la presión barométrica ha disminuido considerablemente, estando siempre por bajo de la presión media de Madrid.

Sr. Espina. Admite que la infección supone siempre un parásito. Establece las diferencias que hay entre infección é intoxicación y las que hay entre auto-infección y auto-intoxicación. Termina, en fin, admitiendo las vacunas químicas y añadiendo que hay especificidad lo mismo en las intoxicaciones que en las infecciones.

Sr. Ledesma.—Jefe clínico del Hospital provincial. Da lectura á una extensa Memoria sobre la grippe, que la falta de espacio nos impide publicar.

Tercia después en el debate opinando como el Sr. Espina que la

infección supone siempre un agente vivo. Dice que los venenos producen enfermedades especificas, pero que no son transmisibles de unos individuos á otros por lo mismo que el agente causante no se reproduce.

Sesión 8.ª (27 de Enero de 1890).

Principia la discusión del tema cuarto, usando de la palabra los señores siguiente:

Sr. Cerezo. Dice que es evidente la influencia que la atmósfera ejerce sobre el hombre lo mismo en el estado de salud que en el de enfermedad.

Opina que la temperatura no debe tener una influencia directa en la producción de la grippe, pues esta enfermedad se observa lo mismo en verano que en invierno. Niega la importancia de los vientos, de la humedad y de la presión atmosférica como agentes causales de la afección, pero admite que los terrenos tienen gran importancia en la génesis de aquella enfermedad.

Sr. Mendoza. Hace una descripción detallada de las lesiones que ha encontrado en los cadáveres autopsiados por los doctores Azúa y Mansilla. Dice que en el pulmón del caso presentado por el Sr. Azúa, ha observado la *infiltración pizarrosa como* proceso antiguo y además las lesiones modernas correspondientes al proceso grippal, consistentes principalmente en una bronco-pneumonía catarral con algunos focos de pneumonía fibrinosa.

El pulmón presentado por el Sr. Mansilla, tenía un color rojizo y el microscopio rebeló la existencia de una gran dilatación vascular, observándose también algunos focos hemorrágicos debidos á roturas vasculares.

También se notaban desprendimientos epiteliales y algunas células melaníferas. En los bronquios se veían muchos leucocitos y abundante líquido seroso.

En los exudados pulmonares no ha podido encontrar los micrococus que observó en los esputos durante la vida. Tampoco ha observado en los cortes los neumococus.

La fibra muscular del corazón estaba completamente sana.

Sr. Mansilla. Comienza por decir que el tema cuarto es como un corolario que se deduce claramente del anterior. Para los que como

él se han declarado partidarios de la naturaleza parasitaria de la grippe, claro está, que la importancia de los agentes atmosféricos y telúricos en la producción de aquella enfermedad, está reducida al estudio de las condiciones de vida del parásito que se supone debe ser la verdadera causa de la afección.

No niega que el estado de humedad ó sequedad de la atmósfera tengan alguna importancia en la génesis de la grippe, como tampoco se puede negar tratándose de otras epidemias, pero lo que sí niega rotundamente el orador, es que los agentes meteorológicos por sí solos y sin germen patógeno alguno, sean capaces de engendrar la grippe, como no es posible obtener una cosecha de cereales sin que se siembre la semilla, sean cualesquiera las condiciones del terreno.

Pero si desconocido es el microbio productor de la grippe, no lo son menos las condiciones del terreno en que puede nacer, propagarse y vivir. Dice que ninguno de los agentes que se han considerado como productores de la grippe, tiene la importancia que se les ha atribuído, para lo cual entra en detalles de las diversas ideas etiológicas que han sustentado médicos eminentes en diversas épocas.

Dice que es un deseo muy natural que los hombres hayan tratado de explicarse la causa, de una epidemia que ha azotado á la humanidad ciento cincuenta veces á contar desde el siglo xv y hasta siete veces en lo que va del siglo actual, pero que no obstante, sus buenos deseos, no han podido llegar á descubrir la verdadera causa y las ideas que han emitido han sido fiel espejo de las físicas ó químicas que dominaban en la época en que se presentó la epidemia.

Añade que el gran defecto de los epidemiólogos que han escrito sobre la grippe, ha sido el de generalizar á todas las epidemias aquellas condiciones atmosferológicas ó telúricas que pudieron observar en una epidemia dada ó en una localidad determinada. Así, por ejemplo, si en una epidemia de grippe veían que la atmósfera era fría y seca, generalizaban y pretendían que dicho estado atmosférico debía ser el causante de la enfermedad en todas las demás epidemias.

Pasa después á refutar la opinión de los que creen que el estado de la atmósfera y demás condiciones físicas puedan dar lugar á la grippe.

Considera que no merece siquiera ocuparse de la influencia que los astros puedan tener en la producción de la enfermedad, de lo

cual procede el nombre de *influenza* que le dieron en Italia á esta dolencia.

Niega la participación que la latitud y la altura sobre el nivel del mar tengan en la grippe, toda vez que en esta epidemia y en otras anteriores se han presentado en todos los climas, desde el tórrido hasta el glacial. Así en la epidemia de 1837 la enfermedad hacia estragos á la vez en Londres y en el Cabo de Buena Esperanza. En la actual se ha visto la grippe coexistir en San Petersburgo y en Sevilla, población de tan distinta latitud.

Por igual razón niega la importancia de las estaciones y de la temperatura, pues la grippe lo mismo se presenta en verano que en invierno, con temperatura elevada que con baja.

Si bien reconoce que la mayor parte de las epidemias han coincidido con los vientos NE., no cree que influyan en la génesis de la enfermedad, pues también se han visto epidemias con vientos que marchaban en muy distintas direcciones.

Examina luego el estado higrométrico y de presión de la atmósfera, diciendo que si en la epidemia actual y en Madrid se ha notado temperatura fría y seca, coincidiendo con descenso de la presión barométrica, no es este un elemento constante en la génesis de la epidemia, por cuanto que otras han coincidido con tiempo lluvioso y con calor excesivo.

Recuerda los trabajos de Granaro en Génova durante la epidemia de grippe de 1858, los cuales demostraron que la cantidad de ozono atmosférico disminuyó durante la epidemia, coincidiendo su desaparición con el aumento en 7° del ozonómetro de Schoebein. Considera que esto debió ser pura coincidencia, pues opina que el ozono no es capaz de influir en la grippe ni en ninguna epidemia.

Expone las opiniones de Graves y Fauconnet, según las cuales, las roturaciones de terrenos vírgenes en que abundan los restos de vegetales y animales, son causa abonada para engendrar la grippe.

Señala que los puntos en que aparece por primera vez la grippe es donde deben los bacteriólogos buscar el germen de la enfermedad y puesto que en las orillas del Nerva y en los alrededores de Lyon es donde está probado que estallan la mayor parte de las epidemias, de ahí que hacia dichos sitios deban dirigirse las investigaciones.

Dice que los partidarios de la teoría parasitaria deben procurar buscar el germen productor, puesto que en cuanto al terreno en que puede vivir, aparte de las condiciones atmosféricas, parece que es

posible cultivar y vivir en cualquier situación. Así vemos que la grippe lo mismo ataca al pobre que al rico, al niño que al viejo, al robusto que al enclenque y al sano que al enfermo, de lo cual deduce que el microbio de la grippe no debe ser muy exigente en cuanto á sus condiciones de vida y desarrollo.

Como partidario de la teoría parasitaria que es, opina que no es en la atmósfera donde debe buscarse el agente causante de la enfermedad, sino en los terrenos y en las aguas de los sitios en que nace la epidemia.

Aquellos que no creen en la naturaleza infecciosa de la grippe son los que deben explicarnos las condiciones de la atmósfera que sean capaces por sí sola de engendrar la mencionada enfermedad.

(Se continuará.)

El secretario,
DR. G. MANSILLA.

BIBLIOGRAFÍA.

escritor D. Enrique García Alemán, acaba de publicar una no
da *Lujuria*, que tiene un gran interés médico social.
título que el autor ha dado á su trabajo pudiera creerse se
obra pornográfica, pero nada más lejos hay de la verdad que
posición. La obra titulada *Lujuria* es eminentemente moral, tie-
eto instruir á las familias acerca de la importancia de los asuntos
ene y de patología que afectan tan principalmente á los matrimonios.
¡Ojalá consultaran siempre las familias al médico todo lo relativo á estas cuestiones sociales y se evitarían esas uniones desiguales no seguidas de sucesión ó de sucesiones monstruosas, y que nos pinta de mano maestra el Sr. G. Alemán en su instructivo cuan recreativo libro!

El interés que despierta el estudio del libro *Lujuria* es tal, que desde el momento en que comienza la narración de los verosímiles hechos que describe, se va uno interesando por el argumento de la obra hasta el punto de verse contrariado de no poder terminar de una vez su lectura. Adviértese, desde los primeros párrafos, que el autor posee extensos conocimientos médicos, hecho nada frecuente, por desgracia, entre los escritores que se dedican á escribir novelas, dramas, comedias, etc.

Todo esto hace que la mencionada obra sea de utilidad lo mismo para el médico que conoce los transcendentales problemas médico-sociales, que para

las familias, que instruyéndose en ella pueden evitar la propagación y sostenimiento de las afecciones contagiosas como la sífilis y de algunas neurosis como el histerismo, que para el individuo, que encontrará en sus saludables consejos una enseñanza útil que evite cometer graves faltas de higiene como ocurre en los matrimonios cuando las uniones son guiadas solamente por lo que se ha dado en llamar conveniencias sociales.

En fin, la obra *Lujuria* es digna de ser leída por todos los amantes del progreso que desean que la medicina informe la mayor parte de los problemas sociales y que adquiera en la sociedad y en las costumbres toda la importancia que realmente la corresponde.

S. G. M.

Madrid y Julio 1890.

De la intervención quirúrgica en los derrames pleuríticos. *Discurso leído en el acto de recibir el grado de doctor en medicina y cirugía, por* D. Eduardo Jaramillo y Coronado, *médico del Registro civil.*—Madrid, imprenta de los hijos de J. A. García, Campomanes, 6. 1889. Un folleto en 4.° de 46 páginas.

Constituye un fenómeno digno de que sobre él se fije la atención del hombre estudioso, por la magnitud que alcanza, así como excita ya el aplauso del médico práctico, por los éxitos que logra, la invasión que la terapéutica quirúrgica va realizando en el campo reservado hasta ahora al desarrollo de tratamientos médicos ó internos puros. Si desde las especialidades, tan definidas hoy como perfeccionadas, que obran sobre los órganos estesiológicos situados en la cabeza, y que son casi exclusivamente quirúrgicas, pasamos á otros capítulos de la patología, en todos vemos cómo aumenta de día en día el papel que la *obra manual* desempeñaba en ellos; así sucede en ciertas mielitis espinales con los procedimientos de Sayre, y en determinadas parálisis de origen cerebral con la trepanación del cráneo; el lavado del estómago y los métodos preconizados por Ewald, en primer término, para medir la aptitud funcional de aquel, cirugía son; las inyecciones intravexicales en algunas cistitis y el amasamiento en las neuralgias dan famosos resultados; la resección de las trompas y ovarios, tan en boga para combatir varias formas de salpingitis, y las discusiones nacidas en la *Clinical Society*, de Londres, y continuadas al presente en la *Practiser's Society*, de Nueva York, defendiendo la apendicectomía, como tratamiento de las frecuentes y graves inflamaciones pericecales; estas y otras muchas citas que pudiéramos aducir, bastarían para probar la magnitud y el éxito del fenómeno que al principio mencionábamos, si no los confirmara por sí solo el desarrollo adquirido en estos tiempos por la *intervención quirúrgica en los derrames pleuríticos.*

Este es el tema elegido por el ilustrado médico del Registro civil, Sr. Jaramillo, para su discurso leído en el acto de doctorarse, que si entonces mereció con justicia la nota de sobresaliente, otorgada por un tribunal académico, compuesto en su mayoría de competentísimos profesores, merecerá, sin duda, ahora que está publicado, la misma honrosa calificación por parte de todos los clínicos que tengan el buen gusto de leerlo. Júntanse en el Sr. Jaramillo, sin excluirse ni estorbarse unas á otras, las cualidades propias del escritor correcto con las naturales del médico observador, y así resulta su obra tan agradable en la forma como útil por el contenido, pues condensando con discreción notable, reveladora de una abundante lectura y de un claro criterio, cuanto acerca de tan importante asunto se había dicho hasta la fecha de la redacción del discurso, sin olvidar en sus referencias los trabajos españoles, censurable omisión en que incurren muchos, sino, por el contrario, aprovechando con el debido elogio las celebradas *Conferencias acerca de la pleurotomía*, dadas en este Hospital general por el reputado Dr. Huertas, y los demás, llega lógicamente á las conclusiones que en número de dieciseis encierran la verdadera ortodoxia en el interesantísimo punto de la patología á que se refieren; tan interesante por la nobleza de los órganos sobre que recae, como por la perentoriedad con que reclama la intervención del médico.

Diremos, para terminar, que en los luminosos debates sostenidos respecto á esa cuestión en la *Société medicale des Hopitaux*, de París, cuyas actas acaban de llegar á España, y en los cuales usaron de la palabra los individuos más distinguidos de tan respetable corporación, no hemos encontrado nada nuevo sobre lo recogido por el Sr. Jaramillo en el discurso que honra con su título á esta modesta noticia bibliográfica.

FEDERICO MONTALDO.

BOLETÍN SANITARIO DE MADRID.

En el mes de Junio ha disminuído considerablemente la mortalidad y el número de enfermedades.

Solo alguna ligera afección gastro-intestinal propia de esta época del año, pero sin revestir carácter sospechoso, y las enfermedades crónicas, aliviadas generalmente, han constituído la patología del citado mes.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29

NOTICIAS.

Galantemente invitado en representación de la REVISTA por el Dr. Fernández Izquierdo, tuve el placer de salir el día 9 del pasado Mayo en el express del Norte á la solemne inauguración del balneario de Nanclares de la Oca, propiedad del citado doctor.

Formaban parte de la expedición que salió de Madrid los Dres. Rubio Amoedo, Castelo (D. Fernando), Azúa, Ortiz de la Torre, Bolívar, Calatraveño y Carreras Sanchis, y Dr. Pulido por *El Siglo Médico*, Dr. Ulecia por la *Revista de Medicina y Cirugía práctica*, Dr. Fernández Caro por el *Boletín de Medicina naval*, Dr. Gómez de la Mata por *Los Nuevos Remedios*, Dr. Francos Rodríguez por *El País*, Escobar por *La Época*, Martínez por *El Imparcial*, Trompeta por *El Liberal* y Taboada por el *Madrid Cómico*.

En la mañana del 10 llegamos á Vitoria, donde un tren especial nos llevó en compañía de las autoridades, médicos y periodistas que en la estación nos esperaban á Nanclares, en cuya estación encontramos al pueblo en masa con su Ayuntamiento al frente, que nos recibió con música, banderas y cohetes.

Inmediatamente nos dirigimos al establecimiento situado á un kilómetro próximamente de la estación y á orillas del Zadorra, siguiendo un buen camino, en el cual se había levantado un artístico arco de triunfo, y atravesando después una hermosísima alameda, que será, á no dudarlo, uno de los encantos de los bañistas.

El establecimiento consta de diversas construcciones: en la parte más alta y más separada del río se encuentra el *Gran Hotel*, magnífico edificio rectangular precedido de un pórtico monumental en granito. Tiene el edificio en conjunto 100 metros de longitud por 37 de fondo, consta de dos pisos y sótanos amplios y bien ventilados y se destina al alojamiento de los bañistas.

La antigua hospedería se halla situada próxima al Gran Hotel, sigue después la casa de máquinas, donde se hallan las que producen la luz eléctrica, y por último, otro edificio que es el balneario.

Este tiene tres pisos: en el bajo existe un gran salón rectangular y alrededor del mismo están los cuartos de baños, provistos de toda clase de aparatos hidroterápicos (que honran á la casa de Corcho, de Santander), dos piscinas, y habitaciones destinadas á los tratamientos complementarios de las afecciones gástricas (amasamiento y electro-terapia con los aparatos eléctricos necesarios). En el piso principal dos hermosas galerías cubiertas para recreo de los bañistas y en el segundo un amplio laboratorio histo-químico perfectamente surtido y otra habitación para los médicos que concurran al establecimiento. La gruta del manantial de Bolem está tallada en roca viva, de la que brotan en seis fuentes mil litros por minuto del agua bicarbonatada, sódico-

cálcico-nitrogenada, de 20°, inodora y transparente é indicada especialmente en las afecciones gastro-intestinales, hepáticas y de las vías urinarias.

Sentimos que la falta de espacio nos impida dar cuenta detallada de la ceremonia de la inauguración en la que se pronunciaron brillantes discursos, sobresaliendo el del Dr. Pulido y el del dueño del establecimiento, del banquete de 240 comensales, seguido de multitud de brindis, pronunciando á nombre de los médicos uno elocuentísimo el Dr. Francos Rodríguez, y de las demás fiestas preparadas y que todas resultaron brillantes.

Señalaremos, sin embargo, una innovación de gran transcendencia, debida á la iniciativa del ilustrado Dr. Moreno Zancudo, director del balneario y acogido con gran entusiasmo y realizada por el Dr. Fernández Izquierdo; nos referimos á la supresión de la mesa redonda, sustituyéndola por otras en que cada enfermo esté sometido al régimen dietético dispuesto por el médico.

Creemos suficiente lo dicho, porque nuestros ilustrados lectores deduzcan, como nosotros lo hicimos al visitar el establecimiento de Nanclares, que el Dr. Fernández Izquierdo ha realizado un verdadero milagro á fuerza de constancia y de dinero, creando un balneario que es seguramente de los mejores, si no el mejor de España.—JUAN CISNEROS.

INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR.—*Convocatoria á oposiciones para las plazas de oficiales médicos segundos del Cuerpo de Sanidad militar.*—En cumplimiento de lo mandado por S. M. el Rey (q. D. g.), y en su nombre por la Reina Regente del reino, en Real orden de 9 del actual, se convoca á oposiciones públicas para proveer 20 plazas de médicos segundos del Cuerpo de Sanidad militar, cubriéndose con ellas las vacantes que existan en la plantilla del Cuerpo hasta la fecha de terminadas y quedando los demás aprobados hasta dicho número, en expectación de colocación sin sueldo ni antigüedad hasta que sean colocados.

En su consecuencia, queda abierta la firma para las referidas oposiciones en la Secretaría de esta Inspección, sita en la calle del Barquillo, núm. 10, piso bajo; coya firma podrá hacerse en horas de oficina, desde el 25 de Junio hasta la una de la tarde del 27 de Septiembre próximo.

Los doctores ó licenciados en Medicina y Cirugía por las Universidades oficiales del reino, que por sí ó por medio de persona autorizada al efecto, quieran firmar estas oposiciones, deberán justificar legalmente, para ser admitidos á la firma, las circunstancias siguientes: 1.ª, que son españoles ó están naturalizados en España; 2.ª, que no han pasado de la edad de 30 años el día en que soliciten la admisión en el concurso; 3.ª, que se hallan en el pleno goce de los derechos civiles y políticos, y son de buena vida y costumbre; 4.ª, que tienen la aptitud física que se requiere para el servicio militar, y 5.ª, que han obtenido el título de doctor ó el de licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del reino. Justificarán que tienen la aptitud física que se requiere para el servicio militar, mediante certificado de reconocimiento hecho en virtud de orden de esta Inspección

general, bajo la presidencia del Director del Hospital, por dos jefes ú oficiales médicos destinados en aquel establecimiento.

Los doctores ó licenciados en Medicina y Cirugía, residentes fuera de Madrid, que por sí ó por medio de persona autorizada al efecto, entreguen con la oportuna anticipación á los directores-subinspectores de Sanidad militar de las Capitanías generales de la Península é islas adyacentes instancia suficientemente documentada, dirigida á esta Inspección, solicitando ser admitidos al presente concurso de oposiciones, serán condicionalmente incluídos en la lista de los opositores; pero necesaria y personalmente deberán ratificar en esta Inspección su firma, antes del día señalado para el primer ejercicio, sin cuyo requisito no será válida dicha inclusión.

Los ejercicios tendrán lugar con arreglo á lo dispuesto en el programa aprobado por S. M. en 15 de Noviembre de 1888. En su consecuencia, y en cumplimiento de lo que se previene en dicho programa, se advierte á todos los doctores ó licenciados en Medicina y Cirugía que se inscriban para tomar parte en estas oposiciones, que el primer ejercicio, al cual necesariamente deberán concurrir todos ellos, se efectuará en el Hospital militar de esta plaza el día 1.° de Octubre próximo, á las ocho en punto de la mañana.

Madrid 18 de Junio de 1890.—SANCHIS.

Obras recibidas en esta Redacción:

Retazos clínicos, por el DR. D. JUAN MANUEL MARIANI, médico de número, por oposición, del Hospital de la Princesa. Publicada por la biblioteca de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*. 1890. Precio 4 pesetas. Dos ejemplares.

Tratamiento de la histeroptosis ó caída del útero.—Tema del programa del Congreso médico internacional celebrado en Barcelona, por el DR. D. ALEJANDRO PLANELLAS, profesor clínico de la Facultad de Medicina. 1889. Dos ejemplares.

Lujuria. El hijo del amor y el hijo de la ciencia, por D. E. GARCÍA ALEMÁN. Madrid, 1890. Precio 2,50 pesetas. Dos ejemplares.

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Cáceres.....	Lozar de la Vera.....	995 pesetas y unas 2.500 por las igualas. Certificacion de llevar cuando menos ocho años de práctica.....	15 Julio.
Lugo.....	Fonsagrada.....	915 pesetas y las igualas.....	8 Julio.
Alicante.....	Ibi.....	375 pesetas y las igualas.....	4 Julio.

D. Manuel Carreras y Sanchis, *doctor en Medicina, médico de la Asociación de Escritores y Artistas, profesor del Fomento de las Artes, etc.*

Certifico: Que habiendo empleado repetidas veces la especial preparación de **ELIXIR DE PROTOCLORURO DE HIERRO CON HIPOFOSFITOS DE CAL Y SOSA** del farmacéutico de Almería **D. Juan Vivas Pérez**, he conseguido resultados mucho más lisonjeros que los que siguen al uso de otros preparados análogos, sin duda porque el **ELIXIR** es más asimilable, y porque el **Sr. Vivas** ha tenido el buen acuerdo de asociar medicamentos que llenan múltiples indicaciones; y así se explican los rápidos efectos en las *clorosis, escrófulas* y *raquitismo*, así como en las personas *anémicas* y de *temperamentos débiles* y *empobrecidos*.

Para satisfacción del **Sr. Vivas Pérez** firmo el presente en Madrid á 24 de Febrero de 1889.

M. Carreras Sanchis.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.

El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

Depósitos al por menor.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruíz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

EPITELIOMA DEL RECTO.—OCLUSIÓN INTESTINAL.—LAPAROTOMIA,

POR

D. LEOPOLDO RAMONEDA.

CIRUJANO DE NÚMERO DEL HOSPITAL GENERAL.

Trasladada de la sala de Medicina á cargo de mi querido é ilustrado compañero el Dr. Huertas, ingresó en mi enfermería el día 28 de Julio la enferma cuya historia clínica vamos á exponer.

Joaquina Fernández, de 60 años de edad, natural de Madrid, sin antecedentes hereditarios ni personales y de buena constitución; refiere que el día 10 de Julio el estreñimiento que en ella era habitual, se acentuó más de lo ordinario.

Pasados tres días sin hacer de vientre, tomó un purgante que no le hizo efecto, pero no sintiéndose molestada por ningún dolor, no dió gran importancia á su mal y permaneció en su casa, haciendo uso de lavativas y purgantes también sin resultado.

En esta situación estuvo hasta el día 20, en que empezó á agravarse, aumentando extraordinariamente el volumen del vientre con dolor á la presión, sensación de peso al andar que la obligaba á sentarse á cada momento y aparición de vómitos que la misma enferma calificaba de estercoráceos.

En vista de esto, se decidió á ingresar en el hospital y así lo hizo el día 23, siendo destinada á la sala 12 á cargo del Sr. Huertas, en el siguiente estado.

Día 23. Su estado en este día era decúbito supino, cara contraída, vientre extremadamente abultado en toda su extensión, modelándose de modo muy visible las asas intestinales, tacto vaginal normal; por el tacto rectal se aprecia una masa endurecida. Se cloroformiza

á la enferma é introducida la mano en el recto se saca una cantidad bastante notable de materias endurecidas.

Tratamiento. Tisana laxante 300 gr. Fricciones carminativas de aceite de ruda y manzanilla eterizada al vientre. Baño general de 34° de temperatura y media hora de duración. Inyecciones hipodérmicas de sulfato de estricnina de un miligramo á los hipocondrios. Una píldora de 2 cg. de extracto de belladona cada dos horas.

Día 24. Como con este tratamiento no se observara mejoría, se le administró otro purgante de 45 gr. de aceite de ricino, también sin resultado aunque no le vomitó, pues los vómitos se cohibieron con el hielo. Se le dispusieron enemas gasíferos tres ó cuatro al día, obteniendo algún alivio, pues con ellos arrojaba excrementos muy duros.

Se le aplicaron al vientre sin cesar durante cuatro horas fomentos de agua helada.

Día 25. Otro purgante de tisana laxante con el resultado negativo de las anteriores.

Día 26. Fricciones al vientre con pomada mercurial y de belladona y cataplasma emoliente y finalmente, dos purgantes de calomelanos al vapor con las que no fuimos más felices que en las anteriores.

Como la enferma no mejorase con los medios farmacológicos anteriores, el Sr. Huertas solicitó el traslado de aquella á nuestra sala, por creer indicada la intervención quirúrgica en este caso, con cuya opinión estuvimos conformes, y decidimos practicar la laparotomía el mismo día 28 á las cinco de la tarde.

El estado de la enferma antes de la operación era el siguiente: Constipación absoluta, vómitos fecaloideos, facies hipocrática; nariz, cejas y extremidades frías, labios cianóticos; temperatura axilar 38°; timpanismo abdominal sumamente pronunciado y duro; pulso filiforme y acelerado.

Operación.—Incisión desde el ombligo hasta el pubis, salida de una cantidad regular de líquido trasparente sin falsas membranas, el intestino se muestra sumamente congestionado y con tendencia á salirse de la herida.

Introducida la mano en la pequeña pelvis, se encuentra en la parte superior del recto un tumor duro, circunferencial, atrófico, produciendo en este punto una estrechez considerable del intestino. Reconocida la imposibilidad de extirpar radicalmente la lesión, se

establece un ano artificial en la S iliaca que queda suturada en la parte inferior de la incisión abdominal.

La incisión del intestino da salida á una cantidad enorme de materias fecales y de gases: en este momento se produjo inevitablemente la contaminación del peritoneo, remediándose este inconveniente con la ducha de Esmarch con agua hervida y caliente. Se establece una doble sutura, profunda, enclavijada y superficial metálica. Concluída la operación se ve que el ano artificial funciona perfectamente y sigue funcionando con regularidad.

A las doce de la noche, temperatura axilar 39°, pulso muy rápido y casi imperceptible; la cara en su totalidad y las manos frías; sigue funcionando el ano.

Día 29. Muerte á las seis de la mañana en estado de colapso. Durante la operación y en el momento de reducir el intestino se nota tres rasgaduras del peritoneo visceral distintas, viéndose la capa muscular intacta. Se reduce en este estado sin sutura.

Autopsia.—Epitelioma de la parte superior del recto á 2 cm. por debajo del promontorio y á su lado izquierdo. El ano artificial funciona perfectamente aun después de la muerte.

Las suturas tal como se habían puesto. En el abdomen ni materia fecal apreciable ni derrame de líquido. Vascularización menos acentuada de las asas intestinales, quedando, sin embargo, algunas partes muy vascularizadas. No hay falsas membranas ni huellas anatómicas de peritonitis.

Las asas intestinales están muy distendidas por gases, en especial el colon transverso. El ano artificial está colocado sobre la S iliaca á unos 12 á 15 cm. de la lesión.

Esta consiste exteriormente en un estrechamiento notable del intestino recto en el punto señalado, con induración en el mismo estado producto de un neoplasma atrófico.

Por debajo de la lesión una disposición probablemente muy rara consiste en que el recto, describe una curva muy pronunciada en una longitud de unos 15 cm., viniendo á adherirse de nuevo á la parte más inferior del tumor describiendo un círculo completo.

Por delante de la columna lumbar, se ve una cadena de ganglios hipertrofiados, uno de ellos del tamaño de un huevo de gallina, evidenciándose de este modo la índole del neoplasma que constituye la estrechez.

UN CASO DE PLEURESÍA DIAFRAGMÁTICA,

POR

D. JESÚS CANSECO,

JEFE CLÍNICO DEL HOSPITAL GENERAL.

El caso cuya historia clínica voy á referir, es el de una enferma que ocupaba en la clínica del Dr. Huertas la cama núm. 16.

L. R., de 36 años, casada, natural de Madrid, tiene por habitual ocupación la de vendedora ambulante, es de temperamento sanguíneo y buena constitución. Ningún sello degenerativo ha heredado de sus ascendientes, pudiendo adivinarse con facilidad su género de vida, por la índole de su ocupación y su estado. Ha padecido en su infancia de sarampión y viruela; en la pubertad de ictericia y reumatismo articular agudo; en su juventud de dismenorreas y de una pneumonía del lado izquierdo que tardó dos meses en terminar por completa curación.

Sin más molestias que las producidas por ligeros trastornos menstruales, siguió dedicándose á sus ocupaciones, hasta que el día 8 de Junio del presente año y sin causa determinante á su apreciación, sintióse acometida de un escalofrío que duró de once á doce de la mañana, aquejando al mismo tiempo intenso dolor «omo-diafragmático» del lado derecho, acompañado de náuseas. A la terminación del escalofrío, inicióse una reacción febril seguida de sudor. Usó por todo tratamiento la infusión de tila y los paños calientes al sitio del dolor, y como no notase alivio alguno, decidió ingresar en este hospital el día 13 del mismo mes, donde la observamos en el siguiente estado actual: decúbito supino con tendencia al lateral izquierdo, siéndole imposible adoptar el derecho; cara contraída como expresión del dolor; conjuntivas subictéricas y respiración superficial contenida en los accesos de tos seca.

Si bien el diagnóstico de impresión fué de pleuritis, era necesario su confirmación por un examen minucioso, al cual procedimos. Quéjase la enferma de cefalalgia y sed, tiene la lengua seca con faja central blanco-grisácea y bordes rosados, amargor de boca, anorexia, estreñimiento, sudores generales abundantes y escasez de orina con sedimento rojizo, pulso contraído y 40°,4 de temperatura.

Como de la interpretación de los síntomas culminantes, resulta un proceso morboso torácico, no di más importancia á la cefalalgia, sed, anorexia, etc., que la de simples síntomas consecutivos á todo proceso hipertérmico, juzgando de la contracción del pulso, como síntoma revelador del principio de una inflamación.

Explorando el tórax nótase por palpación, cuando esta se hace á mano llena, el alivio de un intenso dolor que á la enferma aquejaba en todo el límite inferior del seno costo-diafragmático derecho, mientras que si la practicamos con la yema de los dedos en el punto que corresponde á las inserciones diafragmáticas sobre la décima costilla, ocurre lo contrario haciéndose el dolor insoportable, pero que tiene el carácter de no propagarse al hombro, aun cuando se haga la presión en el botón freno diafragmático de Gueneau de Mussy. Por la percusión, no se nota cambio apreciable de la sonoridad en el tórax; tampoco observamos nada anormal al verificarla en las distintas regiones del abdomen; la auscultación encuentra disminución notable del murmullo vexicular y soplo tubario circunscrito en la zona dorso-espinal superior derecha.

Diagnóstico: de los síntomas principales recogidos por la observación podemos deducir la existencia de dos lesiones de localización distinta; una extensa en el diafragma y otra más pequeña correspondiente al borde posterior del pulmón derecho. Antes de valorar el carácter de la lesión pulmonar, hácese necesario diferenciar, mejor aún, excluir los afectos con que pudiera confundirse por su aparato sintomático la lesión diafragmática.

No puede tratarse de una neuralgia frénica, porque la neuralgia es apirética y en esta enferma hay fiebre intensa; además, y como ya hemos apuntado, no se transmite el dolor por el trayecto del nervio aun cuando se trate de provocar por la presión. Tampoco puede tratarse de una pneumonía inferior, por la falta de signos estetoscópicos y la depresión general que siempre la caracteriza. La hiperemia hepática es infebril y va acompañada siempre del aumento notable del órgano, dato que como ya hemos dicho, no lo revela la percusión. El cólico hepático se manifiesta por dolores de carácter accesional, sin fiebre y con síntomas tan salientes, como la ictericia, el vómito y los desórdenes profundos en la inervación, los cuales bastan á desecharlo para nuestro diagnóstico. Sin embargo, las lesiones consecutivas al cólico y entre ellas, como la más importante, la peritonitis circunscrita determinada por propagación del proceso

UN CASO DE PLEURESÍA DIAFRAGMÁTICA,

POR

D. JESÚS CANSECO,

JEFE CLÍNICO DEL HOSPITAL GENERAL.

El caso cuya historia clínica voy á referir, es el de una enferma que ocupaba en la clínica del Dr. Huertas la cama núm. 16.

L. R., de 36 años, casada, natural de Madrid, tiene por habitual ocupación la de vendedora ambulante, es de temperamento sanguíneo y buena constitución. Ningún sello degenerativo ha heredado de sus ascendientes, pudiendo adivinarse con facilidad su género de vida, por la índole de su ocupación y su estado. Ha padecido en su infancia de sarampión y viruela; en la pubertad de ictericia y reumatismo articular agudo; en su juventud de dismenorreas y de una pneumonía del lado izquierdo que tardó dos meses en terminar por completa curación.

Sin más molestias que las producidas por ligeros trastornos menstruales, siguió dedicándose á sus ocupaciones, hasta que el día 8 de Junio del presente año y sin causa determinante á su apreciación, sintióse acometida de un escalofrío que duró de once á doce de la mañana, aquejando al mismo tiempo intenso dolor «omo-diafragmático» del lado derecho, acompañado de náuseas. A la terminación del escalofrío, inicióse una reacción febril seguida de sudor. Usó por todo tratamiento la infusión de tila y los paños calientes al sitio del dolor, y como no notase alivio alguno, decidió ingresar en este hospital el día 13 del mismo mes, donde la observamos en el siguiente estado actual: decúbito supino con tendencia al lateral izquierdo, siéndole imposible adoptar el derecho; cara contraída como expresión del dolor; conjuntivas subictéricas y respiración superficial contenida en los accesos de tos seca.

Si bien el diagnóstico de impresión fué de pleuritis, era necesario su confirmación por un examen minucioso, al cual procedimos. Quéjase la enferma de cefalalgia y sed, tiene la lengua seca con faja central blanco-grisácea y bordes rosados, amargor de boca, anorexia, estreñimiento, sudores generales abundantes y escasez de orina con sedimento rojizo, pulso contraído y 40°,4 de temperatura.

Como de la interpretación de los síntomas culminantes, resulta un proceso morboso torácico, no dí más importancia á la cefalalgia, sed, anorexia, etc., que la de simples síntomas consecutivos á todo proceso hipertérmico, juzgando de la contracción del pulso, como síntoma revelador del principio de una inflamación.

Explorando el tórax nótase por palpación, cuando esta se hace á mano llena, el alivio de un intenso dolor que á la enferma aquejaba en todo el límite inferior del seno costo-diafragmático derecho, mientras que si la practicamos con la yema de los dedos en el punto que corresponde á las inserciones diafragmáticas sobre la décima costilla, ocurre lo contrario haciéndose el dolor insoportable, pero que tiene el carácter de no propagarse al hombro, aun cuando se haga la presión en el botón freno diafragmático de Gueneau de Mussy. Por la percusión, no se nota cambio apreciable de la sonoridad en el tórax; tampoco observamos nada anormal al verificarla en las distintas regiones del abdomen; la auscultación encuentra disminución notable del murmullo vexicular y soplo tubario circunscrito en la zona dorso-espinal superior derecha.

Diagnóstico: de los síntomas principales recogidos por la observación podemos deducir la existencia de dos lesiones de localización distinta; una extensa en el diafragma y otra más pequeña correspondiente al borde posterior del pulmón derecho. Antes de valorar el carácter de la lesión pulmonar, hácese necesario diferenciar, mejor aún, excluir los afectos con que pudiera confundirse por su aparato sintomático la lesión diafragmática.

No puede tratarse de una neuralgia frénica, porque la neuralgia es apirética y en esta enferma hay fiebre intensa; además, y como ya hemos apuntado, no se transmite el dolor por el trayecto del nervio aun cuando se trate de provocar por la presión. Tampoco puede tratarse de una pneumonía inferior, por la falta de signos estetoscópicos y la depresión general que siempre la caracteriza. La hiperemia hepática es infebril y va acompañada siempre del aumento notable del órgano, dato que como ya hemos dicho, no lo revela la percusión. El cólico hepático se manifiesta por dolores de carácter accesional, sin fiebre y con síntomas tan salientes, como la ictericia, el vómito y los desórdenes profundos en la inervación, los cuales bastan á desecharlo para nuestro diagnóstico. Sin embargo, las lesiones consecutivas al cólico y entre ellas, como la más importante, la peritonitis circunscrita determinada por propagación del proceso

inflamatorio que experimentan los conductos escretores al paso de los cálculos, no es suficiente á explicar el cuadro sintomático de esta enferma, aparte de que el carácter de la fiebre, la falta del dolor correspondiente al foco inflamado y el gastricismo consiguiente á tal estado del peritoneo, son bastantes para no admitir la existencia de tal lesión. Del abceso hepático nos bastará decir, que siendo casi siempre consecutivo á estados generales puohémicos ó á procesos de verdaderas septicemias intestinales, enfermedades que no ha padecido ni padece nuestra enferma, no ha de ser lógico pensar en ellos para el diagnóstico; y con fijarnos en la ausencia de los trastornos locales que por vecindad provocan, tales como la peritonitis circunscrita, que puede generalizarse haciéndose agudísima y mortal; así como el estado febril y septicémico ó puohémico que determinan y que tan distinto es del que presenta la enferma, concluiríamos afirmándonos más en nuestra creencia.

En cuanto á la fluxión «pleuro-costo-diafragmática» debida á la ingerencia del elemento reumático, juzgándose posible su existencia á pesar de la movilidad errática de sus síntomas, se le administró por el Dr. Huertas, bajo cuya autoridad me he amparado para la precisión del diagnóstico, el salicilato de sosa asociado á un antitérmico y antineurálgico, la antipirina, obteniéndose algún alivio, más no la remisión que era de esperar del salicilato usado aquí, como medio de exploración diagnóstica. Y ya que de la frecuente etiología reumática de estos procesos hablamos, bueno será consignar aquí, el negativo resultado que también obtuve administrando el salicilato á un niño de 12 años que ingresó en el pasado Junio en la clínica del Dr. Pérez Valdés, accidentalmente á mi cargo, y el cual padecía una pleuresía diafragmática del lado derecho. Con respecto al foco de lesión pulmonar que presenta la enferma, no me cabe duda alguna que es único y circunscrito, pues así lo confirman los signos recogidos por la percusión y la auscultación, como la marcha rápida de este limitado proceso hacia la curación. Dicho esto, no queda más entidad morbosa á quien prestar toda nuestra atención dirigiendo de un modo razonable nuestra terapéutica, que la pleuresía diafragmática; y bien lo expresan la respiración dolorosa y contenida, la disminución del murmullo vexicular y la fiebre en unión de los demás síntomas señalados. No basta por tanto leer la descripción de Andral, para dar crédito al concepto en ella vertido de que esta forma de pleuresía ha de ser siempre procelosa, pues el funesto desenlace á

que da lugar en los enfermos que la padecen, debido especialmente á la parálisis del diafragma, no ocurre sino en aquellos casos en que el proceso inflamatorio pleural siendo agudísimo, invade pronto en toda su extensión la pleura diafragmática. Establecido el diagnóstico creímos, tanto por la circunscripción del proceso al lado derecho, como por no descender al abdomen, se trataba de un pronóstico grave sí, pero no mortal. Tratamiento: el primer síntoma que era necesario aliviar, porque de él dependia el más importante trastorno funcional, el respiratorio, era el dolor y al efecto se le prescribieron doce ventosas, mitad secas, mitad escarificadas, en todo el perímetro derecho de las inserciones diafragmáticas, á más de una inyección hipodérmica de un centigramo de morfina. Como plan dietético se le dispuso la dieta láctea, pues además de ser un alimento completo, produce sedación y diuresis.

DIARIO DE OBSERVACIÓN.

Dia 13. Tarde, alivio del dolor; temperatura 39°,3.

Dia 14. Mañana, 39°,3. Tarde, esputos herrumbrosos; temperatura 40°.

Dia 15. Mañana, 39°,2; esputos adherentes de color gris. Se le administra el Kérmes y se le aplica una cantárida del tamaño de un duro en la zona dorso-espinal superior derecha.

Dia 16. Mañana, 38°; tarde, 38°,6; estertores de burbujas gruesas en el foco.

Dia 17. Espectoración fácil y aireada; temperatura 37°,8.

Dia 18. Gallina y vino y continuación de la leche.

Dia 25. Infusión de quasia amara.

Dia 27. Alta; curación completa.

CONCLUSIONES.

Dedúcese del caso descrito, como del niño que ligeramente menciono: 1.° Que no son tan raras las formas benignas de pleuresía diafragmática, y 2.°, que pasan desapercibidas muchas veces por falta de exploración *ad hoc*.

Madrid 21 de Julio de 1890.

CUERPO MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID.

Sesión 9.ª (30 de Enero de 1890) (1).

Presidencia del Excmo. Sr. D. Eusebio Castelo,

Decano del Cuerpo.

DE LA GRIPPE.

Discutida la Memoria del Sr. Espina, se acuerda por unanimidad y á propuesta del Sr. Decano, discutir el siguiente tema.

Exponer la serie de tratamientos que se han empleado en la grippe y sus complicaciones y decidir cuál es el que ha producido mejores resultados.

Sr. Hernández Briz. Dice que para exponer debidamente el tratamiento de la grippe, es necesario distinguir la forma benigna y la grave. En la primera ha usado con buenos resultados, el salicilato de sosa, la antipirina y el sulfato de quinina. En las graves ó de complicaciones pulmonares, ha empleado la cafeina, la quinina y el cocimiento antiséptico. En las congestiones pulmonares, ha recurrido á las ventosas secas y á los vejigatorios.

Sr. Campesino. Dice que la grippe leve la ha tratado como las fiebres catarrales, haciendo uso de los sudoríficos, entre los cuales se encuentran los polvos de Dower, el jaborandi, la pilocarpina y el acetato amónico. En los casos graves en que el termómetro se elevaba á 40 ó 41° ha empleado la quinina y la antipirina. Con esta última sustancia ha conseguido notables éxitos en las hemicráneas que acompañan al período de invasión de la grippe.

En las formas bronco-pneumónicas ha empleado el tratamiento antipútrido, consistente en la quinina y sus sales, la quina, etc. No ha empleado en las bronco-pneumonías grippales la sangría y los antimoniales por creer ambas medicaciones contra-indicadas en aquellas afecciones.

---

(1) Véase la pág. 324.

Sr. Espina. Dice que el tratamiento que se ha empleado en la grippe ha sido completamente empírico, puesto que las indicaciones que se deducen del concepto etiológico y del patogénico, no se pueden llenar á causa de no conocerse la etiología verdadera de la grippe.

Considera que el mejor tratamiento de las pneumonías infecciosas es el antiséptico con el que ha obtenido excelentes resultados, pues según su estadística solo se le han muerto el 16 por 100 de los enfermos que ha tratado, cifra de mortandad inferior á la que señalan Griesinger y otros autores.

Combate el tratamiento que se ha empleado en París, Berlín y Madrid que no ha tenido otro objeto que el de disminuir la fiebre, como si la fiebre fuese el solo elemento constitutivo de la enfermedad.

Elogia las propiedades tónicas y antisépticas del extracto blando de quina y del cocimiento antiséptico de la F. E.

Ha empleado también en las pulmonías grippales los extensos vejigatorios con los que han obtenido buenos resultados, sobre todo, para combatir las congestiones pulmonares que siguen á las bronquitis grippales.

Con estos revulsivos se propone exaltar la circulación periférica, al mismo tiempo que con el aguardiente alemán, verificaba la revulsión intestinal. Con este procedimiento se descarga mucho el ventrículo derecho y administrando después la digital, el estrofanto etc., se aumenta la energía del corazón, á fin de que pueda luchar mejor contra el obstáculo representado por la lesión bronco-pulmonar.

Sr. Figueroa. Sostiene que de la mayor parte de las defunciones que han ocurrido en Madrid, es responsable la prensa política que ha propagado ideas falsas acerca del pronóstico y tratamiento de la grippe. Con estas ideas falsas, el vulgo ha olvidado los más rudimentarios preceptos higiénicos, y de ahí que la grippe, que al principio era leve, se hiciera grave y en muchos individuos terminase de una manera funesta.

Dice que en la forma intestinal de la grippe le ha dado buenos resultados el salicitato de bismuto y en la eclampsia que algunos niños sufrían durante el acceso grippal, ha empleado con ventaja el baño templado.

Sr. Valenzuela. Dice que el salicilato de sosa fué empleado por él para combatir la grippe desde el principio de la epidemia, recomendando á sus compañeros su uso desde las columnas de un diario

político. Le considera como un específico contra aquella enfermedad por sus cualidades *anti-febril*, *anti-catarral* y *anti-reumática*. Añade que es el salicilato de sosa, el verdadero abortivo de la enfermedad; pues si el enfermo comienza á usarle desde el principio de la misma, se cura en ocho horas. Opina que al poco tiempo de administrado, la temperatura se hace normal, no habiendo observado nunca la hipotermia.

Sr. Cerezo. Divide los enfermos de grippe en tres grupos, uno de enfermos que se curan solamente con los preceptos de la higiene; otro de enfermos que están como destinados á morir, sea cualesquiera el tratamiento que se emplee, y el tercero de individuos que estando graves pueden curarse con los medicamentos que dispongamos.

Con los enfermos del primer grupo, solo hay que aconsejar la permanencia en cama y algunos decigramos de antipirina, con lo cual se alivian de las molestias que experimentan, como la cefalalgia, los dolores musculares, etc.

Los enfermos del segundo grupo, entre los cuales incluye las muertes repentinas, las congestiones pulmonares graves, etc., son incurables, cualquiera que sea el tratamiento que se emplee.

En el tercer grupo comprende los casos de pulmonía grippal, en la cual ha usado los vejigatorios, los antisépticos y los tónicos.

Sr. Azúa. Divide la grippe en leve y grave, admitiendo varios tipos clínicos en cada una de estas formas.

Los tipos de grippe simple, tienen tendencia á la curación, pero como hay necesidad de suprimir las molestias que acusa el enfermo, de ahí que haya recurrido á la antipirina con excelentes resultados.

En la forma intestinal, ha usado primero un purgante y después el salicilato de bismuto y cerio.

Entrando en el tratamiento de las formas graves, dice que ha usado cuando existían manifestaciones pulmonares, la poligala, los sudoríficos y el agua de lauro-cerezo.

En la forma disnéica, ha recurrido al uso del bromuro potásico, la quinina, las ventosas secas, los revulsivos, etc.

Procuraba sostener las fuerzas del enfermo y del corazón con los alcoholes, la digital, el éter, etc.

Sr. Valdés. Elogia los resultados que le ha suministrado la antipirina en el tratamiento de la grippe sin complicaciones, pues no solo rebaja la temperatura, calma la cefalalgia y el dolor de costado,

sino que los enfermos experimentan una sensación de bienestar que agradecen mucho al médico.

En la bronco-pneumonía infecciosa de la grippe, análoga á la del sarampión, de la tifoidea, etc., ha usado las ventosas, la quinina y la digital.

Entre los fenómenos que se observan durante la convalecencia de la grippe, cita la tos espasmódica que ha tratado con los opiáceos y los ciánicos, las neuralgias violentas que ha combatido con las sales de quinina. En estos casos, ha usado la fórmula siguiente, con la que ha calmado neuralgias que se habían resistido á la morfina.

Valerianato de quinina.....	1 gr.
Yoduro potásico.....	1 »
Extracto tebáico.....	10 cg.

Para hacer 20 píldoras que se toman en las veinticuatro horas á dosis de 4 ó 5 cada cuatro horas.

Sesión 10.ª (3 de Marzo de 1890).

Sr. Decano. Dice que siendo costumbre que el presidente que dirige las discusiones científicas, haga el resumen de las principales cuestiones que se hayan tratado en las diversas sesiones, se propone hacer esta noche un breve discurso de clausura, no creyendo conveniente extenderse más, porque todos los puntos han sido suficientemente debatidos por los señores profesores y porque además se encuentra enfermo.

Opina que la enfermedad de que nos venimos ocupando, debe llamarse *grippe* y pronunciarse como esta palabra se pronuncia en francés, con lo cual se rinde culto á la costumbre y se obedece á la tradición. Expone gran número de razones, para sostener este modo de pensar entre las cuales dice que la palabra grippe tiene la ventaja de poderse adjetivar lo que no sucede con las denominaciones de *dengue* ni *trancazo*, etc.

Habló después de la semejanza que hay entre esta epidemia y las anteriores, declarándose partidario de la identidad entre todas las epidemias de grippe, señalando gran copia de datos históricos que demuestran sus profundos conocimientos en cuestiones bibliográficas.

Entra después en el estudio de las causas de la grippe y analizando uno por uno los elementos cósmicos les da la importancia que á cada uno corresponde.

Dice que si bien no se conoce la causa de la grippe, hay necesidad de admitir la existencia de algún parásito que exista en la atmósfera siendo el aire el vehículo para su traslación de unos lugares á otros.

Cita un pasaje de Sydenham, en el cual se demuestra que este eminente médico ya llegó á entreveer la naturaleza parasitaria de la grippe.

Refuta la opinión de que la epidemia actual haya tenido su origen en la epidemia observada en China y de la que se dice han perecido millones de hombres en las orillas del río Amarillo.

Examina después lo que se refiere á la inmunidad, opinando que [illegible] personas que son refractarias á padecer la grippe como sucede [illegible]s muchas enfermedades infecciosas.

[illegible] de la inmunidad de las clases sociales, dice que la grippe [illegible]dad más democrática que se conoce, pues no respeta al [illegible], al niño ni al viejo, y lo mismo se presenta en los [illegible]ntuosos, que en las más humildes moradas.

[illegible]párrafos, habla de las medidas sanitarias de higiene [illegible]ciendo que nada puede aconsejarse á las autoridades [illegible]rofilaxis de la grippe, puesto que propagándose la [illegible] aire y no siendo posible poner vallas á este elemento, [illegible] tampoco impedir que la enfermedad se propague de [illegible]nes á otras.

[illegible]a después de las complicaciones de la grippe, fijándose principalmente en las que tienen su asiento en los aparatos nervioso y respiratorio.

Reseña las manifestaciones auriculares de la grippe, así como la tendencia á la adinamia que con frecuencia se observa en las bronco-pneumonías grippales.

Entrando en el tratamiento de la grippe, hace un brillante paralelo entre los medios que se usaban en la antigüedad y los que en la actual epidemia se han usado. Dice que los médicos antiguos no pudieron usar muchos medicamentos que entonces no se conocían, pero que no obstante, llenaban las indicaciones fundamentales con los escasos agentes terapéuticos de que disponían. Los antiguos proscribían el uso de las emisiones sanguíneas y usaban los excitantes difusibles, como el té, el ron, etc.

Hace elogio de la prudencia que siempre ha guiado la práctica de los médicos españoles y que en esta epidemia se ha demostrado una vez más, gracias á lo cual han obtenido resultados que no son inferiores á los que se han obtenido en Francia y Alemania.

Termina el Dr. Castelo, su erudito discurso, dando gracias á los señores profesores, por la asiduidad con que han acudido á su llamamiento para el estudio de la epidemia de grippe.

Después se procedió á la votación de las conclusiones presentadas por el secretario de actas, siendo todas aprobadas por unanimidad; exceptuándose las 10.ª 11.ª y 12.ª que lo fueron por mayoría.

Hé aquí las conclusiones con que se terminaron estos trabajos científicos.

CONCLUSIONES.

1.ª La epidemia de grippe que ha reinado en Madrid, en los meses de Diciembre de 1889 y Enero de 1890, ha sido igual á todas las observadas en épocas anteriores.

2.ª En la epidemia actual, se han observado las tres formas descritas por los clásicos: cefálica, torácica y abdominal, habiendo predominado la forma torácica.

3.ª La mortalidad ha sido grande, por lo cual puede compararse esta epidemia con la de 1837 más que con ninguna otra.

4.ª Son responsables de la mayor parte de la mortalidad en Madrid, durante la pasada epidemia, las manifestaciones broncopulmonares y cardiacas de la infección grippal.

5.ª La grippe como enfermedad general que es, ataca á todo el organismo, pero sus manifestaciones más importantes se reflejan sobre los aparatos circulatorio y nervioso.

6.ª Además de las pulmonías grippales ha habido en Madrid en los meses de Diciembre y Enero citados, muchas pulmonías fibrinosas ó de pneumococus, las cuales á causa, sin duda, de haberse presentado en individuos que habian sufrido la grippe, han revestido la forma adinámica.

Esto no quiere decir que haya habido á la vez dos epidemias, en el sentido estricto que se da en estas palabras, sino que además de la epidemia de grippe se ha acentuado mucho la endemia de pneumonias crupales que se padecen todos los inviernos en Madrid.

7.ª La importancia de las manifestaciones nerviosas, se demuestra no solo por los fenómenos de invasión de la enfermedad, consistentes en escalofríos, cefalalgia, artralgia, mialgia, etc., sino por las que se observan en la época en que ha pasado la fiebre y el individuo se encuentra en convalecencia.

8.ª Es evidente la existencia de neuralgias y parálisis de origen grippal. La neuralgia que más se ha observado, es la del trigémino.

La parálisis grippal más frecuente é importante, es la del pneumogástrico. Si se afectan las ramas pulmonares, se presenta la pneumonía paralítica rebelada por una gran disnea y por los síntomas de una congestión pulmonar. Cuando se afectan las ramas cardiacas se observa desde el colapso cardiaco, hasta la muerte repentina.

9.ª La grippe, tanto por la manera de propagarse, como por la de evolucionar en cada individuo, tiene todos los caracteres que corresponden á las enfermedades infecciosas.

10.ª Si consideramos la marcha que siguen las epidemias de grippe, propagándose siempre según las comunicaciones de los hombres, y si nos fijamos en su naturaleza infecciosa, debemos tener por seguro que la mencionada enfermedad es contagiosa.

11.ª No se sabe con seguridad cómo se verifica la propagación de unos individuos á otros, si bien parece probable que las mucosidades nasales y los exudados bronco-pulmonares, contengan los gérmenes infecciosos; pero lo que sí está probado, es que el hombre y los objetos han sido vectores del contagio de unas localidades á otras.

12.ª Supuesta la grippe infecciosa y contagiosa, es lógico admitir la existencia de un germen parasitario que sea la causa verdadera de la enfermedad.

13.ª La atmósfera y los terrenos podrán por sus condiciones de temperatura, humedad, sequedad, etc., influir en la marcha de la epidemia, favoreciendo ó perjudicando la vida y reproducción del microbio patógeno que suponemos existe; pero mientras no conozcamos este, no podemos estudiar qué condiciones atmósfericas necesita para su desarrollo.

14.ª Cualesquiera que sea la manera de combinarse los diversos elementos de la atmósfera, jamás pueden engendrar una epidemia de grippe, si falta el microbio patógeno.

15.ª En tanto que no sea conocido el agente causal de la grippe, no es posible establecer medidas de higiene pública que impidan la propagación de la epidemia.

16.ª Más aplicables que las reglas de higiene pública, son las de higiene privada, pudiendo los individuos, observándolas, resistir mejor la enfermedad y evitar las graves complicaciones bronco-pulmonares.

17.ª No conociéndose la verdadera etiología de la grippe ni tampoco su patogenia, no podemos llenar las indicaciones causal ni morbosa, teniendo que emplear en todos los casos la indicación sintomática.

18.ª En las formas leves pueden obtenerse buenos resultados con los sudoríficos, entre los cuales, se cuentan los polvos de Dower, el jaborandi, la pilocarpina, el acetato amónico, etc.

19.ª El salicilato de sosa, la antipirina y el sulfato de quinina, se han empleado también en las formas leves de grippe, obteniéndose con ellos mucho alivio de la fiebre, los dolores musculares, cefálicos, etc., por lo cual los enfermos experimentan una sensación de bienestar que les ayuda á terminar favorablemente su enfermedad.

20.ª En las manifestaciones graves bronco-pulmonares, las emisiones sanguíneas están contraindicadas. Los antimoniales tampoco han dado buenos resultados en la mayor parte de pulmonías grippales.

21.ª El mejor tratamiento de las pneumonías grippales, consiste en el uso de la medicación tónica y antiséptica representada por el extracto blando de quina, el coñac, jerez, cocimiento antiséptico, etc., etc.

22.ª En el colapso cardiaco y pulmonar, deben usarse los estimulantes cardiacos y generales, como la cafeína, el éter sulfúrico, etc.

23.ª Los revulsivos en la pared torácica y derivativos gastro-intestinales dan buen resultado en las congestiones pulmonares de origen grippal, sobre todo cuando el ventrículo derecho está sobrecargado de trabajos, por las dificultades que presenta para la circulación el parénquima pulmonar.

24.ª Las *neuralgias grippales* que se han observado en la convalecencia de la grippe, especialmente las hemicráneas, la prosopalgia y la neuralgia cervical, han cedido con el uso de los medicamentos que generalmente se usan contra dichos afectos, como la aconitina, cafeína, calmantes locales y la quinina.

25.ª Los estados saburrales consecutivos á la grippe, han obedecido mejor al uso de los tónicos amargos, como la quina, la cuasia y el colombo, que al empleo de los purgantes.

DR. G. MANSILLA.

PLAN PRESERVATIVO DEL CÓLERA.

En el régimen ordinario de la vida deben observarse las precauciones vulgares que en todo tiempo se usan: limpieza exquisita de personas y cosas y evitar cuidadosamente todos los excesos de todas clases; seguir en las comidas la costumbre establecida por cada uno, sin más extraordinario que lavar con esmero y en agua hervida las ensaladas y las frutas que vaya á comerse, y mondar estas últimas: de unas y de otras conviene no abusar.

Se evitarán los enfriamientos, sobre todo del vientre, el cual será bueno llevarlo cubierto con una faja de franela.

En época de epidemia no se deben beber otras aguas que las minerales naturales (Apolinaris, Vals, Victoria, Vichy, etc.), ó la natural, hervida y batida luego, para devolverle el aire perdido por la ebullición.

En todas las casas debe tenerse una botella con la limonada clorhídrica de Koch.

Despáchese:

De ácido clorhídrico puro.....	25 gotas.
De agua.....	500 gr.
De jarabe de corteza de cidra.....	60 íd.

Mézclese, para tomar dos ó tres cortadillos al día en las horas en que el estómago esté vacío de alimentos. (En ayunas, al acostarse y otras.)

El cólera ataca sin dolores ni otra molestia que una diarrea, más ó menos frecuente y abundante, que es preciso cortarla, y que es muy fácil al principio, reduciendo así «el terrible azote» á una ligerísima indisposición. El cólera *fulminante* y el *seco* no existen.

Si á pesar de seguir las precauciones antes recomendadas se presentara, en tiempo de epidemia, una diarrea cualquiera, debe considerársela siempre como premonitoria y tomar en seguida, en media cucharada de agua, ó en un terrón de azúcar, ó *en una taza de manzanilla caliente*, que es lo mejor, con *cuatro ó seis gotas*, además, *de menta ó éter, diez gotas de láudano de Sydenham, bueno,* y guardando cama y bien abrigado el enfermo procurará sudar, repitiendo á la media hora la misma toma anteriormente expuesta.

Si continúa la diarrea, lo cual es muy raro, *otra taza de manzanilla* al cuarto de hora *con diez gotas de láudano, otras diez de alcohol*

de menta y un papel de salicilatos de bismuto y cerio, de Vivas Pérez, y *mantener la traspiración* durante un par de horas por medio de *abrigo y botellas calientes en la cama,* repitiendo, si hiciere falta, la administración de este último medicamento.

El enfermo ha pasado el cólera y está bueno ya completamente.

Para los niños y ancianos, las dosis marcadas deben disminuirse en una tercera parte, ó en una mitad, según el desarrollo ó robustez del paciente.

Las deposiciones (diarrea y vómitos, si los hubo), deben esterilizarse inmediatamente, pues ellas son las que propagan el contagio, no el aire ni el enfermo en sí mismo, mezclándolas bien, antes de verterlas, con una cantidad igual de la solución de sublimado que se indica más abajo, con la cual se lavarán también las vasijas que las hayan contenido y las salpicaduras. Hay que tener en cuenta al manejarla que esa solución es venenosa y ataca los metales, sortijas, etc.

Debe llamarse al médico cuanto antes para evitar complicaciones; pero en la mayoría de los casos, si se procede rápida y rigurosamente como indico, el médico se limitará á presenciar la curación de su enfermo.

Tendrán, pues, muy á mano todos los que quieran seguir estas reglas, cuyos buenos efectos constan en decisivas estadísticas oficiales:

1.° La limonada clorhídrica que arriba formulo.

2.° Un frasquito con 8 ó 10 gr. de *buen* láudano de Sydenham y un cuenta gotas.

3.° Otro con igual cantidad de éter sulfúrico ó alcohol de menta.

4.° Una cajita de los salicilatos de bismuto y cerio, de Vivas Pérez.

5.° Un par de onzas de flores de manzanilla.

6.° Dos litros de una disolución de sublimado al 2 por 1000, y (1)

7.° Ánimo y tranquilidad, sin nada de miedo ni aprensión, que, como se ve, serían completamente ridículos é injustificados, además de peligrosos.

FEDERICO MONTALDO,
Médico de la Armada.

Madrid y Junio 30 del 90.

---

(1) Todos esos medicamentos se pueden encontrar en cualquier farmacia sin dificultad alguna; pero en la del Dr. Zúñiga, Peligros, 4, se hallan acondicionados y dispuestos para usarlos en seguida, por *diez pesetas* la colección.—(N. del A.)

DEL IMPETIGO,

POR EL DOCTOR

D. JUAN AZÚA,

MÉDICO POR OPOSICIÓN DE SAN JUAN DE DIOS.

La correspondencia entre el nombre *Impetigo* y las lesiones dérmicas á las cuales se aplica esta denominación, no es ni mucho menos lo suficientemente constante y exacta, para que aquel término represente una idea univoca.

Pasando de largo por aquel período de la Dermatología, en que con el nombre de pórrigo, se confundían casi todas las afecciones costrosas del cuero cabelludo y el impetigo, no haciendo alto como conceptos definidores y clasificadores en las ideas etiológicas de Bazin, que veía en los impetigos, escrofúlides benignas y en las de Hardy que creía eran herpétides ezcematosas, se llega á un período mucho más moderno, en el cual, Hebra borra el *impetigo* de la nosología y hace de él un *ezcema pustuloso ó impetiginoso,* persiste para el mismo Hebra, el nombre aplicado á otra afección muy rara que denomina *impetigo herpetiforme* y aparece también descrito por Tilbury Fox, el *Impetigo contagioso,* que se relaciona bien con el concepto antiguo de la enfermedad, pero cuya característica es la contagiosidad evidente, y por último, Duhring *aclara* el problema describiendo un *Impetigo,* cuya evidencia clínica es puesta en duda por Dubreuilh, si bien no puede oponer otra razón que la de no haberlo observado.

Las impresiones clínicas recogidas en unos 6.000 enfermos, de los cuales 4.300 han sido tratados en la Consulta de Dermatología de San Juan de Dios, que dirijo me permiten emitir opinión en tan enmarañado asunto.

Creo que debe comenzarse por preguntar. ¿El nombre Impetigo, representa en Dermatología una individualidad morbosa bien definida, fundamental y constante en sus manifestaciones ó representa tan solo una modalidad accidental de los procesos ezcematosos? ¿Caso de tener por cierto lo primero, debe adjudicarse el nombre al llamado *Impetigo contagioso* ó considerar que todos los llamados impetigos son contagiosos y por tanto solo existe una individualidad clínica? Anteriormente hemos señalado, el *ezcema impetiginoso,* el

impetigo vulgar, el *impetigo* de Duhring, el *impetigo* contagioso y el *impetigo herpetiforme* de Hebra, como denominaciones nosológicas que tienen de común un término; á estas cinco hay que añadir el llamado por Devergie *impetigo rodens*. Las dos últimas formas, pueden desde luego ser excluídas y condenados sus nombres; Devergie se refiere á ciertas formas de epiteliomas y Hebra á una grave enfermedad casi siempre mortal, que se presenta en las embarazadas y en cuya denominación no estuvo el gran maestro muy acertado, en cuanto fué el autor de la supresión del nombre impetigo, transformándolo en ezcema pustuloso ó impetiginoso, debiendo por tanto haber dicho *Ezcema impetiginoso herpetiforme*, en lugar de *Impetigo herpetiforme*, pues este último parece como querer dar al primer término una individualidad que él había negado. Sea como quiera, son dos formas total y absolutamente distintas de las otras cuatro, entre las cuales hay que establecer las diferencias ó semejanzas. Respondiendo á la primera pregunta formulada, conviene describir á grandes rasgos los caracteres asignados á las cuatro formas restantes, para ver qué es lo que tienen de común con el ezcema.

El impetigo vulgar, tal como se describía cuando era admitido por todos los dermatólogos, se caracterizaba según Guibout cuyo testimonio aquí es de mayor excepción por «la presencia de pequeñas pústulas aguzadas, confluentes, elevadas en superficies eritematosas más ó menos bastas, pasajeras, esencialmente fugaces, que segregan un pus que continúa formándose aun después de su desaparición por las superficies ulceradas que les suceden y que dan lugar á costras húmedas, salientes, duras, amarillas, que ofrecen el color de la miel ó de la mermelada de albaricoques», añadiendo el autor citado es característica del impetigo, su marcha cíclica, su evolución rápida, la falta de exacerbaciones, que en su curso se observan y su principio febril con trastornos gástricos. Admite una etiología idiopática y otra sintomática y no indica nada acerca del contagio. Duhring describe bajo el título de Impetigo una afección inflamatoria aguda caracterizada por una ó muchas pústulas, del volumen de un guisante ó una avellana, redondeadas, prominentes, resistentes, que no se acompañan generalmente de molestias. La erupción aparece precedida ó no de ligeros trastornos generales y los elementos eruptivos son pustulosos desde el principio; las paredes son espesas y al principio las pústulas están rodeadas de una ligera aureola inflamatoria. Sobrepasan el nivel de la piel en una altura de 3 á 6 mm., son

semiglobulares, su color es blanco ó amarillento y no tienen depresión central. Son discretas, no tienen tendencia á romperse ni á reunirse las unas con las otras y su sitio más frecuente es la cara, la mano, el pie y la pierna. Es una afección aguda, que dura unas semanas y que se desarrolla de una vez ó bien por brotes sucesivos en la primera semana. Producen unas costras cuyo espesor es variable, algunas veces son grandes, morenuzcas ó amarillentas, otras veces son pequeñas y en estos casos el líquido ha sido reabsorbido. La enfermedad no es contagiosa y es una de las más raras de la piel.»

Tilbury Fox describe el impetigo contagioso (única forma que admite) como una enfermedad constituida por la formación de un número más ó menos grande de vesículo-pústulas ó ampollas aplanadas, aisladas, redondeadas, de tamaño variable entre un guisante y una avellana, que se transforman en costras. La erupción comienza precedida de un ligero movimiento febril, sobre todo en los niños, y aparecen pequeñas vesículas aisladas que rápidamente se transforman en pústulas bastante grandes, umbilicadas en el centro algunas veces. Suelen estar rodeadas de una ligera aureola inflamatoria y su número no es generalmente grande. Al cabo de algunos días se rompen y forman costras planas, amarillentas, de aspecto granuloso, debajo de las cuales se encuentra una superficie exulcerada recubierta de una sustancia parecida á la goma ó á la linfa plástica. Cuando la costra cae espontáneamente se ven manchas rosadas que desaparecen lentamente. En algunos casos, la enfermedad se parece mucho á la vacuna. El sitio habitual de la erupción es la cara, las manos, pero se la puede observar en los brazos, la cabeza y otras regiones. La enfermedad se presenta de preferencia en los niños pobres, sin que esto impida observarla en gentes acomodadas y adultos algunas veces. Es contagiosa, auto-inoculable, aparece algunas veces consecutivamente á la vacuna, y reviste en ocasiones un aspecto epidémico.

La última de las formas á diferenciar, el ezcema impetiginoso que sustituye al antiguo impetigo en opinión de casi todos los dermatólogos, creo que se puede definir bien, recogiendo las descripciones de los autores, en lo siguiente: «Es un ezcema purulento cuya lesión inicial es más pustulosa que vexiculosa, cuyas costras generalmente amarillentas y gruesas, se desecan lentamente volviéndose friables y cuyas molestias con frecuencia son menores que las de

los otros tipos de ezcema. Su sitio de predilección es la cabeza, y la edad, que sobre todo lo presenta, la niñez. Puede considerársele como una prueba de las facultades piogenas del individuo.

Antes de pasar, una vez terminada esta ligera nosografía, á identificar ó diferenciar del ezcema estos cuatro tipos, expondré qué es lo que yo he apreciado, en 18 ó 20 casos recogidos entre los 6.000 enfermos de piel antes indicados.

Sobre la cara siempre, algunas veces además sobre las manos y antebrazos, una vez sobre el cuello y parte superior del pecho; he visto aparecer, precedido casi siempre de un ligero estado febril, pústulas hemisféricas, turbias, discretas, rodeadas de una pequeña aureola rojiza, que han crecido rápidamente, confundiéndose algunas que estaban muy próximas, pero permaneciendo la mayoría de ellas aisladas hasta adquirir el tamaño máximo de 2 céntimos en un espacio de tiempo de cuatro ó cinco días, en cuya fecha ya la secreción ha empezado á concretarse por el centro con ó sin umbilicación, pues esto es un accidente que depende en este caso de la mayor ó menor rapidez con que la costra se seca por el centro, y por lo tanto, se deprime y de la abundancia periférica de secreción que eleva los bordes. Formada por completo la costra es bastante espesa, amarillenta, poco sólida, se levanta con facilidad y se descubre una superficie exulcerada recubierta de una capa blanquecina pegajosa, que forma otra nueva costra. Si se dejan pasar diez ó doce días, la costra cae y aparece una mancha rojiza que se desvanece lentamente. La erupción produce pocas incomodidades cuando se conserva pura, evoluciona casi siempre en un solo brote, pero puede también observarse la propagación á las partes vecinas y á las que se ponen en contacto con la enferma, y por tanto, la prolongación indefinida de la dermatosis. La he observado en niños, generalmente sucios ó débiles, fuera y en algunos adultos.

He comprobado con evidencia el contagio en la cuarta parte de los casos; en otro, una muchacha de 17 años, recién parida, con secreciones purulentas de los genitales externos, contactos de la mano sucia de pus con la cara en la cual tenía grietas, un verdadero caso de inoculación; en otro, la erupción ha sido precedida por una herida contusa pequeña del mentón, alrededor del cual se presentó la erupción.

En los demás, no he comprobado de un modo claro la etiología. Los niños que se rascan, rompen las pústulas y entre los frotes del

rascamiento y quizás las cualidades irritantes de la secreción, se produce un ezcema que engloba la enfermedad anterior. Se han curado todos los enfermos en pocos días, con cataplasmas de arroz y pomada de precipitado blanco ó de ácido bórico.

El Dr. Mendoza, cuya competencia es excepcional, ha tenido la bondad de hacer el examen histológico y bacteriológico del pus y no ha encontrado sino micro-organismos banales y constantemente los staphyloccocus piogenos.

Todos estos casos los ha diagnosticado de *impetigo*.

El tipo morboso que acabo de describir, se observa en clínica con ligeras variantes, de una manera indudable y es sencillamente el *impetigo* llamado contagioso, no habiéndole yo añadido este calificativo por creer que siendo el contagio cualidad esencial y primordial del impetigo y no existiendo este sin esta condición, no hace falta añadirle un apellido que supone una diferenciación que no existe. Las dos individualidades clínicas, *impetigo* (el descrito por Bazin, Guibout, etc., etc.), y el *Impetigo* de Duhring tienen en lo esencial caracteres comunes con el tipo por nosotros observado, si bien la descripción que hemos tomado de Guibout, para el impetigo vulgar, parece mejor describir casos de ezcema pustuloso y le falta como á la enfermedad descrita por Duhring, la consignación del carácter contagioso, cuya omisión depende á mi entender de falta de observación, puesto que la contagiosidad del impetigo, se debe á la purulencia y no á una causa especifica, opinión que tienen dermatólogos importantes, entre ellos Radcliffe Crocker y que ha sido muy bien expuesta y demostrada por Willian Dubreuilh en un artículo recientemente publicado en los *Anales franceses de Dermatología y Sifiliografía*. Debiéndose por tanto la contagiosidad á la purulencia y siendo altamente purulenta la lesión elemental del impetigo simple de Duhring, claro está que solo la falta de comprobación de un modo terminante de este carácter, habrá hecho á Duhring separar en dos grupos los impetigos por él observados; á un lado aquellos cuya etiología contagiosa es clara (impetigos contagiosos), á otro los que no hayan presentado esa claridad etiológica. Afirmo esto, porque al querer Duhring establecer el diagnóstico diferencial entre el impetigo simple y el contagioso, dice del primero que su sitio es más profundo, que su lesión es una pústula redondeada y saliente sin depresión central, y del segundo que la lesión inicial es una vexícula ó una vexículo-pústula parecida á la vacuna, aplanada y á menudo umbilicada. Como

se ve, aun á fuerza de rebuscar mucho, las diferencias no son muy grandes, y basta observar las mismas lesiones con unos días de intervalo para encontrarlas con los dos grupos distintos de caracteres.

Por otra parte, en la descripción que yo he hecho y en casos en donde he comprobado el contagio (que después de todo sería la verdadera diferencia), he observado lesiones pustulosas *ab initio* y umbilicación y unas veces las superficies de las pústulas han sido aplanadas y otras convexas y es que entiendo que en Dermatología, se ha llevado mas allá de lo debido la importancia de que un elemento eruptivo sea un poco más grande ó un poco más chico, más discreto ó menos discreto, un si es no es más profundo ó menos profundo, etc., etc., cuando se sabe perfectamente que la misma enfermedad y las mismas lesiones elementales varían sin perder su tipo dentro de límites bastante extensos. Creo, por tanto, que el Impetigo vulgar de los antiguos, queda esto borrado por Fox, por Duhring y por todos los que admitimos el contagioso; este, el simple de Duhring y el observado por mí, constituyen todos una sola enfermedad que para evitar confusiones debe llamarse *impetigo* á secas y saber que es contagioso en condiciones abonadas, como sucede con todos los contagios aun los más evidentes.

Formado este tipo clínico cuya existencia real é individualidad es innegable, es preciso averiguar si no obstante sus caracteres, debe considerarse como un ezcema. Si este nombre representase una afección con caracteres siempre fijos y típicos, tanto en su evolución clínica como en su anatomía patológica, fácilmente se podría, como sucede con las enfermedades que los poseen, diferenciarla de las parecidas. Pero no sucede así y difícilmente habrá entre todas las dermatosis, una cuyos caracteres clínicos y aun anatómicos, sean tan variables, extensos y transformables como los del ezcema tanto por la evolución espontánea de este, como por la influencia de causas accidentales. Las dificultades de diferenciación han aumentado cuando por los estudios modernos, sobre todo de anatomía patológica, se ha hecho inclusión dentro del cuadro nosológico de los ezcemas de enfermedades que antes figuraban con denominaciones distintas. Entre estas inclusiones figura, como indicamos al principio de este artículo, el impetigo vulgar de los autores (ya dejamos consignado, que no creemos hay más que uno) que por los trabajos de la escuela alemana principalmente, perdió su autonomía quedando convertido

en el ezcema impetiginoso ó pustuloso. De esta forma indiscutiblemente muy afine al impetigo es de la que hay que separar este si hay razón para ello, porque de las otras formas de ezcema las diferencias son tales, que no es preciso sino mencionarlas para poder establecer diferencias importantes. Intentando establecer separaciones, conviene decir que las tres grandes bases sobre las cuales se funda la separación de los conceptos nosológicos son: 1.° la etiología; 2.° la anatomia patológica; 3.° la forma clínica. Cuando las tres se concretan y determinan diferenciándose bien, constituyen grupos patológicos cuyas diferencias son absolutas con las demás; en caso contrario pueden darse por excepción separaciones absolutas de los caracteres de las enfermedades, pero generalmente entre alteraciones patológicas que tienen comunes algunas de esas bases, los diagnósticos diferenciales son menos precisos. Aplicando este criterio y examinando en primer lugar la etiología, encontramos comprobado por casi todos los dermatólogos el contagio como causa del impetigo, bien sea por auto-inoculación ó por infección externa; pero desgraciadamente este carácter no es lo bastante decisivo, porque el ezcema impetiginoso lo es también aunque de un modo especial. La inoculación ó contacto con la secreción de un ezcema impetiginoso engendra un impetigo pero no una lesión ezcematosa. He visto un caso totalmente demostrativo. Un niño pequeño que asistía á mi consulta tenía un ezcema impetiginoso típico de la cara y cabeza y ezcema rubrum de la cara anterior y posterior del torax; este pequeño era cuidado por una hermana de 12 ó 14 años, que no guardaba precaución ninguna y ponía en contacto con la cara de su hermano la suya y en ella se le presentó un impetigo característico con sus pústulas, aisladas casi todas, poco molestas y curadas rápidamente en pocos días. Parece, por tanto, que lo que se transmite tan solo es la purulencia y que esta engendra un impetigo y no un ezcema. Además, en muchos casos he visto ezcemas que irritados ú observados en individuos sucios y expuestos á infecciones, han adquirido carácter impetiginoso que han perdido en cuanto han sido sometidos á una medicación adecuada. Hay, sin embargo, en este asunto algunos puntos oscuros que me propongo resolver por la experimentación clínica. Son los siguientes: Dice Renaut que en la vexícula del ezcema, la transformación purulenta no se hace porque rompiéndose muy pronto las vexículas por su finura, no tienen los glóbulos blancos tiempo para morir y cargándose de grasa adquirir el

carácter de glóbulos de pus, pero que si mediante una cubierta impermeable como sucede con el tratamiento de los ezcemas por el método de Hardy, se mantiene el líquido exudado en contacto con la piel, se transforma en pus por haber tenido las células tiempo de morir y cargarse de grasa.

Este hecho interesante que yo he comprobado además en todas aquellas ocasiones en que una vexícula de ezcema se desarrolla en donde la piel la opone gran resistencia, permite, por decirlo así, hacer purulento á voluntad el líquido de un ezcema y con estos líquidos proyecto hacer inoculaciones y observar si se producen ó no lesiones de impetigo, buscando con esta contraprueba si solo es la purulencia la etiología del impetigo, como se deduce plenamente de los trabajos de Bockhart, de Bousquet y de los exámenes histológicos y culturas de Mendoza, ó tiene una etiología específica como han creido Kohm y Piffard, describiendo cada uno un parásito distinto, ó Geber, Lang y Kaposi que se inclinan á creer que es ocasionado por el tricophyton.

Piffard, sin embargo, ha discutido y expuesto un hecho que tiene su importancia; el de la identidad entre el hongo encontrado por él en el impetigo y en las costras de vacuna, y bien sabido es que el impetigo puede aparecer como consecuencia de la vacuna.

Formando juicio sobre todos estos conceptos etiológicos, resulta la siguiente importante diferencia entre el impetigo y el ezcema impetiginoso: que en tanto que el primero engendra por contagio una enfermedad idéntica, el segundo no transmite más que la condición de impetigo, pero no la de ezcema, como si fueran dos elementos distintos reunidos por circunstancias accidentales y separables también en circunstancias apropiadas; pudiéndose por tanto pensar que el impetigo no es un mero accidente de forma del ezcema sino algo más importante.

El estudio comparativo de la anatomía patológica de ambas lesiones, no suministra grandes argumentos en favor de su separación, puesto que es sabido que la vexiculación constituye uno de los estados anatómicos que preceden á la pustulación, solo distinta de la primera por ligeros detalles. Es por tanto muy posible que un ezcema vexiculoso pueda hacerse pustuloso y afectar la forma clínica del impetigo, pero aún queda por saber, porque en tanto que en el impetigo la pustulación es primitiva y constante, en los ezcemas es accidental y secundaria, como si fuese el resultado de la ingestión

de un elemento extraño. Aun con estas objeciones hay que convenir en que el estudio anatómico no suministra grandes datos de carácter esencial para la distinción de ambas enfermedades.

Réstanos por examinar el aspecto clínico, y es en este punto donde la confusión es mayor todavía. Conviene, ante todo, recordar que vamos á buscar diferencias entre el ezcema impetiginoso y el impetigo, y es el primero, en nuestro entender, el resultado de la fusión de un ezcema y un impetigo, por tanto, toda la parte que de este tenga ha de parecerse extraordinariamente al aspecto clínico que la evolución del impetigo presenta. Es preciso presentar la cuestión de esta manera, principiando por reconocer su grande parecido en muchas ocasiones, porque si no cuantas diferencias clínicas se pretendan señalar como constantes, serán falsas.

En conjunto, cuando se puede seguir la evolución de toda la enfermedad y contemplar de *visu* su desarrollo, pueden observarse síntomas distintos, pero cuando no sucede así, y observamos los enfermos en un período ya costroso y con muchos de sus caracteres perdidos, el impetigo y el ezcema impetiginoso no se diferencian absolutamente en nada. En el primer caso, la comprobación del contagio por auto-inoculación ó de origen externo, la iniciación aguda de la enfermedad; la pequeñez de las molestias, el aspecto pustuloso primitivo y el volumen relativamente considerable de la lesión, la umbilicación que algunas veces se observa, el pequeño número de elementos eruptivos, son caracteres bastante marcados hasta el momento en que formadas las costras, reunidas algunas veces y rotas, sobre todo en los niños, se constituye un síndrome que puede ser exactamente igual al del ezcema impetiginoso, si este no se ha observado desde el principio y solo lo vemos cuando tiene ya el carácter de impetiginoso. Pero si lo hemos visto desde su iniciación habremos comenzado por diagnosticar un ezcema generalmente vexiculoso que en momento dado y por múltiples circunstancias (todas las que pueden producir una inoculación) ha adquirido caracteres de impetigo que puede perder en cuanto se someta á un tratamiento apropiado, quedando, sin embargo, subsistente por más tiempo el ezcema que le servía de base.

En resumen, solo la total observación del curso de ambas enfermedades suministra elementos diagnósticos diferenciales; apreciadas en el período costroso, que es lo frecuente, las diferencias son tan banales, inciertas é inseguras, que no pueden tenerse en cuenta.

Compendiando todo lo expuesto, puede decirse que en Dermatología debe admitirse el impetigo como enfermedad distinta del ezcema; que no hay más de un solo impetigo y este tiene por carácter fundamental ser contagioso y que la causa de este contagio parece se debe probablemente, pues hay opuestos pareceres y falta de experimentación, á los microbios piogenos comunes.

Madrid, Agosto 1890.

REVISTA DE CONGRESOS EXTRANJEROS.

Entre los diversos Congresos médicos que se han celebrado en el extranjero durante el verano actual, merecen citarse el de Berlín en primer lugar, y en segundo los de Rouen, Limoges, etc.

Dejando que algunos compañeros que han asistido al Congreso de Berlín den cuenta á nuestros lectores de lo más importante que se ha expuesto en dicha Asociación, vamos á ocuparnos hoy de las principales comunicaciones que se han hecho á los de Rouen y Limoges.

PRIMER CONGRESO DE MEDICINA MENTAL

celebrado en Rouen del 5 al 8 de Agosto de 1890.

Este primer Congreso de alienistas franceses se abrió el 5 de Agosto en el edificio destinado á las Sociedades científicas. Dio principio por un discurso del prefecto del Sena inferior, que dió la bienvenida á los miembros del Congreso, siendo después elegidos presidentes de honor los Sres. Baillarger, Delateaure, Rousel, etc., y presidente del Congreso el Sr. Ball.

SESIÓN DEL 5 DE AGOSTO.

Presidencia de M. Ball.

DE LAS RELACIONES ENTRE LA PARÁLISIS GENERAL Y LA SÍFILIS.

M. Delaporte (de Quatremare) expone que la etiología de la parálisis general está todavía rodeada de gran obscuridad. Si ciertas cau-

sas como las herencias vesánica y alcohólica, las tendencias congestivas, los traumatismos cranianos, el cansancio, son admitidos por todos los alienistas, hay otras sobre las cuales no hay perfecto acuerdo, tales como el alcoholismo, el saturnismo, el abuso del mercurio, etc.; pero la influencia que ejerce la sífilis sobre el desenvolvimiento de la parálisis general, es seguramente el punto sobre el cual los médicos profesan las más diferentes opiniones. Por esta razón es por lo que en el último Congreso de París se ha emitido la opinión de que fuese nombrada una comisión internacional que esclareciera esta cuestión. Y, por tanto, los organizadores del Congreso de Rouen, MM. Giraud y Delaporte han puesto á la orden del dia la cuestión de las relaciones entre la parálisis general y la sífilis.

Después de la exposición sumaria del estado de este asunto, M. Delaporte estima que los mejores medios de llegar á una solución sería rogar á los médicos de los asilos estableciesen en cada año: 1.° Una estadística especial de las causas presuntas de todos los casos de parálisis general que hayan tenido que tratar. 2.° Una segunda estadística que indicase la proporción de sifilíticos que hayan encontrado entre los maniacos y los alcohólicos, á fin de saber si difiere de la observada entre los paralíticos.

Estas estadísticas serían enviadas todos los años á la Sociedad Médico-psicológica, la cual haria su clasificación.

M. Dubuisson (de Quatremare) hace constar que en el Asilo de Leyme la parálisis general aumenta notablemente de frecuencia, y atribuye al alcoholismo el ser la causa principal de este aumento.

Los estudios que ha hecho sobre este asunto en el Asilo de Quatremare desde 1853 á 1889, le han conducido á la misma conclusión. Cuanto á la sífilis, no la ha demostrado sino 50 veces en 1.600 paralíticos generales; está, por tanto, poco dispuesto á conceder mucho valor á aquella causa sobre el desenvolvimiento de la parálisis general, y finalmente, clasifica las causas de la periencefalitis crónica difusa según su importancia, en el orden siguiente: alcoholismo, herencia, cansancio intelectual, sífilis y traumatismo. Termina Monsieur Dubuisson haciendo notar la rareza del suicidio entre los paralíticos (un caso sobre 1.600).

M. Regnier (de París). En un trabajo presentado en 1888 á la Academia de Medicina ha demostrado que la sífilis cerebral y la parálisis general deben ser consideradas como dos afecciones distintas, independientes en su evolución, pudiendo coexistir en el mismo in-

dividuo sin influenciarse recíprocamente las lesiones anatómicas, como se demuestra en las autopsias.

No existen observaciones que establezcan de un modo cierto que la sífilis pueda producir la parálisis general. Existen, por el contrario, gran número de hechos que demuestran que la parálisis general puede producirse fuera de toda influencia específica, por la herencia, el alcoholismo, el abuso del ajenjo, etc. Tiene la intención solamente de procurar precisar aquello que la sífilis puede añadir á la acción de estas causas cuando se encuentra reunida con ellas en un paralítico general, sola circunstancia en la que se puede invocar su acción.

Creemos estar demostrado que la sífilis cuando ataca el cerebro de un individuo no predispuesto, produce, no la parálisis general, sino accidentes siempre debidos á una ó á muchas lesiones sifilíticas, lo que M. Fournier llama pseudo-parálisis general.

La frecuencia de la sífilis en los antecedentes de los paralíticos generales está todavía apreciada de distintos modos: M. Mendel, declara que el 76 por 100 de sus enfermos son sifilíticos; M. Regis en un estudio hecho sobre 318 enfermos llega á resultados análogos; M. Christien no llega sino á la proporción del 15 por 100.

M. Regnier ha analizado cuidadosamente las observaciones de 179 paralíticos generales (125 hombres y 54 mujeres) y no ha encontrado la sífilis de un modo cierto, sino 16 veces.

Es menester tener en cuenta: 1.° Si la sífilis existía anteriormente á toda manifestación de parálisis general, porque no es imposible, sino acaso frecuente, que en el primer período de la parálisis general, en el momento en que el enfermo comete excesos de mujeres al mismo tiempo que de bebidas, adquiera la sífilis; después de muchos años, cuando la afección mental progresa, el enfermo comparece ante el médico, buscan los antecedentes, se encuentra la sífilis y se la considera como una de las causas de esta parálisis general. Y en este caso, sin embargo, la sífilis no puede ser considerada como causa de la parálisis general. Este hecho se ha presentado en tres de sus enfermos que sufrían accidentes específicos secundarios que databan de seis semanas á tres meses, y se presentaron á su observación en un estado de debilidad intelectual tan avanzado, que era imposible que la sífilis le hubiese podido provocar. Por lo demás, en sus enfermos, las modificaciones del carácter, los trastornos de la memoria y de la idea eran anteriores á la infección sifilítica.

En su opinión, la sífilis adquirida no determina por sí sola la pará-

lisis general, sino más bien accidentes sifilíticos del sistema nervioso, siempre reconocibles en la autopsia.

En los paralíticos generales la sífilis se asocia constantemente á otras causas más eficaces y más generalmente admitidas como capaces de provocar la meningo-encefalitis crónica difusa.

Resulta, pues, de sus estudios, que en principio, la parálisis general no se produce con más frecuencia entre los sifilíticos que entre las demás personas.

De las comunicaciones de M. Regnier se pueden sacar las siguientes conclusiones:

1.ª La sífilis cerebral es una afección distinta é independiente de la parálisis general.

2.ª La infección sifilítica no tiene acción demostrada sobre la producción de la parálisis general. Su presencia no la hace aparecer antes, ni modifica el aspecto ordinario de la enfermedad.

3.ª En los paralíticos generales pueden manifestarse accidentes sifilíticos del sistema nervioso, como cualquiera otra manifestación sifilítica. La sífilis, pues, no es sino una complicación, una incidencia que no modifica la parálisis general. La evolución de las dos afecciones es independiente; son, pues, enfermedades conexas, no consecutivas la una á la otra.

SESIÓN DEL 6 DE AGOSTO.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ORINA EN LA PARÁLISIS GENERAL.

M. Lailler (de Saint-Yon) manifiesta que es materialmente imposible señalar una composición química especial á la orina de los paralíticos generales. Lo que es posible hacer, es indicar lo que el análisis químico de la orina revela en aquella manifestación de la enfermedad. Así, en el delirio depresivo que precede frecuentemente á la parálisis general, la cantidad de residuos orgánicos desciende por bajo de la fisiológica.

En el delirio ambicioso en todas sus manifestaciones, hay, por el contrario, exageración de los materiales de deshecho en la orina, á pesar de que los enfermos se alimenten insuficientemente; en el período último la suma de productos excrementicios está también considerablemente aumentada.

En los primeros períodos de la parálisis general no se encuentra

carbonato de amoniaco en la orina, pero en el último período existe, por el contrario, lo que es debido sencillamente á que en este período la vejiga está paralizada ó parésica.

En fin, en 5.000 análisis de orinas de alienados no ha encontrado jamás un diabético entre los paralíticos generales, y entre los alienados que ha encontrado diabéticos, ni uno solo ha llegado á ser paralítico general.

Hay que notar también que los paralíticos generales, cuyas facultades intelectuales parece estar aumentadas en los paroxismos de su actividad, no expulsan una cantidad de ácido fosfórico por encima de la normal.

M. Falret (de París) ha observado en los períodos de depresión de la parálisis general, poliuria y azoturia.

M. Charpentier (de París) dice que tiene en su servicio un paralítico general que presenta una glucosuria intermitente; las intermitencias parecen coincidir con remisiones en el estado intelectual.

SESIÓN DEL 8 DE AGOSTO DE 1890.

DE LA LOCURA TRAUMÁTICA.

M. Dubuisson expone que desde hace doce años ha recogido muchos casos de alienación mental consecutivos á traumatismos cerebrales.

Véanse las principales particularidades que le parecen presentar estas observaciones.

Los dolores de cabeza localizados al punto que sufrió la contusión y los trastornos de la memoria, son signos que después de una caída deben hacer temer complicaciones mentales.

La amnesia traumática está limitada á un período variable, y se extiende á todos los hechos de este período; puede ser pasajera ó permanente, pudiendo también renovarse en épocas diferentes.

La parálisis general y la manía son las formas de alienación más frecuentes después de los traumatismos.

Para establecer con seguridad una relación de causa á efecto entre el traumatismo y la locura, es necesario que algunos síntomas cerebrales se produzcan en el momento del accidente, y que en el intervalo que separa la caída ó el golpe de la alienación confirmada, haya habido alguna modificación en el estado mental del enfermo ó un

síntoma físico como la cefalalgia, los trastornos de la motilidad ó de la sensibilidad de los órganos de los sentidos.

Es menester, pues, que no exista otra causa morbosa que pueda producir por sí sola la alienación como el alcoholismo ó la herencia, por ejemplo.

Para evitar el desenvolvimiento de complicaciones cerebrales, después de los traumatismos cranianos, se deberá recurrir con preferencia á los antiflojísticos, á las emisiones sanguíneas y después á los revulsivos.

En presencia de hundimientos de los huesos, es menester intervenir quirúrgicamente y lo más pronto que sea posible, antes que llegue la desorganización del tejido nervioso.

En fin, se debe recomendar una higiene especial que tenga por objeto la supresión de todo lo que pueda amenazar la congestión del cerebro.

TREPANACIÓN TARDÍA EN UN CASO DE EPILEPSIA JACKSONIANA.

M. Boucher (de Rouen), relata la observación de un enfermo de 31 años que ingresó en 1887 en el Hospicio general de Rouen, á causa de los ataques de epilepsia parcial que venía padeciendo desde hacía quince años, y que sobrevinieron después del hundimiento del parietal derecho, producido por una caída de un piso segundo. Operado por M. Hue con todas las prácticas antisépticas el 19 de Julio de 1888, el enfermo estaba completamente restablecido después de pocos días, sin haber presentado ninguna elevación notable de la temperatura. Las crisis, que tenían lugar doce veces por mes como término medio, disminuyeron á la mitad en 1889, y parecen todavía alejarse más unas de otras en 1890.

M. Bougher, apoyándose en este caso, opina que la trepanación debe ser intentada aun cuando el traumatismo que haya determinado los accidentes epileptiformes pertenezca á una época muy lejana; sin embargo, no se deben esperar resultados tan brillantes como cuando la intervención quirúrgica sigue inmediatamente al traumatismo.

En la tarde del día 8 fué cerrado el Congreso de Medicina Mental, acordándose que el próximo se reuna en Lyon en 1891, y que todos los médicos alienistas de Francia sean invitados á concurrir al próximo Congreso.

ASOCIACIÓN FRANCESA PARA EL PROGRESO DE LAS CIENCIAS.

SESIÓN DE LIMOGES.

La apertura de este Congreso científico tuvo lugar el 7 de Agosto corriente bajo la presidencia de M. Cornu, y después de los discursos de rúbrica, se reunieron los diversas secciones de que consta el Congreso.

El presidente de honor de la sección de ciencias médicas era M. Potain, y los secretarios Petit y Jacquet. El Presidente de las sesiones fué M. Teissier.

SESIÓN DEL 8 DE AGOSTO.

Presidencia de M. Teissier.

TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS ESTRANGULADAS Ó INFLAMADAS POR LA QUELOTOMÍA SEGUIDA DE CURA RADICAL.

M. Reymond (de Limoges), dice que gracias á los progresos de la cirugía antiséptica se puede simplificar el tratamiento de los accidentes herniarios, y no conceder la misma importancia que antes al diagnóstico de las estrangulaciones agudas ó crónicas de las hernias estranguladas ó inflamadas.

El tiempo que se emplea en este diagnóstico, las dudas en que se encuentra el cirujano, hacen perder un tiempo precioso, y esto ocasiona un perjuicio positivo para el enfermo. Tres observaciones de hernias estranguladas, operadas por la quelotomía, seguidas de cura radical y pertenecientes á distintas clases de estrangulación, han conducido al Dr. Reymond á abandonar el diagnóstico previo de los diversos accidentes, y á no ocuparse sino de saber si la estrangulación existe ó no.

Opina que en presencia de los accidentes de estrangulación y en la dificultad de hacer algunas veces el diagnóstico del estado de la hernia, el cirujano no debe dudar. Sostiene el mismo autor que la taxis, á causa de los accidentes á que puede exponer, como son, la reducción de un asa gangrenada, la peritonitis por perforación, los equimosis y las supuraciones del intestino, debe ser completamente abandonada y reemplazada por la quelotomía inmediata seguida de la cura radical.

TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA POR EL NAFTOL-α.

M. Teissier habla de los resultados que le ha suministrado el tratamiento de quince casos de fiebre tifoidea tomados indistintamente.

Muchos han llegado al quinto día sin haber sido tratados; otros estaban sumamente graves. La curación ha sido obtenida en todos los casos á excepción de la observación segunda, que debiera eliminar de su estadística, porque el enfermo había sido sometido durante su ausencia á tratamientos variados y había contraído la grippe con complicaciones febriles y nefritis supurada.

El tratamiento empleado era el siguiente:

1.° Por la mañana y por la noche toma el enfermo un sello de naftol-α de 40 cg. con salicilato de bismuto.

2.° Cuatro enemas fríos en las veinticuatro horas para sostener la diuresis.

3.° Después del enema frío del mediodía, otro de 4 gr. de extracto de quina y 60 cg. á 1 gr. de sulfato de quinina disuelto en una infusión de valeriana como tónico antitérmico.

4.° En fin, un régimen compuesto de 300 gr. de vino de Bordeaux, leche y caldo, según los casos.

En estas condiciones, y cualesquiera que fuese el período de la enfermedad, se hacía constar: desde que la antisepsia estaba realizada, es decir, cuando las orinas eran francamente verdes (al cuarto día próximamente) que la temperatura bajaba progresivamente, la albúmina desaparecía de la orina, el bazo perdía su volumen anormal y la lengua, en fin, tomaba un carácter de humedad notable.

En cuatro casos, este descenso progresivo de la temperatura no se ha alterado con la dosis de naftol-α habitual; la fiebre ascendía hacia el tercer día á un grado elevado, pero era suficiente entonces un tercer sello de 40 cg. de naftol, es decir, 1 gr. 20 cg. en las veinticuatro horas, para obtener al cuarto día de esta medicación más activa el descenso térmico que se había producido antes en otros casos con menores dosis.

A este descenso tan regular y que se encuentra en todos sus trazados térmicos, sucedía un período de grandes oscilaciones durante cuatro, seis y hasta ocho días, después de los cuales el enfermo entraba en convalecencia. Esta era muy corta. Lo notable en estos en-

fermos era que durante toda la duración del tratamiento, el aspecto tifoideo no ha existido.

Cree, pues, el autor que es legítimo atribuir á la influencia del naftol esta curva térmica que es característica. Opina también que aunque otras veces ha tratado dotinentéricos con enemas fríos y sulfato de quinina, jamás ha conseguido nada parecido. Cree que el naftol esteriliza en el intestino los productos solubles de origen bacteriano, que en la dotinenteria son sin duda alguna piretógenos.

Es digno de atención que siempre que ha administrado el naftol para combatir accidentes febriles dependientes de productos solubles procedentes de bacillus, la temperatura ha seguido siempre una marcha idéntica; como quiera que sea, en la erisipela maligna la fiebre puerperal ó la dotinenteria, las curvas térmicas son siempre influenciadas por el naftol en un sentido idéntico.

Esta proposición no es una hipótesis, y el autor suministra una serie de experiencias para probar la *esterilización del intestino* como fenómeno correlativo del descenso térmico. Este hecho parece innegable gracias á las numerosas inoculaciones de orina practicadas con este objeto por M. Roques, agregado de la facultad. Cree, pues, el autor, que neutralizando las sustancias tóxicas segregadas por el bacillus d'Eberth es como el naftol, origina los felices resultados que acabamos de citar.

SESIÓN DE 9 DE AGOSTO.

Presidencia de M. Teissier.

INTOXICACIÓN SATURNINA POR LA HARINA: ESTRUCTURA DEL CORDONCILLO SATURNINO.

M. P. Lemaistre (de Limoges) ha observado una epidemia bastante intensa de saturnismo en los alrededores de Limoges. Después de estudios detenidos ha llegado á descubrir el origen de la intoxicación: esta era debida á la harina de una determinada panadería. El análisis químico demostró en esta harina 3 mgr. de plomo por kilogramo. El panadero confesó que uno de sus obreros había echado plomo en su molino para tapar agujeros.

Há podido demostrar en el curso de dicha epidemia, que el cordon-

cillo saturnino visto con el microscopio ofrece un aspecto especial: se le ve constituído por puntos aislados que son las extremidades de los vasos radiculares de la parte posterior de la encía. Sobre un fragmento de encía así observado se ven los vasos tortuosos en los intoxicados, rectilíneos en los convalecientes, y el análisis químico demuestra allí la existencia del sulfuro de plomo.

M. Lemaistre ha hecho cortes histológicos de un fragmento gingival así alterado: los vasos capilares estaban rellenos de sulfuro de plomo mezclado con los glóbulos. Alrededor de los vasos se ven granulaciones plúmbicas que van disminuyendo á medida que se alejan de las paredes.

Por los reactivos químicos se hace fácilmente desaparecer de los cortes el contenido de los vasos y las granulaciones extra-vasculares. En todos los capilares examinados la circulación era imposible por impedirlo las masas plúmbicas.

SESIÓN DE 11 DE AGOSTO.

LA HIGIENE Y LA CREMACIÓN.

M. Trouvenet (de Limoges) dice que á causa de las circunstancias actuales del cólera, que en España se ha atribuído á la exhumación de las víctimas de la epidemia de 1885, los temores extendidos en París de que pueda ocurrir una por causas análogas, han sido los que le han obligado á reproducir ante este Congreso las ideas que ya ha desarrollado en una Memoria publicada en 1883. Los cementerios son vastos depósitos de gérmenes patógenos: devuelven á la superficie, por los movimientos de las fosas comunes y por las filtraciones de las aguas, gérmenes que reproducen epidemias pasadas. El único medio eficaz para destruirlos es la cremación; esta es menester que entre en nuestras costumbres, mostrando también los peligros de los cementerios para las poblaciones, y construyendo en todas hornos crematorios, cuyo uso, al principio restringido, se generalizaría rápidamente.

Como conclusión propone al Congreso:

1.° Aprobar ó desaprobar en nombre de la higiene las ideas desenvueltas en su trabajo.

2.° Invitar á los Municipios á construir hornos crematorios á fin

de que la incineración pueda ser aplicada á aquellos que la prefieran á la inhumación actualmente puesta en uso.

3.° Invitar al Gobierno á estudiar si sería posible exigir la cremación de toda persona que sucumbiese de una enfermedad infecciosa.

M. Drouineau (de Paris) dice que la sección de higiene no tiene poder para invitar al Gobierno á hacer la cremación obligatoria, ni aun para las personas que hayan sucumbido de una enfermedad infecciosa. Existe una ley que hace la cremación facultativa; por el momento es suficiente.

ESTADO DE LA FUNCIÓN GLUCO-GÉNICA DEL HÍGADO EN EL MOMENTO DE LA MUERTE EN ALGUNAS ENFERMEDADES.

M. Butte (de Paris) dice que en los casos de muerte por hemorragias, bien sean producidas por traumatismos ó sean hemorragias post-partum, se encuentran considerables cantidades de glucosa y aun sustancia glico-génica en el hígado. Estos resultados están de acuerdo con los que suministra la fisiología.

En la tuberculosis pulmonar ha encontrado seis veces la falta de azúcar en el hígado y cuatro su presencia. Le ha parecido que la ausencia de la glucosa, se observa ordinariamente cuando las lesiones eran muy extensas y antiguas, mientras que su presencia se observaba sobre todo en los enfermos menos atacados.

En cinco casos de eclampsia terminados por muerte, ha demostrado la desaparición total de la glucosa en el hígado, cuyo hecho le parece tener importancia porque permite comprender mejor la causa de la muerte en aquella afección cuya patogenia está rodeada de tantas obscuridades. En los estudios que sobre esta enfermedad ha hecho en otros tiempos con Doleris, ha llamado la atención sobre la importancia de las lesiones hepáticas; después ha practicado numerosos análisis de la sangre de los eclámpsicos que confirman los resultados que ha obtenido buscando el azúcar en el hígado. En los casos de eclapmsia no mortales, ha encontrado en la sangre una cantidad de glucosa que era algo inferior á la anormal; por el contrario, cuando la enfermedad se ha terminado por la muerte ha demostrado hasta dos ó tres días antes de la terminación fatal, una disminución notable de la glucosa en el líquido sanguíneo.

SESIÓN DEL 13 DE AGOSTO.

PARAPLEGIA TOTAL DE DOS AÑOS DE EXISTENCIA CURADA POR LA SUGESTIÓN HIPNÓTICA.

M. Raymondaud (de Limoges) habla de una mujer de 40 años, que gozaba buena salud y que en pocos días llegó á ser incapaz de movimiento alguno en las extremidades inferiores. Hasta entonces no había tenido sino raros accidentes de histeria convulsiva. Sin embargo, en la infancia había presentado algunos fenómenos de sonambulismo.

La imposibilidad de movimiento databa de dos años, cuando el autor intentó el tratamiento por la sugestión hipnótica. Los resultados no comenzaron á manifestarse sino después de muchas sesiones, pero actualmente la curación es completa. La enferma ha podido estos últimos días, marchar por las calles y permanecer de pie un día entero.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PERITONITIS PUERPERAL.

M. Raymond dice que este método ha sido instituido en 1887 por Boully y que hasta ahora los éxitos son poco numerosos, por lo cual habla de una nueva observación.

La enferma que cita, de 22 años, fué atacada tres días después del parto de un escalofrío violento, seguido de fiebre de 39° 8′ á 40° 8′.

Después de algunos días, la enferma entró en su servicio; el vientre estaba voluminoso, había macidez en casi toda su extensión, existía diarrea y los dolores eran vivos.

La demacración había hecho rápidos progresos; una mancha equimótica muy dolorosa aparecía á nivel del gran trocanter indicando la aparición de un abceso metastático. Había septicemia. Practicó la laparatomía (2 de Agosto) saliendo 4 litros de líquido purulento; observó falsas membranas muy espesas que parecían una jalea purulenta, las separó con la mano, hizo el lavado con sublimado al 1 por 1.000, gastando 8 litros de solución. Colocó dos tubos de desagüe en los ángulos de la herida; el uno se extendía hacia el epigastrio y el otro á la pequeña pelvis. El líquido sero-sanguinolento que por los tubos corría, se detuvo al octavo día por lo cual

fueron separados: la temperatura llegó á 39° la tarde de la operación descendiendo progresivamente hasta la normal (13 de Agosto). La enferma ha recobrado el sueño y tiene excelente apetito.

QUISTE HIDATÍDICO SUPURADO DEL HÍGADO, LAPAROTOMÍA.

M. Delotte practicó una incisión de 8 cm. próximamente paralela á las falsas costillas en un enfermo que padecía una quiste supurada del hígado. Ninguna adherencia de la pared abdominal al hígado. Este seguía los movimientos del diafragma; incindió el hígado en el espesor de 3 mm. sin sutura previa á la pared; al momento salió el pus; ensanchó la herida y salieron hasta 6 litros: durante la salida del líquido un ayudante tomaba las precauciones habituales para preservar el peritoneo.

La bolsa del quiste fué suturada á la pared abdominal y ningún accidente ulterior sobrevino. Tres meses después el enfermo conserva un tubo de desagüe de 10 cm. de longitud: la bolsa quística, no contiene ya sino 5 ó 6 cucharadas de líquido en el momento de las inyecciones.

ICTERICIA DE FORMA GRAVE CURADA POR LA ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL.

M. Dérignac, dice que en el mes de Mayo de 1885 fué llamado para asistir á la Sra. D. que sufría de una fiebre intensa y de una gran dispepsia: anorecsia, lengua seca, sed viva, vómitos, etc.

El tegumento presentaba un color amarillo bastante intenso; había ligero aumento del volumen del hígado, ligero dolor en el hipocondrio derecho, existía un poco de diarrea.

Estableció la medicación antigua de la ictericia con saburra gástrica; calomelanos, alcalinos, etc., etc.; la enfermedad continuó estacionada y la paciente espontáneamente marchó á Vichy, de donde volvió en peor estado que antes, sobreviniendo algunos días después una intensa diarrea que el subnitrato de bismuto y el opio nada disminuyeron; tuvo entonces M. Dérignac la idea de tratarla por el ácido salicílico en sellos y en enemas y asociado á la tintura de benjuí y á la de ratania.

Al comenzar este tratamiento la icteria se hizo más intensa tomando un color verde aceituna; el hígado, voluminoso, descendía más de cuatro traveses de dedo del borde costal, la diarrea era intensa y fétida (más de 20 deposiciones en veinticuatro horas); los vómitos incesantes; la fiebre intensa, 40°; el apetito faltaba completamente; la enferma ingería solo algunas cucharadas de leche cada veinticuatro horas, y el decaimiento de las fuerzas era tan grande, que la señora D. estaba completamente postrada.

Desde el tercer día de la medicación antiséptica observó con satisfacción que los accidentes abdominales disminuían considerablemente; la diarrea era menor, la anorecsia desapareció y la fiebre también descendía. Después de un mes de esta medicación la enferma estaba completamente curada.

Esta observación está destinada, no á reavivar las numerosas discusiones que han tenido lugar sobre la ictericia grave primitiva, secundaria ó agravada, sino á demostrar que en algunos casos los trastornos hepáticos de origen intestinal que se presentan en el curso de otras intoxicaciones pueden ser bastante intensos para merecer el nombre de ictericia grave, como lo ha indicado M. Bouchard. Demuestra, en fin, esta observación que allí donde la medicación antigua y admitida en todas las épocas no había producido favorables resultados, la terapéutica patogénica puede conseguir la curación completa.

M. Teissier, expone lo interesante que es la observación presentada por M. Dévignac y habla de dos casos muy análogos donde los accidentes han cedido con la antisepsia gastro-intestinal, obtenida gracias al naftol α que es quizás superior al ácido salicílico.

M. Dévignac, añade que el naftol α no se había utilizado todavía en medicina cuando recogió la observación que acaba de relatar.

DIAGNÓSTICO DE LA SIRINGOMIELIA.

M. Arnaud ha observado recientemente dos enfermos atacados de aquella afección con ciertas particularidades interesantes para el diagnóstico.

El primero estaba atacado de atrofia muscular simétrica de los músculos de las manos con analgesia y termo anestesia de los miembros superiores, de la cara y del tronco, conservándose perfecta la sensibilidad tactil. Presentaba trastornos vaso-motores y tróficos

consistentes en enfriamientos y cianosis de las manos con grietas ulceradas que le duraban seis meses al año. Nada de escoliosis, contracciones fibrilares y reacción de generación de los músculos atrofiados. Reflejos olecranianos abolidos, rotulianos, exagerados.

En el segundo enfermo la afección ha marchado con más rapidez: comenzó en 1883 por los miembros inferiores, presentando amiotrofia plantar, después palmar, invadiendo progresivamente de la periferia al centro, los músculos de las piernas, del antebrazo, de los muslos y de los brazos. La anestesia era completa y absoluta para todos los modos de sensibilidad, y marchaba también en dirección centrípeta. No había disociación de las sensibilidades térmica y dolorosa. Se presentaron trastornos tróficos profundos y precoces en los dedos, ulceraciones, flictenas y necrosis de las falanges. El padre del enfermo sufrió una enfermedad hereditaria de la misma naturaleza.

Los trastornos profundos de la sensibilidad observados en estos dos enfermos conducen á admitir la existencia de una alteración profunda de la sustancia gris central de la médula espinal.

La siringomielia es la lesión espinal que realiza mejor las condiciones anatómicas de sitio y de extensión, según la altura á que se encuentre la alteración patológica. Es verdad que en el segundo caso la disociación de las sensibilidades térmica y dolorosa no existía; pero la gliomatosis medular, lesión inicial de la siringomielia, puede ser bastante extensa para determinar desde el principio la abolición completa de todas las clases de sensibilidad.

Bajo el punto de vista del diagnóstico se puede decir que ninguno de los síntomas de la siringomelia, tomados aisladamente, pueden ser considerados como patognomónicos. La disociación de los trastornos sensitivos, considerada como tal por ciertos autores, puede encontrarse en ciertas afecciones del sistema nervioso y aun en las neurosis.

Existe, por el contrario, un tipo clínico especial que pudiera llamarse siringomiélico; está caracterizado por la aparición de trastornos profundos y frecuentemente disociados de la sensibilidad, con ó sin trastornos tróficos, en un sujeto atacado de atrofia muscular. Para ponerse al abrigo de numerosas causas de error, debiera ser formulado solamente el diagnóstico de siringomielia en aquellos casos en que el origen mielítico central de los trastornos sensitivos es corroborado por la coexistencia de una amiotrofia de origen espinal.

DEL TERMO-CAUTERIO EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS AFECCIONES CUTÁNEAS.

M. Bourdeau d'Antony (de Limoges), dice que algunas afecciones de la piel, el lupus entre otras, necesitan un modo especial de tratamiento local. Por eso se han empleado el raclás, la escarificación, etc., pero hoy parece ser preferido el galvano-cauterio.

Pero como este instrumento no puede tenerle todo el mundo á su disposición, el autor propone reemplazarle por el termo-cauterio, hoy en manos de todos los médicos.

El modo de emplearle es muy sencillo. Se escoge la punta más fina que se pueda adaptar al instrumento y se hunde enrojecida en la superficie enferma dejando entre los puntos de cauterización una pequeña distancia como de dos ó tres milímetros. Cuando después de quince ó veinte días la herida producida por la quemadura está curada, se practica nueva sesión igual á la anterior. Después de 8 ó 10 sesiones sobre una misma región se nos presenta una superficie limpia y absolutamente desprovista de gérmenes morbosos.

Ha tratado así muchos lupus y ha curado también en tres sesiones un sicosis del labio superior de muchos años de antigüedad y que se había hecho rebelde á todo tratamiento. En este caso los pelos se han reproducido tanto que han cubierto las huellas de la intervención.

El autor ve su procedimiento libre de todas las objeciones que se han hecho á los métodos quirúrgicos, economiza mucho tiempo y es muy fácil de practicar.

QUISTE DERMOIDEO DE LA NUCA.

M. Delotte (de Limoges) se ocupa de un enfermo que tenía en la nuca un tumor del volumen de una nuez y con todos los caracteres de un quiste sebáceo. Se extirpó el quiste y al cabo de dos meses se formó un abceso al lado de la cicatriz del quiste operado. La incisión dió salida á pus y á materia sebácea. El líquido á su salida presentaba oscilaciones correspondientes á los latidos del cerebro; además, en una sesión, durante la salida del pus, tuvo lugar, á causa de un esfuerzo de tos, la expulsión violenta y á la distancia de 2 metros del líquido y de los fragmentos sebáceos; estos fenómenos se repitieron más tarde en todos los lavados.

M. Delotte colocó un tubo de desagüe que penetró 4 cm. Los fenó-

menos dolorosos del principio, que se habían reproducido á la formación del absceso, desaparecieron completamente después de la incisión y no volvieron á aparecer, salvo cuando las inyecciones eran lanzadas con violencia. Después de dos años de la primer intervención, el enfermo lleva todavía el tubo de desagüe.

En este caso el quiste superficial operado estaba en comunicación por un orificio á través del occipital con una bolsa más profunda situada delante del hueso en el espacio submeningeo. El pus, en el momento de la incisión, y más tarde el líquido de las inyecciones, trasmitía fielmente hacia fuera los latidos del cerebro.

El quiste antes de la operación no era reductible ni presentaba latido alguno; además, en su superficie la piel no estaba adelgazada ni desprovista de pelo, como se ve en los encefalóceles y meningóceles. La bolsa subcutánea y la profunda eran congénitas; la primera era un divertículo del saco alojado debajo de las meninges; estaba situado sobre la línea media y el origen se remontaba á la época de la soldadura de cada una de las mitades del occipital. En esta época se produjo una detención de desenvolvimiento y una inclusión del tejido cutáneo, que continuó viviendo con sus glándulas sebáceas.

Se puede, pues, atribuir á cierta categoría de quistes sebáceos de la nuca un origen análogo al de los quistes dermoideos de la región frontal, tan frecuentes en la cola de la ceja. Si se observan trastornos nerviosos, dolores ó fenómenos de otra clase, coincidiendo con la presencia de un tumor sebáceo, cualquiera que sea su sitio, en la región frontal ú occipital, se debe sospechar la existencia de una bolsa submeningea que comprime los tejidos nerviosos vecinos.

Terminadas las sesiones fué cerrado el Congreso acordando la Asociación reunirse nuevamente en Pau en 1892.

(Traducido de la *Semaine Medicale*, números 34, 35, 36 y 37 de 1890, por el Dr. García Mansilla.)

REVISTA DE PEDIATRÍA,

POR EL DOCTOR

D. ALBERTO FERNÁNDEZ GÓMEZ,

MÉDICO DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA.

I.

De un notable trabajo que con el título de *De la educación física*, publica el Dr. Cadet en la *Revue D'Hygiene Thérapeutique*, extractamos los siguientes capítulos, llenos de utilitarios consejos:

Educación del ojo.— Vosotros sabéis, señores, que al nacimiento el ojo es esférico; por consecuencia su diámetro antero posterior es corto, lo que le vuelve hipermetrope, ó si os parece mejor, présbita; el niño de poco tiempo ve bien de lejos, mal de cerca; como derivación del desarrollo del ojo y de la cavidad orbitaria, el globo ocular se alarga, aumenta el diámetro referido, y aquel importantísimo órgano tórnase emetrope, es decir, apto para ver claramente de lejos y de cerca que es el estado normal en su posible perfección. Suponed una causa cualquiera que precipite el alargamiento del ojo, que, exageráudolo, lo desvíe de su ordinaria evolución, y quedará traspasado el límite de lo conveniente, el diámetro antero posterior adquirirá dimensiones excesivas y el ojo se convertirá en miope, porque todo lo que contribuye á exagerar la prolongación del ojo es una causa de miopía.

Dirigir la educación del ojo debe significar conjunción de todas las circunstancias que le mantienen en estado normal, es decir, emetrope, siendo importante recordar que el ojo, como todos los órganos, sufre las influencias del medio en que se solicita el ejercicio de su función; si se le coloca frente á vastos y dilatados horizontes se habituará fácilmente á percibir con toda claridad objetos lejanos; si por el contrario, los horizontes que se le presentan son limitados, los esfuerzos de acomodación convergen siempre á puntos muy próximos, la excesiva tensión de los músculos aplana el globo ocular en el sentido de que aumente el diámetro antero posterior y la miopía constituirá el final de estos trastornos.

La conclusión lógica será, después de lo antedicho, no encerrar jamás al niño, no confinarle en salas más ó menos grandes, pero de límites restringidos y hacerle vivir, lo que posible sea, en pleno aire, en medio de grandes espacios y rodeado de perspectivas lejanas, sin que se me oculte que esta exigencia es á menudo incompatible con las necesidades de la instrucción tal como nosotros podemos darla en nuestros climas, necesidades que son difíciles de conciliar con las justas aunque severas leyes de la higiene.

Prescindiendo de todo detalle, os señalaré brevemente las condiciones que exageran el trabajo del ojo, las unas en relación directa con el *medio*, luz defectuosa, las otras estrechamente unidas con el *trabajo* impuesto, naturaleza de los objetos mirados fijamente y actitudes que esta visión engendra.

La preocupación mayor que debe producir la construcción de una escuela es seguramente la que haga referencia á la dotación de la claridad imprescindible en las clases; no debe de preocupar menos la creación de condiciones favorables de trabajo, debiendo ser tomada en seria consideración la naturaleza de los objetos, evitando la pequeñez de los caracteres de imprenta, ocupándose del color del papel, del de las letras trazadas sobre los cuadros, etc.

No existen relaciones menos íntimas entre la escritura y la producción de la miopía, solamente que así como la influencia de la lectura se hace sentir de un modo inmediato, la de la escritura se ejerce principalmente por las actitudes normales ó viciosas que provoca, pues es evidente que con una escritura

ladeada el niño se tiene mal y se hace miope, mientras que con una escritura derecha permanece recto y queda emetrope.

Veis qué recursos nos proporciona la buena construcción de las escuelas y la elección de una escritura racional para la *educación del ojo*, siendo ocioso añadir lo eficazmente que coadyuva á este fin un adecuado mobiliario escolar que evite las posiciones anormales, que tan perjudiciales resultan al funcionamiento regular del ojo, como al desenvolvimiento regular de los músculos del tronco y á la rectitud de la columna vertebral.

La educación de la respiración está sometida á ciertas reglas: la primera consiste en respirar siempre por la nariz, jamás por la boca; de este modo se evita la introducción directa del aire frío y de las partículas pulverulentas en el pulmón, y siendo la inspiración nasal más lenta necesariamente que la inspiración bucal, pero más profunda, utiliza mejor toda la superficie respiratoria; la espiración, en contra de lo aseverado por algunos autores, puede verificarse indiferentemente por la nariz ó por la boca.

La inspiración nasal determina disminución en el número de inspiraciones, siendo preciso aprender á compensar la diferencia de este número por su mayor amplitud; muchos autores, entre otros Bernard y Bureq, piensan que el ejercicio de los instrumentos de viento es uno de los procedimientos preferibles de educación respiratoria, y sin negar el valor de este dato, reina general acuerdo para admitir que los ejercicios más saludables son el canto y la declamación unidos á la gimnasia respiratoria propiamente dicha, que estriba en dilatar el pecho por movimientos alternativos y combinados de los brazos y tronco, por ejemplo, tensión hacia delante, separación de los brazos con proyección anterior del tronco, elevación y descenso sucesivos de aquellos, etc., etc. Algunos gimnasiarcas, Amorós en particular, habían imaginado combinar el canto y la gimnástica, haciendo cantar y correr á sus discípulos al mismo tiempo; este método seguido posteriormente por Laisné, discípulo de Amorós, no ha dado, como era fácil preveer, resultados categóricos; la voz humana debe ser puesta en función aisladamente y la gimnasia pulmonar ser objeto de cuidados distintos.

Para depurar los positivos progresos alcanzados por la gimnasia ha hecho el Dr. Marey estudios especialísimos en la escuela militar de Joinville, y su admirable método gráfico ha permitido medir científicamente la ampliación del pecho y el número de inspiraciones en los jóvenes soldados, motivo del experimento, habiendo deducido la conclusión siguiente: «El tipo respiratorio adquirido por la gimnástica consiste en un acrecentamiento enorme de la ampliación del pecho y en una notable detención de los movimientos torácicos.» Estos jóvenes llegan así á consumir una cantidad de aire igual, quizás superior, con inspiraciones mucho menos frecuentes; no se sofocan con exceso después de una marcha rápida, y apenas respiran sensiblemente más deprisa que en el estado de reposo.

II.

El Dr. Marechal indica un procedimiento de vacunación en los *Archives de Médecine Militaire* que tendría por objeto disminuir las varias probabilidades de transmisiones infecciosas.

Consiste en el empleo de la pluma metálica, que podría utilizarse como se encuentra generalmente en el comercio ó antes de ser hendida, cosa que sería preferible por la facilidad de obtenerlas á bajo precio en las fábricas, convenientemente afiladas. Cada pluma no serviría más que para emplearla en un sujeto, destruyéndola acto continuo, y aunque se podrían conseguir las mismas ventajas con alfileres fabricados *ad hoc* para este uso, la pluma es preferible á juicio del autor mencionado.

III.

Nadie puede apreciar mejor la insistente necesidad de repetir una y cien veces, los preceptos consignados por el Dr. Lietard en la *Revue d'hygiene*, que los que dirigimos consultas de enfermedades de niños en los hospitales, luchando incesantemente y siempre en vano, contra la ignorancia y preocupaciones de las madres.

1.º Es un deber ineludible amamantar á su hijo, la madre que pueda hacerlo sin positivo peligro para su salud: en caso de obstáculo absoluto le confiará á una nodriza: la alimentación por medio del biberón es un procedimiento reprochable que aumenta en considerable proporción las probabilidades de enfermedad y muerte del pequeño sér.

2.º Hasta la edad de seis meses, el niño no debe tomar más que leche, sin adición de sustancias feculentas ó de composición análoga. En caso de insuficiencia de la leche de mujer, se le dará de vaca, cabra ó de burra, procedente siempre del mismo animal y mezclada con agua.

3.º Esta mezcla de leche y agua ligeramente azucarada y tibia se hará en la proporción de partes iguales durante diez días; la tercera parte de agua hasta el fin del primer mes, la cuarta parte hasta el principio del quinto, contentándonos después de esa fecha con azucarar ligeramente la leche; la asociación se hará en el momento de ofrecerle al niño el alimento y para llevarla á cabo se calentará antes el agua que la leche.

4.º El niño tomará esta, en biberón de forma de vaso sin interponerle tubo alguno ó aparato de caoutchouc; todos los higienistas están conformes acerca de este detalle, sobre todo después del trabajo tan interesante de M. Fauvel, hijo, sobre los microorganismos encontrados en los tubos elásticos de aquellos aparatos; los vasos serán cuidadosamente limpiados después de cada bebida, prohibiendo terminantemente los pedazos de lienzo ó de esponja destinados á efectuar la succión.

5.º Los intervalos entre cada toma de leche serán de cada dos horas durante el día; en la noche se reservarán para el reposo de la madre ó la nodriza, cuatro ó cinco horas.

6.º Al séptimo mes se comenzará á dar sopas ligeras de leche ó de pan al duodécimo se podrán alternar la sopa, ya más nutritiva y sustanciosa con la alimentación por la leche.

7.º El destete podrá tener lugar lo más pronto, después del duodécimo mes, no realizándose bruscamente: se preparará al niño, dándole de mamar más de tarde en tarde é intercalando los alimentos antes indicados.

8.º Todas las mañanas, en ayunas, se lavará detenidamente al niño de la cabeza á los pies con agua tibia en invierno y fresca en estío, cambiándole la ropa; después de bien seco se le espolvoreará la superficie cutánea con almidón ó licopodio, oponiéndose á la formación de costras sobre la cabeza con suaves frotes cada día y si fuera preciso cubriéndola de una ligera capa de aceite.

9.º Los niños serán vestidos con más ó menos abrigo según las estaciones, pero dejándoles los brazos libres; la envoltura debe quedar poco apretada, la faja del vientre se conservará durante un mes como mínimun.

10.º El niño no deberá dormir jamás en la cama de la madre ó de la nodriza, la cuna se tendrá muy cuidada, no cerrando completamente las cortinas; no se sacará al niño á la calle antes de los quince días, después puede salir un rato cada día si no se opone el tiempo; los paseos alternarán con prolongados sueños; en los intervalos y pasados los primeros meses, se le colocará encima de una manta adonde pueda moverse con toda libertad; aprenderá á levantarse y á marchar solo sin el auxilio de carretón ni carromato alguno cuyo uso será proscrito; el sueño de la mitad del día será conservado y respetado hasta la edad de 3 años, y

11.º El niño será vacunado del cuarto al sexto mes, inmediatamente y cualquiera que sea la edad en caso de epidemia variolosa; la vacuna animal es preferible á la de brazo á brazo debiendo inspeccionarse atentamente y hacia el octavo día, el resultado de la vacunación.

IV.

En la *Revista de Ciencias Médicas* de Barcelona, publica el Dr. Torras y Pascual, una observación clínica muy interesante, bajo el epígrafe de *Parálisis diftéricas extensas.*

Se refiere á un niño de 4 $^1/_2$ años que, teniendo en cuenta los antecedentes suministrados por la madre, había padecido una infección diftérica con localizaciones faríngeas múltiples; tenía parálisis del velo del paladar, voz gangosa, regurgitación de los alimentos y bebidas por las fosas nasales, extremidades inferiores paralizadas, los músculos flácidos y sin posibilidad de que el enfermito se tuviera en pie. Propinó el Dr. Torras el jarabe de Pro-

ioduro de hierro, encareciendo la necesidad de una reparadora alimentación y tranquilizó á la madre diciéndola que todos aquellos fenómenos desaparecerían en el transcurso de algunas semanas, como es regla general que así suceda en la mayor parte de los casos.

En vez de realizarse estos fundados vaticinios, se presentó una bronquitis alta que revistió gravedad y se acompañó de síntomas alarmantes por estar afectos de parálisis los músculos bronquiales; parálisis directa y refleja á la vez, pues á pesar de los múltiples estertores que la entrada del aire en las vías aéreas repletas de mucosidad motivaba, apenas había tos y solo con grandes esfuerzos podía conseguir el enfermo deglutir los esputos llegados á la glotis casi por rebosamiento. Prescribió la poligala, kermes y balsámicos, y á los dos días manifestaba la madre que el niño no movía el vientre y que este se había abultado considerablemente; la parálisis había alcanzado la túnica muscular del intestino, por lo cual se ordenó el aguardiente alemán con un infuso en sen y enemas de agua jabonosa que favorecieron la expulsión de algunos bolos fecales endurecidos, disminuyendo con ello el volumen del abdomen.

El estado del pulmón no se modificaba y haciéndose crítica la situación recurrió el Dr. Torras á la tintura de nuez vómica y á la ergotina á altas dosis, logrando en breve plazo, que la respiración fuera menos penosa, que el niño pudiera estar semiacostado y que las evacuaciones se regularizaran contribuyendo también á disminuir el ahogo pulmonar.

Despertada la motilidad, los síntomas torácicos y abdominales, cedieron pronto; se despertó el apetito y á los diez ó doce días, el niño podía sostenerse sobre sus piernas, la deglución se verificaba normalmente y se extinguía el gangueo de la voz, beneficios debidos sin duda alguna al empleo de la nuez vómica y de la ergotina, que deben conceptuarse como poderosos recursos y esta es la opinión expresada por el autor de observación tan curiosa para modificar y combatir tanta inercia orgánica.

BOLETÍN SANITARIO DE MADRID.

Durante el mes de Julio último han predominado en Madrid las afecciones gastro-intestinales agudas, los cólicos por indigestión y enterocolitis, las gastritis, etc. Han disminuído mucho las enfermedades agudas de los órganos torácicos, pero en cambio han aumentado las fiebres eruptivas especialmente el sarampión y la viruela. La difteria en escaso número. La mortalidad ha sido muy reducida. Por fortuna, hasta ahora no se ha presentado ningún caso de la epidemia que existe en la región valenciana.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29

NOTICIAS.

El cólera continúa estacionado en la región valenciana, siendo los focos principales Denia, Gandía y Beniopa; hasta el 31 de Julio el número de invasiones, contando las ocurridas en todos los pueblos, asciende á 818 y el de defunciones á 460. La mortalidad es, por consiguiente, de 56 por 100.

El día 4 de Agosto empezarán los trabajos del Congreso médico de Berlín, cuyos resultados nos prometemos que han de ser muy brillantes. España estará dignamente representada en él, pues son varios los compañeros que han salido para Berlín con aquel objeto, unos llevando representación oficial y otros con su propia representación; entre ellos recordamos á los señores D. Federico Rubio, D. Eulogio Cervera, D. Juan Cisneros, D. Antonio M. Cospedal Tomé, D. José Alabert, D. Julian Berruecos, el Dr. Spala, el Dr. Murillo y D. Jerónimo Pérez Ortiz.

Ha sido nombrado Rector de la Universidad Central, el ilustre naturalista D. Miguel Colmeiro.

Las calcinaciones del cobre en Huelva.—Publicamos á continuación las conclusiones aprobadas por la Real Academia de Medicina acerca de la debatidísima cuestión de la salubridad de los humos producidos por las calcinaciones de las teleras en las minas de cobre de la provincia de Huelva:

1.ª La mayor dosis de ácido sulfuroso que puede existir en la atmósfera durante largo tiempo sin peligro para la salubridad, es imposible determinarla por ahora con aplicación á la zona minera de la provincia de Huelva, porque la ciencia solo ha medido la actividad de dicho gas en atmósferas cerradas.

2.ª Los medios más expeditos de reconocer aproximadamente la existencia del ácido sulfuroso en la atmósfera pueden reducirse al procedimiento de Reich, empleando el aparato de Lunge con la modificación de M. Liebig.

3.ª Las calcinaciones al aire libre de los minerales de cobre en la zona minera de la provincia de Huelva exigen, como todas las industrias de su índole, ciertas precauciones bien conocidas, para que los humos no perjudiquen á los operarios que trabajan en la proximidad de las teleras.

4.ª El ácido sulfuroso y demás productos contenidos en los humos procedentes de las referidas calcinaciones poseen la difusibilidad suficiente para que, á cierta distancia de su origen, no sean de ordinario perceptibles, ni al parecer perjudiquen al organismo.

5.ª Bajo la influencia de ciertas condiciones meteorológicas, los humos de dicha calcinación se unen á las vesículas de vapor acuoso en la atmósfera,

formando lo que en la provincia de Huelva se conoce con el nombre de *manta*, estado que en cierto grado de intensidad provoca molestias en los ojos, en la respiración y en otras funciones orgánicas; pero cuyo carácter transitorio parece consentir una adaptación fisiológica exenta de perjuicio para la salud.

6.ª Esta adaptación del hombre, que alcanza á los animales superiores, contrasta con la susceptibilidad que revelan los vegetales, con detrimento de la agricultura, á la distancia de algunos kilómetros de las teleras.

7.ª Hasta el presente no se ha comprobado en la comarca minera de la provincia de Huelva, para los efectos de este informe, daño positivo en la salud pública que pueda atribuirse á las calcinaciones al aire libre.

Para el caso de que un cambio ulterior de las calcinaciones diera lugar á alguna reclamación sanitaria, sería conveniente que, por quien corresponda, se lleve una estadística oficial exacta, á fin de poder apreciar en su día, con datos que nadie pueda recusar, si la salubridad de los pueblos ha sufrido alguna alteración.

El Dr. D. Federico Montaldo, nuestro distinguido colaborador, ha obtenido recientemente una justa recompensa de su gran valer y constante laboriosidad. La Real Academia de Medicina ha acordado por unanimidad nombrarle Académico corresponsal, atendiendo al mérito de su obra *Estudio geográfico-médicos de Cartagena é histórico-médicos y clínicos de la epidemia de cólera que sufrió en 1885.*

Dando cuenta de este nombramiento el *Boletín de Medicina naval*, dice: «Felicitamos á nuestro compañero por distinción tan honrosa como merecida, y felicitamos igualmente al Cuerpo de Sanidad, que cada día da una nueva muestra de su valer é ilustración.

En *El Siglo Médico* correspondiente al 13 del pasado Julio leemos: que después de ensayados en los hospitales de la Marina de la Habana y Filipinas, donde tantas y tan frecuentes son las afecciones del aparato gastro-intestinal, y especialmente en el último cólera en nuestro Archipiélago, los preparados de salicilato de bismuto y cerio del Dr. Vivas Pérez; de Real orden se ha dispuesto, previo informe de la Junta Superior facultativa de sanidad que al Reglamento vigente de medicinas se adicionen los salicilatos de bismuto y cerio.

Unimos á la de *El Siglo Médico*, nuestra enhorabuena al Sr. Vivas Pérez por el triunfo alcanzado con sus salicilatos, que nos consta por repetidas experiencias merecen tan señalada distinción.

Obras recibidas en esta Redacción:

A. S. Weber.—Tratamiento por la electricidad y el amasamiento. Traducida por el Dr. Carreras Sanchis y publicada por la Biblioteca médica contemporánea. Volumen 2.º Precio 2 pesetas. Dos ejemplares.

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Burgos.....	Castrillo del Val.....	100 pesetas por Beneficencia, 202 fanegas de trigo por los pudientes y lo que se estipule con los frailes del convento de San Pedro de Corden.....	30 Agosto.
Castellón....	Benafigos.....	500 pesetas y las igualas.....	7 Agosto.
Guipúzcoa...	Iciar.....	1.000 pesetas y las igualas.....	20 Agosto.
Jaén.....	Lopera.....	999 pesetas y las igualas.....	18 Agosto.
Orense.....	Cenlle.....	990 pesetas y las igualas.....	15 Agosto.
Ubaceta.....	Povedilla.....	325 pesetas y las igualas.....	14 Agosto.
Cuenca.....	Villaconejos.....	500 pesetas y las igualas.....	14 Agosto.
Jaén.....	Segura de la Sierra....	999 pesetas y 500 por las operaciones quirúrgicas, unas 1.000 pesetas de igualas.....	15 Agosto.
Albacete.....	Villaverde.....	500 pesetas y las igualas con 200 vecinos.....	16 Agosto
Pontevedra..	Marín y cuatro anejos.	500 pesetas y las igualas.....	14 Agosto.
Soria.....	Deza.....	375 pesetas y 800 medias de trigo por igualas y el anejo de Alameda que produce 50 pesetas por Beneficencia y 160 medias de trigo por igualas.....	15 Agosto.
Toledo.....	Noez.....	750 pesetas y las igualas.....	30 Agosto.

Las de médicos titulares de Mindoro é Isabela de Basilán, en las islas Filipinas, dotadas con 1.000 pesos anuales, pagados del presupuesto provincial, y debiendo proveerse por concurso en licenciados de la Facultad que hayan obtenido el título en las Universidades de la Península y de Manila, se declara abierto el necesario concurso hasta el 15 de Septiembre.

Las obligaciones de los médicos titulares son: la asistencia gratuita á los pobres de la cabecera de la provincia y á los presos de la cárcel pública; inspeccionar y dirigir la vacunación y revacunación de los habitantes de la misma; desempeñar el cargo de médico forense; inspeccionar también todo lo relativo al ramo de sanidad con el carácter de subdelegado, y redactar una Memoria anual acerca de las vicisitudes de la salud pública en la provincia, proponiendo cuanto considere conveniente á mejorarla, adicionándola con notas estadísticas relativas al movimiento de la población.

Los aspirantes á dichas plazas deberán acudir á este Ministerio en las horas hábiles de oficina, con instancia suscrita por ellos, á la que acompañarán el título que acredite haber recibido el grado de licenciado en Medicina, y además todos los documentos originales que se refieran á méritos contraídos en el ejercicio de su profesión ó sus servicios al Estado.

Tanto del título, como de la demás documentación que presenten, incluirán una copia en papel del sello de la clase 12.ª, con el fin de que, confrontadas que sean por el Negociado correspondiente, y visadas por esta Dirección, puedan ser devueltos los originales á los interesados, previo recibo, que firmarán al margen de su instancia por sí ó por persona autorizada al efecto.

D. Carlos María Cortezo, *ex-profesor del Hospital de la Princesa, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, Académico de la Real de Medicina, etc., etc.*

He empleado en numerosas ocasiones los *salicilatos de bismuto y cerio* y los encuentro provistos de condiciones muy superiores á otras sales de bismuto para el tratamiento de las diarreas sintomáticas de enteritis crónicas y ulcerosas.

Son sales que deben recomendarse por no ser específico secreto y conocerse su composición y dosificación.

Madrid 19 de Octubre de 1889.

C. M. Cortezo.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.
El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

Depósitos al por menor.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruíz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

CÓLERA MORBO ASIÁTICO.

NOTAS CLÍNICAS,

POR

RICARDO PÉREZ VALDÉS.

Los apuntes clínicos que van á continuación, fueron recogidos durante la epidemia de 1885, en el Hospital de coléricos que por aquella época se instaló en la Escuela de Veterinaria. Encargado por la Diputación provincial de la sección de hombres, teniendo á la vez que desempeñar el servicio de guardia, que se renovaba cada veinticuatro horas, tuve sobrada ocasión para observar paso á paso la marcha de los enfermos que allí ingresaron y acopiar los datos que hoy me sirven de fundamento para este modestísimo trabajo, que ofrezco á mis compañeros, por si alguno de ellos pudiera utilizarle en los actuales momentos que nuevamente nos vemos amenazados por el cólera epidémico.

No encontrarán en él una monografía del cólera ni mucho menos; considero que esto sería completamente inútil, dadas las muchas y muy buenas que hay ya escritas: me propongo solamente hacer resaltar los rasgos que dieron carácter á la última epidemia, tanto en su sintomatología, como en el curso y marcha de la enfermedad; las complicaciones más frecuentes, los medios terapéuticos puestos en práctica para su curación y los resultados con ellos obtenidos.

En la imposibilidad de hacer cuadros clínicos que expresen fielmente las variadísimas situaciones por que atravesaron los enfermos del cólera, observados por mí durante la epidemia de 1885, creo

lo más conveniente, para evitar repeticiones, ir estudiando uno por uno los síntomas que más dignos sean de mención, señalando al ocuparme de cada uno de ellos todo lo que de particular hayan presentado.

APARATO DIGESTIVO.

Diarrea.—Siendo la diarrea el síntoma casi siempre inicial, y por decirlo así característico del cólera, por él creo deber empezar la enumeración nosográfica que me propongo.

Insistí mucho en la comprobación de este síntoma, bajo el punto de vista de su antigüedad, con relación á la enfermedad existente.

De 336 enfermos, solo en dos casos pude convencerme de su ausencia absoluta, hasta el momento mismo de presentarse otros síntomas de cólera confirmado.

Dos mujeres, de 33 y 25 años respectivamente; la primera me aseguró repetidas veces que la última deposición la había hecho doce horas antes de sentirse enferma; que sus caracteres eran completamente normarles, y hecha á la misma hora que siempre acostumbraba á defecar. Esta enferma tuvo un cólera de mediana intensidad y salió con alta á los nueve días.

El segundo caso se presentó en una robusta enfermera, que, después de pasar una noche de guardia en la enfermería, se retiró á acostarse á las cuatro de la madrugada sin sentir la más ligera molestia. Dos horas más tarde se despertó con violentos calambres en casi todo el sistema muscular, que la duraron treinta y dos horas. Con esto coincidió la presentación de deposiciones diarréicas en corto número, algún vómito y tendencia á enfriarse. Tres días después pasaba á convalecientes. Tanto ella como sus compañeras aseguraron no haber observado que en los días que precedieron á la invasión visitase el retrete con más frecuencia que la acostumbrada.

En el resto de los enfermos á quienes pregunté, siempre pude comprobar que desde hacía días tenían diarrea más ó menos abundante, pero que como no les molestaba y se encontraban bien, la habían despreciado.

El número de deposiciones varió desde 3 ó 4 hasta 20 y 25 durante las veinticuatro horas. Generalmente cedían bien al tratamiento, sin que me fuera posible apreciar los malos efectos que Griesinger atribuye á su rápida supresión. Sus caracteres en nada se diferenciaron de los que vulgarmente presenta. Gris claro ó transparente, con

reflejos nacarinos y copos blancos en suspensión. En los períodos avanzados se hacían más homogéneas y tomaban un aspecto puriforme. Solo en tres enfermos observé deposiciones sanguíneas ó sanguinolentas; pero debo advertir que á casi todos los sometidos á mi asistencia les administraba los preparados de bismuto, siendo por lo tanto muy difícil apreciar la existencia de sangre en sus deposiciones por el color negruzco que este medicamento las comunica, no teniendo por otra parte tiempo suficiente para hacer el examen micrográfico en todos los casos.

Vómitos.—No predominaron tanto como la diarrea, y aun en algunos enfermos faltaron totalmente, pero en cambio en otros presentaron una persistencia desesperadora; ni el hielo, ni los revulsivos al epigástrico, ni las bebidas gaseosas, ni las pulverizaciones de éter, ni las inyecciones de *morfina*, ni nada, en fin, bastaba á contenerlos, acompañándose de una penosa sensación de angustia y de dolor en el epigastrio, que contribuían á abatir al enfermo, haciendo de este síntoma uno de los más enojosos y molestos del cólera; en recompensa, su tenacidad era para nosotros causa de regocijo, por habernos demostrado la experiencia que su significación pronóstica era las más veces favorable. El aspecto del líquido vomitado tenía muchos puntos de contacto con el expelido en las deposiciones, cuando no se componía casi en totalidad de la bebida ingerida momentos antes. Observé con alguna frecuencia, aun en los estadios avanzados de la enfermedad, la existencia de vómitos espesos y de un color verde cardenillo como de hierbas machacadas. En ningún caso se presentaron vómitos de sangre.

Hipo.—Coloco el hipo á continuación de los vómitos por la frecuencia con que los acompaña ó los sucede. Escasamente lleguen á *doce* los casos en que se presentó, pero con tanta violencia como los vómitos y de igual ó mayor rebeldía á todo tratamiento. Más frecuente en los hombres que en las mujeres; solo en un caso terminó por la muerte.

Disfagia.—Raro ha sido el enfermo que durante el período álgido ó ya en plena reacción tifoidea dejó de presentarla: en uno y otro caso se consideraba siempre como grave, en atención al valor semiológico que representaba.

Dolores cólicos.—Se presentaron algunos, con frecuencia al terminar la enfermedad y cuando ya los enfermos comenzaban á convalecer, más especialmente en aquellos en que á la diarrea abundante

sucedía un período de estreñimiento pertinaz: casi siempre cedieron fácilmente con el uso de cataplasmas y enemas emolientes ó desaparecían espontáneamente al presentarse las primeras deposiciones.

Orina.—Los constantes cuidados que nuestros enfermos exigian me impidieron hacer un estudio serio, como era mi deseo, de las condiciones cuantitativas y cualitativas de la orina en el cólera morbo asiático. Su supresión completa desde los primeros estadios de la enfermedad ha sido la regla casi invariable. En dos hombres y una mujer, todos de mediana edad, existió, sin embargo, abundante secreción con parálisis de la vejiga, obteniendo con la sonda grandes cantidades de orina, cuyos caracteres físicos eran completamente normales y sin que existiera albúmina. Los *tres* terminaron por la muerte, continuando la secreción hasta momentos antes y acusando todos vivos dolores en el hipogastrio desde el momento en que comenzaba á llenarse la vejiga.

Las primeras emisiones de orina se presentaron en los demás enfermos, por regla general, antes del tercer día de bien constituida la enfermedad, esto en los casos poco graves, pues en los muy graves, ó persistía la anuria hasta el final, ó si habia alguna pequeña excreción de orina era insignificante. Se deduce fácilmente el valor pronóstico que en el cólera tiene el restablecimiento de la función renal.

APARATO RESPIRATORIO.

Los síntomas más culminantes que en este aparato se presentaron fueron la afonía y la disnea. Me parece indudable que la primera depende las más veces de una falta de esfuerzo volitivo por parte del enfermo que de ningún trastorno material ó funcional que tenga asiento en el aparato de la fonación. Todos los enfermos contestaban con voz más ó menos alterada, pero perfectamente inteligible siempre que les excitábamos á que hicieran un esfuerzo de voluntad. Claro está que hay que exceptuar á aquellos que en el estadio terminal se encontraban en un estado de resolución intelectual y muscular completos.

La disnea existió en la mayoría de los enfermos, pero en un grado tan insignificante que era preciso fijarse para poderla apreciar. Las raras veces que adquirió bastante importancia para fijar desde luego nuestra atención, encontramos casi siempre alguna lesión crónica que explicase la exageración de los movimientos respiratorios.

APARATO CIRCULATORIO.

Corazón.—Algo parecido á lo que ocurre en el aparato respiratorio con relación á sus manifestaciones en el cólera, sucede en el corazón. En los pocos enfermos en que pude comprobar la existencia de ruidos de soplo, de roce ó algún otro de los consignados por los autores que se han ocupado más detenidamente de las modificaciones que este órgano presenta en el cólera, pude también reconstituir la historia de alguna afección padecida con anterioridad. Comprendo perfectamente que dada la alteración tan profunda que todos los tejidos, y especialmente la sangre, sufren en esta enfermedad, puedan presentarse en el centro circulatorio todas las manifestaciones por ellos consignadas. Por mi parte nunca observé, exceptuando los casos anteriormente expuestos, más que una gran debilidad en los ruidos cardiacos y en los periodos avanzados de la enfermedad la supresión completa de estos.

Pulso.—La característica del pulso en los enfermos sometidos á nuestra inspección fué siempre la tendencia á deprimirse y á desaparecer, siendo de notar la rapidez con que llegaban á este último término. Solo en las formas insidiosas, que fueron las menos frecuentes, se presentaba el pulso lento pero bastante regular y con alguna plenitud. El intervalo transcurrido desde la desaparición del pulso hasta la muerte, variaba desde seis ú ocho horas hasta veinticuatro y aun treinta que vivieron algunos enfermos. Se comprenderá fácilmente la exactitud poco rigurosa de estos datos por las dificultades que ofrece en un hospital la apreciación del momento preciso en que la arteria deja de latir.

Venas.— He leido en algunos autores, que el sistema venoso se encuentra repleto durante el ataque colérico. La explicación de este hecho se encuentra, según ellos, en que disminuyendo considerablemente la impulsión cardiaca, la circulación se hace cada vez más lenta y la presión intravenosa tiene que aumentar necesariamente. Así debiera suceder, y sucedería indudablemente, si la sangre no perdiese las considerables cantidades que en su elemento líquido pierde por los vómitos y la diarrea que hacen disminuir de una manera notable su volumen total. Prueba de ello es que en todos los enfermos que tratamos por las inyecciones intravenosas, en que es preciso aislar la vena, dándose, por consiguiente, cuenta exacta de

su estado, las encontramos muy disminuídas de calibre, hasta el extremo que muchas veces nos vimos precisados á colocar una ligadura en el brazo como se hace para la flebotomía, ayudando mecánicamente el aflujo de sangre por medio de fricciones con los dedos para poder incindir la vena sin temor de seccionarla.

SISTEMA NERVIOSO.

Ideación.—Si es cierto que durante el ataque colérico la sangre repone, en parte, el agua que pierde por el abundante flujo intestinal con el líquido intersticial que toma de los tejidos, parece lógico suponer que el cerebro no escape á esta ley general y sufra también una modificación en su estructura, suficiente para alterar su funcionalidad, y determinar manifestaciones más ó menos graduadas que la indiquen. Esto sucede en el reumatismo agudo y en otras afecciones de localización cerebral, cuyos violentos síntomas de excitación ó de depresión se han querido explicar por el desequilibrio de los líquidos intersticiales en la sustancia cerebral. Pero sin necesidad de invocar esta causa, existen otras muchas, como son la lentitud intensa de la circulación, el espesamiento de la sangre y el exceso de ácido carbónico en la misma, capaces todas de dar lugar al conjunto de síntomas con que el cerebro protesta siempre que se encuentran alteradas las condiciones cuantitativas ó cualitativas de su nutrición. A pesar de esto, la inmensa mayoría de nuestros enfermos conservaron íntegras las facultades intelectuales hasta momentos antes de la muerte que caían en profundo sopor, y aun en estos instantes pudieran hacerse numerosas excepciones, pues algunos enfermos que contestaban con entera lucidez á nuestras preguntas, dejaban de existir tres ó cuatro minutos más tarde. El número de enfermos en que se presentó delirio fué muy limitado y puede decirse que su totalidad la componían viejos ateromatosos ó alcohólicos inveterados. Debo hacer constar que me refiero á los que murieron en plena algidez sin pasar al período de reacción tífica: el delirio y el estado comatoso fué en estos la regla general. Durante la convalecencia, y con más frecuencia en las mujeres, me ha parecido observar un estado de atontamiento que comunicaba á los que le padecían un carácter especial de mimo y puerilidad. En algunos de estos enfermos que tuve ocasión de ver después de su salida del hospital, persistió este modo de ser durante algún tiempo.

MÉDULA.—Así como el cerebro juega un papel poco importante en la sintomatología del cólera, la médula, por el contrario, parece gozar de una receptividad especial para el germen colerígeno. Los trastornos nerviosos que en el cólera se observan, adquieren gran importancia cuando tienen asiento en ella, pudiendo ser considerados como verdaderos reflejos medulares, pues si bien el cerebro los siente y los percibe, es impotente para dominarlos ó modificarlos. Me parece difícil encontrar una causa única que explique siempre la patogenia de estos trastornos. Las alteraciones de la sangre y su espesamiento parecen ejercer una influencia muy directa sobre la producción de los fenómenos nerviosos. Generalmente siguen estos una marcha paralela á la de dichas alteraciones, existiendo entre los dos una relación muy íntima. La desaparición de los calambres por las inyecciones intravenosas, es un hecho casi constante y de gran fuerza en apoyo de esta teoría, pero quedan sin explicación los casos, raros en verdad, pero que al fin existen, en los que el predominio de los calambres obscurece los demás síntomas hasta el extremo de merecer el nombre de cólera seco, por no existir ó ser insignificante el síndrome gastro-intestinal. Se sabe que en las autopsias de enfermos que reunieron estas condiciones se encuentran habitualmente grandes cantidades de líquido, llenando el intestino; pero en otros, por el contrario, no se ha encontrado nada, ó fué en tan pequeña proporción que no basta para explicar la exageración excitomotriz de la médula por el espesamiento de la sangre, teniendo que reconocer necesariamente la existencia de algo especial que venga á excitar las extremidades nerviosas periféricas del intestino determinando el reflejo. La objeción hecha por Griesinger de que esta hipótesis solo explicaría los calambres que tuviesen su asiento en el vientre ó extremidades inferiores, dejando sin explicación los que se presentan en la cara y brazo, carece de valor, por ser cosa sabida que una excitación producida en cualquier punto del organismo puede propagarse á través de la médula y determinar reflejos en todo él, en virtud de las leyes que se llaman de irradiación y generalización.

Me he fijado con preferencia en los calambres por ser uno de los síntomas más importantes del cólera y seguramente el más culminante de los trastornos de inervación que presenta esta enfermedad. Su frecuencia en el hospital del Sur fué muy considerable, pero en cambio su intensidad no llegó á mortificar á los enfermos en la proporción que lo hizo, según referencias, en otros puntos de España.

La época de su presentación no me es posible precisarla por tener que referirme á enfermos vistos ya en el segundo período del cólera y que en su mayoría no tenían noción bien exacta de aquello por que les preguntaba. Respecto á su localización, la única particularidad que me es posible consignar, es la notable frecuencia con que se fijaban en los lomos y caderas, especialmente en las mujeres.

Sensibilidad.—Durante los primeros estadios de la enfermedad nunca observé grandes alteraciones en la sensibilidad. Los enfermos apreciaban con precisión el gusto de las bebidas, sentían bien la acción de los sinapismos y se daban cuenta exacta de lo que á su alrededor pasaba. Á medida que el pulso se debilitaba y comenzaba la algidez, iba también disminuyendo la sensibilidad al dolor y la sensibilidad tactil; las inyecciones de éter, los revulsivos cutáneos y hasta la sección de la piel, necesaria en las inyecciones intravenosas, pasaban desapercibidas, no siendo de extrañar que esto sucediese, dada la falta de circulación periférica y la consiguiente supresión del influjo nervioso por anemia ó anoxemia de los tejidos.

Parece que estas condiciones físicas del sistema nervioso periférico debieran influir igualmente en la transmisión de todas las sensaciones. Sucede, sin embargo, que en la sensibilidad térmica se observa cierto grado de hiperestesia, con relación á lo que ocurre en las demás sensibilidades especiales. Los baños generales de agua á 36° que generalmente se soportan hasta con agrado, ocasionan en los coléricos álgidos una viva sensación de quemadura; esto mismo, en mucha mayor escala, sucede con los baños de vapor.

No me explico bien este hecho, cuya aclaración no puede encontrarse en el desequilibrio de temperatura, toda vez que entre la indicada del agua y la que el termómetro marcaba en la axila de los enfermos sumergidos en ella, no existía una divergencia tan acentuada á la que pudiera atribuirse la provocación de reacciones que de ningún modo guardaban consonancia con el estímulo que las hacían hacer.

Temperatura.—La sensación de frío húmedo y pegajoso que se experimenta al contacto de un colérico en el período álgido, da una impresión tan especial, que el que una vez la haya experimentado es difícil que lo olvide. Con este estado de refrigeración periférica, coincide en los enfermos que la presentan una sensación subjetiva de calor que les llena de inquietud y desasosiego, excitándoles constantemente á desarroparse.

El termómetro colocado en la axila durante esos momentos, acusa

un descenso en la temperatura que puede variar desde 35 á 36°, hasta 28 ó 30 y hasta de 20, según se han citado algunos casos. Pero la temperatura periférica en el cólera está sujeta á multitud de variaciones independientes de la enfermedad, y por consiguiente carece de verdadera importancia ó por lo menos nunca la tiene tan grande como la temperatura central.

El estudio de esta última es un asunto lleno de interés por las muchas divergencias á que ha dado lugar entre los distintos observadores que le han hecho. Los detenidos trabajos de Lorain y Charcot parecian haber resuelto el tan discutido problema, dando por hecho asentado que la temperatura central en el cólera no se desvia sensiblemente de la normal fisiológica, ó que en los casos en que esta desviación existe se marca con mucha más frecuencia en el sentido del ascenso que del descenso termométrico: así parece probarlo la estadística presentada por Lorain, en la que de 74 enfermos observados por él 13 tuvieron una temperatura menor de 37°; 30 la tuvieron normal, y el resto, ó sean 31, presentaron una temperatura que osciló entre 38 y 40°.

Las investigaciones hechas por el Dr. Hayem vinieron á hacer vacilar las conclusiones de Lorain. El Dr. Hayem observó que en los coléricos del Hospital Saint Antoine, casi siempre se encontraba la temperatura por debajo de la normal aun cuando en grado poco considerable; tratando de explicarse esta discordancia de conclusiones por la variabilidad de que es susceptible la temperatura humana según las epidemias y aun de las distintas fases de una misma epidemia.

Á pesar de lo mucho que me interesaba formar juicio exacto en tan interesante cuestión, y contribuir con mis observaciones á su esclarecimiento, me fué imposible formar un estado clínico con las condiciones de exactitud que requieren siempre esta clase de investigaciones. Sintetizando, sin embargo, las deducciones que he podido sacar en unos 70 enfermos observados por mí bajo el punto de vista de la temperatura central, puedo afirmar que no es posible establecer una ley general que abarque á todos los enfermos; que la temperatura de estos varía según el momento en que se observe; que en el primer estadio la he encontrado constantemente por debajo de la normal fisiológica, aunque la mayoría de las veces no se apartaba de ella en más de un grado. (La más baja de las observadas por mí, fué de 34°,4), que á la aproximación de la muerte

la he visto casi siempre elevarse, llegando el termómetro en varios casos á marcar 40°; solo en uno llegó á 41°,2: que esta elevación de temperatura no precede inmediatamente á la muerte, sino que por regla general se inicia desde bastantes horas antes; en un enfermo de la práctica particular en quien la observación se llevó con todo rigor se sostuvo el termómetro marcando 35° durante diez y ocho horas, al cabo de las cuales subió á 39°,4 en el recto y 37°,9 en la axila, terminando por la muerte á las veintisiete horas de presentarse esta variación térmica.

La temperatura media observada en mis enfermos ha sido de 36 ó 36° y décimas en el primer estadio del período álgido, y de 38 á 39 en su terminación.

(El termómetro colocado en el recto se sostenía en él durante media hora, en atención á la lentitud con que su columna asciende en los coléricos durante el período algido.)

Por último, que lejos de considerar la ascensión termométrica como un buen signo pronóstico, era para nosotros de malísimo presagio, pues casi todos los enfermos que la presentaron terminaron por la muerte.

Como se ve, mis observaciones están más de acuerdo con las del Dr. Hayem que con las de Lorain y Charcot; es posible que esto dependa de que la índole de la última epidemia difiera de la observada por estos autores, pero creo también que el momento en que se hace la observación, entra por mucho en los resultados definitivos.

Cianosis.—El grado de cianosis que acompaña la algidez y obedece á las mismas causas, no llegó á alcanzar en nuestros enfermos esa intensidad que en otros se ha observado, dándoles ese aspecto amoratado negruzco que tanto impone.

Exantemas.—En los 387 enfermos asistidos en el hospital del Sur, hemos observado 21 casos de exantema cutáneo: 18 mujeres, 2 hombres y 1 niño. Terminaron por la muerte 2: una anciana de 67 años y un niño de 5; las formas que han revestido han sido varias, en dos mujeres se presentó al terminar el período tifoideo una vasta placa eritematosa que cubría la cara como un antifaz de grandes dimensiones, al mismo tiempo que otras de igual naturaleza se extendían por ambos antebrazos y codos, dejando entre sí fajas más ó menos anchas de coloración normal; un hombre de 23 años terminando también el período tífico, padeció una erupción de pápulas grandes y abultadas, en el centro descolorido y en un todo iguales á

las de urticaria, extendiéndose por los brazos, el pecho y las extremidades inferiores; al tercer día palidecieron notablemente y se presentó una placa de erisipela perfectamente caracterizada, que ganando en extensión dió lugar á gran abultamiento de la cara y cuero cabelludo; á los cinco días terminaba por descamación, sin que durante ese tiempo se observase gran reacción febril. El otro, hombre también, tenia 42 años y era muy robusto, estuvo cuatro días en la sala de confirmados, con diarrea, calambres y vómitos muy pertinaces que apenas le dejaban un momento de reposo; al quinto día pasó á la sala de convalecientes y al siguiente apareció literalmente cubierto de una erupción papulosa de color rojo muy acentuado y enteramente parecida por la dimensión y distribución de las pápulas á las que se presentan en el segundo período de la sífilis, al segundo dia de su presentación comenzó á palidecer, y dos días más tarde apenas se conocia la erupción. En los demás casos afectó el exantema la misma forma de roseola papulosa, localizada en los brazos, cuello y pecho con ligeras variantes referentes á su mayor ó menor extensión, á la dimensión de las pápulas y á su terminación más ó menos rápida.

La presentación de estos exantemas ha coincidido casi siempre con la terminación del período tífico, solo en tres enfermos, dos mujeres y un hombre apareció sin que estos llegaran á la reacción tifoidea.

Es un hecho bien curioso el de los exantemas en el cólera morbo asiático, sin embargo, no conocemos ningún trabajo que se ocupe especialmente de él. Grismar en su tratado de enfermedades infecciosas dice al ocuparse de los exantemas: «Sus relaciones con las alteraciones internas, son tan desconocidas como en las erupciones cutáneas del tifus y de los exantemas agudos.»

A mi juicio, la erupción exantemática es completamente independiente de toda lesión interna y de ningún modo debe verse en ella la puerta eliminatriz del virus colerígeno como algunos pretenden. La verdadera causa de su aparición pudiera muy bien buscarse en el tegumento externo, ó mejor en los efectos tópicos sobre él producidos por una causa física, como es el frío.

Si se reflexiona un momento sobre los caractéres de la erupción y las circunstancias que á su aparición acompañan, no es posible desconocer que el enfriamiento juega un papel importante en la producción de los exantemas coléricos. Generalmente se presentan en las

mujeres é individuos jóvenes cuya piel delicada indica un grado de exagerada impresionabilidad nerviosa, muy á propósito para reaccionar bajo la acción de cualquier causa que le irrite. Se localizan de preferencia en la cara, cuello, parte superior del pecho y antebrazos, esto es, en los puntos en que más se acentúa la algidez por estar constantemente descubiertos, sumándose así el enfriamiento propio de la enfermedad y el ocasionado por irradiación y contacto mucho más poderoso en estos sitios que en el resto de la superficie cutánea, recubierta generalmente por las ropas y envuelta las más veces por una atmósfera artificialmente calentada. Las formas clínicas que afecta la erupción eritematosa, roseola, urticaria, etc., son siempre de carácter esencialmente congestivo, clasificadas por casi todos los dermatólogos en el grupo angio-neurosis, por reconocer la importancia que en su producción tienen los trastornos vaso-motores; por último, y este es un carácter muy importante, jamás que sepamos se presentan en enfermos que no hayan pasado antes por el período álgido.

Que el enfriamiento se deba á los trastornos circulatorios ó á una excitación prolongada de los nervios vaso-motores con anemia consecutiva á la constricción vascular que aquella determinaría; el hecho es, que en la superficie cutánea existe siempre un descenso de temperatura apreciable al tacto y al termómetro, que temporalmente modifican las condiciones físicas de las extremidades nerviosas periféricas, suprimiendo la inervación en los tegumentos externos y determinando por isquemia neuro-irritativa, por debilitación de la influencia trófica ó por cualquiera de las causas admitidas en fisiología, la aparición del exantema. Un paso más en el camino de irritación sufrida por los nervios periféricos, y ayudando algo las condiciones especiales del individuo, sobrevendrá la neuritis parenquimatosa con degeneración Walleriana, el nervio perderá por completo su excitabilidad haciéndose imposible la rehabilitación de la función, y en vez de simples trastornos funcionales como los anteriormente expuestos, tendrá lugar la mortificación de los tejidos en el territorio nervioso y la formación de esos abcesos que con tanta frecuencia se observan en la convalecencia del cólera morbo asiático.

No desconocemos que esta teoría es susceptible de numerosas objeciones capaces en apariencia de invalidarla, pero en la imposibilidad de encontrar otra que nos dé cuenta de los distintos puntos de vista bajo que es preciso mirar esta cuestión, y que relacione más íntimamente los caracteres clínicos con un concepto potogenético

que los explique, le aceptamos como racional, convencidos que si la interpretación científica que proponemos, carece de absoluta exactitud en cuanto á los detalles, en el fondo nos encontramos muy próximos á la verdad, considerando la acción irritativa del frío sobre las terminaciones nerviosas periféricas, como de gran entidad para la producción de los exantemas que en el cólera se presentan.

Secreción láctea.—Un hecho que nos llamó mucho la atención por lo anómalo que resulta en una enfermedad en que están suprimidas ó muy disminuidas las demás secreciones glandulares, fué la cantidad abundantísima de leche en algunas mujeres invadidas por el cólera durante el período de lactancia. Dos de estas especialmente, de las cuales una se curó, reclamaban á cada momento á la enfermera para que las vaciase los pechos, librándolas así de las molestias que su repleción las ocasionaba.

En otras siete enfermas que abortaron en las salas, no se presentó la secreción láctea á pesar de encontrarse avanzadas en el embarazo.

De estas siete mujeres solo una se curó, á pesar de ser tuberculosa, de tener un cólera muy grave que exigió dos inyecciones intravenosas y de haberse presentado una metrorragia abundante pocos días después del aborto y cuando ya se encontraba en plena reacción tifoidea.

Embarazo.—Según se deduce de unas cuantas estadísticas que he leído, el cólera influye sobre el embarazo, provocando el aborto en la mitad próximamente de los casos. De esta mitad han muerto, durante las epidemias á que se refieren, el 60 por 100 de las enfermas.

En el Hospital de la Veterinaria solo ingresaron siete embarazadas. Abortó una durante el período de algidez y las otras seis durante la reacción tifoidea. Solo terminó por curación una, que fué la indicada anteriormente.

A juzgar por el pequeño número de datos de que podemos disponer, la epidemia de 1885 se habría marcado por una influencia sobre el embarazo, mucho más funesta que la observada en Utrecht en 1840, en París durante el 1854 y en Berlín por la misma época.

CURSO.

Las condiciones en que ingresan los enfermos en el hospital no son nunca las más á propósito para juzgar de la marcha de una enfermedad. Generalmente acuden á él como último recurso y después

de agotar todos los medios de que en sus domicilios pueden disponer. Por otra parte, es sumamente difícil comprobar con exactitud los antecedentes del enfermo, debido en ocasiones al estado de alteración moral en que se encuentra la persona que les acompaña, por torpeza de la misma en otras ó por ignorar esta, como algunas veces sucede, todo lo que se refiere al enfermo ó á su enfermedad.

Tratándose del cólera subsisten estas dificultades, pero no en tan grande escala; la rapidez con que la enfermedad se desarrolla permite conservar el recuerdo de las impresiones recibidas, y preguntando sobre puntos concretos y bien determinados, es siempre fácil reconstituir los antecedentes del enfermo y formar juicio acerca de los hechos cuya existencia nos importa conocer.

Debido á estas circunstancias me es posible asegurar que la epidemia de 1885 tuvo muchos puntos de contacto por lo que á su marcha respecta, con las padecidas en Madrid en épocas anteriores.

Debo, sin embargo, insistir en las dudas que me ocurren acerca de los llamados casos fulminantes, que son los que más contribuyen á sembrar el terror en el público. Es muy posible que en otras epidemias ó en otras localidades fuesen frecuentes los casos de esta naturaleza; pero estoy plenamente convencido de que en la sufrida en Madrid en 1885, fueron considerados como tales, muchos que bien analizados, solo eran casos vulgares de cólera, cuyos primeros períodos pasaron desapercibidos.

Ocurrió en el Hospital en que prestaba mis servicios, que de 34 individuos que componían el personal subalterno, enfermaron de cólera, ó por lo menos tuvieron los síntomas premonitores, 14. Todos habían recibido orden expresa de que en cuanto sintieran la menor alteración en su salud diesen cuenta de ello al profesor de guardia; así lo hicieron casi todos y ninguno de ellos tuvo por qué arrepentirse; al cabo de tres ó cuatro días de dieta absoluta, cama y alguna gota de láudano, se encontraban fuera de peligro. Hubo, sin embargo, un enfermero á quien no pareció muy bien tanto rigor profiláctico. Sus compañeros me avisaron de que frecuentaba mucho el retrete; le interrogué varias veces y siempre me contestó de que no era cierto, vanagloriándose después de que á él no le ponía nadie á dieta, teniendo como tenía excelente apetito. Continuó así durante seis días sin experimentar la menor molestia, y de repente, yendo al jardín á por un cubo de agua, cayó al suelo completamente álgido, se le recogió casi exánime, inmediatamente se le prodigaron cuantos

recursos exigía su situación, á pesar de los cuales pagaba con la vida su absurda terquedad veintidos horas después. Si yo no hubiera conocido de antemano los antecedentes de este enfermo, y su familia me hubiera asegurado que hasta el momento mismo de caer *mortal*, se encontraba perfectamente bien, con buen apetito, con aptitud para el trabajo, etc.; lo más probable es que le hubiera considerado como un caso típico de cólera fulminante.

Los casos análogos á este se han repetido con mucha frecuencia; el paso de los primeros períodos en que la salud es aparentemente satisfactoria al período álgido en que el peligro es inminente, se hace con una rapidez que bien merece el nombre de fulminante que ha recibido. La enseñanza que de esto se deduce es la gran solicitud con que deben atenderse desde el primer momento esas diarreas insignificantes con que el cólera se inicia casi siempre, y cuya causa se explican fácilmente los enfermos por cualquier transgresión en el régimen alimenticio, al que no dan importancia.

La diarrea prodrómica existe casi siempre, ó al menos existió en 336 interrogados por mí, de los cuales solo dos hicieron excepción. Varió la duración de esta diarrea entre uno á doce días, pudiendo fijar en cuatro el que por término medio se observó con más frecuencia.

El tiempo que ha tardado en recorrer los demás períodos, una vez confirmado, ha sido también muy variable, aun cuando en relación con lo que en otras epidemias se ha observado, se distingue la actual por la lentitud relativa de su marcha, siendo la nota más saliente de ella, la tendencia á la algidez y la terminación casi constante por reacción tifoidea. Entre estos dos términos hemos visto, con una frecuencia casi constante, que la enfermedad hacía una especie de parada, que en más de una ocasión nos hizo emitir pronósticos sobradamente alegres; después de un tiempo más ó menos largo de algidez, presentaban los enfermos todos los caracteres de una reacción franca y sencilla, sin que ningún síntoma viniese á perturbar este estado de aparente bienestar; así continuaban dos, tres y hasta cinco días; algunos pretendieron que se les diese la ropa para levantarse; cuando ya se creía asegurada la curación, comenzaba á secarse la lengua, aumentaba la frecuencia del pulso, subía la temperatura y se iniciaba un ligero delirio, cayendo por fin en un estado comatoso, que las más veces terminaba por la muerte.

Se comprenderá por lo anteriormente expuesto lo muy equivocado

que está el vulgo al creer que en cuanto un colérico se reacciona está fuera de peligro. Así lo parece, en efecto, y en ocasiones dura la ilusión bastantes días; pero como es raro que el tránsito de la algidez á la reacción tifoidea se haga de un modo gradual y sin pasar antes por este breve período de aparente bienestar, debemos prevenirnos para no dejarnos arrastrar por los alegres pronósticos de las familias y sufrir desengaños, siempre graves para el médico.

Verdaderas recaídas solo hemos observado tres, debidas todas á excesos en el régimen. De estas tres murieron dos, recorriendo todo el ciclo, seguido por el cólera anteriormente padecido; el tercero presentó de nuevo diarrea y calambres, acompañados de lengua muy saburrosa y otros síntomas de gastricismo. Desde el primer momento se le administró una dosis de ipecacuana, que le provocó dos ó tres vómitos abundantes, y desaparecieron los síntomas.

TRATAMIENTO.

Al encargarme de la enfermería de coléricos en el Hospital del Sur, solo había visto algunos casos aislados de cólera en número insignificante para formar juicio acerca de su tratamiento, viéndome por consiguiente en la precisión de apelar á la experiencia de los demás y ensayar los medios que más favor hubiesen merecido de ellos; consecuencia de esto fué un buen número de ensayos terapéuticos seguido de otro no menos considerable de decepciones, y la convicción nacida en mi espíritu de que en el tratamiento del cólera, como en el de otras muchas enfermedades, se abusa bastante de la llamàda terapéutica activa, con grave perjuicio de los intereses del paciente.

El enfermo de cólera atraviesa por situaciones que difieren entre sí y exigen también tratamientos distintos. No es posible asimilar, bajo el punto de vista terapéutico, al enfermo en el período tifoideo con el mismo enfermo cuando presenta los primeros síntomas ó cuando ya ha pasado al período de algidez; de ahí el que los medios de acción tengan que multiplicarse y lo difícil que se hace exponer en conjunto un tratamiento, cualquiera que sea, susceptible de ser aplicado á todos ó á la mayoría de los casos. Con objeto de salvar, en parte, estas dificultades y hacer más comprensible lo que me propongo decir, divido en tres agrupaciones, que corresponden á otros tantos estadios del cólera, el estudio de su tratamiento, advirtiendo

desde ahora que solo he de referirme á aquello puesto en práctica por mí ó por alguno de mis compañeros de Hospital; es decir, á lo que ellos ó yo hicimos, no á lo que pudimos hacer.

Primer período.

Considero incluídos en este primer período, para los efectos del tratamiento, los enfermos que, presentando síntomas de cólera más ó menos graves, más ó menos complejos, no han llegado aún al estadio de algidez. Podrá variar en ellos la multiplicidad de medios empleados, como varía también la tumultuosidad y el número de síntomas que pueden presentar, pero en el fondo el tratamiento es el mismo.

Cualquiera que fuese la manifestación sintomática que presentasen, por insignificante que pareciese, les obligaba á guardar cama, sometiéndoles á una dieta *absoluta*, por estar bien convencido de lo muy perjudicial que es en este período la ingestión de todo alimento por sencillo que este sea. He visto en repetidas ocasiones que una taza de caldo, ó una pequeña cantidad de leche, ha precipitado la marcha de la enfermedad con una rapidez inesperada.

La elección de bebida usual tiene también alguna importancia, aunque no tanta como han querido darla los que, fundándose en miras teóricas, condenan á sus enfermos al uso exclusivo de una sola bebida, ácida ó alcalina. Como la sed inextinguible es uno de los síntomas que más molestan á los coléricos, resulta por este procedimiento, que los enfermos empiezan por cansarse de tal monotonía en la bebida, y concluyen por adquirir hacia ella una repugnancia invencible que les molesta casi tanto como la misma sed. En esto siempre me guié por los instintos del enfermo, dejando á sus deseos la elección de bebida, ácida ó alcalina indistintamente. Observé en la mayoría de ellos una marcada preferencia por el agua de Seltz muy fría, sola ó mezclada con partes iguales de agua de limón, gozando también de gran aceptación el agua ligeramente cargada de infusión de café y adicionada con proporcionales cantidades de rom, cognac ó aguardiente. Generalmente encontraban muy agradable esta bebida, que muy á propósito para mitigar la sed, sostenía á la vez un ligero estímulo del sistema nervioso. El uso de estas y otras bebidas no excluía el del hielo en pequeños terrones, que siempre eran recibidos con gratitud. Nunca puse coto en la cantidad de líquido ingerido;

solo en los casos de vómitos pertinaces obligaba á beber como maximum medio cortadillo cada vez y en intervalos algo separados. El consuelo que el colérico experimenta bebiendo, es superior á toda ponderación; tanto que para atender á esta necesidad destinamos un enfermero á cada sala de las del Hospital del Sur, sin otra misión que la de dar de beber á los enfermos, que incesantemente lo reclamaban.

La lista de remedios propuestos para la curación del cólera es tan larga, que solo su enunciado ocuparía un buen número de cuartillas; ineficaces la mayor parte, y no pocos perjudiciales solo hay uno que merezca confianza, especialmente en el primer periodo: me refiero al opio. Cualquiera de sus preparados me parece igualmente eficaz, siempre que se dé en una forma de fácil absorción, y sobre todo que no se administre á las dosis enormes que algunos recomiendan. Es un error muy perjudicial, y que carece de fundamento científico, el creer que en el cólera se puede dar impunemente á grandes dosis. Cualquiera que sea su manera de obrar, sus efectos más ostensibles y en relación más directa con la curación del cólera, son la supresión de los vómitos y de la diarrea; para llegar á este resultado es condición imprescindible que la absorción tenga lugar, en cuyo caso las grandes dosis le hacen perder las propiedades hipocrínicas que se buscan, y solo se obtienen sus efectos sobre el sistema nervioso cerebro-espinal: obtusión intelectual, estado comatoso, dificultad respiratoria; en una palabra, los sintomas que caracterizan el envenenamiento por el opio. En el Hospital del Sur ingresaron nada menos que siete enfermos con todo este aparato sintomático; los siete murieron, siéndome permitida alguna duda acerca de su terminación fatal, si no hubiesen sido sometidos á tan imprudente tratamiento. Uno de ellos, cuyos antecedentes me fué posible recoger, había ingerido, por su propia cuenta, 5 gr. de láudano de Sydenham en el espacio de diez y ocho horas.

La preparación de opio de que con más frecuencia hice uso, fué el láudano de Sydenham á dosis de 10 á 15 gotas como primera dosis, disminuyendo progresivamente las sucesivas según los efectos obtenidos, y suprimiendo definitivamente su uso en cuanto disminuía notablemente la diarrea ó desde el momento que se iniciaba la algidez, en cuyo estadio le considero muy perjudicial.

En los casos en que la frecuencia excesiva de los vómitos hacía estéril la administración del opio por la vía digestiva, acudía á las

inyecciones de extracto tebáico á dosis de 3 cg. por inyección que se repetía cada dos horas próximamente, suspendiéndolas en los casos antes citados.

Solo hice uso de las inyecciones de morfina, en los casos en que la violencia de los calambres lo exigían ó para calmar los vómitos ó el hipo excesivos. Un centigramo por inyección, era la dosis generalmente empleada, observando cuidadosamente sus efectos y con las precauciones anteriormente indicadas.

Alternando con el opio ó al mismo tiempo que este, acostumbraba á hacer tomar á mis enfermos algún preparado de bismuto, generalmente el subnitrato ó el salicilato, uno ú otro á dosis de 6 y 8 gr., suspendidos en una poción gomosa que se administraba en tres ó en cuatro veces con intervalo de dos horas. Estoy satisfecho de los resultados con él obtenidos y le considero como uno de los ayudantes más seguros del opio y tal vez el mejor anti-diarreico en el cólera asiático.

Con alguna frecuencia se presentaron enfermos, en que, además de los síntomas propios del cólera, existían otros que denunciaban un verdadero estado de embarazo gástrico. En estos comenzaba el tratamiento, haciéndoles vomitar por medio de la ipecacuana, sin que nunca tuviera que arrepentirme de su uso.

En los casos poco avanzados, bastaba generalmente con los sencillos medios indicados, para llevar á buen término la enfermedad; pero cuando esta había adquirido mayor desarrollo ó cuando desde un principio se presentaba con síntomas de mayor violencia, ponía además en juego toda esa serie de pequeños remedios, que no por ser vulgares dejan de ser utilísimos; tales son los sinapismos, calentadores, fricciones estimulantes, saquillos de arena previamente calentada, planchas calientes á la columna vertebral y tantos otros que aunque de acción muy limitada, pueden dar lugar por el efecto común que resulta de su agrupación á un éxito que sería inútil esperar de la acción aislada de cualquiera de ellos y en todo caso se encuentran dentro del precepto médico tan respetable de *primum non nocere*.

Existe aún otro medio poderoso de tratamiento, que encuentra su especial indicación al terminar el primer período del cólera ó cuando ya se inicia la algidez, aludo á los baños generales, cuando es posible tomarlos en buenas condiciones.

El baño general templado, es uno de los recursos terapéuticos de más utilidad en el tratamiento del cólera; bajo su acción, hemos

visto reanimarse gran número de enfermos ya en el período asfíxico, recobrando el pulso nuevo vigor, generalizándose el calor y provocando un sudor abundante y caliente, que lejos de debilitar á los enfermos les producía un visible bienestar. En nuestra clínica los hemos usado con profusión, verdad es, que merced á los termosifones y al numeroso personal de que disponíamos, nos era de suma facilidad su administración, condiciones que no siempre se encuentran en las casas particulares y aun en los hospitales y que forzosamente obligan á limitar la aplicación de un medio que nunca recomendaremos bastante como uno de los factores más poderosos en el tratamiento del cólera.

La temperatura del baño comenzaba por 34° y aumentándola gradualmente hasta 38° ó 39°, según la tolerancia del enfermo, pues casi todos se mostraron muy sensibles á la acción del agua caliente protestando enérgicamente á pesar del estado de aparente insensibilidad en que se encontraban. Su duración variaba de cinco á diez minutos, repitiéndolos cada dos horas, si con las primeros no se obtenía el efecto apetecido. Generalmente hemos adicionado estos baños con 1 ó 2 kilos de harina de mostaza, es posible que la acción del agua caliente impidiese en mayor ó menor escala la fermentación sinápica, pero el hecho es que algunos enfermos sentían perfectamente su acción irritante.

Fricciones y amasamiento.—Inmediatamente después del baño, acostumbrábamos á extender nuestros enfermos, después de secarlos cuidadosamente, sobre una manta y administrarles durante dos ó tres minutos una serie de palmadas en la espalda, pecho y extremidades, seguida de rápidas y repetidas fricciones secas, hechas con un guante de hila inglesa. Con esto, nos proponíamos favorecer la acción del baño, estimular enérgicamente las funciones de la piel y restablecer la armonía entre estas y las funciones intestinales. Consideramos este proceder como uno de los más poderosos para provocar la reacción en los casos que aún es posible obtenerla, siempre que se le ayude por otros medios de los que vamos enumerando.

Segundo período ó asfíxico.

Las condiciones orgánicas en que los enfermos se encuentran durante este período, dificultan mucho el tratamiento. La circulación apenas existe, los órganos mal nutridos apenas funcionan, sus

reacciones están completamente perturbadas, la absorción gástro-intestinal ha desaparecido, todos los aparatos, todos los sistemas, hasta los órganos mismos sufren una especie de paralización en sus funciones. No es, pues, posible contar con acciones fisiológicas ni terapéuticas de medicamentos que no se absorben ó lo hacen en unas condiciones tan excepcionales que necesariamente tienen que modificar sus efectos. Lo más prudente en estos casos, es prescindir de toda medicación interna, y no es que yo lo diga, porque teóricamente me parezca racional hacerlo así, es que tengo experiencia propia de una porción de medicamentos recomendados con calor como de eficacia indiscutible y que ensayados por mí con más ó menos ilusión, me resultaron igualmente inútiles cuando no perjudiciales. El amoniaco, la menta, el éter, la canela, la pimienta, todos los alcoholes, el acónito, los preparados de hierro, el café á grandes dosis, el cloral, el bicloruro de mercurio, el carbón vegetal y algunos más cuyos nombres ni siquiera recuerdo ya, fueron empleados por mis compañeros ó por mí sin resultado alguno aparente. El opio, que tan beneficiosos resultados produce durante todo el primer período, tampoco produce efecto alguno en el período álgido cuando se da al interior, ó aplana más á los enfermos si se usa en inyecciones hipodérmicas.

Consigno aparte la quinina y sus sales, por ser tal vez el medicamento que más aceptación ha tenido en estos últimos tiempos. En Murcia, parece que todo aquel que tenía la suerte de recibir á tiempo una inyección hipodérmica de bromidrato de quinina, estaba fuera de peligro á las pocas horas; en otros puntos de España, fueron también preconizadas las inyecciones de quinina; hace muy pocos días aún decía *El Imparcial*, refiriéndose al señor delegado sanitario de la provincia de Toledo, que el tratamiento que mejores resultados le había dado, era aquel que tenía por base la quinina y sus sales. Es indudable, que cuando tantos y tan valiosos testimonios abogan en favor de la quinina, algo debe haber que lo justifique, pero como yo tengo la necesidad de decir aquí lo que yo he observado, debo declarar que ni durante el primero, ni durante el segundo, ni durante el tercer período del cólera asiático, obtuve resultado positivo y beneficioso con el uso de la quinina ó sus sales, cualquiera que fuese el método seguido para su administración.

En mayor escala que yo, la empleó mi compañero Dr. Reyes, encargado de la sección de mujeres. Repetidas veces hablamos del

asunto y la opinión que su experiencia le había hecho formar acerca de la quinina en el tratamiento del cólera era tal, que en los últimos tiempos había renunciado á su empleo.

Repito que no hay que contar para nada durante el período álgido del cólera, con la medicación cuya puerta de entrada se encuentre en el aparato digestivo.

Los medios externos tienen alguna mayor eficacia, aun cuando tampoco permiten grandes esperanzas, cuando se llega á momentos de tan profundo trastorno orgánico. Sin embargo, todo lo que actuando sobre la superficie cutánea tienda á despertar la inervación central ó periférica; á restituir su funcionalidad á la piel, restableciendo como corolario, el equilibrio que entre esta y el aparato digestivo existe normalmente; á facilitar la circulación sanguínea y linfática; á dar mayor vida á la nutrición orgánica é intersticial no puede menos de influir favorablemente en el curso de la enfermedad. Hé aquí el por qué los baños generales calientes, el amasamiento, las fricciones, los sinapismos y en una palabra, todos los estimulantes externos continúan tan indicados como en el primer período, pero con mayor premura, multiplicándose incesantemente su aplicación, sin dejar en paz al enfermo, como vulgarmente se dice, pero procurando también no violentarle con exceso.

(Durante este período no es posible prolongar la dieta de los enfermos. Los coléricos, sufren pérdidas enormes que hay que empezar á reparar con muchísima precaución. El alimento más á propósito en estos casos, es el caldo bien desprovisto de sustancias grasas. Es posible que no tenga suficientes condiciones nutritivas, pero las veces que traté de sustituirle por otros alimentos que á su fácil digestión uniesen mayor fuerza nutritiva, como yemas de huevo, natillas, leche, jugo de carne, etc. tuve que renunciar, por la repugnancia y hastío que ocasionaban á los enfermos desde las primeras tómas.)

Baños de vapor.—Parece lógico suponer que los baños de vapor habían de prestar señalados servicios en el tratamiento del período álgido del cólera. Sin embargo, no es así; la mayoría de los enfermos no podían soportarlos por la intensa sensación de quemadura que les producía, y además, el vapor de agua condensado en las coberturas de la cama les envolvía, después de frío, en una atmósfera húmeda que contribuye á exagerar la refrigeración producida por la enfermedad. Cierto que los aparatos con que contábamos para su

administración no eran de los más perfectos; pero de todos modos, no creo que sea un medio con cuya eficacia se pueda contar.

Hidroterapia.—Las aplicaciones de agua fría en el período álgido del cólera me inspiraron siempre un instintivo temor. Las explicaciones científicas que acerca de su acción se han dado, no han sido bastantes para vencer esta natural repugnancia por un tratamiento, que cualquiera que sean sus efectos definitivos, tiene que empezar aumentando muy poderosamente los trastornos producidos ya por una enfermedad que en el período en que se encuentra, agota por completo los recursos con que es necesario contar para que pueda verificarse la reacción que se busca. Hecha esta aclaración, se comprenderá que el número de enfermos en que hemos empleado este sistema de curación ha sido muy limitado, y aun creo que no hubiera llegado á ensayarse si la casualidad no se hubiese encargado de proporcionarnos la ocasión. Uno de los muchos profesores extranjeros que durante la epidemia visitaron nuestras enfermerías, se extrañó muchísimo de que no utilizáramos un tratamiento cuyos resultados aseguraban un número de curaciones excesivamente superiores á ninguno de los conocidos como de eficacia más probada; tales fueron los elogios hechos en defensa de las aplicaciones frías, que no tuve inconveniente en acceder á sus deseos, cediéndole tres enfermos para que en ellos pusiese en práctica el tan elogiado tratamiento. En honor de la verdad, los tres se encontraban en un período muy avanzado de la enfermedad y es posible que cualquier otro tratamiento hubiese sido igualmente impotente, pero tales como eran con ellos se conformó, prometiéndonos de antemano resultados muy felices. Después de haberle proporcionado todo lo que su tratamiento hacía necesario, comenzó haciendo fricciones con agua fría adicionada de vinagre á partes iguales, en la cara, cuello, brazos y piernas, eligiendo los puntos más próximos al trayecto de los grandes vasos; inmediatamente lavó cuidadosamente la boca del enfermo, haciéndole aspirar fuertemente por las narices á través de una esponja empapada en el mismo líquido, acto continuo les administraba dos enemas grandes y les obligaba á beber varios vasos de oxicrato, terminando con un lavatorio general con una esponja y envolviéndolos en una sábana empapada y bien exprimida recubierta de una ó dos mantas secas. El mismo procedimiento se repetía cada hora, haciéndoles beber durante los intervalos grandes cantidades de agua y vinagre. A pesar de todas las previsiones y todas las esperanzas del autor del

tratamiento que no se separó de los enfermos en todo el tiempo que este duró, los tres enfermos murieron; el primero un joven excepcionalmente robusto, ingresado unos momentos antes en pleno período álgido, falleció á las tres horas del primer lavatorio sin haberse llegado á iniciar la reacción esperada. El segundo, hombre de 45 años, medianamente constituído, se encontraba en el primer estadio del período álgido cuando se le sometió al tratamiento, falleció á las siete horas sin presentar tampoco indicio alguno de reacción. El tercero, en fin, era un anciano de 63 años, de pobre apariencia física, pero de gran energía de carácter, ateromatoso y alcohólico inveterado, acogió el tratamiento en tales muestras de desagrado, que al inclinarse el profesor sobre su cama para empezar el segundo lavatorio, reunió las pocas fuerzas que le quedaban, le sacudió un puntapié en la cara disponiéndose á la defensa con piés y manos: en atención á esta actitud y no queriendo de ningún modo hacer violencia al enfermo, se suspendió definitivamente el tratamiento, muriendo aquel á las diez y siete horas de comenzado. Ciertamente que por solo estos tres casos no se puede formar juicio exacto de los efectos producidos por las aplicaciones frías en el período álgido del cólera, pero además de las razones anteriormente expuestas, tiene de malo este tratamiento la impresión de espanto que en los enfermos produce.

Inyecciones hipodérmicas.—Las dificultades de absorción por la vía intestinal y las profundas alteraciones sufridas por el sistema vascular periférico durante el período álgido del cólera, han hecho suponer que la absorción de medicamentos por la vía hipodérmica había también de estar dificultada, cuando no abolida totalmente. Por lo que nosotros hemos podido observar, creemos que la absorción subcutánea persiste durante mucho tiempo, y se ejerce las más veces con sorprendente rapidez. Solo en las proximidades de la muerte hemos visto que el líquido inyectado permanecía formando relieve bajo la piel, y con alguno de ellos, como por ejemplo el éter, producirse inmediatamente después de su introducción en el tejido celular subcutáneo, una escara parda-amarillenta consecutiva á la no absorción y mortificación de los tejidos por su acción tópica sobre ellos.

En un joven de 21 años, tipo de algidez y cuyo exagerado enflaquecimiento indicaba una deshidratación muy pronunciada de los tejidos, introdujimos en compañía del Dr. Brunety, de Nápoles, dos litros de suero artificial por medio de las inyecciones intersticiales;

sin terminar las últimas inyecciones habían desaparecido las enormes bolas de edema producidas por las primeras; probablemente en el estado fisiológico, la compresión á que de repente se somete el tejido celular con este procedimiento, terminaría por su mortificación y la formación de abcesos. Ya que de las inyecciones intestinales hablamos, aprovecharemos la ocasión para desde luego emitir nuestra opinión acerca de ellas, sin tener que volver sobre este punto. El proceder operatorio es sencillo y no exige cuidados tan minuciosos como el seguido para las inyecciones intravenosas. Un frasco que contiene el líquido de inyección suspendido á 5 ó más metros de altura; un tubo de cautchout que hace las veces de sifón con registros de vidrio para observar el paso de la corriente, termina en una de sus extremidades el recipiente indicado y por la otra se enchufa con una aguja tubulada de doble longitud y calibre próximamente que las comunmente usadas para las inyecciones hipodérmicas; estas agujas, de las que existe una serie de diversas magnitudes, se hallan perforadas en todo su trayecto por un número considerable de agujeros que facilitan la salida del líquido en todas direcciones, y presentan en la extremidad de enchufe una montura de madera ó cautchout en forma de reloj de arena. Preparado el aparato se deja correr el líquido durante un momento para desalojar completamente el aire contenido en el tubo é inmediatamente se introduce con fuerza toda la aguja en el tejido celular subcutáneo dejando penetrar el líquido hasta que se produzca una bola de edema dura y tensa, á la vez que se hacen fuertes fricciones que favorezcan la absorción. Como no es posible hacer penetrar más que una cantidad de líquido relativamente pequeña en cada inyección, se hace necesario multiplicar el número de estas, extendiéndola en una sola sesión á los brazos, antebrazos, cuello, pecho, cara interna de los muslos; y en una palabra, á todos los puntos en que normalmente exista gran cantidad de tejido conjuntivo ó que la circulación sea más activa.

Con este procedimiento se ha querido llenar las mismas indicaciones que con las inyecciones intravenosas, sustituyéndolas con ventaja, por creer más conveniente que la sangre reciba el líquido inyectado paulatinamente y á través del filtro linfático que ponerla en contacto inmediato con él.

Por más que el objeto que el Dr. Catani se propone nos parece muy racional, no podemos menos de consignar que el manual operatorio es un poco brutal y hace sufrir bastante á los enfermos; además

la inocuidad casi absoluta de las inyecciones intravenosas y sus efectos más inmediatos, nos hicieron adoptarlas definitivamente por creerlas bajo muchos conceptos muy superiores á las inyecciones intersticiales.

El éter, la cafeina, el sulfuro de carbono y los preparados de opio, han sido los medicamentos que en más alta escala hemos usado por la vía hipodérmica; excepción hecha de los últimos, que casi siempre se han dirigido á combatir síntomas, especialmente en el primer período, ningún resultado ostensible y positivo hemos obtenido con los demás, solamente con el sulfuro de carbono nos ha parecido observar cierto grado de excitación cardiaca, pero sin gran influencia sobre los resultados ulteriores de la enfermedad.

Inyecciones intravenosas.—En el núm. 35 del *Boletín de Medicina y Cirugía*, correspondiente á Noviembre de 1885, publiqué un trabajo en el que detenidamente se encuentran estudiadas las inyecciones intravenosas como tratamiento del cólera. De él tomo los siguientes períodos que son los que considero como de mejor aplicación en este sitio:

«El aparato de que nos hemos servido para practicarlas es el mismo descrito por el profesor Hayern en su *Traitement du cholera*. Una pelota de goma que, mediante un ingenioso juego de válvulas, hace las veces de bomba-aspirante-impelente; á las extremidades de esta pelota se articulan dos tubos de cautchout de 1 m. de largo, terminando el uno en una cánula de 6 á 8 cm. de largo que se introduce en la vena, y el otro en una pequeña campana de vidrio conteniendo una esponjita, destinada á recoger las impurezas del líquido en que se sumerge. La composición de este constaba, según la fórmula de Hayern: de cloruro de sodio, 5; sulfato de sosa, 15 á 20; agua destilada, 1.000, disueltos y filtrados por tres papeles Berzelius. Nunca nos atrevimos á modificar su composición; en cambio nos permitimos disminuir la cantidad inyectada, por parecernos, á pesar de los razonamientos del autor citado, excesiva la resistencia con que de repente se hace luchar á un corazón que, como el de los coléricos, se encuentra en excepcionales condiciones de debilidad; sin embargo, no hemos sometido todos los casos á una regla precisa, inyectando más ó menos, según los efectos observados.

Las venas elegidas para la introducción del líquido han sido las de la flexora del brazo, prefiriendo siempre la más gruesa. El manual operatorio es breve y sencillo; se pone al descubierto la vena por

medio de un tijeretazo, que secciona en V un pliegue de la piel y se aisla luego con las pinzas y la sonda, cuidando no mortificarla; inmediatamente se abre con una lanceta en bastante extensión para que no haya dificultades al introducir la cánula hembra que ha de sorportar la otra, unida al tubo del aparato. Ocurre algunas veces que si no se desnuda con cuidado la vena, la membrana propia se deja arrastrar por la lanceta sin dividirse, obturando al recobrar su posición el orificio abierto en aquella, lo que obliga á nuevas maniobras, que retardan la operación y la exponen á traumatismos.

El frasco, conteniendo el líquido de inyección, se sumerge en un cubo de agua caliente hasta que alcance una temperatura de 39°, que es á la que se debe inyectar, aun cuando no tiene gran importancia que llegue á los 40°. Mientras dura la operación se mantiene la bomba en una vasija llena de agua á 38 ó 39°, cuidando no salgan sus extremidades á la superficie si se quisiere evitar la entrada de aire. En ocasiones, no es posible evitar el paso de algunas burbujas, que no determinan trastorno alguno.»

Indicaciones.

«Las inyecciones intravenosas en el tratamiento del cólera asiático deben ser incluidas entre las medicaciones sintomáticas: su acción se dirige á combatir un síntoma, ó mejor á reponer mecánicamente un elemento, cuya falta en el organismo se manifiesta con ese conjunto de síntomas que caracterizan el período álgido; cianosis, frío, calambres, pérdida del pulso, anuria, disnea, sequedad de las córneas, arrugamiento de la piel, obtusión intelectual y algunos otros que preceden á la muerte por un espacio de tiempo más ó menos largo. Sus indicaciones son muy precisas, y claramente se deducen del concepto patogénico de que hacemos depender el estado que con ellas se trata de combatir. Inútilmente se practicarían durante la reacción típica del cólera, cuando todos los órganos se hallan infeccionados por los productos de absorción, y habiendo sufrido ya un rudo golpe que la inhabilita las más veces para la vida. Los trastornos que en este caso existen no dependen sino muy relativamente de la falta de líquidos intra-orgánicos, y no son, por consiguiente, susceptibles de enmendarse por un medio cuya acción química es bien inferior á la acción mecánica. Algo parecido sucede en esa forma insidiosa del cólera, en que la enfermedad se desarrolla con relativa lentitud, llegando á la muerte sin presentarse la mayor

parte de los síntomas arriba mencionados, y sin que en realidad se presente tampoco una verdadera indicación de la inyección intravenosa. Aun dentro del período álgido se exigen condiciones especiales por parte del enfermo que limitan mucho los éxitos; no es posible que los órganos ni los tejidos sufran impunemente, por espacio de muchas horas, la falta casi completa de nutrición, sin grave riesgo de que su funcionalidad se pierda, ó cuando menos, se altere muy profundamente; de ahí que la resistencia de estos entre por mucho en los resultados definitivos que con las inyecciones se obtienen, y esta es también la razón del por qué los ancianos, cuyos tejidos poseen ya una vitalidad muy escasa, figuren en tan corto número dentro de las estadísticas de curados.

La rapidez mayor ó menor en la marcha de la enfermedad, contribuye también á disminuir ó aumentar las probabilidades de éxito. Cuanto más pronto se produce la algidez, más probabilidades existen de que la inyección sea útil. La explicación de esta aparente paradoja se encuentra en que la sangre pierde de repente en los casos rápidos una gran cantidad de agua, sobreviniendo la algidez antes de que haya tenido tiempo de reponerla á expensas del líquido de composición de los tejidos, siendo, por consiguiente, mucho menos graves los trastornos sufridos por estos en los casos sobreagudos que en los que siguen una marcha más lenta, pero más á propósito para deshidratar completamente el organismo (Hayern).

Resumiendo las condiciones que á nuestro juicio ofrecen más seguridades de éxito, son: por parte del enfermo, juventud, vigor físico y carencia de antecedentes morbosos; por parte de la enfermedad, algidez reciente y producida con rapidez. Si fuese posible limitar el uso de las inyecciones intravenosas á los casos que reuniesen estas circunstancias, con seguridad se obtendrían estadísticas de resultados verdaderamente sorprendentes.»

Efectos inmediatos.

«El primer efecto que se observa, aun en los casos para quienes la inyección ha de ser ineficaz, es el cambio experimentado en el semblante, que pierde el aspecto cadavérico para recobrar animación y vida, los ojos se humedecen y adquieren expresión, desaparece la afonía, los enfermos salen del estado de inercia y estupor en que se encuentran y empiezan á moverse con alguna energía, casi todos piden de beber; contestan con toda lucidez á las preguntas, y asegu-

ran encontrarse bien; á los pocos minutos de comenzada la inyección reaparece el pulso, al principio lento y débil, luego se hace excesivamente frecuente, sin perder los caracteres de debilidad; al terminar la operación, es decir, cuando se ha introducido en el sistema vascular suficiente cantidad de líquido para que el corazón no trabaje inútilmente, decrece el número de pulsaciones, ganando en amplitud y dureza. El estado del pulso durante la inyección tiene de importante, que por él se puede pronosticar la suerte que espera al enfermo: excepcionalmente se ha salvado alguno de los que, durante la operación ó momentos después, no haya seguido la marcha que acabamos de indicar. Los enfermos que le han conservado excesivamente frecuente, ó por el contrario, han continuado con caracteres de debilidad, han terminado todos por la muerte.

Á medida que la circulación se activa, el calor, tanto central como periférico, se eleva y generaliza, disminuye mucho la sensación de frío en las extremidades, y el contacto de los enfermos no se hace tan desagradable.

Este estado de bienestar dura algunos momentos; después experimentan los enfermos una sensación de frío que les hace temblar como en el período álgido de la fiebre intermitente. El profesor Hayern considera el escalofrío intenso como un buen signo pronóstico, por ver en él una protesta del sistema nervioso que implica su buena vitalidad, estando por consiguiente en condiciones de encargarse nuevamente del importante papel que juega en el organismo. «Da en cierto modo, dice, la medida de impresionabilidad de los centros nerviosos».

No discutimos su significación fisiológica, pero sí debemos hacer constar que para nosotros constituye un signo de muy mal presagio: los enfermos que le presentaron muy intenso y de larga duración, no solamente murieron, sino que murieron á las pocas horas. En cambio, de tres enfermos en que el escalofrío fué apenas perceptible, se salvaron dos.»

Disnea.

«Solo en un caso hemos visto sobrevenir á los pocos momentos de terminada la inyección una disnea considerable sin síntomas locales que la explicasen. Este caso terminó por la muerte á las nueve horas de inyectado, sin que, por causas ajenas á nuestra voluntad, nos fuese posible practicar la autopsia.

En los enfermos que padecen afecciones crónicas del aparato respiratorio, es indudable que la inyección viene á aumentar la disnea, cualquiera que sean las precauciones tomadas; pero este aumento en los movimientos respiratorios es pasajero y carece, al menos aparentemente, de influencia directa sobre el curso de la enfermedad. En los demás casos desaparece la dificultad respiratoria á medida que va disminuyendo la anemia pulmonar que la origina.»

Centros nerviosos

«De los 46 enfermos inyectados á que nos referimos, solo dos han presentado trastornos intelectuales que verosimilmente pudieran relacionarse con la inyección. El primero fué un hombre de 54 años de edad, bien constituído y con antecedentes alcohólicos. Apenas terminada la operación se declaró en él un violento delirio que no cesó hasta la muerte, que tuvo lugar ocho horas más tarde. El segundo fué un joven de 22 años, sin antecedente alguno diatésico: habíamos inyectado próximamente un litro de líquido cuando comenzó á delirar, haciendo á la vez movimientos tan bruscos, que nos impidioron continuar la operación. Escasamente habrían transcurrido diez minutos, cuando se tranquilizó y recobró la lucidez. Al pasar la visita de tarde nos sorprendió la noticia inesperada de su muerte, sin que el ayudante de guardia, ni las Hermanas de la Caridad, ni los enfermeros, pudiesen explicarme bien cómo había ocurrido. Es de advertir que en este enfermo se había iniciado la algidez pocas horas antes de practicar la inyección, y conservaba aún algo de pulso cuando esta se hizo; condiciones ambas que M. Hayern lamenta no haber encontrado en sus inyectados, por considerarlas, muy racionalmente, como de gran ventaja para el éxito definitivo. Si hubiéramos de juzgar por nuestra poca experiencia, desde luego las consideraríamos como muy desfavorables, pues otros dos inyectados en condiciones análogas terminaron también por la muerte, á pesar de recaer en individuos jóvenes y aparentemente robustos.

La desaparición de los calambres es otro de los efectos más inmediatos é indudablemente más beneficiosos de los que se obtienen con las inyecciones intravenosas, siendo este suficiente motivo para justificar su práctica aun cuando no se obtuviese de ella otro resultado que librar al enfermo del terrible martirio que generalmente le acompaña hasta la muerte.

Lo mismo que los calambres, y con más rapidez aún, desaparece el ligero grado de contractura que existe siempre en la terminación del período álgido.»

Aparato gastro-intestinal.

«En muchos de los enfermos tratados por nosotros habían ya desaparecido los vómitos y las diarreas; en otros, por el contrario, persistían con más ó menos tenacidad. Es frecuente que en el primer caso reaparezcan las deposiciones y en el segundo sufran un ligero aumento en los primeros momentos que siguen á la inyección, para disminuir notablemente ó desaparecer en los casos que han de terminar por la curación.»

Efectos tardíos.

«Más que nuevos fenómenos observados como consecuencia de las inyecciones intravenosas, estudiamos, bajo este epígrafe, las distintas fases por que atraviesan los enfermos inyectados hasta llegar á la curación ó la muerte. Anteriormente hemos expuesto la relación que generalmente existe entre los efectos inmediatos y el éxito definitivo de la enfermedad. No siempre, sin embargo, es fácil prever por ellos la terminación favorable ó adversa: á menudo acontece que en los primeros momentos que siguen á la inyección se opera una mejoría que parece asegurar el triunfo, viniendo luego los hechos á defraudar nuestras esperanzas.

Á continuación exponemos las historias extractadas de los siete enfermos cuya curación atribuimos al tratamiento de que nos ocupamos. En ellas se puede estudiar la marcha seguida por la enfermedad en los casos favorables. En los que han terminado por la muerte, se obtuvo en un principio un alivio más ó menos graduado, volviendo luego á caer en la algidez ó pasando al período de reacción tífica, en el cual murieron. Este último caso ha sido mucho más frecuente, especialmente en las mujeres. No publicamos la historia clínica de estas, por pertenecer al servicio del Dr. Reyes, que piensa, según tenemos entendido, hacer un trabajo especial con el fruto de sus observaciones» (1).

---

(1) Las historias á que se refiere este capítulo se encuentran en el núm. 35 del *Boletín de Medicina y Cirugía*, no transcribiéndolas aquí por no hacer excesivamente largo este trabajo.

CONCLUSIONES.

«De los resultados obtenidos en nuestra práctica del Hospital del Sur, podemos deducir:

1.° Que las inyecciones intravenosas de líquido cloruro sulfato-sódicas, en las proporciones de cantidad y composición que las hemos hecho, han sido siempre inocentes para el enfermo, sin que en ningún caso se les haya podido atribuir influencia manifiesta y perjudicial en la marcha de la enfermedad.

2.° De 46 enfermos inyectados solo uno padeció flebitis, que no llegó á presentar síntomas alarmantes; el escaso calibre del vaso y los traumatismos á que dió lugar para la introducción de la cánula, fué la causa excepcional de esta flebitis. En los demás casos no hubo trastorno alguno consecutivo, á pesar de haber practicado en ocasiones dos y tres inyecciones en el mismo brazo.

3.° La tercera parte de los enfermos sometidos á este tratamiento se han curado, y esto en condiciones tales en el momento de la operación, que tenemos la evidencia, la seguridad absoluta, si esta pudiera tenerse, de que algunos de entre ellos hubieran podido curarse por una de esas evoluciones inexplicables y rarísimas que á veces sobrevienen en el curso de las enfermedades cuando ya están tocando los límites de la muerte; pero que la mayoría, si no todos, deben la vida al auxilio prestado por la inyección.

4.° Los efectos inmediatos fueron siempre sorprendentemente favorables, no acertando á comprender cómo Gonguenhein y algún otro han tenido que renunciar á las inyecciones por los efectos terribles que observaron. En nuestros enfermos al contrario, excepto dos ó tres, todos han experimentado un alivio notable, que á la vez nos llenaba de satisfacción y de esperanzas.

5.° En todos los casos hemos conseguido prolongar la vida de los enfermos por un tiempo más ó menos largo. El capellán del Hospital Sr. Arias, que con frecuencia nos acompañaba en la visita, presenciando las inyecciones que durante ella se practicaban, nos hizo notar la importancia de este dato en relación con los actos de su ministerio. No dudamos que en ocasiones pueda tenerla muy grande, tanto para un fin religioso que tranquilice á las familias, como para los efectos legales, imposibles á veces de prever por la rapidez misma de la enfermedad ó por cualquiera otra causa. Dado el estado de lucidez que los enfermos recobran con la inyección, se les devuelve

la aptitud necesaria para llevar á cabo sus últimas disposiciones, evitando alguna vez las desagradables y ruinosas consecuencias á que suele dar lugar el no cumplimiento de este requisito legal.

6.° La convalecencia de los enfermos inyectados ha sido, por regla general, más rápida y menos expuesta á accidentes que las de los no inyectados.

7.° El tratamiento por las inyecciones intravenosas debe ser considerado como el más racional de los que se han opuesto al período álgido del cólera; es posible que en la actualidad tenga aún algunas imperfecciones técnicas que disminuyan sus éxitos; pero en él creemos debe fijarse la atención del terapeuta, si ha de resolver este difícil problema, no siendo bastante para invalidar su mérito la objeción hecha por algunos de que en la práctica particular ofrece algunas dificultades de aplicación.»

Eterización.—No he practicado nunca la eterización rectal en el cólera, pero he presenciado la operación, en dos de los enfermos sometidos por el Dr. Reyes á este nuevo tratamiento. En ambos se presentaron náuseas, vómitos, mucho tenesmo rectal y algún dolor en el vientre; poco después de terminada la operación desaparecía todo esto y la enfermedad continuaba su curso, terminando en un caso por la muerte y en otro por la curación, pero sin que aparentemente influyese gran cosa el tratamiento en la marcha consecutiva de la enfermedad.

Reacción tifoidea.

Lo más prudente durante este período es prescindir en absoluto de toda medicación farmacológica. Ninguno de los medicamentos conocidos puede modificar las condiciones en que el organismo se encuentra. La enfermedad ha ocasionado un número considerable de muertes celulares, cuyos detritus pasan á la sangre y envenena los tejidos y los órganos. Existe un verdadero estado de auto-intoxicación. Nuestros esfuerzos deben dirigirse en este caso á favorecer la eliminación de estos detritus, y esto solo se consigue, en parte, haciendo beber á los enfermos grandes cantidades de un líquido cualquiera, con tal que sea de su agrado, para evitar, en lo posible, la indigestión. Esto, y sostener las fuerzas por medio del caldo con alguna pequeña cantidad de vino, es todo lo que hicimos en la mayoría de los enfermos y lo que aconsejamos que se haga,

teniendo siempre en cuenta, como es natural, las complicaciones posibles y frecuentes durante este período del cólera, como hemorragias, convulsiones que exigen un tratamiento especial que en nada difiere del acostumbrado en los casos ordinarios.

Las incesantes investigaciones y profundos estudios que en estos últimos tiempos se vienen haciendo del cólera asiático, han contribuído indudablemente á esclarecer muchos puntos oscuros de su fisiología patológica. Es de esperar también, que en un plazo más ó menos largo se llegue á conocer un tratamiento directo y seguro que nos permita desembarazarnos de tanta complicación terapéutica, llevándonos con precisión científica á la curación de tan temida enfermedad; pero desgraciadamente, hasta la fecha, ni la micrografía ni la química han conseguido grandes resultados prácticos en este sentido, y el cólera continúa sin un tratamiento fundamental que influya visiblemente en sus estadísticas de mortalidad.

Creo, por consiguiente, que al publicar mis impresiones acerca de tan ardua materia puedo ser útil á aquellos de mis compañeros que, por no haber tenido ocasión de presenciar ninguna epidemia de cólera, se ven expuestos á recorrer el mismo camino seguido por mí en su tratamiento, adelantándoles los resultados obtenidos con la serie de medios enumerados que, aun reconociendo su empirismo, me parecen los mejores.

RICARDO PÉREZ-VALDÉS.

DOS CASOS DE PÉNFIGO,

OBSERVADOS EN EL CURSO DEL SARAMPIÓN,

POR EL DOCPOR

D. JUAN AZÚA (1),

MÉDICO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

Los exantemas febriles graves, como la viruela, erisipela, escarlatina y sarampión, producen algunas veces en la piel, además de las

(1) En el artículo publicado en el número anterior, pág. 359, línea 16, dice: «queda esto bofrado», debe decir «el descrito».

lesiones propias de estas enfermedades, otras que como triste cortejo acompañan á las especiales, ocasionando en algunos casos, aún después de curadas las primeras, trastornos lo bastante importantes para ocasionar la muerte. Basta recordar los flemones superficiales y profundos de la viruela, y en ocasiones la gangrena de la piel circunyacente á las eflorescencias; las enormes supuraciones difusas de algunas erisipelas; las escoriaciones sangrientas que la descamación profunda de la escarlatina produce, y las rápidas gangrenas de la piel que en el sarampión se observan, para justificar la importancia que como complicaciones ó enfermedades consecutivas se les concede. No son igualmente graves otras alteraciones de piel que se observan, y algunas son muy raras. Entre las de esta última categoría, y en relación con el sarampión, está el pénfigo, al cual está consagrado este artículo y del que recientemente hemos observado dos casos.

Hé aquí en resumen la historia de nuestros dos enfermitos, algo incompleta por haber desaparecido los pacientes de la consulta.

OBSERVACIÓN PRIMERA.

El 14 de Agosto de 1890 presentó su madre á Antonio Pingarrón, de 3 años y aspecto robusto.

Hacia primeros de este mes sufrió una pequeña herida contusa en el mentón, alrededor de la cual, y en el espacio de dos ó tres días, se desarrolló una afección pruriginosa, exudativa y costrosa de la piel, que cuando vimos al niño tenía el aspecto de un eczema impetiginoso, extendido por casi toda la cara.

Pocos días después de recibir el traumatismo descrito, el día 4 de Agosto, el pequeño fué invadido por el sarampión con todos los síntomas clásicos que preceden y acompañan á este exantema. La erupción fué grande y perfecta, y se marcaron con intensidad los fenómenos torácicos.

Al cuarto día del sarampión, y en plena erupción este, empezaron á presentarse sobre la parte anterior del pecho, en el vientre, en las partes laterales de la caja torácica y en el cuello, manchas rojas bastante grandes, redondas, que se distinguían bien de las del sarampión, en el centro de las cuales se formaba pronto una pequeña ampolla que crecía rapidísimamente, llegando al tamaño de una nuez. Estas ampollas estaban llenas de un líquido claro, transparente y se rompían pronto. En conjunto, la evolución

de cada elemento eruptivo duraba según los datos de la madre de treinta á treinta y seis horas, desde que aparecía la mancha hasta que se rompía la ampolla. En los sitios que antes hemos mencionado la erupción era confluente; en los brazos, manos y espalda, en donde apareció de seguida, era discreta. No hay antecedentes sifilíticos.

Estado actual (14 Agosto). Al niño le gusta estar echado y su aspecto es febril, como lo prueba la frecuencia del pulso y la elevación de temperatura; los ojos inyectados y legañosos testifican el catarro conjuntival del sarampión; la respiración es frecuente, anhelosa y suspirante, no parece existir dolor en ningún punto fijo de la caja torácica, la percusión da síntomas negativos y la auscultación permite percibir estertores húmedos y secos, gruesos y finos, disminución del murmullo vexicular. Tos frecuente y húmeda; expectoración blanca y aireada. La fiebre se exacerba por la tarde. Lengua sucia, anorexia.

Sobre toda la superficie de la piel se ven las señales de la erupción sarampionosa, en unas partes en estado de descamación, en otras, menos avanzada la evolución, se perciben todavía las manchas oscuras características del período de declinación del sarampión. La cara presenta el aspecto de un eczema impetiginoso; se encuentra cubierta casi en totalidad por una costra gruesa amarillenta y húmeda que cubre superficies ligeramente escoriadas. El pequeño se rasca mucho.

Las lesiones características del pénfigo se encuentran en las partes, en la annannesia, citadas, y se observan con distintas formas según el período en que se encuentran ó las modificaciones accidentales que han sufrido. En la horquilla esternal y sus inmediaciones, punto en donde primero aparecieron las ampollas, se ve una superficie irregular de contornos desiguales, que ofrece un aspecto variado; en unos sitios está roja y con delgadas costras blanco-amarillentas; en otras, sobre todo en donde hay más roce, roja, húmeda, segregante, y es el resultado de las frotaciones que sobre las superficies ampollosas ha hecho y hace el pequeño al mover el cuello y rozarse con el mentón. Estas modificaciones son accidentales y debidas á la causa indicada.

El resto de las lesiones penfigoideas presentan su evolución natural, pudiendo observarse en los siguientes estados: 1.°, sobre la parte lateral derecha del pecho se encuentra una ampolla como un pequeño garbanzo, semiesférica, llena de un líquido transparente y rodeada

de una ligera aureola inflamatoria; tiene de existencia, según la madre, unas ocho horas: 2.°, en otros lados se ven ampollas recientemente rotas que se presentan como superficies planas, redondas, con la capa córnea que formó la bóveda de la ampolla ligeramente arrugada sobre la superficie subyacente, ó bien rota la capa córnea y al descubierto el cuerpo mucoso; 3.°, un período más avanzado se encuentra representado por costras muy delgadas ligeramente húmedas, que corresponden exactamente á la superficie de las ampollas, ó bien por superficies redondas, rojas y brillantes, en cuyos bordes se encuentran pequeños trozos de costra, restos de la que cubrió la totalidad del círculo. Esta última forma, vista aislada y sin conocer los antecedentes, impresiona como una erupción circinada de pequeñas ampollas que se hubieran secado formando costra alrededor de una porción hiperémica de piel.

Contando todos los elementos eruptivos, llega su número á unos 28 ó 30, no pudiéndose fijar con exactitud por lo confundidos que están los que asientan sobre la horquilla esternal. Todos se han desarrollado en el espacio de seis días, desde el 8 al 14 de Agosto. Los dos últimos que aparecieron fueron, el descrito en estado ampolloso y otro que el mismo día 14 se inició en la parte lateral del pecho. Estos dos últimos hemos podido observarlos y comprobar que su duración, hasta la rotura de la ampolla, era de treinta ó treinta y seis horas, según había indicado la madre refiriéndose á los anteriores.

En totalidad, el conjunto de síntomas que el enfermito presentaba lo diagnosticamos de *sarampión en período de descamación, bronquitis, pénfigo agudo vulgar, exulceraciones consecutivas por causa externa, eczema impetiginoso de la cara.*

Prescripción.—Sulfato de quinina en enemas, 30 cg. cada uno, dos al día. Cataplasma de harina de arroz cada tres horas á la parte exulcerada.

Día 16.—Sigue la fiebre; el niño respira mejor y tiene menos tos; las superficies escoriadas están menos inflamadas y limpias de costras.

Sigue la quinina; pomada de ácido bórico al 4 por 100 á las partes escoriadas.

Día 18.—Menos fiebre; sigue la tos; la superficie exulcerada está curada; los demás elementos de pénfigo no presentan indicación ninguna de intervención. Polvos de arroz al cuerpo.

El enfermo no volvió por la consulta; pero acudió á la que en el

Hospital de Niños dirige mi distinguido colega el Dr. Figueroa, y supe no había vuelto á presentar nada en la piel y que estaba mejor de su bronquitis.

OBSERVACIÓN SEGUNDA.

Antonio Herrero, de 20 meses, fué presentado en la consulta el 16 de Agosto de 1890.

El niño ha tenido buena salud, y carece de antecedentes sifilíticos paternos.

El 5 de Agosto, y precedido de los prodromas más característicos, fué invadido por el sarampión, que al cuarto día de erupción comenzó á declinar sin ningún fenómeno grave. El día anterior ó tercero, á contar de la erupción, se presentó diarrea que ha persistido durante ocho; este mismo día tercero aparece con múltiples manchas rosadas, redondas, en el pecho, espalda, nalgas, cara, cuero cabelludo, brazos, antebrazos y manos, y formación muy rápida en el centro de las manchas de una ampolla, llena de líquido transparente, que crece y llega á adquirir un tamaño enorme (según la madre como una naranja), rompiéndose en seguida. En total duran unas veinte horas y están circundadas de una ligera zona eritematosa. Durante la evolución de esta dermatosis tan aguda, el pequeño ha estado bastante bien y solo molestado, y no mucho, por la erupción; ha tosido un poco.

Estado actual.—A los once días de enfermedad y ocho de aparición de las ampollas, hé aquí el que presentaba. Aspecto general vivo, ligera tos por bronquitis de muy poca importancia; por la tarde dice su madre se recarga un poco.

En los sitios no invadidos por el pénfigo, se observa, en unos, los primeros en que apareció el sarampión como la cara, descamación furfurácea sumamente fina; en otras como las extremidades abdominales, las manchas moreno azuladas de la declinación del sarampión. La erupción penfigoidea se encuentra también en estado de desaparición; no hay ningún elemento de pénfigo en estado ampolloso, pero las lesiones subsiguientes presentan tipos absolutamente iguales á los descritos en la observación anterior. Lo peculiar de este enfermo son los elementos eruptivos penfigoideos que ha presentado en la cara y cuero cabelludo, que se halla algo macerado y costroso por consecuencia del derrame de líquido y retención de este entre el escaso pelo del niño. En la parte superior del pecho y cuello presenta

como el otro, por efecto del roce, escoriaciones cubiertas de un exudado blanquizco, que algunas veces se encuentra debajo de las ampollas de pénfigo una vez rotas. Las ampollas de este enfermito han llegado á tamaños enormes y sobre cada una de las nalgas se ve un círculo rojo que casi las comprende y es el resultado de una gran flictena.

El número de elementos eruptivos ha sido mayor, de 40 á 45 próximamente, pero el estado general mejor; bien es verdad que en el primero más parecía depender de la bronquitis que de la dermatosis.

Descontada esta diferencia, las que se relacionan con el pénfigo son insignificantes y pueden con toda exactitud identificarse los dos casos.

Se diagnosticó: *Sarampión en estado de descamación, catarro bronquial leve, pénfigo agudo vulgar, exulceraciones consecutivas por causa externa.*

Tratamiento: Cataplasma de harina de arroz cada tres horas á las partes escoriadas.

Día 18.—Se han limpiado las superficies escoriadas y empiezan á cicatrizar.

Tratamiento: Pomada de ácido bórico al 4 por 100. Polvos de almidón por el cuerpo.

Desde este día el enfermito dejá de ser llevado á la consulta por haber caído un hermano con sarampión, pero posteriormente he sabido seguía perfectamente.

El interés mayor de los dos casos que acabamos de reseñar se encierra en su rareza. Las obras clásicas de Patología médica, al describir las complicaciones ó consecuencia del sarampión, no describen esta. Algunos paidópatas, Klüpfel (1), Steiner (2), Löschner (3), refieren casos de pénfigo agudo en el sarampión. Henoch (4) da cuenta en su obra de una observación, en la que como en la nuestra, se presentaron las lesiones al tercer día, pero se acompañaron de colapso parecido al que sigue á las grandes quemaduras, con las cuales la afección tiene tanto parecido. Muerte por pneumonía del lóbulo inferior derecho al octavo día.

---

(1) Hirsch-Wirchow, *Jareshbesicht*, 1875, II, pág. 517.
(2) *Jahrb f. kinderheilk*, 1874, VII, pág. 350.
(3) *Ibid*, VII, pág. 43.
(4) Henoch.—*Lecciones clínicas*, traducidas por Hendrix.

Henoch considera el pénfigo en este caso como una verdadera complicación y señala la muerte por pneumonía de tres de los casos observados, haciendo notar la acumulación de causas que se reunen para su producción; por una parte el sarampión que por sí solo predispone, y por otra los efectos de una afección con lesiones como las de las quemaduras extensas, cuyos efectos sobre los pulmones é intestinos son bien conocidos. En nuestra segunda observación coincidió la aparición del pénfigo con la diarrea; en la primera parece bastante independiente la bronquitis de la erupción, aunque no podemos afirmar no la haya sostenido ó agravado.

El Dr. Avelino Benavente, mi excelente amigo é ilustrado paidópata, me ha referido un caso de pénfigo con fenómenos muy graves que se observó en la hija de un distinguido escritor médico.

Fuera de la rareza extremada de las observaciones que presentamos, hay que notar que los dos casos de pénfigo que describo corresponden por completo á una variedad completamente benigna y no pueden ser calificados, ni como pénfigos caquéticos, ni pertenecientes á las formas graves y al parecer contagiosas que algunas veces se observan en las maternidades donde se acumulan los niños y existen infecciones puerperales. En estos casos la enfermedad reviste extraordinaria importancia, por lo menos en lo eruptivo; las ampollas cubren ulceraciones sucias; el líquido es hemorrágico y los bordes de las pérdidas de sustancia están lívidos y desprendidos. Casi siempre acompaña un estado general muy malo (1). En uno de nuestros casos se ha localizado en un sitio muy poco frecuente, la cabeza.

Nuestros dos enfermos vivían próximos, aunque no en la misma casa y en un barrio de malas condiciones (calle de Embajadores, último trozo), pero no habían tenido contacto, al menos directo, y los caracteres de la enfermedad no han sido los de el pénfigo epidémico que menciona Tilbury Fox. Henoch dice haberse observado esta complicación un par de veces entre hermanos. Creemos que en nuestros dos casos debe considerarse á la lesión dérmica ampollosa como una verdadera complicación, por la fecha en que ha aparecido, por la falta de toda otra causa de origen y por su desaparición espontánea á la terminación de la enfermedad principal. En cuanto á

(1) *Tilbury Fox*, pág. 218.

su patogenia, entiendo no es absolutamente inexplicable dada la anatomía patológica de ambas afecciones. En la del sarampión no están muy conformes los investigadores, pues en tanto Hebra y Mayr admiten la inflamación de los folículos sebáceos; Simon que ha hecho biopsias, ha encontrado intactos los folículos de la piel y como lesión, abultamientos papulosos del dermis causados probablemente por un exudado líquido, y Neumann ha descrito dilatación de los vasos, salida de glóbulos blancos, acumulación de estos sobre los vasos, los folículos y entre las células musculares del elevador del pelo con dilatación del folículo en el punto de implantación de este. Pero hay un punto universalmente aceptado y es considerar la lesión como eminentemente congestiva, pasando muchas veces del estado de fluxión al de exudación como lo demuestran las pequeñas vexículas que se observan á veces en el centro de cada pápula sarampionosa. Ahora bien, el pénfigo cuyo mecanismo anatómico consiste en la producción de una flictena, no requiere otro subtratum patológico para el desenvolvimiento de esta, que una hiperemia intensa localizada y exudativa. Existiendo esta y exudándose el líquido con bastante tensión, sobrepasa el límite de resistencia de las capas ectodérmicas, estas ceden y se levantan constituyendo la bóveda de la flictena superficial, compuesta de las tres hojas del extracto córneo (1), en tanto el suelo de la cavidad ampollosa está formado por el extracto granuloso más ó menos disgregado y el cuerpo mucoso. Estos focos hiperémicos, origen de exudaciones con fuerte tensión, no son difíciles de concebir en el sarampión, cuyo carácter intensamente congestivo no es dudoso y en el cual puede ser cuestión de grado el que en ciertos puntos y probablemente por acción neuroparalítica sobre una rama arterial contractil se produzcan congestiones intensas y exudación con la presión necesaria para producir la flictena. La demostración evidente de la existencia de estas hiperemias localizadas, está en los hechos de aparición de habones de urticaria durante el brote del sarampión (2), y sabido es que las pápulas de urticaria son el resultado de un edema circunscrito de la piel, producido por congestión de un cono vascular más ó menos grande.

Opino, por tanto, es bastante racional aceptar la patogenia indi-

---

(1) Renaut. Artículo Dermatoses, del Diccionario de Dechambre.
(2) *Eichhorst*, t. III, pág. 825.

cada y considerar que en nuestros dos enfermos el pénfigo no ha sido más que el resultado de hiperemias intensas, exudativas y localizadas, no difíciles de comprender dentro de la evolución de un proceso como el morbilloso.

Madrid 15 de Septiembre.

DE LA INMUNIDAD. (1)

Sucédense tan rápidamente las investigaciones que en estos tiempos se practican acerca de la inmunidad y de las enfermedades infecciosas, que es muy útil resumir de vez en cuando las adquisiciones nuevas que consigue la ciencia en ese punto. Las teorías existentes sobre la inmunidad y la curación de las enfermedades infecciosas, pueden reunirse en dos grupos. Pertenecen al primero las que en síntesis sostienen que los microorganismos perecen sin que la economía amenazada ó enferma intervenga en el acto para nada; caben en el segundo aquellas que defienden el hecho final de que las bacterias mueren porque el organismo que les sirve de campo de cultivo ha sido modificado por la infección. Cada caso en sí préstase, además, á variadas interpretaciones.

En la primera teoría se puede suponer que los microbios perecen por falta de alimento. Si los líquidos del organismo constituyen un favorable medio de cultivo, conviene no olvidar que, en cambio, las sustancias vivas que contienen no son inmediatamente utilizables, en esa forma al menos, por los microorganismos, que no pueden desarrollarse y mueren. *Braem* ha demostrado, bajo la dirección de *Baumgarten*, que los bacilos carbuncosos mueren lo mismo en la rana que en el agua destilada, y pasando por idénticas fases de degeneración; pero esta analogía no es exacta, porque lo cierto es que los bacilos mueren antes en el batracio que en el agua pura, de manera que la ausencia de alimentos desempeña en este caso un papel muy secundario.

Hay una opinión según la cual los líquidos orgánicos, desprovistos de ciertos elementos, ejercerían una acción nociva sobre los microorganismos. Así ocurre que el plasma sanguíneo del caballo retarda el desarrollo de las bacterias cuando está filtrado *(Grohmann)*; que los bacilos carbuncosos sembrados en la sangre extraída del animal, disminuyen con marcada rapidez *(Fodor)*; que el humor acuoso y el líquido pericardiaco poseen una acción bactericida

(1) RIBBERT, *Der jetzige standpunkt der Lehre von der Immunitat* (Deutche medicinische Woch, núm. 31; 189.). JUMON *De l'immunité* (Médecine moderne, núm. 35; 1890).

(Nutal) l. Behring atribuye la causa de este fenómeno á la alcalinidad de la sangre en primer término, y después á la presencia del ácido carbónico en ella; pero *Buchner* ha probado lo erróneo de tal interpretación, sacando como resumen de sus experiencias que los albuminatos normales del suero ejercen un efecto contrario al libre desarrollo de los microorganismos. *Fodor* demuestra, sin embargo, que el aumento natural ó artificial de la alcalinidad de la sangre, aumenta también la resistencia que los animales oponen á los ataques de los microbios.

Estas experiencias, á pesar del interés grandísimo que encierran, explican muy incompletamente la inmunidad, tanto más cuanto que el suero empleado en las investigaciones se hallaba fuera de los vasos, siendo así que para dar á una experiencia de esta clase todo el valor demostrativo de que es susceptible, debe practicarse con sangre viva y en circulación.

El suero de los animales víctimas de la infección, puede poseer también esa virtud bactericida; y si el animal aparece infectado, á pesar de las propiedades de su suero, es que hay otro factor coexistente que desvirtúa la acción de aquel: tal es el poder alimenticio que reside en los glóbulos sanguíneos destruídos. Los microbios penetran en esos glóbulos y allí se desarrollan para dejarlos luego é invadir la sangre, de donde resulta que la inmunidad no depende del suero, sino del mayor grado de resistencia vital de los glóbulos de la sangre, y de otras células, que no ofrecerían á los microbios el alimento que les es necesario.

Muchos autores, empero, admiten una diferencia importante entre el suero de los animales que gozan de la inmunidad y el de los demás. Según *Charrin* y *Roger*, el bacilo piogeno y el estreptococo fructifican con mayor lentitud en el suero de los animales vacunados, y algo análogo sucede en ellos con el vibrion de *Metschnikoff*; pero es sabido que el suero de los animales aptos para sufrir la infección posee, en cierto modo, la misma propiedad, mientras que, por otra parte, el de animales vacunados carece, en ocasiones, de la citada potencia microbicida. No es prudente, por tanto, sentar una teoría general sobre la acción de un líquido que junto á una influencia germicida presenta otra nutritiva, compensadora de la anterior. Según disminuyen las actividades de la primera ó de la segunda, se desarrollan mejor ó mueren los microorganismos.

Existe un hecho que combate esta teoría, el hecho de que en los animales que poseen la inmunidad, los organismos inoculados viven á menudo durante mucho tiempo, varias semanas, aunque no siempre suceda así. Hasta ahora se había admitido que las bacterias morían bajo la influencia del suero y del organismo vivientes; vinieron después las experiencias de *Geppert*, é hicieron ver que esa destrucción es, por lo menos, dudosa. Podría suceder muy bien que el suero no desempeñara otro papel que el de impedir el desarrollo de los organismos sin destruirlos, habiéndose visto ya, en el curso de los traba-

jos de *Geppert*, que una solución de sublimado al 1000° detiene la evolución de los esporos carbuncosos sin matarlos.

Hanau ha emitido una tercera hipótesis, según la cual podrían perecer las bacterias sin la intervención del organismo enfermo, limitando la marcha de la afección la natural evolución cíclica de las bacterias; eso explicaría la duración propia de cada enfermedad infecciosa, y como ejemplo cita la malaria, cuyos estados corresponderían á la evolución de las plasmodias; pero como quiera que en la especie citada se trata de organismos animales, el ejemplo puesto no se presta á la generalización; no conocemos nada análogo que pueda referirse á los organismos vegetales, y en lo que á estos respecta es preciso admitir una acción del organismo enfermo sobre los microbios para razonar un aparato patológico que produzca fenómenos cíclicos en el animal.

Cuanto á la hipótesis que explica la inmunidad atribuyéndola á la retención de productos tóxicos para los microbios, hemos de manifestar que no se comprendería la persistencia de esta propiedad tratándose de venenos que tienden siempre á la eliminación. Si todas las hipótesis presentan un lado débil, es indudable que entre todas merece alguna preferencia la de *Baumgarten*, que coloca la inmunidad en la ausencia de un alimento adecuado para los microbios: esta explica cómo pueden continuar viviendo, lo mismo que lo hacen en el agua destilada. En los animales dotados de inmunidad, los microbios no pueden destruir ni la albumina circulante ni las células, aunque vivan ellos; pero la hipótesis de la falta de alimentos no se aplica más que á la inmunidad perfecta. En este sentido importa mucho, según *Ribbert*, distinguir la inmunidad absoluta de la relativa, si bien existen entre las dos diferencias casi inapreciables.

En la inmunidad perfecta no intervienen los fenómenos de la vida celular que contribuyen á la destrucción de las bacterias. En la relativa, las bacterias llegan á un territorio que no está bien esterilizado, viven allí más ó menos tiempo, según el grado de receptividad, y allí pueden las células luchar contra ellas, realizándose la fagocitosis.

Se ha objetado contra esta que las bacterias no llegaban vivas al interior de los leucocitos, pero hoy está demostrado sin duda alguna, que las bacterias son absorbidas vivas por los leucocitos vivos, y hasta que en ellos pueden desarrollarse. Lo difícil es averiguar si las células son capaces de matar los microorganismos.

Nacen las dudas de que no siempre se presenta la fagocitosis donde la teoría indica su existencia. La experimentación llevada en ese sentido ha dado resultados contradictorios, en apariencia al menos. La razón de esto puede encontrarse en que hay diferencias indispensables entre las condiciones de las distintas operaciones de laboratorio, sobre todo en el grado de inmunidad natural, que parece ser el regulador de la fagocitosis. Lo que se

desprende de las numerosas experiencias hechas sobre esta, y es un resultado que no carece de importancia, es que la fagocitosis no puede ser mirada como exclusiva forma de curación para las infecciones.

Conviene recordar, en efecto, que las bacterias pueden perecer fuera de las células, y no solo por falta de alimento, pues teniéndolo mueren antes que en el agua destilada, y como no es posible acusar ni á una acumulación de productos bacterianos nocivos para los microbios,—salvo el caso en que exista un proceso local,—ni á la influencia de suero extravasado, es preciso admitir una acción del organismo sobre las bacterias. *Ribbert* cree, con *Emmerich, di Mattei, Petruschky* y otros, que las células dan origen á productos perjudiciales para las bacterias. En este caso no es preciso admitir productos tóxicos; basta con que ciertos residuos de la nutrición se elaboren en cantidad mayor que la ordinaria, para que las bacterias no puedan encontrar su condición de vida. Si se objeta que de este modo la fagocitosis es inútil, puede responderse que las mismas acciones contrarias á las bacterias son mucho más enérgicas cuando se las estudia en el interior de las células, que cuando se las considera fuera de estas. La fagocitosis, así mirada, secundaría la destrucción de las bacterias y se emplearía principalmente en los microorganismos más resistentes y vivaces.

Mas no es esta la única actividad que *Ribbert* reconoce en las células contra las bacterias; en muchos casos, caracterizados por lesiones en foco, aquellas pueden atacar á estas formando á su alrededor una espesa cubierta. *Ribbert* ha visto que esporos de mucedíneas introducidos en la cámara anterior del ojo se desarrollaban más ó menos según se acercaban ó alejaban del borde del iris, que es la fuente de los leucocitos: en el primer supuesto, los esporos quedaban rápidamente envueltos por las células, y el grado de su desarrollo figuraba en razón inversa del espesor de la cubierta. Posteriormente *Dirckinck* y *Holmfeld* atribuyeron al pus una acción favorable al organismo, en tanto que destruía por acción química los bacilos carbuncosos contenidos en él. *Buchner*, por su parte, ha conseguido evitar la infección carbuncosa en los conejos, inyectando en los puntos inoculados los cultivos esterilizados del bacilo de *Friedlander* y produciendo así la supuración. *Ribbert* ha repetido recientemente con estafilococos las mismas experiencias que había efectuado ya con esporos de mucedíneas. La leucocitosis es rápida, y como los micrococos quedan envueltos en seguida, su desarrollo es débil y el foco se circunscribe. Si por una infección previa se impide la diapedesis, el desarrollo de los micrococos es muy rápido: en este caso, habituado el organismo por la infección general á la acción de los micrococos, no se producen las perturbaciones vasculares que dan origen á la emigración corpuscular.

Con respecto á la fiebre, se ha pretendido que la elevación de la temperatura favorece la destrucción de los microbios; *Buchner* impide el desarrollo local de los bacilos carbuncosos inyectando cultivos del bacilo de *Friedlander*,

que produce la fiebre; pero *Ribbert* cree que no es la elevación de temperatura la que perjudica, sino la exageración aneja del movimiento nutritivo.

Ribbert separa, ante todo, la inmunidad absoluta de la relativa: en la primera no se observa enfermedad; en la segunda la enfermedad se cura.

En la inmunidad absoluta, las bacterias son impotentes para destruir los elementos del organismo y para procurasre el alimento, mueren de hambre. Las células y la albúmina circulante resisten á las acciones bacterianas, ya primitivamente ó ya á consecuencia de una infección anterior; pero esta resistencia que existe para una especie de microbios no vale para otra y persiste en la sangre hasta algún tiempo después que el líquido salió de sus vasos. No son los principios solubles, sometidos á modificaciones incesantes, sino las células, las que se acomodan á la acción de las bacterias y transmiten sus propiedades á las nuevas generaciones celulares y á la albúmina en circulación. En las células reside precisamente la causa de la inmunidad.

La inmunidad relativa consiente, hasta cierto punto, á las bacterias que tomen su alimento de los elementos organizados. Cuanto mayor es la resistencia de estos últimos, más se aproxima la inmunidad á lo absoluto. La vegetación microbiana provoca la formación de sustancias tóxicas, un aumento en la actividad de las combustiones, lo que origina que los líquidos orgánicos se enriquezcan en productos bactericidas y sobrevenga la muerte extracelular de las bacterias, en la cual quizá no intervenga para nada el suero extravasado. También se hace sentir la acción bactericida, y muy severamente, en el protoplasma de las células, donde las modificaciones son mucho más activas, de manera que la importancia de la fagocitosis varía según los casos: en las lesiones en foco, la acción de los leucocitos coleccionados puede dar lugar á la obstrucción mecánica de las vías linfáticas y á la acumulación en las células aglomeradas de los productos de la nutrición, activada *in situ*.

FEDERICO MONTALDO.

BIBLIOGRAFÍA.

Memoria estadística de las enfermerías de hombres y párvulos, *durante el último trimestre del año 1889 y primer semestre del actual, por el* MÉDICO JEFE DEL ESTABLECIMIENTO.

Con este título acaba de publicar nuestro ilustrado compañero del Cuerpo médico de la Beneficencia provincial D. Ramón Lobo y Regidor, un elegante folleto en el que se ocupa de todas aquellas reformas que deben realizarse en

el Hospicio de Madrid, á fin de que dicho asilo llene mejor los altos fines á que está destinado y tenga una organización análoga á los mejor montados del extranjero.

Después de un razonado prólogo en el que el autor expone los nobilísimos sentimientos que le guían en esta publicación, entra en la descripción del actual Hospicio de Madrid, deduciendo del estudio higiénico del edificio, los fundamentales defectos de su construcción y la imposibilidad de su reforma urgiendo por consiguiente la edificación de otro nuevo, que llene todas las condiciones que la ciencia aconseja.

Entra después á describir las enfermerías á su cargo en dicho asilo, lamentándose de que no le sea permitido separar los enfermos de medicina de los de cirugía, ya que ha podido evitar la reunión en una misma sala de niños y ancianos.

Expone luego la estadística de los enfermos tratados, cuyo número asciende á 931 en nueve meses, sin contar los 1.200 que han sido asistidos en la cura pública y los 170 que han sido trasladados á los Hospitales Provincial y de San Juan de Dios, todo lo cual arroja un total de 2.301, sin contar los enfermos de la vista. Como el número de acogidos asciende á 1.417, se puede calcular que toda la población del Hospicio, pasa dos veces al año por las enfermerías á cargo del Sr. Lobo, por la cura pública y los Hospitales.

La mortandad ha variado mucho en los nueve meses que comprende la estadística, oscilando entre 1,010 y 7,070 por 100, cifras que corresponden á Marzo y Enero respectivamente.

Señala las reformas que sería conveniente introducir en lo referente al balneario, á la alimentación, á las horas de reposo de los adultos y de los párvulos y á la distribución del trabajo material é intelectual.

Termina en fin, el Sr. Lobo su erudito trabajo, exponiendo las reglas que deben observarse á fin de que las oftalmías que en el Hospicio se padecen, vayan desapareciendo, se evite el contagio y hasta llegue á desterrarse completamente esa rebelde enfermedad que desgraciadamente ataca con demasiada frecuencia á los individuos que viven en los hospicios y asilos.

Felicitamos al Sr. Lobo por su folleto y por las levantadas miras que le guían.

Al mismo tiempo tenemos el gusto de manifestar que nuestro querido amigo y compañero no ha hecho un trabajo estéril. La Excma. Comisión provincial, á propuesta del celoso visitador del Hospicio, Sr. Gálvez Holguín decidido protector de todo lo útil, ha dispuesto plantear desde luego todas aquellas reformas indicadas por el Sr. Lobo Regidor, que puedan realizarse dentro de los medios hábiles en la actualidad dejando en estudio, para más adelante, las que exijan para su implantación acuerdos especiales.

DR. G. MANSILLA.

BÓLETÍN SANITARIO DE MADRID.

Las fiebres eruptivas han seguido aumentando durante el mes de Agosto, hasta llegar á tomar grandes proporciones el número de casos de viruela especialmente.

Han continuado los cólicos por indigestión, y en general las afecciones intestinales, si bien no se ha registrado caso alguno que pueda considerarse como colérico.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29.

NOTICIAS.

El día 28 de Agosto próximo pasado falleció en Santander el eminente catedrático de clínica médica de la Facultad de Medicina de Madrid y decano de la Real Cámara, D. Esteban Sánchez Ocaña. Su pérdida deja un vacío difícil de llenar en la medicina española, que le contaba entre sus más preclaros representantes. Enviamos nuestro más sentido pésame á su hijo don Esteban, nuestro querido amigo y compañero, y á su distinguida familia.

También ha fallecido el padre del ilustrado catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, D. Alejandro San Martín, á quien hacemos presente nuestro sentimiento por su irreparable desgracia.

Para no fraccionar el importante trabajo de nuestro compañero de redacción Sr. Pérez Valdés, que presenta gran interés de actualidad, aplazamos para el próximo número la publicación de las actas de las sesiones del Congreso médico de Berlín.

La Sociedad francesa de Higiene otorgará, en 1891, una medalla de oro de 200 francos, una medalla de plata y dos de bronce, á los autores de las mejores Memorias sobre el siguiente tema: *Exponer los cuidados que deben prestarse antes de la llegada del médico á las víctimas de accidentes en la vía pública ó en las fábricas.*

Para más datos pueden dirigirse los que gusten á las oficinas de la Sociedad, 30, rue du Dragon, París.

La comisión del Consejo de Higiene y Salubridad del Sena, compuesta de los doctores Pasteur, Brouardel, Jungfleisch, Proust y Dujardin-Beaumetz, encargada de dictaminar acerca de las medidas preventivas contra el cólera, ha aprobado las siguientes conclusiones:

1.ª Necesidad de conocer lo más pronto posible los casos de cólera.

2.ª Creación de un cuerpo de médicos delegados que comprueben la realidad y la gravedad de la enfermedad de que tengan noticia y de vigilar la ejecución rigorosa de las medidas de desinfección.

3.ª Para la desinfección del enfermo y de las personas que le rodeen, se hará uso exclusivo del sulfato de cobre, producto que se pondrá á disposición del público para hacer las soluciones fuertes y débiles que han de utilizarse para la desinfección de las deyecciones (vómitos y materias fecales), las ropas manchadas y para lavarse las manos. La solución fuerte contiene 50 gr. por litro, y la débil 12 gr. por litro.

4.ª Para la desinfección de los locales se conservarán y aumentarán las brigadas sanitarias, y se nombrará un inspector encargado de comprobar si estas desinfecciones están bien hechas.

Esta desinfección se hará con el ácido sulfuroso procedente de la combustión del azufre, con las soluciones de sublimado para los lavados, y, en fin, con estufas móviles para los objetos de cama y para las ropas que hayan estado en contacto con el enfermo: adquisición de 10 de estas estufas para los 20 distritos de París.

5.ª Conducción de los enfermos en vehículos especiales; y además se recomienda la creación de servicios aislados especiales en los hospitales y la ejecución escrupulosa de todas las medidas de higiene pública y privada que mantengan la salubridad de la ciudad.

Alfredo Hill (de Birminghan), ha hecho en el Congreso de la Asociación médica británica, una comunicación sobre la disminución progresiva de la mortalidad en Inglaterra. Desde 1873, se nota en Inglaterra una disminución progresiva de la mortalidad, debida á la aplicación cada vez más rigorosa de las leyes sanitarias promulgadas en 1872.

En la población total de Inglaterra y del país de Gales, la mortalidad ha bajado de 21,2 á 17,19 por 1.000; en las 20 poblaciones más grandes, de 24,4 á 19; en Londres, de 22,5 á 17,4; en Birminghan, de 24,8 á 18,4; en Maidstone, de 22,8 á 13,7, etc. En Manchester, aunque se han hecho grandes esfuerzos para sanear la villa, la mortalidad solo ha bajado de 30 á 26,7.

El resultado, en suma, es de los más satisfactorios, y prueba que se está en la buena vía. La disminución de la mortalidad ha sido 6,5 por 100, más considerable en las grandes poblaciones que en el conjunto de Inglaterra, lo que sin duda se debe á que existían en las poblaciones grandes más causas de enfermedades susceptibles de abolirse por medio de una higiene conveniente.

Algunas poblaciones quedan detrás: Boston, por ejemplo, en donde la mortalidad es todavía de 32,61; mientras que en Leicester, en un medio casi igual, es solo de 17,13.

La disminución de defunciones por enfermedades febriles ha sido también muy notable: durante el período de 1861 á 1870 han muerto de enfermedades infecciosas en Inglaterra y en el país de Gales 885 personas por millón de habitantes; esta cifra ha bajado á 484 en el período de 1871 á 1880, y á 239 en el de 1881 á 1889; las defunciones ocasionadas por las enfermedades febriles de todas clases han disminuído, pues, tres cuartas partes desde 1861.

Es de sentir que los esfuerzos de los higienistas no hayan tenido éxito, en lo que concierne á la difteria; esta enfermedad continúa aumentando en las grandes poblaciones, mientras disminuye en el campo, donde reinaba especialmente antes. Birminghan, sin embargo, hace excepción á esta regla; desde 1873, la mortalidad debida á la difteria ha disminuído de 0,31 á 0,11 por 1.000 mientras que en las otras grandes poblaciones ha aumentado de 0,09 á 0,27.

Obras recibidas en esta Redacción:

Lecciones sobre las enfermedades de los niños, por el DOCTOR HENOCH, traducido directamente de la tercera y última edición alemana por D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE. Madrid, librería de J. F. Menéndez. Cuadernos 9.° y 10.°

Elementos de Patología Quirúrgica General, por el DOCTOR S. BAUDRY, profesor agregado de Cirugía en la Facultad de Lille. Traducido por D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA, y con un prólogo del DR. D. JOSÉ RIBERA Y SANS, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Madrid. Forma esta útil é interesante obra (cuya adquisición recomendamos) un elegante tomo de 624 páginas, con grabados intercalados en el texto. Precio, 10 pesetas. Se halla de venta en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Pizarro, 13, primero, Madrid, y en las principales librerías.

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Madrid.....	Boadilla del Monte....	300 pesetas y 900 por las igualas.	28 Septiembre.
Toledo.....	Tembleque.....	666 pesetas y las igualas.....	26 —
Madrid.....	Canillas.....	375 pesetas y las igualas.....	23 —
Murcia.....	Ojos.....	999 pesetas por los pobres de la población y 999 por los del campo	9 Octubre.
Castellón....	Adzarreta.....	150 pesetas y las igualas.....	29 Septiembre.
Ciudad-Real.	Cozar.....	996 pesetas y las igualas.....	27 —
Huesca.....	Castillazuelo.....	300 pesetas y las igualas.....	28 —
León.....	Santa Colomba de Somoza.....	500 pesetas y las igualas.....	22 —
Teruel.....	Andorra.....	500 pesetas y las igualas	22 —
Soria.....	Judes.....	280 fanegas de trigo.....	30 —
Burgos.....	Torregalindo.....	125 pesetas y casa y las iguales. (Unas 1.875 pesetas).....	22 —
Avila.....	Muñosancho.....	500 pesetas y las iguales.....	25 —
Castellón....	Teresa.....	8 pesetas por cada vecino de los 320 que tiene el pueblo	22 —
Avila.....	Mancera de Arriba.....	200 pesetas y las igualas.....	23 —
Madrid.....	Collado Villalba.....	500 pesetas y las igualas.....	30 —
—	Torrelaguna.....	750 pesetas y las igualas.....	30 —

D. Ángel Fernández-Caro, *doctor en Medicina y Cirugía, etc.,*

Certifico: Que á instancias del Sr. Vivas Pérez, he empleado en mi práctica particular los *salicilatos de bismuto y cerio*, fórmula cuya composición es *perfectamente conocida*. No he tenido ocasión de usarlos en todos los casos en que, según el autor, están recomendados; pero en las afecciones catarrales de los intestinos y en las enteritis sub-agudas me han dado un resultado verdaderamente notable por su prontitud y seguridad. En diarreas crónicas, en las que inútilmente se habían usado los astringentes, los opiados, la ipecacuana y el mismo bismuto, me han bastado algunas dosis de los *salicilatos* para conseguir el efecto deseado.

Soy enemigo de expedir certificados de medicamentos, tanto que este es el primero que doy, y lo hago después de un año que uso los *salicilatos*; pero estoy tan satisfecho de esta feliz combinación del Sr. Vivas Pérez, que me creo en el deber de hacer públicos los resultados obtenidos de este medicamento, que tan útiles servicios puede prestar á la terapéutica.

Madrid 30 de Octubre de 1889.

Dr. Ángel Fernández-Caro.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.

El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

Depósitos al por menor.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruiz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

NOTA CLÍNICA.

SOBRE LA HERNIA ESTRANGULADA,

POR EL DOCTOR

D. JUAN BRAVO,

MÉDICO DE NÚMERO DEL HOSPITAL GENERAL

I.

La casualidad ha llevado en pocos días á la sala 6.ª, de mi cargo, y á la 5.ª, que también lo está en la actualidad, por ausencia de mi querido compañero y amigo el Dr. Ramoneda, tres enfermas con hernias inguinales estranguladas; y como de su atento estudio pueden deducirse algunas enseñanzas, me permito molestar la atención de los ilustrados lectores de esta REVISTA con la exposición sucinta de las historias clínicas de aquellas enfermas y de las consideraciones que las mismas me sugieren.

OBSERVACIÓN 1.ª M. Ruiz de la Fuente, de 39 años de edad, casada, dedicada á las labores propias de su sexo, natural de Madrid, de buena constitución y excelente salud habitual.

Menstruada por primera vez á los 13 años y posteriormente siempre de una manera regular y fisiológica; ha tenido cuatro partos completamente normales.

Hace cinco meses que á consecuencia de un gran esfuerzo, percibió la sensación de algo que se rompiera hacia la región inguinal, y examinada esta, notó la presencia de una tumoración del tamaño de una nuez, dolorosa espontáneamente y á la presión, y que desapare-

ció después de haber sido comprimida durante un rato y fuertemente.

Aunque la enferma comprendió desde luego la lesión que su esfuerzo la había ocasionado, ni le dió importancia, ni consultó con persona competente, ni por tanto hizo uso de medio contentivo de ninguna clase, y el tumorcito de la región inguinal seguía apareciendo al menor esfuerzo y la enferma reduciéndole por sí misma, sin que ninguna de las dos cosas le ocasionara molestia alguna, hasta que el dia 17 de Agosto, después de una marcha prolongada por más tiempo del acostumbrado, apareció el tumor, de mayor volumen que el ordinario, y con trastornos generales y molestias locales que la obligaron á ingresar en el Hospital (sala 5.ª, núm. 28) el dia 20 del mismo mes, después de haber sido inútiles los esfuerzos hechos para reducir el tumor por su médico particular y por el de la Casa de Socorro, á quienes avisó después de convencerse de que por sí misma le era imposible conseguirlo como lo había hecho en épocas anteriores.

El día 21 por la mañana vimos á esta enferma, y su estado era el siguiente:

En la región inguinal derecha, y correspondiendo al orificio externo del conducto del mismo nombre, presenta un tumor del tamaño de un huevo de gallina, de forma oval, con el diámetro mayor dirigido de arriba á abajo, de fuera á adentro y de atrás á adelante, es decir, en el mismo sentido que el conducto inguinal, la piel que le cubre está algo enrojecida, y por el tacto se aprecia la consistencia pastosa y elástica, su fijeza absoluta por su extremidad externa y la falta de adherencias entre el tumor y la piel que le cubre; el tumor es doloroso y su palpación aumenta su sensibilidad.

El estreñimiento es absoluto desde hace tres dias, tiene vómitos frecuentes, que empezaron por ser de alimentos, y en la actualidad son biliosos, intolerancia gástrica para toda clase de alimentos y aun para los líquidos, que son devueltos á los pocos momentos de su ingestión, lengua saburrosa y algo seca, vientre abultado y doloroso á la presión, meteorismo considerable, que permite apreciar á través de las paredes del vientre las asas intestinales perfectamente modeladas.

Pulso pequeño y frecuente, respiración entrecortada, cara pálida, ojos hundidos, extremidades con tendencia al enfriamiento, sudor abundante y frío, orina escasa.

Con este cuadro y aquellos antecedentes la duda no era posible, y

desde luego diagnosticamos el caso de hernia estrangulada, empezando desde luego á plantearnos el problema del tratamiento.

Por de pronto hicimos una tentativa de taxis, que prolongamos durante diez minutos, y que no dió resultado ventajoso, y dispusimos un baño general á 35° y de treinta minutos de duración, y que durante él se intentara la reducción.

Por la tarde del mismo día la enferma continuaba en idéntico estado; ni durante el baño ni después de él se había podido conseguir la reducción de la hernia, y en vista de ello, y de acuerdo con mis compañeros los Sres. Bravo (D. A.), Azúa y Castelo (D. Fernando), decidí intervenir por medio de la kelotomía, único recurso que me inspiraba confianza, prescindiendo por completo de los medios llamados médicos, que en la mayoría de los casos solo sirven para perder un tiempo que suele ser precioso.

Procedimos á la operación, después de los preparativos antisépticos que son de rigor en la enferma, el operador, los ayudantes y los instrumentos y medios de cura, y seguimos para ella el procedimiento clásico y de todos conocido: incisión de la piel en la extensión de 6 á 7 cm. y en la dirección del diámetro mayor del tumor, incisión capa por capa y sobre la sonda acanalada de la aponeurosis del oblicuo mayor, fascias, etc., y por último, incisión del saco herniario, también sobre la sonda acanalada; en este momento se escapó el líquido que, en cantidad de unos 30 gr. y de aspecto de serosidad sanguinolenta, contenía aquel, y apareció el intestino herniado, que formaba un asa de unos 8 cm., de una coloración fuertemente azulado-negruzca y de un aspecto deslustrado en su superficie; por lo demás, la consistencia de las paredes era casi la normal y su contenido blando indicaba que solo estaba formado por moco intestinal y algunos gases en no muy grande cantidad.

Examinado el cuello de la hernia, vimos que la estrangulación la producía el mismo anillo inguinal, fuertemente adosado sobre el intestino herniado, hasta el punto de costar gran trabajo el introducir la punta del dedo índice de la mano izquierda entre el anillo y el intestino para que sirviera de guía al herniotomo ó bisturí de Cooper, y cuyo borde fibroso y cortante producía un profundo surco sobre el intestino en sus dos extremos aferente y eferente.

Desbridamos el anillo inguinal á pequeños cortes en su contorno superior, y después de lavar el intestino con agua hervida y de examinarle detenidamente para ver si existía alguna perforación ó

escara que nos la hiciera temer para más adelante, tanto en el asa herniada como al nivel del surco de la estrangulación; y convencidos de su integridad, redujimos la hernia sin dificultad, plegamos y suturamos con catgut las paredes del saco, por cima de este suturamos también con catgut la aponeurosis del oblicuo y, por último, suturamos la piel con seda fina y aséptica. Cura seca de iodoformo, con la única precaución de colocar sobre la línea de la herida una gruesa pelota de algodón hidrófilo esterilizado, con el fin de ejercer compresión y evitar la posible reproducción de la hernia; vendaje Espica de ingle compresiva.

Plan.—Caldos con vino de Jerez cada tres horas. Agua de seltz para después de los caldos, y á las dos horas de la operación una inyección hipodérmica de un centigramo de cloruro mórfico.

Día 22.—La enferma ha hecho una deposición abundantísima, han desaparecido los dolores de vientre y el timpanismo, pulso desenvuelto y regular, temperatura 37°,7.

Día 23.—Continúa la enferma bien, ha hecho otra deposición, pulso y temperatura normales, lengua limpia, pide de comer y se permite lo haga de un poco de gallina.

En este satisfactorio estado y graduándose la mejoría en los días sucesivos, continuó la enferma hasta el día 29 que levantada la cura encontramos cicatrizada la herida, á excepción de su parte central por donde supuraba aunque en pequeña cantidad, se quitaron los puntos de la sutura externa y se renovó la cura iodofórmica del primer día.

La enferma completamente curada en la actualidad continúa en la sala tan solo por precaución y para que se reponga de las fuerzas perdidas en la tormenta por que ha atravesado.

Observación 2.ª El día 29 de Agosto por la noche es conducida al Hospital ingresando en la sala 6.ª núm. 6 la enferma objeto de esta observación, mujer de 53 años de edad, natural de Madrid y de oficio sirvienta, de constitución regular y no mala salud habitual.

Su padecimiento herniario data de hace siete años, en cuya época, al subirse á una mesa sintió por primera vez la sensación de rotura, en la región inguinal y notó en dicha región un bulto del tamaño de un huevo de paloma, que comprimido desapareció dentro del vientre.

No usó nunca braguero ni otro medio contentivo, y en distintas ocasiones le ha aparecido el bultito, siempre acompañado de dolores en el vientre, algunos vómitos, y estreñimiento, pero siempre fácil-

mente reducible ya por ella misma, ya por la intervención de persona competente.

El día 28 de Agosto se ocupó en lavar ropa todo el día y en la madrugada del 29 sin causa por ella apreciable apareció nuevamente el tumor inguinal, acompañado de las molestias de otras veces, y dificultades tales para su reducción, que ni ella, ni el médico á quien avisó consiguieron vencer, á pesar de sus prolongados esfuerzos para conseguirlo.

Ingresa en vista de ello en el Hospital el mismo día 29 y los ilustrados jefes de clínica de guardia Sres. Serrano y Fernández Catalán, después de comprobar el cuadro completo de la estrangulación herniaria y de intentar sin resultado la reducción por medio de la taxis, durante la resolución clorofórmica; consideraron, en mi opinión con muchísima razón, que urgía la intervención cruenta y procedieron á practicarla inmediatamente.

Según los datos que me suministran aquellos señores, el procedimiento seguido por ellos fué también en este caso, el clásico de la kelotomía inguinal y que por tanto no me detengo á describir, pero sí consignaré que tropezaron con grandes dificultades para penetrar con el dedo y aun con instrumentos más finos por el anillo inguinal, tal era la constricción que este ejercía sobre el asa intestinal herniadas, y solo lo consiguieron después de varias tentativas.

La hernia formada por una sola asa estaba fuertemente retorcida y su contenido era solo de gases, teniendo sus paredes muy hiperemiadas pero íntegras sin perforación, ni escaras.

Después de reducido el intestino se hizo la cura radical, plegando el saco é introduciéndole en el conducto inguinal y suturando el orificio externo de este con dos puntos cruzados de seda aséptica; después suturaron con catgut y por capas las aponeurosis y por último la piel con puntos entrecortados de seda. Cura seca iodofórmica y apósito en la forma misma del caso anterior, siendo excusado manifestar que durante antes y después de la operación se observaron las más rigurosas precauciones antisépticas; siendo el líquido empleado para los lavados el agua hervida.

Para no molestar á mis lectores, sintetizaré el diario clínico de esta enferma diciendo; que aunque al día siguiente hubo fenómenos de algo de peritonismo, como fueron, dolor á la presión en el vientre, ligero abultamiento del mismo y algunos vómitos, acompañados de fiebre de 38°,5 y 90 pulsaciones pequeñas y contraídas, todo desapa-

reció á las veinticuatro horas; se restableció el curso de las materias fecales, cesó la fiebre que no ha vuelto á aparecer, y la enferma se encuentra restablecida y con la herida operatoria cicatrizada, no sin que haya supurado también algo, aunque en escasa cantidad y durante solo tres ó cuatro días.

Observación 3.ª M. Paniagua, de 44 años, viuda, natural de las Herencias (Toledo), de oficio sirvienta y buena constitución ingresó en el Hospital el día 4 de Septiembre siendo destinada á la sala 5.ª núm. 14.

Desde hace seis años padece de una hernia inguinal del lado izquierdo y desde el día de su producción hasta la fecha ha sido siempre fácilmente reducible, pero también difícilmente contenida en la reducción, no manteniéndose en este estado espontáneamente ni un solo momento; para conseguir la contención la enferma, hacía uso de un vendaje que ella misma se aplicaba y que le daba buen resultado.

Sin embargo, el día 3 de Septiembre después de haber andado mucho aquel día y el anterior, se quitó el vendaje y notó que la hernia no estaba reducida, que era de mayor volumen que el ordinario y que estaba dolorosa á la presión; trató de reducirla y no pudo conseguirlo en diversas tentativas, no tardando en presentarse trastornos generales que la obligaron á venir al Hospital.

Examinada por nosotros, pudimos apreciar la existencia de un tumor en la región inguinal izquierda del tamaño de una naranja mandarina y de forma ovoidea, que por el tacto era doloroso y se apreciaba como dividido en dos partes, una más superficial, blanda y fluctuante y otra más profunda dura, pero elástica y como pastosa.

La defecación había cesado hacía dos días, el vientre abultado, doloroso y meteorizado, vómitos frecuentes y verdosos, pulso frecuente y pequeño, cara encendida, ojos vivos, y con expresión de susto ó terror, malestar general, desasosiego é intranquilidad, sudor abundante y frío.

Diagnosticamos en vista de este cuadro, hernia inguinal estrangulada, y como quiera que habían resultado inútiles las tentativas de reducción llevadas á cabo por los jefes de clínica que habían admitido á la enferma, la noche anterior, y la que yo realicé en el momento de la visita, decidí la operación inmediata que practiqué el día 5 de Septiembre por la mañana.

Renuncio á describir detalladamente la kelotomía inguinal practicada en este caso, porque no se apartó en nada del procedimiento or-

dinario y ya indicado en los casos anteriores, consignando solo que la hernia de esta enferma tenia dos sacos herniarios, el primeramente incindido grande como una naranja estaba lleno de un líquido seroso claro y transparente, y contenía otro saco que también incindimos, del tamaño de una nuez grande, lleno de un líquido seroso fuertemente sanguinolento, y en cuyo interior apareció el intestino herniado, con sus paredes íntegras, su contenido escaso, y su coloración amoratada propia del éxtasis sanguíneo producido en él por la estrangulación.

Reducido el intestino, previo su lavado con el agua hervida, practicamos en este caso la cura radical de la hernia, replegando é introduciendo ambos sacos herniarios, por el conducto inguinal y suturando el anillo con dos puntos cruzados de seda fuerte; las suturas profundas, la superficial ó cutánea y la cura fueron en este, exactamente iguales que en los casos anteriores, y las consecuencias operatorias también tienen una completa analogía; antes de las veinticuatro horas el curso de los materiales intestinales estaba restablecido y ha continuado de una manera normal; la temperatura no ha pasado nunca de 37°,8 y por lo que al curso de la herida operatoria se refiere, solo es de notar que como en los casos precedentes, ha supurado por algunos dias y en cantidad muy escasa.

La enferma, aunque con su herida no cicatrizada por completo, puede darse como curada, y lo está realmente de su hernia estrangulada.

II.

No pretendemos hacer un estudio detallado de las hernias abdominales, ni aun siquiera del grupo de las inguinales, y, por tanto, no hemos de entrar á examinar las cuestiones, que aunque interesantes, no entran bajo el aspecto clínico que queremos dar á esta nota, y nos limitaremos al examen del mecanismo de la estrangulación en estos tres casos, que por cierto ha sido siempre el mismo, aunque con ligeras variantes, y á razonar el por qué de nuestra intervención por medio de la kelotomía, hecha con tanta urgencia, y sin esperar el efecto de los innumerables medios que se han aconsejado y se aconsejan para dominar estos estados, sin recurrir á los medios cruentos.

Sabemos que son dos los principales mecanismos por lo que una hernia puede estrangularse: el llamado de estrangulación elástica y

el de estrangulación por atascamiento ó estercoral; en el primero, un anillo estrecho, es la primera condición de producción de la estrangulación; un esfuerzo violento, una marcha prolongada, algo en fin que empujando con fuerza la masa intestinal obliga á salir por aquel anillo estrecho una parte mayor ó menor de ella, es la segunda condición. Producida la hernia, la estrechez del anillo impide que el intestino vuelva á entrar en la cavidad abdominal; la presión que aquel ejerce sobre los vasos del intestino, modifica las condiciones circulatorias de este, y cuando no es tan enérgica que le priva de toda circulación, sobrevienen modificaciones en el asa herniada que hacen que el intestino, antes vacío, se llene de moco y de serosidad transparente, así como también el saco herniario y la hernia al principio blanda puede llegar á adquirir una tensión considerable. La estrangulación está constituída; la enferma por sí misma no puede vencerla, y la intervención del médico se hace necesaria.

El segundo mecanismo es más complicado y existen distintas teorías para explicarlo, desde la más antigua de las válvulas intestinales de Roser, hasta las más modernas de Lossen, Kocher y Busch, que, fundadas en experiencias diversas, hacen depender la estrangulación de cambios en las condiciones físicas de presión y fisiológicas, de papel del mesenterio, y de peristaltismo, que no son del caso enumerar ahora; ninguna puede decirse explica de una manera completa y satisfactoria la causa verdadera de la estrangulación que se llama por atascamiento, pero en conjunto diremos que aquí no es el anillo el que comprime, pues la hernia ha podido estar fuera de él mucho tiempo sin estrangularse; aquí la causa más palpable en clínica, no es otra sino que por el extremo aferente de la hernia han ido llegando á su interior materiales que, no encontrando fácil salida por el extremo eferente, la llenan, la dilatan, la atascan, dificultan el curso de los que vienen detrás, y ya no caben en la porción herniada, y producen en suma la estrangulación por este mecanismo.

Estas son las dos formas de estrangulación más frecuentes, sin negar por eso que haya otras, como las hay en efecto, y sin dejar tampoco de admitir que en muchos casos las dos formas indicadas se combinan, y lo que empieza siendo una hernia estrangulada por atascamiento, termina siéndolo también por constricción elástica.

En nuestras enfermas, el mecanismo de la estrangulación era evidentemente el de la primera forma citada; un esfuerzo grande ocasiona en ellas la hernia, que consiguen reducir fácilmente en los

primeros tiempos, que se mantiene espontáneamente reducida en las enfermas de la primera y segunda observación, pero que cada vez que se repiten los esfuerzos se reproduce la hernia, ocasionando trastornos y molestias que acusan desde luego la compresión de que era objeto la porción de intestino herniado, hasta que una serie de esfuerzos repetidos, como los que son necesarios para andar por largo rato ó para lavar, ocasionan la salida al través del anillo de una mayor cantidad de intestino que la de ordinario herniada, y con ella una desproporción mayor entre lo que sale y la puerta por donde ha salido; y la estrangulación elástica viene, y con ella, la imposibilidad de la reducción y los fenómenos locales y generales graves que la caracterizan.

En la observación 3.ª las cosas pasan del mismo modo, aunque con alguna variación; esta enferma tenía una hernia antigua que según refiere era voluminosa y muy reducible, aunque difícilmente contenida en la reducción; el anillo, por tanto, debía ser ancho; no había desproporción entre este y aquella; pero la enferma, más cuidadosa que sus compañeras, reduce su hernia y se aplica un vendaje que lleva siempre, y á beneficio del que consigue mantener la reducción por tiempo bastante prolongado; y en esta situación el anillo se estrecha cada vez más, no existiendo la causa que lo dilata (este y no otro el mecanismo de curación de las hernias que se curan), y al venir un ejercicio prolongado á determinar una nueva hernia, la desproporción que antes no existía existe ahora, y los fenómenos de estrangulación aparecen de una manera rapidísima é intensa.

Así me explico también la presencia de dos sacos herniarios en esta enferma; el mayor y más superficial correspondía á la hernia primitiva, y el más pequeño á la hernia de reciente formación, y que estaba estrangulada desde el mismo momento de su producción. Estas hernias con sacos múltiples son raras, y su formación no es fácilmente explicable; pero en esta enferma era tan evidente que no deja lugar á duda.

La operación, por otra parte, confirmó en los tres casos que la causa de la estrangulación era la desproporción absoluta entre el anillo y la porción de intestino herniada, por cuanto nos puso de manifiesto que nada existía en el interior del intestino que lo atacase, distendiese ó hiciera cambiar las condiciones de presión hidrostática intraintestinal, y en cambio nos hizo ver unos anillos inguinales fuertemente adosados al intestino, duros, fibrosos y de bordes cor-

tantes, que tan pronto como fueron incindidos dejaron de ser un obstáculo á la reducción de la hernia, y esta se consiguió en los tres casos sin ningún género de dificultad.

El tipo clínico de las hernias de nuestras enfermas, correspondía también exactamente con el que suele señalarse de una manera general para las hernias, cuya causa de estrangulación reside en la estrechez del anillo; estas suelen ser pequeñas; se han mantenido reducidas la mayor parte del tiempo de su existencia, ya de una manera espontánea, ya á beneficio de vendajes ó aparatos apropiados, y cuando salen al exterior y se produce el primer síntoma de la estrangulación, cual es la irreductibilidad de la hernia, los otros síntomas se suceden con rapidez; el cuadro clínico de la estrangulación tiene una marcha aguda é intensa, y en él predominan, de una manera notable, los trastornos generales, sobre los locales que tienen escaso aparato al principio, y en un enfermo con violentos vómitos que pueden llegar á ser estercoráceos, con fenómenos graves de depresión nerviosa y cardiaca, y hasta síntomas de peritonitis incipiente, podemos encontrar una hernia que, á parte de su irreductibilidad, de una mayor dureza que la ordinaria, y quizá de síntomas de fluctuación que indican derrame en el saco herniario, ningún otro fenómeno local nos puede indicar la gravedad de la situación en que está colocada la hernia.

Esto no quiere decir que no se produzcan trastornos locales graves en estas hernias; antes al contrario, en esta variedad es precisamente en la que con más frecuencia suele encontrarse el cirujano, al practicar la kelotomía, con que existen perforaciones en las paredes del intestino producidas por la gangrena, ó que por las alteraciones de circulación existen trozos tan comprometidos en su nutrición que hacen inminente la perforación, y, por tanto, imposible la reducción del intestino, y tiene que recurrir á la formación de un ano contranatural, á una enterotomía ú otras operaciones de análoga gravedad é importancia.

En la estrangulación por atascamiento, las cosas suelen pasar clínicamente de otra manera, aunque el resultado venga á ser el mismo; las hernias que se atascan suelen ser las grandes, las que se mantienen generalmente sin contención, las que son de difícil reducción ó por completo irreducibles, en estas los fenómenos locales de la estrangulación son más escandalosos, por decirlo así; aumentan extraordinariamente de volumen, se ponen duras, dolorosas, apare-

cen fenómenos inflamatorios intensos que suelen terminar por extensos flemones del saco herniario y hasta de las paredes abdominales, y en cambio los trastornos generales, aunque son los mismos que en la forma precedente, se desarrollan con más lentitud, con una forma que puede llamarse de marcha crónica, y el organismo tolera por más tiempo el estado de estrangulación.

Vemos, pues, que por el estudio de nuestras tres enfermas, en lo que se refiere al mecanismo de producción de sus hernias, por los datos que la operación nos suministró y hasta por la marcha clínica de los síntomas de estrangulación, las tres corresponden á un mismo tipo, á un mismo mecanismo de estrangulación, al de construcción elástica.

Ahora bien, ante casos como los actuales ¿cuál debe ser nuestra conducta? ¿cuál es el fin á que debemos aspirar? El fin es siempre el mismo, hacer que desaparezca la causa que determina la estrangulación y conseguir por este medio la reducción de la hernia, y nuestra conducta debe amoldarse á cada caso, según sus circunstancias, para la consecución de aquel fin, empleando los recursos con que contamos y que pueden agruparse en tres categorías, los medicamentos, la taxis, y la herniotomía ó kelotomía.

Los medicamentos solos, tienen pequeña importancia en el tratamiento de la hernia estrangulada cualquiera que sea su forma; y aunque incluyamos entre ellos los agentes físicos frío y calor, los baños, los anestésicos, los enemas gaseosos y otros mil y mil recursos que se han aconsejado y puesto en práctica contra la estrangulación, no conseguiremos encontrar nada que pueda satisfacer y dar alguna esperanza, quedando todos reducidos á medios que pueden ayudar á la intervención quirúrgica. Todavía en la estrangulación por atascamiento, se concibe que algunos medicamentos como el opio, belladona, estricnina etc., y algunos medios físicos como el calor y el frío, puedan hacer cambiar las condiciones de contracción intestinal, calmar el peristaltismo, disminuir el volumen de la hernia, etc., etc. y ser en estos conceptos beneficiosos; pero en la estrangulación elástica, cuando hay verdadera desproporción entre el anillo y el intestino, en estos casos los medicamentos no pueden producir acción beneficiosa alguna.

Por esta razón, nosotros en nuestras enfermas no perdimos tiempo en ensayar medicaciones, y solo dimos un baño caliente á la primera por si pudiera favorecer la relajación del anillo y con ella la taxis, y

porque en todo caso le servia de limpieza y nos daba garantías de asepsis en el caso de operar; y por este motivo los Sres. Serrano y Catalán se limitaron también en la enferma de la observación 2.ª á intentar la taxis previa anestesia clorofórmica, que sirvió acto seguido para la intervención definitiva.

La taxis es un recurso precioso en muchos casos, debe intentarse siempre, y en varios momentos, con paciencia, con método, siguiendo varios procedimientos, y ayudándola de todo aquello que pueda favorecerla, como baños calientes, anestesia, posiciones especiales del enfermo, etc., etc.; pero ¿debe prolongarse mucho tiempo? ¿Debe forzarse mucho, es decir, debe emplearse mucha fuerza para conseguir la reducción por la taxis? ¿Podemos en todos los casos esperar de ella los mismos resultados? ¿Debe emplearse en todos los casos? Cuestiones son estas para cuyo desarrollo se necesitaría mayor espacio que el de esta nota, que por otra parte va resultando demasiado pesada y extensa, y que después de todo no necesitamos tratar nosotros por cuanto están resueltas y consignadas con alguna unanimidad en todas las obras; en términos generales diremos, que la taxis forzada está casi desechada, aun cuando Amussat aconseje todavía las sesiones de taxis de horas enteras, y aun cuando Streubel en Alemania diga que se debe emplear una presión tan grande «como lo permitan nuestras fuerzas;» asimismo diremos que en la estrangulación elástica, cuando los síntomas generales se han desarrollado muy de prisa, de una manera aguda, no debe esperarse tanto de la taxis y hacer muchas ni muy prolongadas sesiones de ella, como cuando la estrangulación reviste una forma y marcha crónicas y cuando es producida por atascamiento, fundándonos al hacer esta afirmación en las mismas razones que expusimos al hablar de los medicamentos.

Se comprende que en una hernia estrangulada por atascamiento, las manipulaciones que constituyen la taxis puedan hacer pasar el contenido del intestino por el extremo aferente no obturado, y que por esto, por los cambios en la presión intraintestinal, que pueda producir y por otra porción de cambios y modificaciones que con ella se pueden conseguir, llegue á reducirse el volumen de lo herniado, y á obtener la reducción del intestino; pero en la extrangulación elástica, si una tentativa bien dirigida no consigue la reducción, es inútil insistir, porque como racionalmente puede deducirse, todas las presiones, amasamientos y maniobras no serán bastantes á con-

seguir la dilatación del anillo, y por tanto la reducción será imposible.

Como resumen de este asunto, diremos que aceptamos en un todo la regla de conducta de Koenig que dice en su obra: «Cuando en un individuo afecto de hernia estrangulada he intentado la taxis por mi mismo; ú otros cirujanos la han intentado sin que yo pueda conocer el grado de fuerza empleado por ellos, hago nuevas tentativas, muy ligeras, de reducción, después de someter al enfermo á la acción del cloroformo; si este nuevo ensayo de taxis no da resultado, paso inmediatamente a la operación cruenta.»

En estas consideraciones nos fundamos para no prolongar por mucho tiempo las tentativas de taxis en las tres enfermas objeto de nuestra observación; esperábamos poco de ella, había sido intentada por otros profesores, sin resultado, y nuestros esfuerzos bajo la acción del cloroformo tambien fueron inútiles, creímos por tanto justificada la intervención operatoria.

Por lo que á la kelotomía se refiere, me podria limitar á consignar los satisfactorios resultados que en estos tres casos nos ha dado, pues ni es preciso defender una intervención que todo el mundo acepta desde hace mucho tiempo, ni nada especial ni nuevo hemos hecho al practicarla, siguiendo el procedimiento clásico, que necesite estos tres números, que aumenten el de los casos precisos para que una innovación pueda conseguir la sanción de la práctica; pero deseo insistir sobre dos puntos, que en mi opinión explican satisfactoriamente el éxito obtenido, y diré acerca de ellos cuatro palabras.

La herniotomía es una operación cuyas estadísticas desaniman, pues cualquiera de ellas que se examine no nos da una mortalidad menor del 30 por 100, llegando en la de Marc Girard á una cifra de 52 por 100 (1.525 operaciones con 794 muertos); pero si bien es verdad que estas cifras asustan, es preciso tener en cuenta que no son absolutas, por cuanto se refieren á un período anterior al empleo del método antiséptico, y porque comprenden toda clase de hernias, y operadas en todos los períodos de su estrangulación; y precisamente en operar aséptica ó antisépticamente y en operar á tiempo, estriba el éxito de la intervención, y en estos dos puntos es donde quería detenerme.

En cuanto al primero, me sería suficiente consignar la opinión de Koenig, que con su gran autoridad dice: «Todo cirujano que ha operado un gran número de hernias después del advenimiento del mé-

todo antiséptico, debe saber que el pronóstico de la herniotomía ha mejorado considerablemente», y después añade: «que cuanto más se van perfeccionando las reglas y medios de aquel método, más satisfactorios van siendo los resultados de la herniotomía»; pero por si esto no fuera suficiente, añadiré que en una estadística de Schmidt, la gran mayoría de los muertos aparecen siéndolo á consecuencia de la peritonitis séptica, y que precisamente para evitar esta, causa la mayor parte de las veces de los fracasos, ideó J. L. Petit la herniotomía externa, es decir, la herniotomía sin abrir el saco, con lo cual disminuía los peligros de infección del peritoneo, y que ha tenido y tiene partidarios decididos, entre ellos Cooper, Teale, Paget, en Inglaterra, y Roser, Busch, Schmidt, Doutrelepont, etc., en Alemania.

Pues bien, si nosotros con las precauciones antisépticas de que nos rodeamos y rodeamos al enfermo, evitamos la infección del exterior, y, por tanto, la peritonitis séptica, además de otras complicaciones de la misma índole, habremos disminuído notablemente las causas de la mortalidad de la herniotomía. Estas son, pues, precauciones que no deben nunca descuidarse, que nosotros no *descuidaremos* en nuestros casos, y que consideramos como uno de los principales factores del éxito obtenido.

La duración de la estrangulación es también de una importancia manifiesta; si dejamos pasar mucho tiempo, si nos entretenemos demasiado con el empleo de medicaciones más ó menos activas, pero de las cuales ya hemos visto qué es lo que se puede esperar, ó si con el deseo de reducir una hernia sometemos al enfermo á tentativas de taxis prolongadas por muchos días en espera del momento oportuno para la reducción, que por lo general no llega nunca, nos exponemos á ir á la operación y encontrarnos con perforaciones intestinales, con gangrenas extensas del mismo, con inflamaciones y flemones del saco, quizá propagados al peritoneo y hasta á las paredes abdominales, y en suma, con trastornos de tal gravedad y tan irremediables, que no vacilamos al afirmar que son la causa de las dos terceras partes de los casos de muerte que elevan á tan alta proporción la mortalidad de las herniotomías.

El precisar el tiempo oportuno, las verdaderas indicaciones de la intervención cruenta, es muy difícil hacerlo de una manera general; Gosselin marcaba como tiempo para la operación de veinticuatro á cuarenta y ocho horas, desde el principio de la estrangulación para

las hernias inguinales, y de doce á veinticuatro para las crurales, pero estos términos son demasiado absolutos y no deben seguirse de una manera invariable, sino amoldándose á las condiciones especiales de cada caso.

Aquí, como cuando estudiamos los demás medios de combatir la estrangulación, ha de influir de una manera grande en nuestras decisiones la forma, ó mejor dicho, el curso de los fenómenos de estrangulación y la variedad de la causa de esta; así, por ejemplo, en la estrangulación de marcha aguda y que reconoce por causa la estrechez del anillo por donde se ha producido la hernia, nuestra intervención debe ser pronta; de las seis á las doce horas estaría justificada, según Koenig, y después de haber hecho una ó cuando más dos tentativas de taxis; por el contrario, la estrangulación de marcha crónica y por atascamiento, da más tiempo, puede esperarse con más calma el resultado de repetidas tentativas de taxis, y hasta la acción de algunos medicamentos y de ciertas otras intervenciones, que, como las inyecciones de agua por el recto con un grueso tubo de caoutchut, se han aconsejado y dado éxito en algunas ocasiones. Sin embargo, cuando aun en este último caso sobrevengan vómitos fecaloideos, hipo, enfriamiento de las extremidades y otros síntomas alarmantes, no debe diferirse la operación.

En los tres casos que hemos relatado, adoptamos, fundándonos en los datos anteriores, el criterio de intervenir urgentemente. El éxito ha hecho que no nos arrepintamos de ello, y el examen del intestino herniado nos convenció de que esta es la conducta que debe seguirse; ninguna de nuestras enfermas llevaba tres días completos con sus hernias estranguladas, y, sin embargo, el intestino tenía ya un aspecto tal de éxtasis sanguíneo y falta de nutrición, que estamos persuadidos de que el haber aplazado la operación, siquiera por doce horas, habría tenido como consecuencia la gangrena de las asas herniadas, y con ella quizá la imposibilidad de salvar la vida de las enfermas. No olvidemos que en las tres la estrangulación era elástica y que la marcha de ella había sido rápida con fenómenos agudos.

No desconocemos que la edad, las condiciones individuales del enfermo y las especiales de la hernia, en cuanto al sitio, volumen, adherencias, etc., etc., deben apreciarse y tenerse en cuenta para decidir lo que debe hacerse en cada caso; pero creemos que fundamentalmente, el operar pronto cuando el intestino está todavía en buen estado, y el hacerlo observando con rigor las reglas del método

antiséptico, son las dos bases indispensables para obtener el éxito deseado.

Terminamos esta nota sin formular conclusiones, que por una parte no pueden establecerse partiendo de base tan reducida como la que dan tres solos casos, y por otra carecerían de autoridad, que no podrían darles mi modesta personalidad; pero si los hechos que en ella relatamos, que son más elocuentes que todas las palabras, pueden servir para inclinar el ánimo de alguno de mis compañeros, en favor de la intervención operatoria pronta, cuando se encuentre ante algún caso de hernia estrangulada, nosotros habremos conseguido lo que nos proponíamos al escribirla, y él, estamos convencidos que no tendrá por qué arrepentirse de haber seguido nuestro ejemplo (1).

Madrid y Septiembre de 1890.

CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA,

VERIFICADO EN BERLÍN DEL 4 AL 9 DE AGOSTO DE 1890,

POR EL DOCTOR

DON JUAN CISNEROS,

MÉDICO DE NÚMERO DEL HOSPITAL GENERAL.

El último Congreso internacional de Washington eligió la villa de Berlín para la celebración del 10.° Congreso y un comité compuesto de los Dres. Virchow, Bergmann, Leyden, Waldeyer y Lassar se han encargado de organizarlo.

El programa de los trabajos se componía de sesiones generales y de las parciales de cada una de las 18 secciones siguientes en que el Congreso se había dividido:

1.ª Anatomía. 2.ª Fisiología y química fisiológica. 3.ª Patología general y anatomía patológica. 4.ª Farmacología. 5.ª Medicina

---

(1) Después de escrita esta nota, las enfermas completamente curadas han recibido el alta.

interna. 6.ª Pediatría. 7.ª Cirugía. 7.ª *a* Ortopedia. 8.ª Obstetricia y ginecología. 9.ª Neurología y psiquiatría. 10.ª Oftalmología. 11.ª Otiatría. 12.ª Laringología. 13.ª Dermatología. 14.ª Odontología. 15.ª Higiene. 16.ª Geografía médica y climatología. 17.ª Medicina legal y 18.ª Higiene militar.

Las sesiones generales se han verificado en el circo Renz, vasto local situado en el centro de la villa, en el cual cabían 9.000 personas y que se ha llenado casi por completo en todas las sesiones.

Los trabajos de las secciones han tenido lugar en el Palacio de la Exposición (ausstellungspalast) situado en el barrio Alt-Moabit y al lado de la estación de Lehrter del ferrocarril metropolitano. Este palacio, destinado á exposiciones y en el que á la sazón se verificaba una de pinturas, está compuesto de diferentes salas que se habilitaron para cada una de las secciones, cuya disposición permitía fácilmente asistir á las discusiones más interesantes de varias secciones ya que por la premura del tiempo y por el gran número de comunicaciones presentadas se verificaban simultáneamente las sesiones.

En los primeros días del Congreso se verificó una importantísima exposición médica en varias de las salas del mismo palacio de la exposición, en otro gran pabellón próximo al palacio y en el parque en que ambos están situados.

Completaban el programa científico las visitas colectivas mediante inscripción especial y bajo la dirección de los más eminentes médicos berlineses, á los establecimientos higiénicos de la población (campos de irrigación, establecimiento municipal de desinfección, matadero central, escuelas, institutos de gimnasia), y á los modernos hospitales que realizan de la manera más completa el ideal de la ciencia (Friedrichshain; Urban).

No faltaban en el programa del Congreso otro género de ocupaciones, con las cuales ha demostrado el pueblo alemán la alta estima en que tiene á los hombres de ciencia en general y á los médicos en particular. El emperador invitó á una fiesta en su palacio de Postdam á gran número de congresistas, encargando le representara, por no encontrarse él en Berlín, un individuo de su familia; la villa obsequió con un banquete monstruo á todos los congresistas en el ayuntamiento; además hubo *soirées* en el parque de la exposición, bailes en distintos locales, banquetes de las secciones y por último una fiesta de despedida ofrecida por los médicos de Berlín y que se verificó la noche del 8 de Agosto en el parque y teatro de Kroll.

El número de congresistas médicos ha sido de 5.537 y de 143 no médicos ó sea un total de 5.680. De estos eran:

Médicos de Berlín	1.166	Rumanía	32
Alemania (excepto Berlín)	1.752	Servia	2
Austria-Hungría	262	Bulgaria	5
Gran Bretaña é Irlanda	358	Estados-Unidos de América	659
Paises-Bajos	112	Canadá	24
Bélgica	62	Brasil	12
Luxemburgo	2	Chile	14
Francia	179	Méjico	7
Suiza	67	América central y del Sur	30
Italia	146	Egipto	8
Mónaco	1	Cabo de Buena Esperanza	1
Portugal	5	El resto del África	5
Suecia	108	China	2
Noruega	57	Japón	22
Dinamarca	139	Indias Occidentales	2
Rusia	429	Indias Holandesas	2
Turquía	12	Australia	7
Grecia	5	España	41

Primera sesión general (4 de Agosto).

A las once de la mañana se abre la sesión bajo la presidencia del profesor *Virchow* al cual aclama la concurrencia.

El *Presidente* dirige una larga alocución al Congreso; da la bienvenida en nombre del comité de organización á todos los médicos tanto alemanes como extranjeros que han acudido á su llamamiento; demuestra la importancia de estas reuniones internacionales y termina después de varias consideraciones acerca de la medicina militar, invitando á los extranjeros á visitar las instituciones sanitarias de la villa de Berlín para que puedan apreciar las mejoras efectuadas merced á los progresos de la ciencia y á la protección decidida del municipio berlinés.

El *Dr. Lassar*, secretario general da cuenta de los trabajos realizados por el comité de organización hasta la apertura del Congreso.

Después saludan á los congresistas: *von Böttlicher* en nombre del imperio alemán; *von Gossler*, ministro de instrucción pública,

en nombre del reino de Prusia; *Forkenbeck*, alcalde de Berlín, en representación de la villa y el profesor *Graf*, en nombre de la Sociedad de médicos alemanes de la que es presidente.

A propuesta del profesor *Bacelli* se confirman en sus cargos los miembros del comité de organización; en su consecuencia son nombrados:

Presidente del Congreso, *R. Virchow;* vicepresidentes, *E. von Bergmann, E. Leyden, W. Waldeyer;* secretario, *O. Lassar;* Tesorero, *Max Bartels;* asesores, *A. Bardeleben, von Coler, E. Graf, A. Martin* y *Pistor.*

Después se eligen presidentes de honor por las distintas naciones que han concurrido:

Alemania, *El Duque Carlos Teodoro de Baviera;* Inglaterra, *Sir James Paget;* América, *John Billings;* Austria, *Billroth;* Bélgica, *M. Crocq;* Egipto, *Hassan Pachá;* Escocia, *Grainger-Stewart;* Dinamarca, *M. Lange;* España, *Dr. Federico Rubio;* Francia, *Profesor Bouchard;* Grecia, *Aretaoes;* Hungría, *Csatary;* Irlanda, *W. Stockes;* Italia, *Bacelli;* Rumanía, *Profesor Assaky;* Rusia, *Skliffossowsky;* Suiza, *Profesor Socin.*

Se suspende la sesión por algunos minutos á las dos de la tarde y al abrirse de nuevo ocupa la presidencia el *Duque Carlos Teodoro de Baviera.*

ESTADO ACTUAL DE LA BACTERIOLOGÍA.

Dr. Koch (de Berlín):

Permitidme que os trace el estado actual de la bacteriología, añadiendo á este resumen algunas experiencias inéditas.

Hace quince años se conocía la presencia de pequeños organismos en el carbunco, el tifus recurrente, y en las enfermedades infecciosas de las heridas, pero no se les atribuía todavía importancia etiológica; solamente desde entonces nuevos métodos de investigación han determinado un rápido desarrollo de la ciencia de las bacterias, gracias á aparatos microscópicos perfeccionados, y gracias también á los colores de anilina; después se ha logrado diferenciar los gérmenes por medio de cultivos en terrenos nutritivos líquidos y sólidos. Se ha llegado así á determinar absolutamente nuevos micro-organismos y á establecer con certidumbre su relación etiológica con las enfermedades en las cuales se los encuentra.

Se esperó que después de este primer éxito se llegaría rápidamente á aislar los micro-organismos de todas las enfermedades infecciosas. Pero esta esperanza no se ha realizado.

Hoy podemos considerar como hecho adquirido que las bacterias infecciosas son seres organizados que forman especies fijas y constantes y tan independientes como los vegetales de orden superior. Tienen cualidades morfológicas adquiridas y no se derivan ni de los hongos, ni del moho, ni de las algas inferiores.

A más se puede deducir de la existencia de enfermedades infecciosas muy antiguas, tales como la lepra y la tisis, la prueba de que los bacilos conservan durante siglos sus propiedades características. Sin duda, pueden producirse variedades como en todas las especies, pero no pierden los caracteres principales de la especie.

En un suelo poco nutritivo pueden desarrollarse formas imperfectas de micro-organismos que han perdido las propiedades de los microbios perfectos, que se desarrollan en los cuerpos vivos y forman sustancias tóxicas, pero estas variedades quedan en límites restringidos y no constituyen jamás el paso de una especie á otra; por ejemplo, el bacilus antracis no se convierte jamás en el bacilus subtilis.

Para determinar la especie de un bacilo, no debemos contentarnos con sus caracteres aislados ya sean fijos ó variables, sino que es preciso anotar la mayor suma posible de caracteres morfológicos y biológicos que puede presentar, porque si no, no habrá más que confusiones en la bacteriología. La presencia de los bacilos de la fiebre tifoidea en los ganglios mesentéricos, el hígado, el bazo, no puede dar lugar á error porque no se encuentran jamás en estos órganos bacilos análogos. Pero podemos fácilmente equivocarnos buscando el bacilo tífico en el líquido intestinal, ó en el agua ó en el aire porque estos medios contienen gran número de micro-organismos que se parecen mucho. El mismo error puede cometerse con los bacilos de la difteria porque no se puede admitir la presencia de un microbio específico en el agua, el suelo, los tubos de canalización, sin someter estos resultados á una crítica rigorosa.

Por el contrario, se han podido fijar desde un principio para los bacilos de la tuberculosis y del cólera, caracteres que permiten determinar su especie de una manera absolutamente cierta. Este resultado, esta precisión rigorosa de diagnóstico, es la que sería preciso conseguir en el examen de los bacilos de la difteria y de la fiebre

tifoidea; se comprende el valor profiláctico que daría una diferenciación cierta de estos agentes infecciosos.

Mis investigaciones sobre el bacilo de la tuberculosis me han demostrado hasta dónde es preciso llevar la prudencia. No se adquiere una certidumbre hasta después del estudio de las reacciones á los colores de anilina de los cultivos puros y de sus propiedades patogénicas.

Yo he podido reconocer de esta manera que el *bacilo de la tuberculosis de las gallinas* difiere en muchos puntos del de los otros animales, sea cultivándolo ó sea inoculándolo. Para saber si se trataba de un microbio especial ó de una variedad del bacilo verdadero de la tuberculosis, he buscado producir variedades artificiales del bacilo de la tuberculosis empleando toda clase de procedimientos. He expuesto durante muchos meses cultivos á altas temperaturas llegando casi hasta la destrucción de estos bacilos, los he sometido á la acción de la luz, de la humedad, de las sustancias químicas, cultivándolos en concurrencia con otros bacilos y haciéndolos pasar muchas veces por el cuerpo de animales más ó menos refractarios á la tuberculosis.

Solamente el año pasado en que he recibido cierto número de gallinas atacadas de tuberculosis, he podido recoger cultivos puros de procedencia directa y eran idénticos á los que he mencionado antes.

Los bacilos de la *tuberculosis de las gallinas* constituyen, pues, una especie diferente aunque muy vecina á los de la tuberculosis común. Los trabajos recientes de Mafucci han confirmado estos resultados. No se podrá decir que este nuevo bacilo es patógeno para el hombre antes de haber comprobado su presencia en el organismo humano.

Las investigaciones recientes han esclarecido también la cuestión de las relaciones entre las bacterias y las enfermedades infecciosas. Cuando se llega á establecer que ciertas bacterias se encuentran de una manera constante en una enfermedad infecciosa determinada, que no se encuentran jamás en otras, que pueden vivir fuera del cuerpo animal y que en este estado están en condiciones de reproducir la enfermedad, su importancia etiológica está demostrada. Esta prueba está hecha para la tuberculosis, la erisipela, el tétanos y en muchas enfermedades en los animales.

Por el contrario, el hecho de que no se pueda reproducir una enfer-

medad en los animales por medio de un cultivo puro, no basta evidentemente para probar que este bacilo no es la causa de la enfermedad en el hombre. En este caso se encuentran los bacilos de la lepra, del cólera asiático, de la fiebre tifoidea, de la difteria y del tifus recurrente.

El estudio de los problemas siguientes también ha hecho grandes progresos: el parasitismo de las bacterias, su modo de penetración y de evolución en el organismo, los productos químicos (toxalbúminas) que resultan de su actividad, las combinaciones de muchas enfermedades infecciosas en el mismo individuo, la inmunidad, etc. La teoría de la fagocitosis por el contrario pierde importancia cada día.

El estudio de la acción de la luz y del calor sobre las bacterias nos ha dado resultados importantes para la profilaxis.

La luz solar tiene una acción destructiva sobre los bacilos de la tuberculosis; según el espesor de la capa de cultivo expuesto al sol los mata en un espacio de tiempo que varía de algunos minutos á algunas horas. La misma luz difusa tiene una acción semejante pero más lenta; cultivos expuestos al aire en una ventana mueren en cinco á siete días.

Todas las bacterias tienen necesidad de humedad para desarrollarse, pero no puede por el contrario dejar el medio en que se han desarrollado y no son susceptibles de esparcirse en el aire más que bajo la forma de polvo, á favor de la sequedad.

Las investigaciones bacteriológicas en suma, han dado muchas desilusiones pero también han proporcionado muchos ánimos.

El hecho de que todavía no se haya logrado descubrir los microorganismos de las enfermedades exantemáticas á pesar de todas las investigaciones, prueba que se deben buscar métodos de otra clase para descubrirlos. Quizás se trate en este caso de microbios que pertenezcan, no al grupo de las bacterias sino al de los protozoarios, del mismo género de los que se han encontrado en la sangre de los enfermos atacados de malaria.

Cuanto á los resultados prácticos de los estudios bacteriológicos son ya considerables.

La desinfección se hace de una manera más juiciosa y efectiva. Las aguas potables pueden ser examinadas desde el punto de vista de su infecciosidad, así como la leche y otros alimentos, y el aire de las letrinas y de las escuelas, etc. Ya podemos reconocer desde un

principio y de una manera cierta, una epidemia de cólera asiático y tomar *á tiempo* las medidas profilácticas necesarias. El diagnóstico precoz de la tuberculosis se ha facilitado.

Desde el punto de vista de la utilidad terapéutica directa del individuo, no tenemos hasta ahora más que las inoculaciones preventivas de Pasteur contra el carbunco, el carbunco sintomático, la rabia, etc. Cuanto á la rabia, quizás no se trate de una enfermedad bacilar, pero cuando menos su estudio se ha desarrollado por completo sobre el suelo bacteriológico.

Pero podemos esperar que aun bajo el punto de vista terapéutico, la bacteriología verá mejores dias y mucho más, es cierto, para las enfermedades de duración prolongada que para las que tienen una evolución muy rápida; en la tuberculosis, sin embargo, no han dado hasta ahora éxitos directos ninguno de los agentes empleados, pero esto es debido á que se han experimentado primero sobre el hombre en vez de empezar por estudiar la influencia de estos agentes sobre los cultivos y después sobre los animales.

Yo he econtrado, después de numerosas experiencias, muchas sustancias capaces de impedir el desarrollo de los bacilos de la tuberculosis, lo que ya es de grande importancia. Las sustancias con las que mejor se logra este resultado son los aceites esenciales, algunos compuestos aromáticos tales como el naftol β amina, la paratoluidina, ciertos colores de anilina, tales como la fuchsina, el azul de metileno, el violeta de genciana y la auramina; después los vapores mercuriales y las combinaciones de plata y sobre todo de oro con el ácido cianhídrico; así, el cianuro de oro detiene, en solución al dos-millonésima, la multiplicación de los microbios.

En los animales estas sustancias, no lo logran; en último término, sin embargo, he acabado por encontrar sustancias que se han mostrado activas hasta sobre los animales. Conejillos que habían absorbido tal sustancia, quedaron refractarios á la inoculación tuberculosa; en otros ya infectados anteriormente retrograda la enfermedad por el tratamiento con esta sustancia.

Si se confirma que existen sustancias capaces de detener la marcha de la tuberculosis en los animales, podemos esperar que se encontrarán también para otras enfermedades.

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA ANTISÉPTICA.

Dr. J. Lister (de Londres):

(Al aparecer el Dr. Lister en la tribuna estalla una verdadera tempestad de aplausos que parten de todos los ámbitos de la extensa sala y que se prolongan largo rato.)

En el Congreso internacional de Londres en 1881 demostró Koch en el *King's College* su método de cultivo de los microbios sobre medios sólidos. El ilustre veterano Pasteur que estaba presente dijo al terminar la demostración «¡Este es un gran progreso!» La extensión de nuestros conocimientos á consecuencia de este gran paso ha sido considerable; citaré en primer término el brillante descubrimiento de Koch, aplicando él mismo su método, del microbio del cólera.

Durante este mismo período de nueve años, un descubrimiento importante se ha realizado, no solo sobre la naturaleza y los hábitos de los micro-organismos que invaden nuestro cuerpo, sino también sobre los medios por los cuales el animal vivo se defiende contra sus asaltos.

Esto lo debemos al eminente naturalista Metschnikoff, el cual ha observado que las células emigrantes cuyos movimientos amiboides nos eran familiares, se nutren también como amibos y que casi omnívoras por su apetito, tienen una afición especial por las bacterias y las absorben en su sustancia protoplasmática y las digieren, impidiendo de esta manera su propagación indefinida en los téjidos. Él llama fagocitos á las células que ejercen esta función.

Objeciones diferentes se han hecho á estas opiniones de Metschnikoff; pero parece que han sido refutadas victoriosamente por una serie de investigaciones ulteriores de este sabio y de otros autores. La inflamación determinada por los microbios se convierte, por intermedio de los leucocitos en causa de la destrucción de estos mismos microbios. No hubiera soñado el malogrado Cohnheim que su descubrimiento de la emigración de los leucocitos en la inflamación, adquiriría algún dia importancia tan grande para la patología de las enfermedades infecciosas.

Si aceptamos esta teoría, nos explicaremos muchos puntos que quedaron misteriosos en las relaciones de los micro-organismos con las heridas.

Tomemos por ejemplo, la operación del labio leporino. La herida está bañada en su extremidad posterior por la saliva que contiene numerosas especies de bacterias sépticas. Pero estas no penetran en la fibrina que reune las dos superficies seccionadas como lo harían ciertamente si estas superficies estuviesen compuestas de vidrio ó de otra sustancia químicamente inerte y desprovista de vida. Se sabía desde hace mucho tiempo que los tejidos vivos ejercían una influencia poderosa para dificultar el desarrollo de las bacterias, pero la naturaleza de esta influencia era un enigma. Hoy se encuentra su explicación natural en la acción fagocítica de las células que se encuentran en la linfa inmediatamente después de su efusión.

En el Congreso de Londres indiqué una experiencia que probaba que un coágulo sanguíneo en el cuerpo puede ejercer una acción antibacteriana poderosa. Solo por medio de las teorías de Metschnikoff he llegado á conocer que estas propiedades dependen también de los fagocitos.

Esta teoría nos explica de igual manera por qué el uso de ligaduras de seda que no han sufrido ninguna preparación antiséptica pueden no producir consecuencias desagradables. Sabemos por las experiencias de Ziegler y de otros autores que los leucocitos penetran rápidamente en espacios muy pequeños, entre placas de cristal ó de otros cuerpos extraños químicamente inertes introducidos en los tejidos. De igual manera deben, pues, deslizarse en los intervalos de las fibras de un hilo de seda y destruir todos los microbios que en estos espacios puedan alojarse antes de que estos hayan tenido tiempo de desarrollar efectos sépticos aunque evidentemente debe haber un límite según el espesor de los hilos. Me imagino que nadie sentiría la conciencia tranquila después de abandonar en la cavidad peritoneal una cuerda del espesor de un dedo y no esterilizada. M. Bantock, cuya notable serie de ovariotomías con éxito parece justificar esta práctica, no hace, que yo sepa, sufrir á las ligaduras que emplea preparación antiséptica y según creo, se sirve para ligar el pedículo del tumor de un cordón de seda muy fuerte, pero sería ciertamente, más prudente desinfectar los hilos por tenues que sean. ¿Quién puede responder de que no se deslice alguna sustancia séptica en la ligadura de tal manera que desafíe á los fagocitos?

Los éxitos obtenidos por Bantock y Lawson Tait, llamados sin antisepsia, parecen á ciertos espíritus una piedra de escándalo. Pero en realidad la práctica de estos cirujanos no está desprovista en ma-

nera alguna de medios antisépticos. Los dos purifican las esponjas con una exactitud escrupulosa y si alguna cosa hay en la cirugía abdominal de excepcional importancia es la de evitar las esponjas sucias. Ambos observan una limpieza absoluta, lo que constituye ciertamente una precaución antiséptica, por el hecho de que reduce al mínimum posible el número de organismos sépticos y por consiguiente también su poder nocivo. Los dos, por último, lavan el peritoneo con agua para desembarazarlo de los coágulos sin herir la superficie peritoneal frotándola con esponjas; y esto para evitar el riesgo de una infeccion por los coágulos. El desagüe del peritoneo es también una medida antiséptica y M. Bantock hace exprimir en ácido sulfúrico las esponjas que absorben el suero y las cambia con mucha frecuencia.

Rcconozco por lo demás que es deseable evitar la aplicación directa de soluciones antisépticas fuertes é irritantes sobre el peritoneo, pero sería positivamente más sabio asgurarse por medios germicidas de la ausencia completa de microbios en nuestras manos y en los instrumentos. En cuanto al agua que sirve para la limpieza del peritoneo, yo tendria más confianza en una solución muy débil de sublimado al 1 por 10.000, por ejemplo, que en el agua hervida que emplea M. Bantock.

En la cirugía del resto del cuerpo, el empleo de soluciones antisépticas más fuertes no presenta los mismos inconvenientes. Yo lavo las heridas con una solución de sublimado al 1 por 500 y las irrigo con una solución al 1 por 4.000 y estoy satisfecho de los resultados. No evito la solución fuerte más que cuando abro una articulación sana; en este caso el sublimado al 1 por 500 produce una irritación demasiado intensa. He continuado las irrigaciones después de haber tenido algún tiempo dudas sobre su utilidad.

Respecto al spray me avergüenzo de haberlo recomendado antes con objeto de destruir los microbios del aire. Los microbios no tienen tiempo de perder su vitalidad en la nube del spray; y, sin embargo, cuando yo así lo creía, considerando la atmósfera del spray libre de organismos vivos, descuidaba diversas precauciones que sin esto hubiera juzgado necesarias.

A pesar de esta confianza, mal colocada, en la operación del empiema, por ejemplo, obteníamos ya resultados excelentes. Pocas cosas son más bellas en cirugía antiséptica como contraste con los resultados del tratamiento antiguo, que el ver el abundante contenido

purulento de la cavidad pleurítica, transformarse en un líquido seroso que disminuye de día en día hasta que se cierra la cavidad y se restituyen á su integridad fisiológica la pleura y sus funciones.

Si, pues, el tratamiento del empiema da tan buenos resultados á pesar de la entrada diaria de una cantidad de organismos de la atmósfera en la cavidad pleurítica, parece deducirse lógicamente que las partículas que flotan en el aire pueden descuidarse en nuestra obra quirúrgica. Y entonces podríamos dispensarnos de los lavados y de las irrigaciones antisépticas, puesto que podríamos estar seguros de que evitamos la introducción de sustancias sépticas de otro modo que por el aire.

Desde que abandonamos hace tres años el spray, hemos tenido cuidado de compensar su ausencia, rodeando el sitio de la operación de compresas empapadas en una solución antiséptica. Si además del spray se abandonan los lavados y las irrigaciones, debemos redoblar la vigilancia. Yo creo, sin embargo, que con asistentes que tengan conciencia de la importancia de sus deberes, la tarea no sería difícil. Yo no he osado hacer aún la experiencia en grande escala, pero creo que ha llegado el momento en que se puede ensayarla, y si da resultado, mi sueño de otros tiempos podría quizás realizarse.

Juzgando por analogía con las heridas sub-cutáneas, yo esperaba que una herida hecha con precauciones antisépticas podría en el acto cerrarse completamente, recubriendo con un barniz antiséptico la línea de reunión. Mi desilusión fué grande al comprobar que el ácido fénico determinaba por irritación una secreción tan abundante de suero sanguíneo que su salida necesitaba una abertura. De aquí surgió el desagüe de las heridas.

Si podemos evitar la aplicación de antisépticos sobre las superficies seccionadas, sirviéndonos de esponjas empapadas y exprimidas después en un líquido antiséptico, pero no irritante, como el sublimado al 1 por 10.000, podremos esperar que el ideal que yo tenía al principio se alcanzará más ó menos.

Según nuestro nuevo método de tratamiento de las heridas por el sublimado, la secreción serosa es ya menor y el desagüe menos necesario; nosotros no lo empleamos ya en muchas heridas pequeñas y lo hemos reducido mucho en las heridas más extensas. Pero sería de gran importancia llegar á suprimir enteramente el desagüe sin recurrir por esto á la aplicación de la compresión elástica intensa adoptada por algunos cirujanos; este método expone á determinar la

mortificación de las partes que tienen poca fuerza vital y es frecuentemente muy molesto para el enfermo.

Respecto á la cura exterior, algunos cirujanos han pensado reunir la simplicidad y la seguridad por medio del empleo del algodón esterilizado por el calor. Esta desinfección puede ser fácil en un hospital, pero será impracticable para el práctico fuera de él. Además, es claro que el algodón, simplemente aséptico, no puede impedir la infección más que á condición de que esté seco. Una vez humedecida su superficie externa por una secreción abundante, es evidente que puede hacerse séptico en masa. Siempre habrá heridas cuya secreción será abundante; así las heridas contusas y ensuciadas antes de que llegue el cirujano, deben limpiarse por medio de antisépticos poderosos y segregarán, pues, mucho.

En tales casos, una cura antiséptica, absolutamente segura, puede ser cuestión de vida ó muerte. Pero solo las sustancias antisépticas químicas pueden impedir en estos casos de secreción abundante el desarrollo de organismos sépticos. Yo me he servido con este objeto de una combinación de los cianuros de zinc y de mercurio, que reune, á una energía antiséptica suficiente, la ausencia de propiedades irritantes.

Los que han seguido mi servicio en King's College Hospital, desde hace año y medio que uso esta cura, convendrán en que hemos tenido una constancia de resultados antisépticos, que justifica más que nunca la ejecución de operaciones que antiguamente no se habría osado acometer.

Sesión del 6 de Agosto de 1890.

ENSAYO DE UNA TEORÍA DE LA INFECCIÓN, ENFERMEDAD, CURACIÓN, INMUNIDAD, VIRUS-VACUNO.

M. Bouchard (de París):

Creo que es posible formular hoy una teoría sistemática de la enfermedad infecciosa con sus accidentes locales ó generales, de la curación, de la inmunidad adquirida y de la inmunidad natural.

Al lado de estas concepciones que se refieren al hombre ó al animal, puede denominarse también la teoría de la virulencia y de la atenuación, la que se relaciona con los microbios. Antes de abordar

esta síntesis, es necesario analizar los procedimientos, por medio de los cuales los microbios pueden influenciar á un organismo animal, y los medios por los cuales un organismo animal puede obrar sobre los microbios.

Procedimientos por los que el organismo animal influye sobre los microbios.—Hay especies animales cuyo cuerpo durante la vida no puede permitir el desarrollo de ciertos microbios; otras especies son particularmente favorables á la vida de ciertas bacterias. Entre estos términos extremos se observan grados innumerables en la inmunidad y en la receptividad.

La imposibilidad en que se encuentra un microbio de este determinado organismo animal, no requiere necesariamente la vida de este último, porque en los tejidos y en los humores de los animales, hechos refractarios, se puede comprobar que el desarrollo de ciertos microbios se hace difícil y á veces imposible, aunque estos humores, extraídos del organismo, se filtren y desembaracen de toda célula.

Pero hay circunstancias en que la vida del animal tiene una influencia manifiesta sobre la dificultad que experimenta el microbio en invadirlo. No cito como prueba más que este simple hecho: un animal vivo es refractario á una bacteria, sea ó no patógena para cualquier otro animal; muere este animal y sus tejidos, ó sus humores resultan ser un excelente medio de cultivo para esta bacteria. Así, pues, la inmunidad está á veces ligada á la vida; otras veces es independiente de ella; es decir, que el hombre, como los otros animales, no posee un arma defensiva única contra los agentes infecciosos, que le asegure su integridad ante ellos ó que la restablezca por procedimientos múltiples.

No tengo intención de hacer aquí la exposición y la crítica de los ocho procedimientos, por los cuales se ha imaginado que los animales escapan á los ataques de los microbios. Hablaré, sin embargo, de dos, porque sobre ellos estriba hoy todo el esfuerzo de la discusión; dos medios de defensa que opiniones exclusivas se esfuerzan en oponer uno á otro; mientras que, como espero demostrarlo, se encuentran por el contrario asociados y se prestan de ordinario mutuo apoyo. En unas de estas concepciones, resulta la inmunidad de una condición estática, es decir, química del organismo; en la otra está asegurada por una condición dinámica, por la participación de la vida, por el funcionamiento de las actividades celulares. Yo los llamo el *estado bactericida* y el *fagocitismo*. Cada uno de estos procedi-

mientos es realmente un medio de defensa del organismo y se muestra útil, sea para impedir el desarrollo de la enfermedad, sea para activar su terminación favorable. Ninguno de los dos, tomados aisladamente, es capaz de garantir ó de restablecer la integridad de la economía. En general, es necesario el concurso y la asociación de los dos procedimientos para que la inmunidad esté asegurada ó para que se realice la curación.

De los dos procedimientos de defensa, uno es general, y aun podría llamarlo universal; es el fagocitismo: el otro es accesorio ó contingente, es el estado bactericida. Pero pronto veremos que en la inmunidad adquirida es, gracias al estado bactericida, solamente como el fagocitismo puede efectuarse, y que sin el estado bactericida no habría ni curación ni vacunación, porque la tendencia al fagocitismo, el esfuerzo curativo se encuentra dificultado ó impedido hasta el momento en que se verifica la transformación química de los humores del individuo enfermo. En este momento, habiendo cambiado el medio, la bacteria patógena se modifica á su vez y pierde una de sus propiedades, por medio de la cual había podido sustraerse hasta entonces á la acción destructiva de las células animales. La importancia del estado bactericida, esta condición de defensa que yo llamo accesoria y contingente, se agranda ante el fagocitismo, que yo diría era el medio de protección general, universal.

¿Nos encontramos con que el fagocitismo, que es una función constante en el estado de salud, no lo es en el estado de enfermedad, y que no se ejerce más que contra los microbios no patógenos ó los microbios patógenos atenuados? Sin duda alguna. ¿Pero que es lo que hace que un microbio no sea patógeno? Es frecuentemente, según pronto probaré, que está desprovisto de cierta secreción, cuyo producto impide á los vasos dejar salir á los leucocitos. ¿Y qué es lo que hace que otro microbio sea patógeno? Es que á menudo posee esta secreción, cuyo producto se opone á la diapedesis, y por consecuencia al fagocitismo.

Fagocitismo.—En toda la serie de los seres del reino animal, una deterioración local provoca en la parte lesionada una acumulación de células mesodérmicas que afluyen hacia el foco del mal y le circunscriben, que engloban y disuelven á veces las particulas nocivas. Este papel se llena en los vertebrados por células capaces de emigrar, por los glóbulos blancos de la sangre ó por los leucocitos de la linfa, y está completado por las células fijas de ciertos tejidos. El

acto primordial es, pues, la salida de las células blancas de la sangre ó de la linfa fuera de los espacios en que normalmente están contenidas.

El paso de los glóbulos blancos de la sangre de los vasos á los intersticios del tejido que los rodea, cuando se hace con alguna abundancia, es siempre un acto patológico provocarlo por una irritación local de la parte en la cual se verifica la diapedesis. Las particulas sólidas no son las únicas que provocan la diapedesis, si no que también la provocan ciertas sustancias líquidas ó disueltas como las esencias, diastasas, alcaloides, etc. Por intermedio de estas sustancias, es como buen número de microbios patógenos ó no, determinan la salida de los glóbulos blancos fuera de los vasos. Al lado de esta diapedesis patológica de los glóbulos blancos de la sangre de núcleos múltiples, provocada por la irritación local que determinan ciertos microbios, se efectúa normal y constantemente una emigración de células linfáticas, de núcleo único hacia la superficie del tegumento interno. Esto se observa especialmente en puntos en que, á pesar de la integridad del revestimiento epitelial, particulas tenues, y en particular los microbios pueden sin efracción pasar desde la superficie mucosa hasta la profundidad del tejido sub-yacente; esto tiene lugar en los alveolos pulmonales, en las amígdalas y en las placas de Peyer.

Los microbios entran, esto es indudable, pero normalmente no pasan del fondo del tejido linfatico sub-mucoso; y desde que se comprueba su presencia, aun en los intersticios de las células epiteliales, están ya incluidos en células linfáticas. Con estas células, que á veces retroceden, pueden ganar la profundidad del tejido linfóide. Por regla general sufren los microbios en este trayecto una degeneración, que se acentúa más á medida que se alejan de la superficie epitelial y que puede llegar hasta su muerte y disolución. Ciertos microbios patógenos son capaces de franquear las superficies pulmonar ó intestinal sanas y escapar á esta destrucción; pero por el mecanismo que acabo de indicar, la entrada á la sangre en condiciones normales, está prohibida á los microbios tan numerosos de las cavidades respiratoria y digestiva, no solo á los microbios no patógenos, sino que también á los piógenos y al streptococo capsulado de la pneumonía, que son nuestros huéspedes habituales y habitualmente inofensivos.

Hipócrates sabía, y esto es una noción que habia recibido en herencia de lo que ya se llamaba la *antigua medicina*, que el frío es

causa de enfermedades agudas, febriles, ó como diríamos hoy, de flegmasias infecciosas, amigdalitis, pneumonías, pleuresías, artritis, etc. El frío, en estos casos, no ha aportado de afuera ningún microbio, ni ha producido la solución de continuidad por donde haya podido penetrar una de nuestras bacterias familiares; pero ha podido trastornar la serie de actos, por los cuales las células linfáticas detienen y destruyen los microbios patógenos, nuestros comensales, cuando estos intentan forzar las barreras y pasar desde nuestras superficies tegumentarias á nuestros tejidos y humores. Creo haber asentado experimentalmente la realidad de esta interpretación.

Como otros muchos, yo he comprobado la exactitud de la afirmación de Pasteur cuando dice que la sangre normal no contiene bacterias, pero he conseguido provocar, sin vulneración previa, la aparición rápida de microbios en la sangre de animales sanos, sometiendo á estos á la acción de las causas que provocan en el hombre el desarrollo de las enfermedades infecciosas llamadas espontáneas, de las que son causadas por los microbios patógenos que habitan nuestras cavidades y que quedan inofensivos hasta el día en que cualquiera causa banal hace posible su penetración y su pululación.

Yo he querido ante todo actuar con el frío intenso. Se sumergen conejillos en agua fría. En menos de media hora puede descender su temperatura á 31°, y lo ordinario es que muera el animal, incapaz de soportar este colapso. La sangre de los animales sometidos á esta brusca é intensa refrigeración, sembrada en líquidos nutritivos, quedó estéril. Entonces hice esta reflexión; la ducha ó el baño frío no son en el hombre causa de pneumonía, mientras que se ve aparecer esta enfermedad después de un enfriamiento moderado, pero gradual y prolongado.

Provoqué entonces la refrigeración en un gran número de animales, por medio de la inmovilización, por la permanencia del mismo en la nieve, por la paralización cutánea y por barnizamiento. Al cabo de cuatro horas, en un animal de cada cuatro, y á veces en uno de cada tres, una gota de sangre puesta en cultivo da colonias bacterianas.

La inanición no prolongada por más de veinticuatro horas ha dado resultados negativos.

En una experiencia de Charrin y Roger, por medio de la cual se proponían primero estudiar la acción del cansancio, mantenían á un conejillo durante cuatro horas en una rueda parecida á la de las

jaulas de las ardillas y animada de un movimiento continuo de rotación, y se encontraron con que la sangre estaba de tal modo invadida, que una sola gota de la misma daba ocho colonias bacterianas. No se trataba en esté caso del cansancio: el animal había permanecido pasivo. No corrió; se le había hecho rodar durante cuatro horas. La acción del terror y de los choques había provocado un verdadero estado de detención de los actos nutritivos que se traducía por el descenso de la temperatura. Al extraer la sangre solo marcaba el termómetro en el recto 34°.

Las influencias nerviosas inhibitorias dificultan, pues, el fagocitismo normal, cuyo papel realizan en el espesor del tegumento interno las células linfáticas, cuando penetran los microbios patógenos que viven sobre nuestras superficies sin perjudicarnos. La suspensión pasajera de este fagocitismo normal, tiene por efecto permitir el paso de estos microbios desde la faringe, del pulmón ó del intestino á la sangre. Ya veremos qué causas nerviosas del mismo orden dificultan también el fagocitismo patológico, que realizan en la intimidad de los tejidos los glóbulos blancos de la sangre, y que al mismo tiempo que esto ocurre, se agrava ó se generaliza la enfermedad infecciosa.

Que se considere en las condiciones normales ó en las patológicas, el fagocitismo es una de las manifestaciones de la *naturaleza medicatriz*, una de las maneras del esfuerzo natural, preservador y curador. La invasión del organismo por ciertos microbios, impide, ó aminora ó retarda este esfuerzo. Este obstáculo es una de las causas que hacen á la enfermedad infecciosa *posible* ó *grave* ó *durable*.

Estado bactericida.—El estado bactericida es el segundo medio por el cual resiste el organismo animal á la invasión de las bacterias, ó triunfa de las que han logrado penetrar en él. Yo entiendo por estado bactericida, no solamente lo que mata ó disuelve los microbios, sino lo que detiene su crecimiento ó su nutrición, aminorando sus funciones.

De igual manera que no he entrado en detalles del descubrimiento de Conheim, ni del de Metchnikof, no recordaré tampoco los hechos de Grohmann, de Fodor, de Flügge, de Nuttal, de Nissen, de Petruchky, de Buchner, sobre los cuales se ha fundado la noción del estado bactericida de los humores normales de cierto número de animales sanos. Cuando se sabe qué mínimas son las diferencias en la composición química de los medios inertes que hacen más ó

menos activa la vegetación de los microbios; cuando se puede, por la sustracción ó la adición de débiles dosis de una sustancia química, detener toda manifestación de la vida bacteriana ó dejarla subsistir, imponiendo al vegetal modificaciones considerables en la rapidez de su repululación, en su forma, en sus funciones y en particular en las de sus funciones químicas que constituyen su virulencia; cuando se hacen sufrir por este medio á las bacterias degeneraciones ó atenuaciones que pueden continuarse hereditariamente durante un tiempo más ó ménos largo, aun cuando se la vuelva á colocar en su medio habitual; cuando por medio de otras modificaciones del medio inerte se puede, por el contrario, aumentar la intensidad de la vida del microbio y restituir y aun exaltar su virulencia, se comprende que las diferencias en la composición de los humores de los animales vivos puedan producir los mismos resultados. Y en efecto; por razones puramente químicas y de ninguna manera dinámicas, segun los humores y según las especies y las razas que suministran estos humores, las bacterias que en ellos se siembran pueden morir ó disolverse, ó simplemente impedirse su desarrollo, ó bien pueden alcanzar un alto grado de intensidad en su vida y en su funcionamiento, ó en fin, entre estos extremos pueden presentar todos los grados de la atenuación. Algunos de estos resultados se han obtenido por el cultivo de bacterias patógenas en humores animales desprovistos de toda clase de células.

Pero estos hechos tan interesantes ¿explican por qué tal enfermedad infecciosa se desarrolla fácilmente en tal especie animal y no puede desarrollarse en tal otra?

De ninguna manera. Metchnikof y Hesse han dicho con razón que la sangre de los animales, naturalmente refractarios á un microbio, pueden ser un buen medio de cultivo para este microbio. Lubarsch ha hecho constar el mismo hecho; pero ha reconocido además, y después de él Charrin y Roger, que la sangre de los animales no refractarios á un microbio puede ser bactericida para este microbio. Estos hechos paradógicos prueban que la inmunidad natural no depende del estado bactericida, y que la receptividad no está ligada á la ausencia del estado bactericida. Para la inmunidad adquirida es para la que toma el estado bactericida toda su importancia.

Metchnikof siembra la bacteridia carbuncosa en la sangre de los animales vacunados: el cultivo se desarrolla bien, pero no mata á los animales no refractarios, á los cuales se le inocula; el cultivo

hecho en la sangre de animales no refractarios ó de animales naturalmente refractarios se desarrolla igualmente, pero conserva su virulencia.

Metchnikof ha podido pensar que esta atenuación, producida por la sangre de los vacunados, era debida á la acción de los leucocitos, que ejercerían, aun en la sangre estravasada, su acción desfavorable á los microbios. Yo interpreto de otra manera esta memorable experiencia; yo veo en ella la primera demostración del hecho de que la enfermedad infecciosa, cuando no es mortal, produce al mismo tiempo que la inmunidad, una modificación durable de los humores que los hace bactericidas, es decir, capaces de producir, si en ellos se siembran, la atenuación de un microbio de la misma especie que el que ha producido la enfermedad. Yo veo aún en este hecho la prueba de este estado bactericida, que se desarrolla siempre que la inmunidad adquirida difiere, al menos por el grado, del que presentan naturalmente los humores de animales sanos, sean ó no refractarios. Gamaleïa ha hecho una comprobación análoga; y ha tenido el mérito de reconocer y de demostrar el primero, que el estado bactericida que se desarrolla en los humores de los animales vacunados, no es debido á las células que los mismos contienen. Ya habia reconocido anteriormente que el bacilo carbuncoso, inoculado al carnero *muy vacunado*, provoca el edema sin diapedesis, y que, sin embargo, queda destruído en este edema. En una experiencia más demostrativa, sembró el *bacillus antracis* en el humor acuoso, extraído de los dos ojos de un carnero que habia sido vacunado en la cámara anterior de uno de los ojos, y obtuvo una vegetación escasa, análoga al virus atenuado, y esto, tanto en el humor acuoso del ojo no inoculado, como en el del inoculado. La virulencia, en otras experiencias análogas, le pareció aminorada.

Charrin y Roger han reconocido que mientras que el suero sanguíneo del conejo es un medio favorable al bacilo piociánico, el suero del conejo vacunado es bactericida para este microbio que se desarrolla en él seguramente, aunque tarde y en poca abundancia, con formas delgadas, sin segregar piocianina, y que transportado en seguida á un medio más favorable, se encuentra incapaz, durante muchas generaciones, de fabricar la piocianina.

Charrin ha podido comprobar que la atenuación sufrida por el agente infeccioso cuando se le siembra, *in vitro*, en los humores del animal vacunado, se produce igualmente y sin duda por el mismo

proceder, cuando se introduce el microbio en el cuerpo del animal vacunado en vida.

Charrin ha visto igualmente, con Gamaleïa, sirviéndose del bacilo piociánico, lo que Emmerich y Mattei habían reconocido ya en el bacilo del mal rojo del cerdo, que la atenuación en el cuerpo de los vacunados se hace con una extrema rapidez.

Charrin ha comprobado también que esta atenuación del microbio virulento se hace espontáneamente en el cuerpo del animal enfermo cuando la enfermedad infecciosa ha curado. Se sabe que si el bacilo piociánico puede matar en veinticuatro horas, el mismo bacilo tomado en el mismo instante y en el mismo cultivo, dotado por consiguiente de la misma virulencia, provocará una enfermedad mucho más larga, susceptible de terminarse por la curación, á condición de que el cultivo se inyecte bajo la piel ó que la cantidad de cultivo inyectado en las venas haya sido muy débil; se sabe también que esta enfermedad confiere la inmunidad al animal curado; se sabe además que esta inmunidad se acompaña del estado bactericida de los humores; por último, yo he demostrado que este estado bactericida existe ya durante la enfermedad. En un conejo inoculado con pequeñas dosis del bacilo piociánico virulento, y que presenta la forma crónica y curable de la enfermedad, se extrae cada día una gota de sangre que se deposita en la gelosa nutritiva. Durante los primeros días, el cultivo es rico en piocianina; después, en los cultivos siguientes, el bacilo que se desarrolla todavía no produce la piocianina, segregando solamente el pigmento verdoso que no se disuelve en el cloroformo; se llega, por último, á atenuaciones de la función cromógena, y al mismo tiempo de la función virulenta, de tal manera profundas, que son precisos gran número de cultivos hechos en medios muy ricos para devolver al microbio sus funciones perdidas. Todo es microbicida en el cuerpo de los vacunados, tanto los sólidos, como los líquidos.

Roger separa los dos miembros posteriores en dos conejillos, uno vacunado por el bacilo del carbunco sintomático, y el otro sano. En uno de los miembros procedentes de cada animal, inyecta el cultivo virulento y coloca los cuatro miembros en la estufa. Al día siguiente, el muslo inoculado procedente del conejillo sano está enfisematoso y crepita bajo el dedo. No hay gas en el muslo inoculado procedente del conejillo vacunado, y no le hay tampoco en los miembros no inoculados procedentes, uno del conejillo sano, y otro del vacunado.

Como se podría creer que los tejidos se han hecho bactericidas, Roger, con los mismos resultados de su experiencia, tuvo cuidado de hacer pasar, inmediatamente después de la muerte, una corriente de agua salada por la aorta de los dos animales, habiendo practicado amplias aberturas en las venas.

Se han dado ya las pruebas de que la vacunación produce el estado bactericida en cinco microbios; se ha probado en el bacilo del carbunco por Gamaleïa, en el bacilo piociánico por Charrin y Roger, en el del carbunco sintomático, en el vibrión colérico por Zasslein, y en el vibrión de Metchnikof por Berhing y Nissen. Estos experimentadores han reconocido que el estado bactericida producido por microbios puede dificultar también el desarrollo de algunos otros microbios.

He indicado sumariamente las condiciones que permiten al hombre actuar sobre los microbios. Pasemos ahora al examen de los procederes, por medio de los cuales pueden actuar los microbios sobre el hombre.

PROCEDERES POR MEDIO DE LOS CUALES INFLUYEN LOS MICROBIOS SOBRE EL ORGANISMO ANIMAL.—De igual manera que he dejado á un lado las hipótesis, por las que se ha creído explicar la reacción del organismo animal contra los agentes patógenos, cuando estas hipótesis no descansaban sobre una base experimental digna de ser discutida, prescindiré igualmente de otras teorías también hipotéticas, que han pretendido esclarecer la acción que ejercen ciertos microbios sobre la economía viva.

Una noción me parece adquirida, y es *que las bacterias accionan sobre los animales por las materias que segregan.* La intensidad de esta acción química es proporcional á la masa de la sustancia química que la produce. Esta aserción parece que contradice la distinción admitida entre la virulencia y la intoxicación; y no faltará la objeción de que una bacteria única, que pese justamente la millonésima parte de un milésimo de miligramo, pueda causar la enfermedad y la muerte, y que la materia segregada por esta sola célula bacteriana es ciertamente incapaz de producir el menor efecto. Sin duda; pero es preciso tener en cuenta la multiplicación de los microbios. Esta multiplicación se hace con una viveza que puede no parecer muy grande, pero que basta, no obstante, para aumentar su número en una progresión que se hace pronto vertiginosa. Buchner y Riedlin, estiman que el vibrión colérico emplea para duplicarse un tiempo que varía entre diez y nueve y cuarenta minutos. Según esta

cuenta, un solo vibrión podría engendrar un millar en menos de diez horas.

Gracias á esta repululación, los productos bacterianos llegan á constituir una masa que no es despreciable. Estos productos, aun para una sola especie bacteriana, son numerosos; la química empieza á distinguirlos, pero la fisiología no ha esperado á que fuesen aislados para estudiar sus acciones. Se conocen hoy día ocho propiedades fisiológicas de los productos bacterianos, por los cuales los microbios patógenos pueden influenciar á los organismos animales; digo ocho propiedades y no ocho sustancias diferentes.

Secreciones bacterianas que provocan la diapedesis.—Por medio de las materias que segregan, pueden ciertos microbios patógenos producir localmente una acción perjudicial sobre los tejidos, adaptándolos así á sus necesidades; sus diastasas pueden hidratar, desdoblar la sustancia de las células y producir su disolución ó su mortificación. Pero lo que más á menudo ocurre, es que su acción química no alcanza á estos grados extremos, y sin ser bastante profunda para suprimir la vida de una porción del organismo, es suficiente, sin embargo, para provocar fenómenos reaccionales. Este estado irritativo se traduce en ciertas células por la hinchazón y la karioquinesis; en otras, por degeneraciones diversas grasosas, coloides, vítreas; por parte de los vasos, en la exudación y la diapedesis. Grawitz y de Bary, y después Scheurlen, Christmas y Karlinsky, han comprobado que el cultivo esterilizado del *estafilococcus aureus* es piógeno; pero como ha reconocido Christmas, el pus producido así no es piógeno, y como ha indicado Karlinsky, es susceptible de reabsorberse. Dos sustancias diferentes dan á este cultivo esterilizado su poder piógeno: una diastasa que Christmas hace inactiva, calculándola á 115°, y una ptomaina que Leber ha aislado. Otras diastasas tienen una acción local flogógena, por ejemplo, la que Arloing ha señalado entre los productos del microbio de la peripneumonía epizoótica y que produce el edema inflamatorio. Otras ptomainas también tienen una acción local flogógena: en efecto, Crawitz, y después Berhing, han demostrado que la cadaverina provoca la supuración sin microbios. El edema y la supuración resultante de la exudación y de la diapedesis son la expresión de actos reaccionales verificados por los vasos, pero ¿es directa la reacción vascular resultante de la acción química inmediata de los productos bacterianos sobre los vasos? No lo creo. En el tejido donde se operan los

fenómenos locales de infección, hay más que las células ó los vasos que puedan sufrir la irritación que provocan las sustancias segregadas por los microbios; hay también nervios. La irritación de los filetes nerviosos provoca un reflejo que se traduce en la región de donde ha partido la excitación, por una dilatación vascular activa que coloca á los vasos en la situación estudiada por Conheim, considerándola como el estadio previo de la diapedesis; la columna de los glóbulos rojos en el centro, la zona clara del plasma entre los glóbulos rojos y la pared vascular, y en esta zona clara los leucocitos que ganan la superficie interna del vaso, y allí se aplican, se extienden y se insinúan entre los endotelios.

La diapedesis es el resultado de una dilatación vascular activa, que se produce en la región en donde todavía está circunscrita la infección; y esta dilatación es el efecto de un reflejo solicitado por la irritación de los nervios de esta misma región, puestos en contacto de los productos bacterianos.

En los casos en que la enfermedad infecciosa se generaliza desde luego sin acompañarse de lesión local en el punto de introducción, es decir, sin que el agente infeccioso provoque la diapedesis, ¿es preciso suponer que las cosas pasan de esta suerte, porque los microbios que causan estas enfermedades no segregan materias capaces de producir irritación local, y que determinan la infección general porque no pueden producir la lesión local?

Es posible; pero yo afirmo que este hecho solo puede ser una excepción. No necesito más que una sola prueba: los agentes patógenos que provocan la infección general primitivamente, sin lesión local, no producen la afección general cuando se los atenúa, pero entonces producen una lesión local. La regla es que los microbios de esta clase segreguen materias irritantes, pero que segreguen también una materia que impide efectuarse la diapedesis.

Secreciones bacterianas que impiden la diapedesis.—He tardado dos años en comprobar la realidad de las sustancias que se oponen á la diapedesis é indirectamente á la fagocitosis.

Habiendo sabido que las materias segregadas por los microbios, tomadas en conjunto, tienen una acción vacunífera, habia yo imaginado que se obtendría más pronto la inmunidad y que se alcanzaría la curación, inyectando, desde el principio de la enfermedad, una dosis notable de productos bacterianos. El resultado de la experiencia no ha correspondido á lo que yo esperaba.

Estas materias, que cuatro días después de la inyección impiden al microbio que produzca la enfermedad, tienen una acción completamente diferente cuando se las introduce en el cuerpo del animal en el momento mismo de la inoculación. Hacen la enfermedad más rápida y más grave, y la hacen posible cuando no debiera haberse desarrollado, sea por la exigüidad de la dosis del virus inoculado ó por el estado refractario del animal; triunfa efectivamente de la inmunidad, tanto de la natural, como de la adquirida.

Esta agravación de la enfermedad, este aumento aparente de la virulencia, causados por la inyección actual de los productos de un microbio, los he comprobado primero con el bacilo piociánico; Courmont los ha observado con un bacilo que produce en la vaca una pseudo-tuberculosis; Roger con el bacilo del carbunco sintomático y el *prodigiosus*, y Monti con el *proteus* y algunos otros saprofitos. También los he visto con tres patógenos; la bacteridia carbuncosa, el *estafilococcus aureus* y el bacilo del cólera de las gallinas.

Al mismo tiempo que agrava la enfermedad ó suspende la inmunidad la inyección de los productos de un microbio, impide también la diapedesis y secundariamente el fagocitismo que naturalmente provoca el mismo microbio.

Yo lo he demostrado siguiendo hora por hora, por medio de células capilares colocadas bajo la piel, la actividad con que se hacía la salida de los leucocitos y el englobe de los microbios en los animales inoculados, algunos de los cuales recibían el cultivo esterilizado, no siendo inyectados otros con este líquido. Inyectando los productos de la bacteridia carbuncosa, del bacilo piociánico, del *estafilococcus aureus* y del bacilo del cólera de las gallinas, he suprimido la diapedesis y el fagocitismo que provocan estos microbios cuando se los inocula á animales vacunados ó á animales naturalmente refractarios.

Por medio de la inoculación de los productos solubles de la bacteridia virulenta, he impedido el fagocitismo que determina en los animales no refractarios la inoculación del carbunco atenuado. Por medio de la inyección de los productos solubles de un microbio patógeno, he hecho imposible la diapedesis y el fagocitismo, que provoca la inoculación de otros microbios, ya que estos últimos no fueran patógenos, ó que fueran patógenos atenuados, ó que fueran virulentos, inoculándolos á animales dotados de inmunidad natural ó adquirida.

Lo que el examen microscópico demostraba en todas estos casos, resaltaba en cierto modo en una experiencia muy sorprendente.

La inoculación del bacilo piociánico al conejo, animal poco refractario, da la infección general sin lesión local.

Charrin ha visto que en el conejillo, animal más refractario, la misma inoculación no provoca la infección general, pero determina en el punto inoculado el desarrollo de una zona que se ulcera y se elimina lentamente.

En el conejo vacunado, la inoculación que no produce la infección general, me ha permitido reproducir la misma lesión local que en el conejillo. Si yo inoculo al conejillo ó al conejo, inoculando el bacilo piociánico, al mismo tiempo que inyecto á estos animales los productos solubles de este bacilo, produzco en los dos la infección general, pero no se desarrolla la lesión local, que es tan solo la expresión grosera de la diapedesis.

¿Supondréis que esta detención de la diapedesis es debida, no á la acción de los productos bacterianos sobre el animal, sino á un efecto de detención que ejercerían sobre el microbio inoculado, efecto que reduciría estas secreciones, cuya acción irritante produce la diapedesis?

En este caso, el obstáculo á la diapedesis debería ser sobre todo marcado cuando la inyección se hace en el foco mismo de la inoculación; pero yo he notado que no es más manifiesta en este caso que cuando se hace la inyección subcutánea en un punto del cuerpo muy alejado de la región inoculada; un efecto incomparablemente más enérgico se obtiene cuando la introducción de los productos bacterianos se hace por la vía intra-venosa.

Otra experiencia de mi laboratorio confirma también mi manera de ser. No hay más que las bacterias y los productos bacterianos que, por irritación local, produzcan la trasudación y la diapedesis. Estas son solicitadas igualmente por diversos agentes físicos y por innumerables sustancias químicas. Si la hinchazón inflamatoria que provoca infaliblemente una de estas circunstancias, falta cuando se inyecta á un animal los productos de un microbio patógeno, será preciso advertir que los productos bacterianos impiden la diapedesis en el organismo animal.

La experiencia ha sido concebida y ejecutada por Charrin y Gamaleïa. En dos conejos, se frota á cada uno una de las orejas durante el mismo tiempo y con la misma cantidad de aceite de crotón, y á

uno de los dos se le inyectan en las venas 10 c. c. de cultivo esterilizado del bacilo piociánico.

Al cabo de cuatro horas, el oído del conejo que no ha recibido los productos solubles está rojo, caliente, considerablemente espeso y con flictenas. La oreja frotada del conejo inyectado está absolutamente sana y la vascularización no es mayor que la de la oreja del lado opuesto. La acción inhibitoria de la inyección se agota al cabo de seis á ocho horas, y si no se renuevan las inyecciones no se hace sencillamente más que retardar la inflamación; pero falta esta completamente si durante dos días se repiten estas inyecciones tres ó cuatro veces cada veinticuatro horas.

Resta saber sobre qué porción del organismo obran estas materias que se oponen á la diapedesis; ¿es sobre los leucocitos, sobre los vasos ó sobre el aparato nervioso vaso-motor? Dos experiencias de Charrin y Gley responden á esta pregunta.

En un conejo curarizado se excita el extremo central del nervio depresor, y la presión arterial desciende inmediatamente por el hecho de la dilatación de todos los vasos; la presión se hace de nuevo normal algunos instantes después de cesar la excitación. Se inyectan entonces en las venas del animal 10 c. c. de cultivo piociánico esterilizado, é inmediatamente después se excita de nuevo el extremo central del nervio depresor, y la disminución de la presión sanguínea es nula é insignificante; el centro vaso-dilatador no responde ya á la excitación; está paralizado.

En otro conejo curarizado se excita el extremo central del nervio auriculo-cervical de un lado y el oído del mismo lado se enrojece inmediatamente; todos sus vasos se dilatan. Se inyectan entonces en las venas 10 c. c. del cultivo esterilizado del bacilo piociánico y se excita nuevamente el extremo central del nervio auriculo-cervical; la dilatación vascular no se produce.

Yo puedo, pues, decir ahora que los microbios patógenos, ó al menos dos que yo he estudiado, segregan una sustancia que paraliza el centro vaso-dilatador, y hasta que si fabrican sustancias capaces de producir una irritación local, la parálisis vaso-dilatadora que determinan impide la producción de fenómenos inflamatorios en la región lesionada y especialmente la dilatación vascular, la exudación y la diapedesis. De esta manera, se sustraen los microbios á una de las causas de destrucción, al fagocitismo, y pueden desarrollarse, repulular y segregar con libertad.

Se comprenderá ahora cómo las perturbaciones nerviosas, el frío, las conmociones físicas ó morales, la fatiga, las vigilias y los disgustos se convierten con tanta frecuencia en la ocasión del desarrollo ó de la agravación de una enfermedad infecciosa, aminorando la acción del centro vaso-dilatador y haciendo más difícil la diapedesis, y por consecuencia el fagocitismo.

He estudiado experimentalmente el modo de acción de estas causas comunes, á las cuales se atribuyen legítimamente tantas enfermedades, que son por lo tanto infecciosas. Conejos inoculados reciben bajo la piel el cultivo piociánico en células capilares; á unos se los inmoviliza con objeto de producir en ellos la refrigeración espontánea; á los otros se los deja en libertad. Las células extraídas á intervalos regulares en los animales de las dos series demuestran: en los animales que se dejaron libres, una abundante emigración de leucocitos; en los que se enfriaron, por el contrario, es sensiblemente menos intensa la diapedesis; los leucocitos que contienen bacilos son más raros. De esta manern, es sin duda cómo el cansancio, según han visto Charrin y Roger, hace más rápida y más grave la infección y suprime la inmunidad.

Se comprende también cómo Roger ha podido ver que por medio de la inyección de los productos del *bacilus prodigiosus* se hace posible en el conejo, animal refractario, el desarrollo del carbunco sintomático; y cómo Monti ha podido pensar que los productos del *proteus vulgaris* exaltan la virulencia del estreptococo de la erisipela ó del pneumococo. Se explican, por último, estos hechos, hace mucho tiempo establecidos por la clínica que muestran que una primera infección favorece la aparición de infecciones secundarias, señalando la invasión de las articulaciones por el estreptococo, consecutivas á infecciones producidas en las amígdalas, la vajina y el colon por otros microbios.

También por estos hechos nos damos cuenta del papel que representan las fermentaciones intestinales ó las emanaciones que se desprenden de focos pútridos, en la génesis de ciertas enfermedades infecciosas, y con particular de las inflamaciones supurativas.

Todos estos hechos se hacen inteligibles cuando se sabe que los microbios patógenos y aun ciertos saprófitos segregan sustancias que, paralizando el centro vaso-dilatador, hacen más difícil la diapedesis, y por consiguiente el fagocitismo.

La acción de estas sustancias es casi inmediata; desde que están

en la sangre, su efecto se hace manifiesto, pero cesa rápidamente si nuevas cantidades de estas materias no reemplazan á las que se eliminan ó se destruyen.

Secreciones bacterianas vacunantes.—Además de estas materias nocivas, puedo señalar, entre los productos bacterianos, otras sustancias que son útiles al organismo animal infectado; me refiero á las que se han llamado materias vacunantes. No haré otra vez la historia de este asunto. En el último Congreso médico internacional de Washington entró en la fase experimental, con los trabajos de Salmon y Smith, sobre el cólera del cerdo. Un mes después completaba Charrin el descubrimiento é hizo la demostración definitiva vacunando conejos con el cultivo esterilizado del bacilo piocianico. La lista de las vacunas químicas aumenta de día en día.

Se creyó primero, que estas materias obraban por contaminación, y que, depositadas en el organismo animal, hacían imposible por su presencia la vida del microbio que las había fabricado. Creo haber hecho más verosímil esta opinión cuando sentí que las materias vacunantes se eliminan por la orina.

Charrin y A. Rüffer han hecho ver que se necesitan catorce días para que su eliminación sea completa; pero después de este tiempo persiste el estado de inmunidad. Cuando se vacuna inyectando cultivos esterilizados, el estado refractario no se obtiene hasta el cuarto día después de la inyección, cuando ya una gran parte de la materia vacunante se ha eliminado, y es nulo inmediatamente después de la inyección cuando esta materia se encuentra al *máximun* en el cuerpo del animal. La acción de las materias vacunantes que no se comprueba cuando están presentes, y en cambio se observa cuando están ausentes, no puede ser, pues, más que una acción indirecta.

La inmunidad es un efecto secundario de la acción de las materias vacunantes. Aunque sea producida por un virus vivo, la inmunidad, yo lo he demostrado, resulta, tanto en el primer caso, como en el segundo, del estado bactericida de los tejidos y de los humores, estado que está provocado por el paso de las sustancias vacunantes á través de la economía, y que se mantiene después de su eliminación.

Pero los humores solo son lo que las células los hacen. Es decir, que las células impregnadas, aunque sea pasajeramente por las materias vacunantes, elaboran y quedan en actitud de elaborar la materia de una manera nueva: su tipo nutritivo ha cambiado definitiva-

mente. El estado bactericida, condición estática de la inmunidad adquirida, es, pues, el resultado de una modificación permanente de la nutrición, provocada por el paso de ciertos productos bacterianos á través del organismo. Si este resultado es duradero, se produce tardiamente. Yo he probado que el estado bactericida es nulo en el momento en que se acaban de inyectar los productos bacterianos en la sangre, y que es dudoso durante las primeras veinticuatro horas, claramente acusado al cabo de cuarenta y ocho, y más evidente al cabo de setenta y dos y de noventa y seis. Solo después de este tiempo es cuando la inmunidad está sólidamente establecida.

Las materias vacunantes segregadas por los microbios patógenos en el cuerpo de los animales infectados, como ocurre en los cultivos, producen efectos experimentalmente demostrables, solamente al cabo de dos días; y estos efectos no son prácticamente útiles hasta el cuarto día; pero estas materias se encuentran presentes y actúan durante catorce días; en cuanto al efecto, una vez producido, persiste de una manera permanente. ¡Qué diferentes de las materias que se oponen á la diapedesis! Desde que están estas en la sangre, es su efecto manifiesto; seis ú ocho horas después de su introdución, es nulo.

Las materias vacunantes no son, ni tóxicas, ni piretógenas, ó al menos pueden vacunar á dosis en que no producen, ni efecto tóxico, ni fiebre; lo que prueba, dicho de paso, que la inmunidad adquirida no es la consecuencia de un estado febril, ni tampoco el hábito á los venenos bacterianos.

Otras acciones de los productos bacterianos.—Otros productos bacterianos son mejor conocidos; otros tienen menos importancia: los señalaré sumariamente.

La fiebre de las enfermedades infecciosas es tóxica; ha sido producida por Charrin y A. Rüffer, inyectando venenos bacterianos.

Es provocada por diastasas y por alcaloides: por diastasas, como la que ha estudiado Roussy, y por ptomainas, tales como la amigdaleina de Brieger.

Otras sustancias son venenos, propiamente hablando; unos obran de preferencia sobre el sistema nervioso; otros modifican igualmente el funcionamiento de otras células y aun su nutrición. Á estos venenos es preciso atribuir, en las enfermedades infecciosas, la cefalea, el delirio, las convulsiones, el coma, los trastornos secretorios y las degeneraciones musculares ó viscerales. La mayor parte de estos

venenos parecen ser ptomainas; algunos son diastasas, como la que según Gamaleïa produce la diarrea después de la inyección de los cultivos esterilizados del vibrión colérico.

Las experiencias de Massart y Bordet tienden á hacer admitir que las materias segregadas por ciertos microbios ponen en juego la irritabilidad de los leucocitos, de tal suerte, que estas células caminan en las soluciones de los productos bacterianos, desde las partes más diluidas, hacia las partes más saturadas, lo que conduciría á los fagocitos á ponerse en contacto con los microbios.

La imposibilidad de englobar ciertas bacterias por los leucocitos, ha hecho pensar si segregarían estas alguna materia estupefaciente para los leucocitos.

Hay, en fin, materias bacterianas que matan á los leucocitos, cuyos cadáveres son las células de pus; y estas materias son, como ya he dicho, unas alcaloides y otras diastasas. ¿Es esto todo? Estoy distante de pretenderlo; hasta tengo tendencia á pensar que ciertos microbios segregan diastasas que, como el jequirity, ó como la papaina, facilitan el desarrollo de la infección general sin impedir la diapedesis.

No me queda para concluir, más que agrupar en una síntesis los hechos que se desprenden de este análisis.

Teoría de la infección.—Una bacteria virulenta se introduce por efracción en nuestros tejidos, ó uno de los microbios que habitan en nuestras cavidades, burlan, á favor de una perturbación nerviosa, la vigilancia de las células linfáticas y penetra en nuestros humores: la enfermedad no comienza todavía por esto. El agente patógeno cae en un medio más ó menos favorable para su desarrollo. Si los humores son muy bactericidas, no hay vegetación, ni multiplicación, y por lo tanto, no hay enfermedad. Si los humores son favorables al microbio, el desarrollo es inmediato. Si son moderadamente microbicidas, hay una primera fase de degeneración, durante la cual cierto número de bacterias pueden desaparecer, pero durante la cual también, las diastasas segregadas modifican la materia en la zona invadida, la adaptan á las necesidades del microbio como la diastasa de la levadura, que transforma en glicosa fermentescible la sacarosa y la lactosa. Entonces se efectúa el desarrollo del agente patógeno. Que este desarrollo haya sido inmediato ó que ocurra solamente después de esta fase de degeneración, la enfermedad ha comenzado.

A partir de este momento, el vegetal repulula y segrega, y la masa de sus productos de secreción es proporcional á su número y también á la intensidad de su vida. Estos venenos pueden producir deterioraciones locales por alteración química del tejido invadido. También son absorbidos y provocan los accidentes piréticos, nerviosos y distróficos, que varian según la naturaleza de los productos absorbidos; es decir, según la especie del microbio que le segrega. Estos fenómenos locales y generales de la infección, aparecen en el momento preciso en que el número de microbios hace que la masa de los productos bacterianos no es una cantidad despreciable.

De esta manera, continuando la repululación, el microbio lleva la intoxicación hasta la muerte, á pesar de los esfuerzos que hace el organismo para retrasar esta terminación, eliminando los venenos por los riñones, transformándolos en el hígado y quemándolos en la sangre ó en los tejidos, *á menos que* el organismo no dirija contra los microbios los dos medios de defensa por medio de los cuales puede obrar sobre ellos: el fagocitismo que los destruye y el estado bactericida que modera y detiene su repululación, que restringe y suprime su secreción. De estos dos medios, uno, el estado bactericida, no es más que un arma prestada que el organismo debe al microbio, y que además aparece muy tarde. La otra, el fagocitismo, pertenece en propiedad al organismo, pero supone la diapedesis que, para efectuarse, exige una solicitación del microbio. Si esta solicitación falta, si la acción irritativa local es nula, la infección general primitiva puede producir la muerte con la rapidez del rayo. Salvo este caso, el fagocitismo es un medio de defensa, el único durante los dos ó tres primeros dias. En las infecciones benignas, puede por sí solo producir ciertas curaciones.

Pero ciertos microbios tienen un medio de impedir que el esfuerzo fagocitario se cumpla; son aquellos cuyas secreciones paralizan el centro vaso-dilatador; también son estos probablemente los que por otros medios paralizan los leucocitos. Estas secreciones constituyen el peligro de ciertos microbios, mayor que el de las secreciones piretógenas ó venenosas. Ante estos microbios se encuentra el organismo desarmado, ó no dispone más que de medios paliativos.

Afortunadamente, sin embargo, mientras que la bacteria virulenta deposita en la sangre y en los tejidos estas sustancias deletéreas, cuya presencia se traduce inmediatamente por graves perturbaciones, segrega también otra sustancia que, durante muchos dias, no

se revelará por fenómeno alguno apreciable, pero que penetra en las células, cambia su nutrición y las incita á elaborar la materia bajo un nuevo tipo; el estado bactericida queda establecido. En este preciso momento, la enfermedad ha alcanzado su acmé y no le queda más que decrecer.

En los humores modificados, la repululación se detiene, el microbio se atenúa. Los venenos van á ser depositados en la sangre en cantidad decreciente y los emunctorios bastarán para eliminarlos. Pero sobre todo, el veneno que paraliza el centro vaso-dilatador, llega también en menor cantidad; la diapedesis, hasta entonces dificultada, se realiza, y el fagocitismo, desde este momento posible, se verifica sin obstáculo sobre las bacterias ya atenuadas y termina su destrucción, comenzada por el estado bactericida.

En esta concepción de la enfermedad infecciosa, hay un primer período en el cual los microbios, paralizando el centro vaso-dilatador, hacen que la infección y la intoxicación aumenten gradualmente. Durante este tiempo, preparan el segundo período, en el cual el estado bactericida atenúa el microbio, disminuye sus secreciones tóxicas y le obliga, por último, á dejar realizarse el fagocitismo que termina el drama.

En la enfermedad infecciosa, las materias bacterianas nocivas actúan rápidamente, y las materias útiles más tarde; pero el efecto nocivo cesa rápidamente, mientras que el efecto útil dura mucho tiempo.

(Se continuará.)

BOLETÍN SANITARIO DE MADRID.

Con ligeras alternativas de remisión y agravación ha continuado la viruela invadiendo á gran número de personas durante el mes de Septiembre.

También se han presentado otras fiebres eruptivas y bastantes catarros intestinales, algunos muy intensos.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29.

NOTICIAS.

La Excma. Diputación provincial de Madrid ha acordado proveer por oposición una plaza de profesor del Cuerpo médico-farmacéutico de la Beneficencia provincial, en la sección de Medicina, dotada con el sueldo de 1.750 pesetas anuales.

Los aspirantes á esta plaza presentarán en el improrrogable término de treinta días, contados desde la fecha en que aparezca inserto este anuncio en el *Boletín* de la provincia (27 de Septiembre), en la *Gaceta* y *Diario oficial de Avisos de Madrid*, sus respectivas solicitudes en la Secretaría de la Corporación, acompañadas de los títulos profesionales médicos de los interesados ó del testimonio de dichos títulos, autorizado por un notario, de la fe de bautismo, certificación de buena conducta moral debidamente legalizadas, si proceden de fuera del territorio de esta Audiencia, y por último, una relación justificada de los méritos y servicios.

Los ejercicios de oposición serán cuatro:

El primer ejercicio consistirá en responder á seis preguntas durante una hora como tiempo máximo. De estas seis preguntas, tres serán relativas á cuestiones de patología y clínica médicas y las otras tres versarán sbore puntos ó conceptos generales de las ciencias médicas. El Tribunal depositará en dos bombos, uno para cada clase de preguntas, diez papeletas, cuando menos, por cada opositor, procurando formular las preguntas con claridad.

El segundo ejercicio consistirá en una disertación escrita, durante cinco horas, sobre un punto general de medicina.

Los opositores estarán incomunicados y sin libros ni apuntes. Para verificar el sorteo del punto sobre el cual haya de versar la disertación, se depositarán previamente en un bombo tantas papeletas como jueces compongan el Tribunal. Terminado el ejercicio se entregarán las memorias, dentro de un sobre cerrado y firmado, al secretario del Tribunal, y en las sesiones siguientes se dará lectura pública por los interesados de sus respectivas memorias.

El tercer ejercicio consistirá en el examen de un enfermo de la sección y exposición de su historia clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. El enfermo será elegido por sorteo entre los de la sección, y el opositor actuante podrá examinarlo durante media hora, auxiliándose con los instrumentos de exploración que pida, y expondrá su historia durante una hora como tiempo máximo. Los contrincantes podrán examinar al enfermo durante un cuarto de hora cada uno, si son dos, y durante media hora si fuese uno solo. El actuante dispondrá para la réplica de cada uno de los contrincantes de un tiempo igual al empleado por cada uno de ellos.

El cuarto ejercicio consistirá en la práctica de una operación sacada á la suerte, describiendo antes de practicarla, la región, las indicaciones y contraindicaciones de la operación, que se procurará tenga carácter médico, sus

métodos y procedimientos, razonamientos del que se elija, apósito y curas consecutivas.

Los opositores que no asistan ó no excusen su asistencia por causa justificada en los días que les corresponda actuar en los diferentes ejercicios, así como en el sorteo de las trincas ó bincas, se entenderá que renuncian á las oposiciones, y por lo tanto serán excluidos por el Tribunal.

Los tribunales anunciarán en la *Gaceta de Madrid* y en el *Boletín oficial* de la provincia el día en el que haya de comenzar el primer ejercicio.

El Tribunal elevará á la Excma. Diputación una propuesta unipersonal, no haciendo objeto de calificación ninguna al resto de los opositores, que no adquieren por sus ejercicios ningún derecho á ingresar en el cuerpo médico.

Se va á crear en Nueva-York un segundo hospital de mujeres exclusivamente administrado por mujeres, como administradoras y como médicas. Este será el octavo establecimiento de este género que funcionará en los Estados-Unidos donde existen ya establecimientos médicos confiados á las mujeres en Nueva-York, Filadelfia, Boston, Chicago, San Francisco y Minneapolis.

El Consejo municipal de San Petersburgo ha decidido proteger los cursos de medicina para mujeres por los medios siguientes: 1.° Estos cursos recibirán de la Administración municipal una subvención anual de 15.000 rublos. 2.° La misma Administración dispondrá para la celebración de los cursos un local próximo al hospital Oboukhow. Y 3.° Las mujeres que sigan estos cursos de medicina serán admitidas á dedicarse, bajo la dirección de médicos competentes, á estudios prácticos en todos los hospitales de la villa, á condición de que presten su concurso á los médicos de los hospitales en el tratamiento de los enfermos. Una princesa japonesa está actualmente en Berlín estudiando los hospitales y las instituciones de beneficencia con objeto de fundar establecimientos de esta clase en su patria.

Según la última estadística publicada por el Ministerio de Instrucción pública de Francia se han expedido desde 1866, 202 diplomas á señoras ó señoritas. Estos diplomas han sido: 35 de doctores en medicina, 69 de bachilleres en ciencias y en letras, 13 de licenciados y 2 de farmacéuticos. Entre las señoras ó señoritas extranjeras el mayor número pertenecen á Rusia y Rumania. También hay muchas polonesas y algunas inglesas.

M. Lefebvre ha hecho una comunicación en la Academia de Medicina de Bruselas recordando como hecho curioso la existencia de una bula del papa Benedicto XIV (1745), en la cual da la sintomatología de la grippe, describiendo cuidadosamente los síntomas de la epidemia que reinó en su tiempo y que corresponden perfectamente con los que hemos podido observar en la última epidemia. Después autoriza el Pontífice á comer carne los viernes y á no ayunar en la Cuaresma, etc., en los puntos en que se hubiera presentado la epidemia.

Obras recibidas en esta Redacción:

Concours des prix de l'Academie de Médecine. M. Hayen juge et partie d'un de ces concours. Extrait de la *Medecine contemporaine*. Paris.

Enfermedades fetales y monstruos, por el profesor Dr. Roberto Wernicke. Buenos-Aires, 1890.

Los progresos de la terapéutica en 1889, por Octavio Maira, ex-profesor de higiene de la Universidad, etc. Santiago de Chile, 1890. Dos ejemplares.

Lecciones sobre las enfermedades de los niños, por el Doctor Henoch, traducido directamente de la tercera y última edición alemana por D. Rafael del Valle y Aldabalde. Madrid, librería de J. F. Menéndez. Cuaderno 11.°

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
Cuenca.....	Tresjuriscos.....	500 pesetas y 200 fanegas de trigo por las igualas.....	11 Octubre.
Madrid.....	Villar del Olmo.....	375 pesetas; 1.375 por las igualas y 625 por el anejo Nuevo Bastán.	13 —
León.....	Valdepolo y Quintana de Ruedas.....	750 pesetas y las igualas.....	10 —
Cuenca.....	Velisca.....	250 pesetas y las igualas.....	17 —
Castellón....	Mercadal.....	996 pesetas y las igualas.....	20 —
Murcia.....	Ojos.....	999 pesetas por los pobres de la población y 999 por los del campo y las igualas.....	9 —
Segovia.....	Vallelado.....	500 pesetas y 1.500 por las 100 familias.....	28 —
Avila.....	Gutiérrez-Muñoz.....	175 pesetas y las igualas.....	10 —
Burgos.....	Rojas.....	150 pesetas y 250 fanegas de trigo por las igualas.....	10 —
Cuenca.....	Santa María del Campo	750 pesetas y las igualas.....	10 —
Burgos.....	Santa Inés.....	50 pesetas y las igualas.....	13 —

Hallándose vacante la plaza de profesor médico-cirujano de la Sociedad de Socorros Mutuos de peluqueros y barberos de Madrid, compuesta de 185 socios y sus respectivas familias, con la asignación anual de 1.500 pesetas, se anuncia á concurso bajo las condiciones siguientes: que no exceda de 40 años de edad, que tenga título que acredite ser licenciado en Medicina y en Cirugía, tener por lo menos ocho años de práctica y no ejercer cargo alguno en la Beneficencia ni en ninguna otra Corporación al ser nombrado médico de esta Sociedad. Los aspirantes á dicha vacante pueden presentar sus solicitudes hasta el 10 de Octubre al presidente de dicha Sociedad, calle Mayor, núm. 32, peluquería.

Habiendo ensayado en varios enfermos y en nosotros mismos el *Salicilato de bismuto y cerio* del Sr. Vivas Pérez, hemos podido comprobar su eficacia en los *catarros intestinales*, especialmente en su segundo período, cuando no existen dolores y solo se necesita combatir el aumento de secreción intestinal y las evacuaciones consecutivas.

Tiene además la ventaja, alguna vez de gran importancia, de su grato sabor, tal como lo prepara el autor, que permite pueda ser administrado en los niños sin gran repugnancia.

Lo que certifico en Valencia á 1.º de Junio de 1889.

Dr. Slocker.

Alumno interno, profesor clínico y ayudante de clases prácticas, por oposición, en la Facultad de Medicina de Madrid y actualmente catedrático numerario de la de Valencia.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.

El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

DEPÓSITOS AL POR MENOR.—Cádiz, farmacia del Dr. Conil.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, Dr. Rodríguez.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruiz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

SOBRE LA TIFLITIS,

POR EL DOCTOR

D. LEOPOLDO RAMONEDA,

CIRUJANO DE NÚMERO DEL HOSPITAL GENERAL.

Quizás puedan estimar algunos que se trata en la afección cuyo nombre encabeza estos renglones de una enfermedad de segunda fila, de una inflamación catarral común, significada solo por su asiento en parte determinada del tramo intestinal, cuya curación por tanto fácilmente se consigue mediante la espectación auxiliada con una dieta rigurosa, el hielo localmente y el opio en altas dosis. Preciso es confesar que tal es el concepto que obras clásicas, puestas en todas las manos, algunas recientes, dan todavía de la enfermedad.

Pues bien, dicho concepto es completamente falso, el tratamiento interno ilusorio y nada fácil de conseguir la curación, para cuya consecución se necesitan medios muy distintos de los farmacológicos é higiénicos.

Solo la consideración de la terminología sucesivamente adoptada pone de manifiesto el cambio que viene sufriendo el concepto primitivo de la enfermedad.

En este concepto decir *tiflitis* ó *cœcitis*, expresiones equivalentes era como expresar lo siguiente: enteritis del ciego, del mismo modo como *duodenitis*, *yeyunitis*, *colitis*, indican la inflamación del duodeno, del yeyuno, del cólon. Así las cosas, ¿sucedía que tomando mayor vuelo la irritación se propagara al peritoneo inmediato, determinando en él las lesiones de la peritonitis? Á este nuevo estado se le llamaba *peritiflitis*. Pero si la inflamación, siguiendo encontrado

camino, se dirigía hacia la cara posterior del órgano instalándose en el tejido celular de la fosa iliaca, tejido celular que se suponía en continuación inmediata con dicha cara posterior, entonces teníamos una *paratiflitis* ó flegmon subperitoneal de la fosa iliaca derecha.

Este modo de entender las cosas seduce por su sencillez; solo que si se viene á recorrer la literatura médica actual buscando la palabra tiflitis, se ve que viene escaseando cada vez más, siendo sustituida por otra cuyo uso se viene generalizando. Esta es la de *apendicitis* y también *apendicitis perforante*.

Parece como que ya no hay tal tiflitis, tomando esta palabra en el sentido concreto que apuntamos arriba, y si algunos autores, sobre todo ingleses, como Fagge, Wilks, Musser, Pepper, usan todavía esta expresión, es cambiando su primitivo significado y designando con ella el conjunto de fenómenos inflamatorios que pueden desarrollarse en la fosa iliaca derecha bajo la influencia de alguna alteración del apéndice del ciego.

Ya que este anejo del intestino grueso desempeña un papel tan importante, bueno será, antes de pasar adelante, consignar aquí algunos breves apuntes acerca de su disposición.

Se origina del fondo del saco del ciego bajo la forma de un cordón hueco, cuya longitud puede alcanzar hasta cerca de una cuarta.

Abierto según la longitud, se ve que su cavidad es tan estrecha, que las paredes, bastante gruesas, quedan en contacto. En esta cavidad se encuentra un poco de moco y bastante á menudo bolitas de materias fecales endurecidas.

La cavidad del apéndice se comunica con la del ciego por un orificio de ordinario estrecho é incompletamente cerrado por una válvula.

Dignas de mucha atención son las diferencias que se han notado en la situación y las relaciones de este órgano.

Por lo común el apéndice cœcal ocupa la fosa iliaca derecha en las inmediaciones del estrecho superior. Está fijado al ciego y á la fosa iliaca por un pliegue triangular ó falciforme del peritoneo. En esta situación goza de cierta movilidad, la cual viene á ser muy grande cuando falta este modo de fijación. Fácilmente se concibe que en casos semejantes haya podido formar parte de hernias ó enrollarse á modo de nudo alrededor de un asa intestinal, causando su estrangulación. Á menudo se le ha encontrado, en lugar de dirigirse hacia abajo, dispuesto en dirección ascendente, colocado detrás del cólon, entre este intestino y el riñón, en medio del tejido celular.

Cruveilhier dice haberlo visto en un caso de este género alcanzar la cara inferior del hígado. En otros se le ha visto correr paralelamente al ileón, entre las hojas del mesenterio.

Ahora bien; si inflamaciones del apéndice son la causa ordinaria de la afección, llamada tiflitis, fácil es comprender que, con variaciones tan grandes en su situación, muy distintas deben de ser las consecuencias de la apendicitis según los casos. Sin embargo, solo conocemos un caso (1), en el que la afección no tuviera su asiento en la fosa iliaca derecha. Fuerza es deducir que las demás formas, dada la singularidad de la expresión clínica, ó han escapado á la observación, ó han sido desconocidas.

Concretándonos á lo sabido de fijo, justo es reconocer que á la nueva cirugía es á quien es debido el conocimiento exacto de lo que es la tiflitis, porque habiéndose llevado la operación á efecto en bastantes casos antes de que la lesión inicial se hubiese complicado con alteraciones más ó menos profundas en los órganos inmediatos, ha permitido sacar aquella á la luz mucho antes de la hora de la necropsis, descubrirla en toda su sencillez, establecer la relación cronológica de las lesiones que sucesivamente se vienen agolpando alrededor del foco originario, y de este modo señalar á la terapéutica un camino seguro.

La relacion sucinta de algunos casos será la prueba de cuanto acabamos de decir.

Treves (2), en un enfermo operado por él, encontró que la causa de los accidentes era como sigue: En el apéndice del ciego, huellas de inflamación antigua, el omento estaba adherido á la base del mismo, y por su retracción había determinado su acodamiento en ángulo agudo, circunstancia de la cual resultaba que, no pudiendo el apéndice vaciar su contenido en el ciego, había alcanzado el volumen del dedo índice. La destrucción de las adherencias bastó para determinar una curación completa.

Senn (3), en dos casos operados por él, encontró las alteraciones siguientes:

En un caso, el apéndice largo de 5 cm., del volumen de la tercer

---

(1) El de Gambetta.

(2) Treves: *Relapsing Tiflitis*, etc.—«Med. chir. transact», 1888. vol. LIII.

(3) N. Senn: *A plea in favor of early laparotomy for catarrhal ulcerative apendicitis.*—«Journ. of the med. assoc.» Chicago, 1889. November 3.

falanje del dedo meñique, llevaba en su superficie interior una ulceración. Dice el autor «que la ausencia de una causa microscópica»mente apreciable de la ulceración, el estado de la mucosa y el afecto» de la ulceración estaban á favor de un origen sencillamente ca»tarral».

En el otro caso el apéndice, cuya superficie serosa aparece inyectada, estaba engrosado y duro, y en su interior se encontró un líquido purulento espeso y dos ulceraciones análogas á la del caso precedente, pero ningún cuerpo extraño.

No se puede, pues, dudar de que la lesión primitiva puede solo consistir en un catarro crónico del apéndice.

En otro caso, Treves (1), hecha la laparotomía, encontró el apéndice sepultado en medio de adherencias, acodado á su inserción sobre el ciego, formando un tumor de dos pulgadas de ancho, relleno de moco. Tan pronto como estuvo librado el apéndice de las adherencias y enderezado, se vació su contenido en el ciego. Después de extirpado se vió que su superficie interna estaba ulcerada en toda su extensión.

Fuera, sin embargo, un error creer que la alteración primitiva es en la generalidad de los casos un simple catarro crónico del apéndice.

En la mayoría de los casos, la presencia de un cuerpo extraño es la causa primera de todo el daño.

La estadística establecida por Krafft de Lausanne (2), es en este particular y también en otros conceptos en extremo instructiva. Este autor ha recogido en las publicaciones anteriores casos que, añadidos á los observados por él y por un compañero suyo, suman 106.

En todos ellos existía alrededor del apéndice y del ciego, una colección purulenta más ó menos antigua. La causa de dichos abscesos fué en casi todos los casos la perforación del apéndice, la cual á su vez ha sido producida en la mayoría de los casos por un enterolito ó un cuerpo extraño. Estos resultados explican cómo es que en la peritiflitis las recidivas inflamatorias suceden tan á menudo.

De todas las consecuencias de la apendicitis, la más grave es sin

---

(1) Treves and Swallow: *Relapsing typhlitis treated by remoral of the vermiform appendix.* «Lancet», 1889. Februar 9.

(2) Ch. Krafft: *Über die frühzeitige operative Behandlung der durch Perforation des Wurmfortsatzes herrorgerufenen Perityphlitis stercoralis Aescorals.* «Sammlung klin. Vorträge. N.° 31.

contradicción posible la peritonitis por perforación. No solo esta temible complicación, contra la cual no há mucho nuestro arte estaba sin recursos verdaderamente eficaces, se presenta bastante á menudo, sino que hay una clase de enfermos, los niños, en los que la causa más ordinaria de esta peritonitis es la apendicitis.

Y si se viene á considerar que la tiflitis es esencialmente una enfermedad de recaídas, que nunca se puede asegurar que un acceso agudo dado será el último en el curso de un caso determinado, porque muy largos pueden ser los intervalos de salud aparente, y que por consiguiente muchas pretendidas curaciones atribuidas á la terapéutica médica en ningún caso se pueden considerar como definitivas, sino ocasionadas á engaños acerca de la verdadera gravedad de la dolencia, y que por tanto la muerte es la perspectiva más probable de todo individuo afectado con apendicitis, justo será reconocer que al emprender por sus métodos peculiares el tratamiento de esta afección, procurando una curación seguramente radical y definitiva, la cirugía ha prestado un señalado servicio.

Antes de dar término á esta breve reseña, conveniente nos parece dar relación de algún caso en el que este papel tan útil es de toda evidencia.

Un señor enfermó de repente después de cenar, arrojando cuanto acababa de comer y experimentando dolores extraordinariamente agudos en el vientre, en especial del lado derecho, siguiendo fiebre y gran excitación. Al día siguiente, la palpación que hizo posible la narcosis clorofórmica, permitió reconocer en la fosa iliaca derecha un segmento de intestino, en forma de morcilla, duro, un poco movible. Se verificó la laparotomía y se encontró una peritonitis generalizada incipiente cuyo punto de partida estaba en el apéndice, perforado, esfacelado y relleno de piedrecillas. El ciego estaba sano; curó el operado (1).

Las más veces, sin embargo, la apendicitis no tiene un desenlace tan repentino. Solo después de varios accesos es cuando aparece la inminencia de una terminación funesta. Las más de las historias clínicas, en cuanto están referidas con bastantes pormenores, apuntan en cada caso una serie á veces larga de accesos agudos. Así es que Fitz *(Internat. journ. of med. science,* 1886), dice que estas recidivas

(1) Schüller: *Laparatomia*, etc. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für. Chir.*, XVIII. Kong, 1889.

se han observado en el 11 por 100 de todos los casos, haciendo notar además que en muchas de las relaciones la falta de pormenores permite creer que la proporción real de tales casos es mucho mayor. Eichhorst ha referido el caso de un enfermo que en año y medio tuvo cinco recidivas.

Parece desprenderse de cuanto se conoce acerca del asunto que nos está ocupando:

1.° Que el conjunto patológico á que se da el nombre de tiflitis reconoce por causa casi constante una alteración del apéndice del ciego, siendo así que esta alteración se origina en la mayoría de los casos de la presencia en su interior de un cuerpo extraño ó enterolito.

2.° Que esta afección amenaza la vida con un grave y constante peligro.

3.° Que solo á la cirugía toca procurar la curación radical y definitiva.

La operación fundamental que se ha practicado en todos los casos ha sido la resección del apéndice.

Para proceder á esta resección lo mejor es: primero, ligar con fuerza este órgano cerca de su inserción con una fuerte hebra de seda ó con un catgut de grosor adecuado y convenientemente preparados naturalmente. Sigue la curación y luego la sutura por unos puntos de Lembert, del peritoneo, por cima de la superficie cruenta. Este último detalle es de suma importancia.

En cuanto á la operación preliminar es distinta según los casos. Los más de los cirujanos preconizan y han practicado una incisión análoga á la que sirve para ligar la arteria iliaca primitiva. Senn aconseja una incisión longitudinal cuya dirección es paralela á la del ciego.

En los casos de diagnóstico dudoso, Sonnenburg ha propuesto una incisión en dos tiempos, abriendo primero hasta el peritoneo inclusive, esperando los acontecimientos en esta situación.

LAS ACLORHIDRIAS:

SU VALOR SEMEIOLÓGICO Y TRATAMIENTO,

POR EL DOCTOR

D. EDUARDO MORENO ZANCÙDO.

Al Dr. D. Ricardo Pérez Valdés.
EDUARDO MORENO.

Los procedimientos modernos de investigación, han transformado de una manera radical el concepto patogenético y la terapéutica de las gastropatías. El perfeccionamiento en la percusión y auscultación abdominal, la insuflación gastrointestinal con el doble fuelle de un pulverizador y sobre todo el análisis histo-químico del contenido gástrico han arrojado tanta luz en el estudio del funcionalismo fisiológico del estómago y de sus alteraciones patológicas, que si bien no puede menos de reconocerse que queda aún mucho camino por recorrer antes de llegar el perfecto conocimiento de las gastropatías, son muy pocos los órganos cuyas desviaciones de la normalidad estén tan bien definidas.

Y que esto se debe principalmente á las investigaciones histo-químicas del contenido gástrico es de todo punto incuestionable, toda vez que la incertidumbre y vaguedad de los síntomas subjetivos y de los objetivos suministrados por los antiguos métodos de exploración, no habían logrado desvanecer la enorme confusión, el verdadero caos que imperaba en la patología del estómago.

Ciertamente no es este órgano una simple retorta ó tubo de ensayo en que solo se realicen funciones puramente químicas. Existen al lado de estas las funciones vitales y las propias de los fermentos figurados, cuyo reciente estudio no ha podido evidenciar todavía más que las modificaciones provocadas por los micro-organismos enfrente de ciertas sustancias protéicas, pero sin que se haya conseguido llegar aún á sentar premisas ciertas y de verdadero interés práctico. Pero esto en nada disminuye el valor del análisis del contenido gástrico: el acto digestivo es esencialmente químico y el modo de realizarse normalmente este acto y el conocimiento de sus alteraciones mor-

bosas, serán siempre el principal fundamento de la patología y la terapéutica del estómago. Aun cuando no fuéramos deudores á estas investigaciones de otra cosa que el haber quitado á la dispepsia el valor de proceso morboso para reducirlo á un mero síntoma, á una alteración puramente química, y fundamentado la dietética sobre bases tan sólidas como las que informan el notabilísimo trabajo recientemente publicado por Boas (1), el análisis histo-químico del contenido gástrico tendría derecho justificadísimo á figurar como medio de investigación de gran importancia. Pero hay más aún, es imposible sin su auxilio hacer un diagnóstico serio de la mayoría de las enfermedades gástricas. Si estas como todas las demás que padece el organismo humano, solo consisten en desviaciones de la normalidad y para conocer las enfermedades de un órgano determinado precisa ante todo poseer una noción exacta de sus funciones fisiológicas y de las alteraciones que estas sufren en un proceso morboso determinado, siendo las de secreción las más importantes de las que se realizan en el estómago, solo el análisis de estas secreciones puede suministrarnos los datos necesarios para formular un diagnóstico exacto ó cuando menos aproximado á la verdad.

Cuanto decimos de las secreciones puede hacerse extensivo á la motilidad y absorción gástricas, pues si bien á esta última no es posible concederle la importancia que algunos le han asignado, en cambio el poder motor del estómago desempeña en la atonia de este órgano y en los fenómenos de compensación gástrica el principal papel; pero entre la motilidad y la secreción del estómago, existe una solidaridad tan íntima, que en la mayoría de los procesos morbosos del órgano que estudiamos se hace imposible deslindar los trastornos de que cada uno es responsable. Por otra parte, al estudio de la motilidad, así como al de la absorción, se han aplicado procedimientos fundamentados en los mismos principios que presiden al de las secreciones y de aquí que al hablar de las investigaciones histo-químicas considere englobados en ellas el examen de todo el funcionalismo del órgano, así como el análisis histológico de los productos recogidos con la sonda.

Merced á ellos, repito, hemos adquirido concepto claro de muchos procesos morbosos y poseemos datos de gran valía de otros cuyo

(1) Boas. *Ueber das Grundsätze des Diätetik bei Krankheiten der Verdaungsorgane.* Berlín, 1890.

estudio está aún sobre el tapete. Por eso no puedo explicarme la resistencia que algunos manifiestan hacia estos procedimientos de investigación, sino atribuyéndolos á un absoluto desconocimiento del asunto, á un escepticismo sistemático ó á que *es mucho más cómodo decir que una cosa no sirve para nada que tomarse el trabajo de estudiarla y el mayor aún de practicarla.*

He creído necesarias las anteriores reflexiones, por ser precisamente la falta de valor patognomónico de la aclorhidria en el cáncer del estómago, el argumento de mayor fuerza aparente, lanzado contra las investigaciones histo-químicas del contenido gástrico por los detractores de estos procedimientos.

La hipoclorhidria y aclorhidria no son realmente más que un síntoma, una perturbación química y como tal pueden ser el resultado, la expresión de múltiples procesos morbosos. Transitoria unas veces, permanente otras, la disminución ó falta absoluta del ácido clorhídrico en el jugo gástrico indica siempre una depresión más ó menos profunda en la vitalidad del órgano y una falta de aptitud para cumplir su destino fisiológico.

No incumbe á mi propósito ocuparme en las hipoclorhidrias, que acompañan muchas veces á los procesos febriles, á las clorosis ó anemias, á los períodos avanzados de muchas enfermedades constitucionales, ni de las que obedecen á ciertos trastornos funcionales en su inmensa mayoría de índole puramente nerviosa. Cuanto á las primeras tienen facilísima explicación en las alteraciones generales de la economía y los cambios experimentados en sus elementos constitutivos por el jugo gástrico, no tienen otra importancia patogenética que el observado en otras secreciones. Respecto de las segundas su carácter de movilidad les quita en gran parte el interés así nosológico como terapéutico y solo hay entre ellas una que merezca fijar la atención de los prácticos; la hipoclorhidria ó aclorhidria de la mujer durante el período menstrual, alteración que ha pasado inadvertida para los ginecólogos y que explica no solo las perturbaciones digestivas, tan frecuentes durante el período catamenial, sino también el mecanismo de otras debidas á reflejos útero-ováricos.

Conviene señalar también las hipo y aclorhidrias consecutivas al uso prolongado de ciertos remedios, entre los cuales figuran en primer término los alcalinos y las aguas clorurado sódicas, hecho evidenciado por Jaworski y que he podido comprobar según he dicho

ya en otro sitio (1) el alcohol (efectos inmediatos) el opio, etc. Son generalmente estas hipoclorhidrias de carácter transitorio y desaparecen al cabo de corto tiempo de haber cesado la medicación. Solo una vez la he visto persistir, durante muchos meses en un enfermo que había abusado en gran manera de las aguas de Vichy, si bien en este caso cabía la duda si la hipoclorhidria estaría sostenida por la profunda anemia desarrollada en el enfermo.

Cuanto á las aclorhidrias que se presentan en las histerias y en la neurastenia corresponden á la categoría de trastornos puramente funcionales del estómago; son verdaderas neurosis por depresión cuya esencia íntima nos es tan desconocida como la de las demás neurosis. Conviene, sin embargo, oponerse á ellas con un tratamiento oportuno toda vez que las perversiones nutritivas desempeñan un papel de tanta transcendencia en dichas enfermedades y el perfecto cumplimiento del acto digestivo, siquiera sea producido con la ayuda de ciertos remedios, es la primera condición de una nutrición perfecta.

Respecto de este punto, es preciso tener muy en cuenta que en muchos de los casos diagnósticos de *dispepsia nerviosa*, en que tan frecuentes son las hipoclorhidrias, lo han sido tan solo por las deficiencias en los medios de investigación y por la falta de un examen necrópsico detenido. Así, por ejemplo, Jurgens ha reunido 41 casos diagnosticados de la referida dispepsia, en cuya autopsia encontró una degeneración completa de los plexos de Meissner y Auerbach. De esperar es que á medida que aumenten y se perfeccionen nuestros medios de investigación, desaparezcan estos últimos baluartes en que aún defiende la dispepsia su existencia como entidad morbosa.

Pero las aclorhidrias é hipoclorhidrias de verdadera importancia son las de carácter permanente, que se presentan acompañando de una manera constante á determinados procesos morbosos desenvueltos en el estómago y que solo desaparecen cuando se logra la curación ó al menos un alivio muy pronunciado ó se extinguen con la vida del enfermo que es por desgracia lo más frecuente, dada la índole de las enfermedades en que la aclorhidria se presenta.

Entre todos estos procesos, aparece en primer término el cáncer del estómago, no solo por su importancia patológica, sino por las

(1) Conferencia dada en el Ateneo Antropológico, en Abril de 1890.

apasionadas controversias que aún no hace mucho tiempo suscitaron las afirmaciones hechas respecto de este asunto por R. von der Velden, pues si bien es cierto que Golding Bird había ya indicado con mucha anterioridad (1842) la disminución ó falta completa del HCl. en un enfermo que padecía un cáncer del estómago, hasta los trabajos publicados más tarde por el primero de los autores citados, nadie había vuelto á preocuparse del valor que como síntoma patognomónico pudiera tener la aclorhidria en el cáncer del ventrículo abdominal.

La cuestión está hoy completamente resuelta: el cáncer del estómago es de todo punto impotente para determinar la aclorhidria en tanto que se halla limitado su trabajo destructivo en el parénquima glandular del estómago, á la zona ocupada por la neoplasia; pero así que se desarrollan las gastritis intersticiales concomitantes y provocadas por el proceso irritativo desenvuelto por el tumor, y este proceso determina la degeneración y destrucción de las glándulas, aparece la hipoclorhidria primero y la aclorhidria más tarde como resultado no del cáncer mismo, sino de la gastritis degenerativa ó atrófica á que ha dado origen.

Así se explica la posibilidad y aun la frecuencia con que puede evidenciarse la existencia del HCl. en el cáncer del estómago y aun el aumento en la cantidad normal de dicho ácido, cuando se analiza el jugo gástrico en los comienzos de los estados irritativos desarrollados por la neoplasia que dan origen á una verdadera exaltación en el funcionalismo del órgano. Recientemente he tenido ocasión de ver un canceroso en quien la cifra del HCl. se sostuvo enteramente normal hasta pocos días antes de su muerte y que había presentado hiperclorhidrias durante mucho tiempo. Aunque no se le hizo la autopsia, la existencia del tumor, los infartos ganglionares y la caquexia cancerosa, no dejaba lugar á la duda respecto del diagnóstico.

Por otra parte, la posible transformación de la úlcera péptica en carcinoma, observada en no pocos casos, explica la existencia de las hiperclorhidrias en muchos cancerosos del ventrículo abdominal.

Es, pues, muy posible que los primeros casos observados por von der Velden y los que con él sostenían el valor patognomónico de las aclorhidrias en el cáncer gástrico, recayeran en individuos afectados al mismo tiempo de gastritis atrófica ó degenerativa y á esto se debieran sus terminantes afirmaciones. De todos modos es este un asunto completamente dilucidado en la actualidad y no com-

prendo cómo han podido convertirlo en argumento contra la virtualidad de los análisis del contenido gástrico, los detractores de tales procedimientos. En efecto, que la aclorhidria sea privativa del carcinoma del ventrículo ó común á otros procesos destructivos de la mucosa, si puede quitar importancia desde el punto de vista semeiológico á una alteración determinada en un solo proceso morboso, en modo alguno puede esto hacerse extensivo á todos los datos suministrados por el análisis histo-químico del contenido gástrico.

Por otra parte, la aclorhidria si no puede elevarse á la categoría de síntoma positivo é infalible del carcinoma, no deja de ser de gran importancia en los casos dudosos de esta enfermedad, y cuando la insuflación del estómago haya permitido reconocer, no ya en tumor, que en tales casos no puede haber duda, sino únicamente ciertas desigualdades en la pared del estómago y exista al mismo tiempo la aclorhidria, acompañándose ambos síntomas de profundas alteraciones digestivas. Puede entonces diagnosticarse con grandes probabilidades de acierto la existencia de un carcinoma, toda vez que las grandes cicatrices pilóricas que á la palpación simulan á veces un tumor canceroso, no determinan la gastritis atrófica y la aclorhidria consecutiva.

La causa íntima de la aclorhidria en esta enfermedad, ha sido interpretada de muy distintas maneras. Von der Velden, la cree debida á la neutralización del HCl. del jugo gástrico por el jugo canceroso procedente de las ulceraciones de la neoplasia; hipótesis desprovista de fundamento toda vez que la extinción del ácido clorhídrico puede tener lugar sin que el tumor haya llegado al reblandecimiento y la ulceración, según he tenido ocasión de observar en dos casos. Por su parte, Riegel asegura que en el carcinoma del estómago, el jugo gástrico no está neutralizado sino destruido totalmente en su poder activo, en virtud de una reacción química desconocida en su esencia. De ser cierta la hipótesis de Riegel, la aclorhidria constituiría un síntoma patognomónico del carcinoma gástrico, cosa que no es exacta, según las observaciones de casi todos los que han estudiado la cuestión.

De igual manera son inadmisibles las opiniones de Jaworski y Korczynski para quienes la aclorhidria cancerosa se debe á la neutralización del jugo gástrico por el moco, cosa que podrá ser cierta cuando la gastritis determinada por la neoplasia dé lugar á la producción de grandes cantidades de moco, observándose entonces

las mismas alteraciones que se producen en la gastritis mucosa, pero que faltarán necesariamente cuando el desarrollo de esta gastritis no tenga lugar.

La aclorhidria en el cáncer del estómago, tiene una explicación tan racional, en los procesos degenerativos y atróficos que el crecimiento de la neoplasia provoca, que creo innecesario apelar á ninguna otra causa para darnos cuenta de su frecuencia. Por otra parte, las últimas investigaciones histológicas han demostrado que en la mayoría de los casos (un 80 por 100) acompañan al desarrollo del carcinoma del estómago lesiones más ó menos extensas de la mucosa, que si alguna vez son fácilmente reconocibles á la investigación macroscópica, escapan otras á este medio de análisis y solo el examen histológico puede descubrirlas. Posiblemente en el caso de Rosenheim y otros análogos en que se ha creído la mucosa completamente indemne á pesar de la existencia del cáncer y la aclorhidria, no se ha practicado el análisis histológico.

Una observación de gran interés para la explicación de la causa de la frecuencia con que la aclorhidria se presenta en el carcinoma gástrico, la suministran las recientes investigaciones histológicas de Mathieu y Stiénon quienes han encontrado en esta enfermedad la gastritis atrófica, no solamemente extendida en un espacio más ó menos grande alrededor de la neoplasia, sino en zonas esparcidas en diversas regiones del órgano.

La aclorhidria no es, pues, un síntoma patognomónico del cáncer del estómago, pero su existencia observada muchas veces en un mismo enfermo y á distintas horas (pues es preciso no olvidar la propiedad que tienen ciertas sustancias alimenticias de apoderarse y combinarse con el HCl. libre, enmascarando su presencia), puede inducirnos á sospechar su existencia y deducir conclusiones de gran importancia para su tratamiento quirúrgico. Sería en efecto absurdo extirpar un carcinoma del estómago aunque estuviera perfectamente diagnosticado y circunscrito cuando vaya acompañado de una aclorhidria permanente, indicio seguro de la existencia de una atrofia glandular generalizada, que ciertamente no podrá separarse con el bisturí.

(Se continuará.)

TRATAMIENTO DE LA VIRUELA

POR EL DOCTOR

D. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ,

MÉDICO DE NÚMERO, POR OPOSICIÓN, DEL HOSPITAL GENERAL DE MADRID.

El enorme número de enfermos de viruela, acumulados en el Hospital general, ha motivado el que en una de las salas á mi cargo, se destinase esta clase de enfermos, y habiendo tenido que estar al frente de ella unos dias, creo un deber comunicar á mis lectores el fruto de mis observaciones y estudios particularmente en lo que se refiere al tratamiento empleado, por si puedo ser útil á alguno de mis compañeros, que se vean por primera vez en la necesidad de tratar esta enfermedad.

No he de ocuparme en este artículo, del cuadro sintomatológico de esta pirexia infecciosa de todos conocido, ni tampoco del tratamiento profiláctico de ella, una de las más grandes y hermosas conquistas de la medicina, pero no puedo por menos de lamentarme, que se tenga tan descuidado el inmortal descubrimiento de Jenner, la vacuna, una de las cosas más positivas de la ciencia médica. Dice el notable patólogo Libermeister, que la viruela no se padece en forma epidémica más que en los países bárbaros; y en efecto, allí donde la vacunación y revacunación no se practica, es donde la viruela hace estragos; en cambio en los países civilizados en que estas prácticas las miran con el interés que se deben, ó los Gobiernos previsores la han hecho obligatoria, apenas si se conoce la enfermedad y si se llevase con el rigor debido el empleo de este admirable medio profiláctico, llegaría á borrarse del cuadro nosológico esta enfermedad y solo quedaría como un recuerdo histórico el que tal afección había existido. ¡Tampoco voy á ocuparme de las medidas de higiene pública que se imponen á los Gobiernos cuando se tiene la desgracia, como en la actualidad ocurre en Madrid, de que se presente epidémicamente esta afección; es asunto que está ya reglamentado, no hay que hacer nada nuevo y los pueblos menos importantes saben cómo ha de practicarse el aislamiento de estos enfermos y la desinfección científica, y por último, no pienso ocuparme de lo que he visto con horror, como lo ha visto toda persona sensata sin necesidad de que ésta sea médico, el aglomerar y mezclar en el Hospital general

los variolosos con los demás enfermos de afecciones comunes!...

Antes de exponer el tratamiento empleado que juzgo por los notables resultados obtenidos, merece que se continúe ensayándolo porque lo considero hasta ahora el mejor, y no se vaya á creer que tengo la pretensión de haber hecho un descubrimiento y cosa nueva, no; eminentes médicos preconizan un tratamiento análogo, quizás tenga de nuevo la combinación, la forma, la manera de emplearlo; antes de ocuparme de él, repito, he de comunicar á mis lectores una observación curiosa, y que aun cuando no sea nueva, tiene grandísimo interés, y es la siguiente. Ingresó en la cama núm. 21 de la sala 24 una joven de 22 años con gran fiebre, 40°, vómitos, raquialgia, etc., el cuadro completo del primer período; la enferma, como casi todos ellas, muy asustada por encontrarse en una sala de variolosas y con dicha enfermedad, al reconocer su piel para observar por donde empezaba la erupción, vi en un brazo las escarificaciones recientes de haber sido vacunada, la pregunté y nos dijo que hacía cuatro días la habían vacunado, la reconocimos detenidamente el otro brazo y vimos una hermosa pústula vacinal que se desarrollaba perfecta con todos sus caracteres, en el resto del cuerpo no tenía la enferma todavía erupción alguna variolosa; la tranquilicé diciéndola que puesto que le había prendido la vacuna perfectamente, su viruela sería insignificante, y en efecto, dos días después brotaban unas cuantas pústulas en la cara y tronco, que entre todas no llegarían á veinte encontrándose completamente bien la enferma. Este hecho interesante demuestra una cosa, y es que si se vacunasen en el período prodómico á los enfermos de viruela, como tuviese tiempo de evolucionar la vacuna (cinco días) antes que se presentase la erupción variolosa, ésta abortaba y solo quedaría reducida á una ligera varioloide sin importancia alguna, como en este caso había sucedido; el cuadro sintomatológico de la enferma, era de haber tenido una erupción intensa y la hizo abortar la acción profiláctica de la vacuna. Los doctores D'Espine y Picot, dicen tratándose de niños que se debe de emplear con este objeto la vacunación en el período prodrómico; en la práctica particular es fácil hacerlo, no sucede así en el Hospital, donde ingresan los enfermos generalmente en pleno período eruptivo, ó por lo menos, cuando ya la fiebre intensa impediría la evolución de la vacuna ó no tendría tiempo por ir detrás (permítaseme el símil) de la viruela, de ejercer su acción profiláctica; de todas maneras, siempre que se tenga oportunidad debe ensayarse

este medio completamente inofensivo y cuya eficacia es innegable.

Sydenham ya había conocido los desastrosos efectos que se producían en los variolosos, por agobiarlos de ropas y encerrarlos sin que les diera el aire, privándoles del oxígeno tan imprescindible á la vida, y en esta enfermedad casi me atrevería á decir, que es más necesario que en cualquiera otra. Trouseau vió los notables resultados que en las fiebres exantemáticas les daba las afusiones de agua fría dadas con una esponja facilitando, dice este gran clínico, la salida de la erupción, y en la viruela, en ese edema rojo que acompaña á las formas confluentes y que tiene esa insignificación pronóstica tan fatal cuando falta en los pies, con las afusiones frías ha conseguido que aunque no se presentase la hinchazón de los pies los enfermos se le curasen. Inspirado en la práctica de estos incomparables clínicos, mi conducta ha sido la siguiente:

Procurar la ventilación y limpieza más escrupulosa posible de la enfermería; me ha favorecido el que la sala 24 tiene excelentes condiciones de capacidad y ventilación y el personal asistente ha cumplido su cometido con la mayor escrupulosidad y celo.

Todas las enfermas han tomado desde el momento de su ingreso en la enfermería el salol á la dosis de 2 á 4 gr. por día, según la edad de la enferma. Se las hacía 3 ó 4 afusiones con la esponja; con la disolución de sublimado corrosivo al 1 por 1.000 por todo el cuerpo y á la temperatura de la habitación; estas afusiones se hacían con más motivo si todavía no había empezado la erupción, y cuando ésta abanzaba, estaba en su apogeo ó empezaba la desecación, no por eso dejaban de darse; la acción de estas afusiones es doble; por un lado su efecto hidroterápico y por otro, su alto poder antiséptico, la salida de la erupción se facilita, se rebaja la temperatura febril y ejerce una acción manifiesta sobre la erupción, se secan más pronto las pústulas, la picazón intensa que produce la mitiga en alto grado, y cuando se presenta una confluencia enorme amontonándose las pústulas en las palmas de las manos, como sucedió en dos enfermas, los dolores y las molestias que las producían se calmaban notablemente; con objeto que el manifiesto poder antiséptico del sublimado se ejerciese constantemente sobre las pústulas, sobre todo en la cara, dispuse una pomada de vaselina al sublimado á la dosis también de 1 por 1.000, de este modo la pústula se modifica notablemente y no deja esas destrucciones de los tejidos que dan lugar á las cicatrices que con tanta frecuencia se observan; para lavatorio de los ojos

empleamos el ácido bórico al 4 por 100, y para mitigar las molestias que en la faringe y la boca produce la presencia de la erupción, los gargarismos con el clorato potásico al 5 por 100 en cocimiento de malvabisco; para combatir la astricción, los calomelanos al vapor á la dosis de 50 cg. en un papel; esta sal une á su acción purgante su acción antiséptica, pues sabido es que se forma aunque sean pequeñas cantidades de sublimado corrosivo en el canal intestinal; dicha cantidad de sublimado es sin duda alguna suficiente para desplegar virtudes anticimóticas. Cuando la erupción es muy confluente y existe delirio, las inyecciones hipodérmicas de éter sulfúrico, mejor aún de aceite alcanforado; este tratamiento etéreo ha sido recomendado por Dujardin Beaumetz y mi colega del Hospital Dr. Elizagaray lo usa también con notables resultados; en las enfermas que lo hemos empleado, el resultado ha sido por todo extremo satisfactorio; el cloral y la morfina en las formas de delirio intenso.

Como alimentación la leche y los caldos con el vino de Jerez, ora solo, ora con el extracto blando de quina, etc.; el plan tónico con objeto de activar la nutrición de las células humanas, para que puedan luchar ventajosamente contra la invasión de los agentes infecciosos.

Este ha sido nuestro tratamiento y el resultado obtenido el siguiente:

Viruela confluente	18	Enfermas vacunadas	29
— discreta	10	Revacunadas	2
Varioloides	6	Sin vacunar	4
	35		35

Total de enfermas 35. Curadas 32, muertas 3; de estas fallecidas una ingresó en un período en que fué difícil hacer nada por ella, con delirio furioso que hacía imposible el poderla administrar los medicamentos, muriendo al tercer día de su ingreso en la sala.

Téngase presente lo que con gran razón dice Ziemssen, tratándose del cólera y que lo mismo es aplicable á cualquier otra epidemia de enfermedades infecciosas y es que en las estadísticas, hay que indicar en qué período de la epidemia se hacen, pues en el acméico de ella, suelen fracasar muchos recursos que luego dan resultados cuando está en descenso dicha epidemia. En la epidemia de viruela de que nos ocupamos, han estado tratadas estas enfermas durante el período de su mayor incremento en un completo estado de acmé.

Solo me resta ahora el recomendar á nuestros compañeros, que ensayen este tratamiento y nos comuniquen después el resultado de sus observaciones.

Octubre de 1890.

CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA,

VERIFICADO EN BERLÍN DEL 4 AL 9 DE AGOSTO DE 1890,

POR EL DOCTOR

DON JUAN CISNEROS,

MÉDICO DE NÚMERO DEL HOSPITAL GENERAL.

Sesión del 6 de Agosto de 1890.

ENSAYO DE UNA TEORÍA DE LA INFECCIÓN, ENFERMEDAD, CURACIÓN, INMUNIDAD, VIRUS-VACUNO.

(Continuación) (1).

Teoría de la vacunación.—La curación es la primera manifestación de la inmunidad. Las materias vacunantes han hecho posible la curación, produciendo el estado bactericida, el estado útil que dura mucho tiempo. Este estado bactericida es efectivamente el que constituye la vacunación ó la inmunidad adquirida. El microbio que ha producido la primera enfermedad, de ser introducido de nuevo en los tejidos, encontrará en ellos un terreno singularmente modificado, mucho más desfavorable. Su desarrollo será más difícil y quizás imposible; pero no se limita á esto todo.

Inoculad el mismo virus fuerte á un animal sano y á un animal vacunado: no provocará la diapedesis en el animal sano y la provocará muy abundante en el vacunado. Charrin nos ha dado la explicación de este hecho, completando con ella la teoría de la vacunación. La bacteria virulenta se desarrolla en el vacunado; se desarrolla mal, da una vegetación mezquina, y sus secreciones son menos; es susceptible también de producir una irritación local que solicita la diapedesis; no segrega ya en cantidad suficiente la materia que se opone á la diapedesis. El fagocitismo se verifica, pues, con toda libertad. Las cosas se pasan después de la inoculación en el vacu-

---

(1) Véase el número anterior.

nado, de la misma manera que yo he indicado para el fin de la enfermedad que evoluciona por primera vez.

La inoculación de un virus fuerte en un vacunado, no es más que la inoculación de un virus atenuado. Solo que la atenuación, en vez de hacerse previamente en el laboratorio se hace en los tejidos del vacunado. Charrin y Gamaleïa nos han demostrado que esta atenuación se efectúa completamente en cuarenta minutos.

Estamos lejos de las concepciones según las cuales el estado del vacunado no era más que la energía adquirida por los leucocitos durante un primer combate ó que el hábito á la acción de los venenos bacterianos, una especie, en fin, de mitridatización. Cuando se vacuna con los productos solubles y no con los microbios, los leucocitos no sufren ni sostienen ningún combate y, sin embargo, llenan desde entonces su papel de fagocitos. Cuando se inyecta á un animal sano y á un animal vacunado, los productos solubles del microbio que ha vacunado á uno de ellos, es preciso exactamente la misma dosis para matar á los dos animales. No hablaremos más, pues, de acarreamiento de los leucocitos y de hábito de las células nerviosas á los venenos bacterianos; esto es una pura retórica.

Definición de los virus y de las vacunas.—Un virus es un microbio, por medio del cual, los humores de un animal, considerados desde el punto de vista de su composición, son un medio habitable y que á más posee los medios de luchar, á menudo con ventaja, contra los procederes de destrucción de que dispone el organismo animal. El más poderoso de los medios de defensa de este microbio es la propiedad que posee de segregar materias que se oponen al fagocitismo.

La vacuna es un virus que tiene la propiedad de segregar materias que modifican lentamente y de una manera durable la nutrición, hasta el punto de crear el estado bactericida, y que llega por artificios de educación á perder alguna de sus secreciones nocivas, y en particular la que impide la diapedesis, conservando sus secreciones vacunantes.

Concepción de la inmunidad material.—La teoría de la inmunidad adquirida no es aplicable á la inmunidad natural porque, por una circunstancia paradógica, el estado bactericida falta á menudo en las especies que poseen la inmunidad, y otras que tienen receptividad, tienen humores bactericidas.

En el animal dotado de inmunidad natural, el virus fuerte provoca, como en el vacunado, la diapedesis y el fagocitismo. No ocurre

esto porque el virus se atenúe como en el vacunado; es, yo supongo, porque el sistema nervioso de este animal refractario es menos sensible al veneno, que impide la diapedesis, que el sistema nervioso de las especies que tienen la receptividad. Pero esta diferencia no es esencial, no es más que cuestión de grado, y basta para forzar la inmunidad natural, para producir la infección general y para impedir la diapedesis, aumentar, como yo he hecho, la dosis de los productos bacterianos. Una experiencia de Roger es instructiva desde este punto de vista. En un conejo, animal refractario, inocula en la cámara anterior el bacilo del carbunco sistemático. En este medio, desprovisto de leucocitos, el vegetal se desarrolla, lo que prueba que los humores no eran bactericidas.

En este momento se hace una inoculación en el muslo; el tumor crepitante se desarrolla y se produce la infección general. En esta experiencia, el cultivo en la cámara anterior, ha arrojado en la circulación bastante materia para impedir la diapedesis y se ha producido la infección como cuando se inocula, en este animal, el mismo microbio, acompañado de una gran cantidad de sus productos.

Señores, he terminado. El sistema que os someto, no está exento sin duda alguna de hipótesis; pero, en sus puntos esenciales, se apoya, tal creo, sobre hechos experimentalmente demostrados.

DESARROLLO DE LA PUBERTAD Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES OBSERVADAS EN LA JUVENTUD DE LAS ESCUELAS.

Axel Key (de Estokolmo).

Se funda especialmente en los datos suministrados por las comisiones escolares de Dinamarca, de Suecia y de Noruega.

El mayor crecimiento ha tenido lugar durante el octavo año; después se verifica con regularidad hasta los trece; en los niños es de notar que el crecimiento es rápido tanto en longitud como en peso durante el décimo-séptimo año; en las niñas es más marcado desde los doce á los quince.

El examen comparativo de este cuadro demuestra que el desarrollo varía en las diferentes naciones, pero se nota que en todas partes constituye una edad crítica la de la pubertad. Las influencias climatéricas y sociales activan ó retardan el paso á la pubertad y los fenómenos de crecimiento. Los niños pobres se desarrollan más lenta-

mente y peor. Ha notado que, generalmente, el crecimiento en peso es más marcado durante los meses de verano que durante el invierno. Se comprende la importancia de este dato para la higiene de las escuelas.

¿Cuál es el estado sanitario de la juventud mientras se verifica su desarrollo? Ha encontrado que, más de un tercio de los 15.000 niños que comprende su estadistica, están atacados de enfermedades crónicas. La gráfica del estado sanitario de los niños demuestra que su salud se altera más cada nuevo año escolar. La curva de las enfermedades baja después de la pubertad y se eleva de nuevo hacia la edad de 19 á 20 años. Las dos terceras partes de los niños sufren de anemia, de curvaduras de la columna vertebral ó de nervosismo, y se observan estas afecciones en las clases acomodadas de la población.

Desea que esta estadistica, tan importante, se haga en todos los paises civilizados.

Se exige tanto tiempo de escuela y un trabajo tan sostenido á la juventud sueca, que se la priva del sueño necesario. El exceso de trabajo impide el desarrollo espontáneo de la inteligencia de los niños. Habríamos hecho muy bien en seguir los preceptos de J. J. Rousseau, fundados en la experiencia.

Economizad vuestros nervios, y las fuerzas de la inteligencia, y no abusad en el niño más que lo que debe constituir en él la energia del hombre, como ha dicho John Peter Franks.

Sesión de 9 de Agosto de 1890.

DE LA ANTIPIRESIS.

Cantani (de Nápoles).

La fiebre ha sido siempre el objeto capital de las observaciones y de las investigaciones médicas. Siempre ha sido considerada como el fenómeno más importante de las enfermedades y aun como una enfermedad esencial.

Es difícil dar una definición de la fiebre. La teoria que la considera como una acción de los centros nerviosos, no me satisface.

La elevación *post mortem* de la temperatura, demuestra que el calor se produce también en los tejidos por acciones químicas locales.

Los centros nerviosos pueden producir una elevación momentánea de la temperatura, como la picadura del suelo del cuarto ventrículo produce la glicosuria, pero no es duradera esta hipertemia.

La fiebre es una exageración y una alteración de las acciones químicas, de los desdoblamientos orgánicos con formación exagerada del calor.

La exageración de la combustión es el elemento fundamental de la fiebre. Los elementos sobre los que actúa esta combustión exagerada varían según las diferentes fiebres, y probablemente á causa de la diferencia de los agentes infecciosos. En ciertos casos, como en las fiebres palúdicas y en el reumatismo agudo, son los glóbulos rojos los atacados; en la fiebre tifoidea, son los músculos y el sistema nervioso; en la tuberculosis todos los elementos del cuerpo están alterados mientras que la sustancia nerviosa conserva su integridad; á veces la fiebre no determina disminución alguna en el peso del cuerpo, y no parece que hace sus gastos más que á expensas de la albúmina de la circulación, respetando las albúminas de constitución; esto ocurre en ciertas fiebres del Sur de Italia.

Pero todas las fiebres tienen de común que desgastan más ó menos los elementos orgánicos, y la indicación fundamental que de aquí resulta es la de disminuir este gasto excesivo de sustancia actuando sobre su causa inmediata.

Se puede alcanzar este resultado de dos maneras:

1.° Disminuyendo la temperatura, sustrayendo calor.

2.° Moderando la formación del calor.

El primer método, consiste sencillamente en enfriar la periferia del cuerpo. Por el segundo, se busca atacar el proceso febrígeno en su origen y disminuir la formación exagerada de calórico.

La quinina ha sido el primero de estos medios, pero se debe emplear á dosis elevadas, las cuales, frecuentemente determinan un descenso de temperatura, disminuyendo la actividad funcional del organismo.

La digital que debía luchar contra la fiebre disminuyendo la frecuencia del pulso, no ha dado ningún resultado.

El ácido salicílico, el ácido fénico, la kairina, la thalina, la antipirina y la fenacetina han sido empleadas y se comprueban que estos agentes disminuyen la temperatura y la frecuencia del pulso, estos dos síntomas principales de la fiebre.

¿Cómo obran estos antipiréticos? ¿Disminuyen la producción del

calor ó aumentan su pérdida? ¿Paralizan los fermentos febrígenos?

La quinina obra probablemente como parasiticida sobre las plasmodias palúdicas y el ácido fénico sobre los microbios sépticos; pero los otros antipiréticos no son antisépticos.

En todo caso, determinan una irradiación más abundante del calor, dilatando los vasos cutáneos y determinando la diaforesis. Pero hacen más aún: actúan sobre la misma producción del calor, puesto que á dosis elevadas pueden producir el colapso.

Obran, pues, á la vez aumentando la pérdida y disminuyendo la producción de calórico.

Ahora bien; ¿son útiles los antipiréticos al febricitante?

Para responder á esta pregunta de importancia tan grande, es preciso saber qué papel representa la fiebre en las enfermedades y si constituye en ellas el peligro capital.

Si en ciertas infecciones hay medicamentos que disminuyen la fiebre y determinan una convalecencia rápida, hay otras enfermedades infecciosas, en las cuales los antipiréticos, aunque disminuyan la temperatura, prestan tan solo un servicio pasajero, si no es que perjudican á la evolución favorable de la enfermedad febril.

La fiebre es ante todo un síntoma, un elemento de enfermedad que está constituida por una lesión real de ciertos órganos, de ciertos tejidos ó de ciertos grupos celulares. La impresión del frio, bajo todas sus formas, no representa en la aparición de los signos morbosos, más que un papel puramente ocasional, cuando no una simple coincidencia.

Nosotros consideramos la enfermedad como la expresión del combate del organismo contra el agente morboso, que es en la mayor parte de los casos, un microbio patógeno, rara vez una sustancia química ó una lesión traumática.

La inflamación es la reacción local del tejido atacado. La fiebre es la reacción general de todo el cuerpo contra las alteraciones que el agente morboso provoca en el cambio nutritivo y la crasis sanguínea.

Esta reacción es una condición del proceso curativo: cuando falta, el enfermo sucumbe; la infección es entonces tan general y tan intensa, que paraliza las funciones orgánicas y conduce al colapso. La curación es la victoria del macrobio sobre el microbio que luchan entre sí por la vida.

La fiebre es precisamente uno de estos fenómenos de reacción que

da la medida de la intensidad de la infección, por una parte y por otra de la fuerza de resistencia del organismo.

La infección puede ser tan intensa, que la resistencia se paralice ó que la reacción muy intensa es insuficiente para destruir y eliminar el microbio; el enfermo está perdido en estas dos alternativas.

Afortunadamente, en la inmensa mayoria de los casos, el enfermo responde al ataque por medio de una fiebre elevada y sale victorioso de la lucha.

No es, pues, la fiebre la que constituye la gravedad de la enfermedad, cuando el estado general permanece bueno.

El pronóstico se funda más bien en la cantidad y naturaleza de los agentes morbosos, en los venenos que estos segregan y en la fuerza de resistencia del paciente.

La fiebre continua, es grave porque indica una infección, que solicita una reacción enérgica: es grave también, lo reconozco, porque determina una combustión enérgica y un agotamiento general.

La temperatura elevada puede obrar favorablemente, disminuyendo la virulencia de los microbios; aumentando la acción de los fagocitos y esterilizando los humores orgánicos.

No se trata de combatir la fiebre por sí misma. El ideal será encontrar medios que destruyan la causa de la enfermedad, obrando directamente sobre ella, como la quinina en la malaria y el mercurio en la fiebre sifilítica. Estos medios tendrán por objeto, no destruir la fiebre, sino hacerla inútil, ahorrar al organismo esta reacción penosa y temible que constituye la enfermedad.

Hay casos, sin embargo, en los cuales una elevación prolongada de la temperatura, se hace nociva por la acumulación constante de productos de descomposición y por un debilitamiento de la actividad del corazón.

En este caso, la indicación es de usar un medio que disminuya el calor del cuerpo, sin disminuir su producción, sin alterar la termogénesis que es esencial á la potencia de reacción orgánica.

El método hidroterápico, responde á este desideratum bajo la forma de baños tibios, gradualmente enfriados, de envolturas frías y de bebidas y enemas fríos.

Estos procedimientos, sustraen de la superficie del cuerpo una gran cantidad de calor, pero no solamente no disminuye la producción íntima del calor, sino que por el contrario la aumentan; la temperatura axilar, en efecto, no disminuye. Se puede preguntar si el baño

frío es útil precisamente porque aumenta los cambios nutritivos, porque aumenta, por decirlo así, los efectos útiles de la fiebre.

El método diaforético es menos útil que la sustracción de calor por medio del frío, porque no favorece en manera alguna la producción del calor interno: en fin, los antipiréticos debilitan directamente la fuente de la termogénesis y por esto mismo son peligrosos. Es preciso, pues, ayudar á la fiebre en su acción curativa y no combatirla.

Terminaré por estas palabras de Boerhaave. *¿Quid est febris? est naturæ irritatæ conamen ad expellendum stimulum inconsuetum* y por las de Borsieri: *Quos interdum morbos remedia non curant, febris curat.*

DE LA ANESTESIA (NARCOSIS).

M. Horacio Wood (de Filadelfia):

La cirugía se ha transformado merced á dos brillantes descubrimientos. La antisepsia y la narcosis. La antisepsia ha triunfado de los obstáculos que encontraba en su principio; el empleo de los antisépticos ha sido reglado de tal manera, que es muy raro que se les puedan atribuir accidentes mortales. No ocurre lo mismo con la anestesia. Cada año aporta un nuevo contingente de defunciones que parece bastante constante. ¿Cuál es la causa de la muerte en estos casos? Nosotros la hemos buscado haciendo experiencias en los animales. Es indudable, que no siempre se pueden deducir con certeza conclusiones, comparando la acción de los venenos sobre los animales, con la que producen en el hombre. Sin embargo, la semejanza, la identidad funcional de los órganos importantes, como el corazón, el pulmón y el cerebro, permiten deducir con una casi certeza, que los agentes tóxicos ejercen efectos análogos sobre el hombre y sobre los animales.

Aunque se han usado numerosas sustancias para producir la anestesia, apenas se usan hoy más que tres anestésicos: el protóxido de ázoe, el éter y el cloroformo.

El protóxido ocupa un lugar aparte entre los anestésicos, porque determina la inconsciencia, suprimiendo la oxigenación de los centros nerviosos. La asfixia mecánica, difiere de la asfixia provocada por el protóxido de ázoe, en que la primera se acompaña de un exceso de ácido carbónico.

Hemos investigado, en unión del Dr. Cerna, por medio de una

larga serie de experiencias, qué modificación produce en la circulación del protóxido de ázoe, y hemos encontrado que este gas, eleva la presión arterial y determina modificaciones marcadas del pulso; éste, primero irregular y tumultuoso, se regulariza con los progresos de la anestesia y se hace ancho y lleno cuando es completa. El aumento de presión arterial se ha mostrado muy variable, según los casos y aun en el curso de una misma experiencia.

En todas nuestras experiencias, se ha parado la respiración cuando el corazón se encontraba todavía en completa actividad. Hemos visto que en realidad, obra el gas como un tónico del corazón, aunque paraliza el sistema vaso-motor; hasta estando moribundo el animal; el pulso conserva una amplitud tres veces mayor que en estado normal, mientras que la presión arterial ha descendido completamente.

En este momento, la respiración artificial vuelve rápidamente á la vida al animal; la aptitud á la vida está dormida tan solo por la falta de oxígeno y basta la introducción de éste nuevamente en el organismo para despertar á aquella.

En América, las tres cuartas partes de las anestesias se hacen por medio del gas hilarante y se cuentan solamente tres muertos en muchos millones de anestesias. Aumentando la presión arterial, es como el gas ha podido determinar una rotura arterial en el cerebro, pero en suma, el protóxido de ázoe da, como podéis apreciar, gran seguridad.

Se le ha atribuído en dos casos el origen de la diabetes (Kenderdinos, Lafont), y también la albuminuria temporal y una insuficiencia mitral. Estos hechos deben ponernos en guardia, al dar el gas á los ateromatosos y en semejantes casos vale más emplear el éter.

Cuando la respiración se suspende, es preciso practicar la respiración artificial.

Sin embargo, este agente anestésico, no responde á las necesidades de la cirugía operatoria á causa de la corta duración de su acción. El ideal sería descubrir una sustancia que determinara la parálisis de los nervios sensitivos sin alterar ninguna de las otras funciones fisiológicas. Mientras se hace este descubrimiento, nos vemos obligados á recurrir al éter y al cloroformo.

Estudiemos su acción buscando:

1.° De qué manera producen estas sustancias la muerte, alterando las funciones de la respiración ó de la circulación.

2.° La toxicidad comparada de estos dos venenos y lo que constituye su diferencia.

3.° Sus inconvenientes respectivos y su mejor método de empleo.

4.° El mejor tratamiento de los accidentes del cloroformo y del éter.

Hemos enseñado hasta ahora que el éter á dosis moderadas, obra como un estimulante de la circulación, pero que á dosis elevadas deprime la acción cardiaca, en menor grado, sin embargo que la respiración. El cloroformo puede producir la muerte por parálisis de los centros respiratorios ó por una detención simultánea de la respiración y de la circulación. La muerte puede ser inmediata por su acción sobre el corazón, sobre todo cuando se le da en vapores concentrados.

Se han señalado casos mortales que hacen excepción á esta regla sin modificar la expresión general.

¿Cuál es el resultado de las experiencias con el cloroforme sobre los animales?

Las experiencias del Dr. Lauder Brunton sobre los perros, le han demostrado que la muerte no es nunca causada por la detención del corazón; las del Dr. Reichert y del Dr. Hobart Hare hechas en el laboratorio de fisiología de la Universidad de Pensilvania, parecen demostrar, por el contrario, que el cloroformo paraliza el corazón y sus ganglios.

El Dr. Hare y yo, hemos hecho dos series de experiencias: las unas consistían en inyectar directamente el cloroformo en las venas; en las otras, hemos empleado las inhalaciones. Ellas nos han demostrado que el cloroformo tiene una acción paralizante directa sobre el corazón y sobre la respiración y que estas dos funciones pueden estar paralizadas simultáneamente. La respiración puede cesar antes que el corazón, pero en algunos casos el corazón se para antes que la respiración que continúa algunas veces dos minutos después que el pulso carotídeo ha cesado completamente. ¿Existirán quizás diferencias de organización en las diversas razas de perros? Brown-Séquard, ha afirmado en el Congreso de Londres, que los perros europeos tienen la circulación más desarrollada que los perros americanos.

En los Estados-Unidos del Sur, la estadística enseña que la mortalidad por el cloroformo es mucho más débil que en el Norte y que en Europa. Es pues, preciso, tener en cuenta en este examen, las influencias climatéricas.

El éter determina primero una elevación de la presión sanguinea que disminuye en seguida; yo he comprobado dos casos de muerte por síncope; la respiración persistió dos minutos después de cesar la circulación.

Se puede deducir de una manera general que el cloroformo y el éter paralizan tanto la respiración como la circulación; que en ciertos casos una de estas funciones es la primera en abolirse, y en fin, que el éter tiene menor tendencia á producir la detención primitiva del corazón que el cloroformo.

Vamos al segundo punto:

La estadística de Turnbull nos enseña que 375 muertos, son debidos al cloroformo y 52 al éter.

En la actualidad, todo cirujano que usa el cloroformo, sabe que usa de un medio más peligroso y si le ocurre una desgracia, teme hablar de ella.

Andrews estima que muere un enfermo por cada 23.204 eterizaciones y Lyman 1 por 16.532.

El cloroformo, da 1 muerto por cada 3.000 según Richardson y 1 por 5.860 según Lyman.

El cloroformo es, pues, cuatro ó cinco veces más peligroso que el éter. Los perros sucumben en gran número durante la narcosis clorofórmica. El cloroformo es más tóxico; altera más profundamente los centros circulatorios y respiratorios y con frecuencia se ve que sucumben los perros, aunque las funciones de la respiración y de la circulación sean activas, y aún cuando se ensaye sacarlos del sueño artificial. Jamás he visto con el éter esta muerte fatal, aunque pareciera el perro casi muerto.

De estas consideraciones, deduzco las conclusiones siguientes:

1.ª Todo anestésico presenta peligro de muerte, á pesar de todas las precauciones.

2.ª El cloroformo obra con más prontitud y más profundamente que el éter sobre los centros respiratorios y circulatorios.

3.ª La acción del cloroformo es más persistente que la del éter.

4.ª El cloroformo puede causar la muerte por detención primitiva del corazón ó de la respiración; en general, estas dos funciones están atacadas ó abolidas al mismo tiempo.

5.ª El éter actúa más especialmente sobre la respiración; pero cuando el corazón está débil, puede producir también una parálisis primitiva del corazón, mientras que la respiración se sostiene.

6.ª El cloroformo mata cuatro ó cinco veces más á menudo que el éter. Su acción se mantiene largo tiempo después de la cesación de las inhalaciones, quizás porque es mucho más volátil que el éter; y quizás también por aumentar su volatilización, es menos tóxico en los países cálidos, donde su difusibilidad es más grande á consecuencia de la temperatura más elevada del aire.

Entonces ¿por qué el éter no es preferido?

Porque no se sabe administrarlo; se ahoga al enfermo, se expone á asfixiarlo mecánicamente por ignorancia, empleando para eterizarlo las compresas dobladas.

Yo recomiendo el inhalador del Dr. O. H. Allis que está fundado en la idea de que el éter debe darse mezclado á una gran cantidad de aire. Se compone de una serie de pliegues de muselina, colocados en un cuadro metálico en forma parecida á las agallas de los pescados, de manera que permita al aire pasar libremente á través entrando por todas partes en contacto con el éter. Se le coloca sobre la cara del enfermo y después se vierte el éter con una botella cuyo tapón esté atravesado por dos tubos. De esta manera, se suprime la lucha inicial contra la sofocación que tanto aterra al enfermo y al médico. El tiempo medio para llegar á la narcosis es de ocho minutos.

Paso al tratamiento de los accidentes:

Una enumeración de todos los medios empleados, y por otra parte tan conocidos, sería fastidiosa. Nunca se sabe cuál es el medio que ha dado resultados en el anfiteatro; es preciso, para analizar la acción de estos agentes, hacer experiencias de laboratorio.

Los accidentes parecen independientes de la cantidad de sustancia administrada.

Nosotros hemos cloroformizado á perros, poniendo su tráquea y sus carótidas en contacto con aparatos registradores, de manera que pudiera seguirse exactamente el estado de la respiración y de la circulación, durante la narcosis; desde que la circulación y la respiración cesaban, inyectábamos en la yugular agentes terapéuticos por medio de una cánula que previamente habíamos colocado en ella.

De esta manera, hemos ensayado el éter, el alcohol, el amoniaco, el nitrito de amilo, la digital, la atropina, la cafeína, las modificaciones de posición y la respiración artificial.

La acción del éter es nula; continúa obrando como éter en los tejidos. Es un absurdo mayor servirse de él contra los accidentes de las inhalaciones del mismo éter.

La cafeina, inyectada á la dosis de 18 á 42 cg., no ha producido ningún resultado sobre la presión arterial y el pulso.

El alcohol aumenta el poder tóxico del cloroformo; lo cual, había demostrado ya R. Dubois.

La digital me ha dado positivos resultados: aumenta la presión arterial y combate la acción deprimente del cloroformo. Yo creo que ha impedido la muerte en algunas de mis experiencias y de aquí, infiero que sería bueno administrarla á los cardiacos antes de cloroformizarlos, con lo cual, se aumentaría la resistencia de estos.

La estrignina me ha dado resultados sorprendentes á la dosis de 0,012 mg.; aumenta la presión arterial y la respiración; ésta que se había detenido diez segundos en uno de nuestros casos, ha vuelto á llegar hasta 130 movimientos respiratorios por minuto.

El amoniaco da algunos resultados ligeros y fugaces.

Cuando se modifica la posición del cuerpo del animal cloroformizado y cuya circulación está paralizada, se conduce lo mismo que un tubo lleno de líquido. Cuando se elevan los pies del animal, quedando la cabeza al nivel de la mesa, la presión se eleva aunque haya cesado de latir el corazón. Ocurre exactamente como si el tubo carotídeo, comunicara con un tubo lleno de líquido según las leyes ordinarias de la hidrostática; el corazón puede comenzar á latir de nuevo.

Volviendo el cuerpo del animal, se hace afluir en el corazón derecho, la sangre acumulada en las venas relajadas del abdomen y esta distensión puede estimular al órgano. No creemos que sea el aflujo de sangre en los centros nerviosos, el que produce el reavivamiento de las funciones, porque la respiración no cesa á causa de la anemia de estos centros sino porque los paraliza un veneno.

El medio más activo, es la *respiración artificial*. Para practicar la respiración artificial forzada en el hombre, basta un fuelle de un tamaño suficiente. Hunter y Richardson colocaban simplemente un tubo en una nariz, cerrando herméticamente la boca y la otra nariz.

El Dr. Feel, ha empleado un tubo traqueal después de practicar previamente la traqueotomía y después se ha contentado con una careta que cubría la boca y las narices. Este aparato me ha parecido perfectamente suficiente. Se puede servirse también del entubamiento laríngeo, cuando la careta no basta. Es preciso poner al aparato de insuflación dos tubos, uno de los cuales permite la salida del aire en la expiración, mientras que el otro comunica con el fuelle.

La electrización farádica de la piel es útil.

En resumen, hé aquí, lo que yo aconsejo hacer en los casos de accidentes por los anestésicos.

Evitar todos los remedios, excepto la estrignina, la digital y el amoniaco; evitar sobre todo dar el alcohol á los enfermos antes de la operación.

Inyectar tintura de la digital debajo de la piel.

Tirar hacia afuera de la lengua del enfermo y deprimir el ángulo maxilar para ver si la respiración no está impedida mecánicamente.

Volver rápidamente y durante algunos instantes al paciente.

Emplear prontamente la respiración artificial forzada, y en los casos avanzados, ensayar la excitación de la piel por medio del calor y del cepillo eléctrico.

TRABAJOS DE LAS SECCIONES.

SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BRIGHT CRÓNICA.

M. Lepine (de Lyon), indica que el tratamiento de la enfermedad de Bright, ha sido objeto este mismo año de dos excelentes comunicaciones hechas en el Congreso de Wiesbaden, por Senator y Ziemssen y que le parece difícil agregar nada nuevo. Se resigna, sin embargo, á tratar este asunto tan debatido, para recordar cuán considerables son con frecuencia las dificultades de su diagnóstico y que una vez hecho el diagnóstico, es la indicación principal la de prevenir y combatir la insuficiencia de la depuración renal. Se llegará á este resultado por las prescripciones dietéticas ya conocidas; restricción de los albuminóideos, proscripción de los alimentos que contienen sustancias albuminóideas de desecho (caldo), régimen lácteo mitigado, etc. Para favorecer la diuresis, se podrá recurrir á las aguas minerales ligeramente alcalinas y á las tisanas diuréticas; contra la debilidad del corazón, se prescribirá la digitalina y la cafeina; el ioduro potásico en los casos de arterio-esclerosis; y los revulsivos (excepto los vejigatorios) cuando hay signos de congestión renal, evitando, por último, el frío y la humedad.

M. Grainger Stewart (de Edimburgo). El clima es un elemento importante; los nefríticos deben evitar los países fríos y sobre todo, aquellos en que reina la malaria. Ha observado á menudo la mala influencia que tiene sobre los brighticos la permanencia en una región malárica.

La dieta debe consistir sobre todo en hidratos de carbono.

Debemos buscar de limpiar los tubos secretores, es decir, sostener su permeabilidad y evitar toda irritación de los riñones. A parte de esto, poseemos hoy día muy pocos medios que actúen sobre la estructura de estos órganos.

Respecto á las consecuencias del proceso inflamatorio, recomienda como alimentación, la leche abundante. Ningún medicamento es capaz de disminuir la albuminuria; todo lo que se ha propuesto con este objeto ha sido inútil.

Para combatir la disnea, recomienda la leche y una alimentación dulce, nada irritante; los diuréticos y eventualmente las punciones sobre todo las de la pleura; en los casos extremos las cánulas de Soutbey. En la uremia, dar la pilocarpina y baños de aire caliente. Contra los insomnios el cloroformo ó el cloral. Al principio de la pericarditis hace aplicar ventosas, y por último, combate el exceso de tensión arterial por la nitro-glicerina ó los nitritos.

M. Rosenstein (de Leyden). El punto importante es el régimen y la alimentación general. Yo soy cada vez más opuesto á toda especie de medicamentos; ninguno tiene acción sobre la albuminuria, y se corre el riesgo de que sean nocivos. Es posible, que la digitalina que acaba de proponer M. Lépine sea útil; pero pongámonos en guardia contra los errores que son aquí más fáciles que en otras cosas, á causa de las variaciones enormes que pueden producirse diaria y espontáneamente. Sobre todo, ¡nada de calomelanos! Yo he visto á este cuerpo provocar en tres casos de nefritis, la gangrena de las encías con todas sus consecuencias. Si algún caso hay en que deba ser proscrito, es las nefritis, puesto que no puede entonces eliminarse.

Lo que debemos tratar son las complicaciones; la debilidad del corazón, la disminución de la diuresis; pero aún aquí, es preciso tratar principalmente de descargar los riñones. Yo recomiendo en primer lugar en estos casos, la permanencia en atmósferas calientes y mejor aún el reposo en la cama, y por lo tanto, para los indigentes el hospital.

La leche determina con frecuencia la repugnancia y el catarro del estómago; tiene además el inconveniente de ser un diurético demasiado enérgico, perturba por esto el reposo nocturno de los enfermos mientras que la simple permanencia en la cama provocando la transpiración, puede producir en ocho ó diez días, en los hidrópicos, una pérdida de peso de 10 kilos. Por lo demás, la polidipsia, la sed enorme, desempeñan aquí un papel más importante que la poliuria que probablemente es solo secundaria.

M. Senator (de Berlín). Reconozco también la impotencia de los medicamentos desde el tanino, hasta los más recientes para combatir la albuminuria; pero no juzgo imposible que se lleguen á descubrir algún día alguno que sea útil. Sobre todo, deseo defender la causa del ioduro potásico que si no tiene evidentemente acción en la nefritis parenquimatosa, puede ser muy útil en la forma intersticial, coincidiendo con las esclerosis de las arterias, la hipertrofia del corazón, etc. M. Rosenstein no ha señalado bastante esta diferencia. Aquí evidentemente es secundaria la nefritis y el ioduro potásico, puede hacer desaparecer la albuminuria, disminuir la poliuria y dar lugar á una remisión prolongada. Semmola, Leyden y otros, son de este parecer. La leche es un buen medicamento en los casos apropiados, sobre todo, en la nefritis del parénquima, en que la sed es poco pronunciada, pero no debe emplearse en la esclerosis con polidipsia.

TRATAMIENTO DE LA TÍSIS PULMONAR ESPECIALMENTE EN LOS HOSPITALES PARA TÍSICOS.

M. Hermann Weber (de Londres). Los medicamentos como la creosota, el arsénico, las inhalaciones de eucaliptol ó de ácido fénico, no tienen valor más que en algunos casos y como auxiliares del tratamiento general y del tratamiento sintomático. No es imposible, sin embargo, que se encuentren algún día remedios capaces de impedir el desarrollo del bacilo, sin perjudicar al organismo. Hoy día, lo esencial es sostener el estado general y aumentar las fuerzas de los enfermos por el régimen y la higiene. Yo considero al clima como importante, pero no como específico á causa de la inmunidad que se reconocía antiguamente á ciertas regiones sino por las ventajas que ofrecen ciertos climas para mejorar la nutrición y fortificar e

organismo entero y sobre todo, los órganos de la respiración y de la circulación. Citaré solo como ejemplo ciertos climas de montañas.

Sin embargo, el tratamiento y la curación de la tisis son posibles en todas partes, donde se puede tener aire puro *día y noche*, una alimentación conveniente y movimiento en una medida moderada y graduada. El punto principal, debe ser siempre mejorar la nutrición; recordaré los éxitos obtenidos en el tratamiento de otras afecciones crónicas del corazón, de los órganos digestivos y del sistema nervioso, por la mejoría del estado general y de las reglas de terapéutica general.

Es preciso reglamentar de la manera más exacta, el empleo y la medida de la permanencia al aire libre, de la alimentación, del movimiento y del reposo, de los vestidos y de la situación y ventilación de las habitaciones ordinarias y de los dormitorios. Es preciso adaptar estos agentes importantes á la constitución, al estado variable de las fuerzas, al estado y á las complicaciones en los diversos enfermos y aun en el mismo enfermo en diversas épocas. La falta de estas medidas acarrean peligros continuos. La dirección constante del enfermo por un médico, es pues, indispensable, y para el mayor número de tísicos, el tratamiento en los establecimientos especiales bien organizados, presentan grandes ventajas; para muchos constituye la sola posibilidad de curación.

Recordaré los éxitos admirables relatados por Brehmer, Dettveiler, Meissen, en Görbersdorf y Falkenstein; más tarde por Driver en Reiboldgrün, por Imdeau en el Adirondak Cottages Hospital, en el lago Sarawak cerca de Nueva-York.

Pero lo que es todavía más necesario es el tratamiento de los enfermos *indigentes* en establecimientos. La organización de la mayor parte de los hospicios generales, es insuficiente para que en ellos puedan ser tratados con éxito los tísicos, falta en ellos el espacio necesario generalmente para el número considerable de esta clase de enfermos. Obligados estos desgraciados á permanecer en sus habitaciones estrechas, sucias y mal aireadas, se encuentran por el contrario en las mejores condiciones para repartir abundantemente la enfermedad.

Los hospitales grandes y pequeños que existen en Inglaterra para el tratamiento especial de los enfermos de pecho, han dado buenos resultados y son apreciados por los mismos enfermos.

Cuanto á la situación de estos establecimientos, el aire debe estar

en ellos sin polvo y libre de impurezas orgánicas en todos los alrededores y á una gran distancia; el suelo debe ser seco, las construcciones hasta donde sea posible, sobre pendientes expuestas al mediodía, en una altitud tan elevada como se pueda y en las inmediaciones de bosques y especialmente de pinos. Debe haber en ellos facilidad para pasearse, ya en sitios llanos, ya en pendientes y también para trabajar en galerías abiertas, y por último, senderos y sitios abrigados de la lluvia y del viento.

Los gastos de este tratamiento de los tísicos serán grandes; pero las ventajas obtenidas las compensarán completamente. La suerte penosa de estos pobres enfermos, será mejorada y muchos curarán y serán devueltos al Estado y á sus familias, aptos para trabajar: aprenderán además en estos establecimientos la manera cómo deben vivir para evitar las recaídas. Los hospicios generales se descargarán, los enfermos pobres no serán ya una carga para su familia y sobre todo la propagación de la enfermedad se dificultará y se puede esperar, con el tiempo, ver disminuir el número de tísicos.

Yo recomiendo la fundación de una manera urgente, de Sociedades para la creación de establecimientos para los tísicos pobres.

M. Dettweiler (de Falkenstein) hace constar con satisfacción que el Congreso de Berlin, habrá dado entre otros resultados, el de consagrar la supremacía del tratamiento de la tísis en los establecimientos especiales. Cuanto se haga por multiplicar estos, será poco.

M. Bretschnner (de Nueva-York) dice que los tísicos tienen probabilidades serias de curación en los establecimientos especiales. Hace la historia de estos sanatorios, da detalles sobre algunos establecimientos de este género en América y defiende las barracas con este fin.

M. Leyden (de Berlin) considera el tratamiento en los sanatorios como el mejor. Ha puesto esta cuestión á la orden del día, porque esperaba que así ganaría más rápidamente el favor general.

M. Cantani (de Nápoles) hace resaltar el papel profiláctico y terapéutico que desempeña el cloruro de sodio y otras sales de este metal en las personas amenazadas ó atacadas de la tuberculosis.

A una pregunta hecha por M. Leyden, responde que desde hace mucho tiempo existen en Nápoles, no hospitales especiales para los tuberculosos, sino en los hospitales generales, salas de aislamiento para estos enfermos y que si esta organización ha dado hasta ahora

malos resultados, es porque no estaba conforme á las exigencias de la higiene y de la dietética.

M. Trier (de Copenhague) ha dado cuenta de los buenos resultados que ha obtenido en Dinamarca, enviando los tísicos pobres al campo, en las casas de los aldeanos, bajo la vigilancia de un médico.

M. Philip (de Edimburgo). En nuestra ciudad van á establecerse hospitales especiales á expensas de las autoridades, para el tratamiento de los tísicos.

M. Fürbringer (de Berlín). Yo no admito una proporción de *curaciones* tan grande como M. Dettweiler. No vamos á prometer esto al público. Una gran mejoría en muchos casos constituye ya un excelente resultado. Se han exagerado mucho la proporción de las infecciones hospitalarias. La estadística del hospital Friedrichshain de Berlín que se refiere á muchos cientos de médicos y de enfermeros desde hace muchos años, lo prueba.

M. Hansen (de Bergen). Existe un sanatorio para los tísicos en Noruega desde hace muchos años. Los resultados son buenos. pues da una fuerte proporción de curaciones. Este es evidentemente el ideal para las clases pobres.

VIAJE QUIRÚRGICO Á LONDRES [1].

I.—UNA VISITA Á LA CLÍNICA DE LISTER.

El tratamiento de las heridas quirúrgicas es objeto de nuevos estudios. El período de transición que atravesamos, se halla caracterizado por el abandono de cierto número de precauciones antisépticas, calificadas de inútiles, si no de perjudiciales. Los esfuerzos todos se dirigen ahora á suprimir los peligros y los inconvenientes que van unidos al empleo de determinadas sustancias parasiticidas.

Los procedimientos antisépticos que han permitido inaugurar una nueva era en cirugía, no están ni olvidados ni proscritos. Sírvense los cirujanos, y de ellos se servirán aún durante mucho tiempo y con éxito, de las sustancias antisépticas; pero ya no se emplearán más, con la prodigalidad de antaño, todas esas piezas de apósito tan laboriosamente preparadas y tan caras. Hoy

(1) De *La Médecine Moderne*, por R. Pichevin, números 43 y 44, Octubre del 90.

la asepsia va adquiriendo en cirugía un lugar preponderante, y de ello debemos felicitarnos.

En el curso de algunas conversaciones que hemos sostenido con nuestros maestros, sobre la evolución de las prácticas quirúrgicas, formamos el propósito de estudiar la organización de los hospitales extranjeros y de especificar las modificaciones introducidas en el método antiséptico.

En Julio último encontramos una ocasión propicia para salir de París y la aprovechamos para visitar Londres.

Nuestro primer deseo al llegar á esta ciudad, fué ver las dos grandes figuras que, por diferentes motivos, ocupan tan preeminente altura en la historia de la cirugía moderna. Tuvimos la fortuna de encontrar muy pronto á los Sres. Lister y Spencer Wells.

Sir Spencer Wells (1) habita un hotelito de modesta apariencia y amueblado con una sencillez que sorprende al visitante acostumbrado al lujo de los departamentos que tienen los cirujanos y médicos parisienses. Viendo aquellas paredes casi desnudas, cubiertas con una capa de pintura ordinaria; contemplando aquellos muebles escasos, severos, de una elegancia algo primitiva, nadie sospecharía que se encontraba en el salón de uno de los más grandes prácticos de Europa. El despacho, en el que se ve un centenar de volúmenes, está amueblado con tanta austeridad como la habitación que le precede.

Spencer Wells ostenta en su rostro la expresión de la bondad y la honradez. Habla correctamente en francés y nos dispensa una amable acogida. El gran ovariotomizador de Londres siente mucho no podernos admitir á presenciar una de sus operaciones, pues ya no ejerce en el hospital; pero tiene la atención de darnos las señas de uno de sus discípulos, que debía practicar una laparotomía al día siguiente.

Al salir de casa de Spencer Wells, nos trasladamos á la de sir José Lister. También allí llamó nuestra atención la sencillez de que vive rodeado uno de los más famosos cirujanos de Inglaterra. Si insistimos sobre este hecho, que no tiene en el fondo gran importancia, no es porque obedezcamos á la idea de dirigir cargo alguno á nuestros compañeros ingleses. Creemos, por el contrario, que los prácticos del otro lado del Canal han acertado en la nota precisa. La exageración que despliegan en el lujo muchos médicos y cirujanos de París, ¿no constituye una inútil y costosa necesidad que se ha impuesto el cuerpo médico de nuestro país? El mal, sin embargo, está ya tan arraigado que sería casi imposible remediarlo.

Lister había salido cuando llegamos á su casa; pero allí nos dijeron que probablemente lo encontraríamos por la tarde en *King's College Hospital.*

---

(1) Algunas de estas notas las debemos á uno de nuestros compañeros de viaje. *(N. del A.)*

A las dos estábamos en el hospital. Después de esperar mucho rato, por una equivocación de un empleado subalterno, fuímos autorizados para entrar en la sala de operaciones de sir J. Lister.

Presas de cierta emoción, mezclada de admiración y de respeto, nos aproximamos al creador de la antisepsia, al cirujano que merece la estatua de oro propuesta por Nélaton á quien lograra suprimir el pus.

De estatura superior á la media y algo corpulento, sir José Lister es un viejo de cabeza canosa y de fisonomía franca, plácida y leal. La mirada, de una dulzura extraordinaria, se anima por momentos, iluminando el rostro armónico del cirujano inglés.

Su palabra es lenta, mesurada y expresiva de una cariñosa benevolencia.

Su voz, cuyo timbre impresiona el oído agradablemente, no es apagada, pero nunca adopta los tonos altos, ni siquiera cuando modula frases en las que va envuelto un discreto chiste.

Sus maneras son afables, su aspecto sencillo y su conversación carece de pedantería. El deseo de sorprender con un golpe de efecto á los que por primera vez le ven, no aparece nunca en ese hombre, que tanto derecho tiene para manifestarse orgulloso por su obra. Su modestia es verdadera y constituye uno de los principales elementos de la simpatía que Lister despierta en cuantos se le aproximan.

Algunas cualidades naturales le han permitido realizar los admirables progresos que columbró en un relampago de genio. Una paciencia que nada cansa, una tenacidad fría, verdaderamente británica, que se manifiesta en los actos más insignificantes de su vida; el cuidado constante de hacer bien las cosas sin preocuparse por el tiempo que pueda emplearse en ellas; una sincera filantropía, tales son algunos de los dones de ese hombre ilustre que honra no solo á su país, sino á la ciencia, de que es uno de los más gloriosos representantes.

Cuando llegamos, terminaba Lister una operación de varicocele por ligadura doble y excisión de las venas.

Nuestra admiración fué grande examinando el local donde el cirujano inglés no había vacilado en exponer al aire libre las venas espermáticas y en escindirlas.

La sala de operaciones es estrecha, exigua, hasta incómoda y mal iluminada. El cirujano y sus cinco ó seis ayudantes, apenas pueden circular alrededor del lecho en que está echado el paciente. Las paredes, en las cuales una capa de pintura, descascarillada ya en algunos sitios, deja de ver el yeso, tienen un aspecto casi sucio. El suelo, entarimado, hállase cubierto por una alfombra ordinaria y vieja, de dudosa limpieza, y probablemente no ha sufrido, desde mucho tiempo antes, un lavado formal.

Lister llevaba una levita negra durante la operación; nada de blusa ni delantal, y lo mismo sus ayudantes.

Las precauciones antisépticas, tenidas por indispensables, no parecían en aquel local, que fué para nosotros la sala de las sorpresas.

Cierto es que no era aquella la sala ordinaria de operaciones de Lister, que operó allí en el día citado por rara casualidad. No importa, aquel local nos dejó pensativos.

Lister se sirvió para suturar de una aguja curva pequeña, sostenida directamente con los dedos, según costumbre de los cirujanos ingleses. Hizo con seda una especie de cadeneta que no debe de ser una sutura mala, pero que quizá tenga el inconveniente de no reunir bastante. No puso tubo de desagüe.

Un ayudante había dado el cloroformo, para producir la anestesia.

El cirujano inglés no usa ningún aparato especial para obtener el sueño anestésico. Los alumnos de su clínica hacen una especie de embudo con el extremo de una toalla y derraman el agente anestésico de una manera casi continua en la parte superior, situada sobre el orificio bucal del enfermo.

Lister coloca con el mayor cuidado las piezas de apósito que preconiza hace un año próximamente (1).

En seguida pasamos á la clínica. Durante las dos horas, poco más ó menos, que duró la visita, el célebre cirujano de King's College Hospital se limitó á practicar cuatro curas bastante sencillas.

De la sala en que están acostados los enfermos, no hay nada que decir. Se parece á las de los antiguos hospitales de París. En las paredes, pintadas de verde mar, hay colgadas unas cromolitografías muy malas que constituyen otros tantos nidos de polvo...

Algunas flores alegran algo este local muy bajo de techo, pero que goza, en cambio, de muy buena luz.

Las camas son horriblemente bajas. Para hacer las curas es preciso doblarse en ángulo recto.

Un lumbago crónico le corresponde por derecho propio al interno de esa sala.

Las mesillas de noche son de madera, muy ordinarias é incómodas.

Lister curó delante de nosotros un bócio operado el día antes, un abceso osifluente del muslo, un tumor de la mama y un callo defectuoso del fémur.

La visita se hizo vistiendo los trajes mismos llevados durante la operación, y sin delantal.

El papel de los alumnos parece reducirse solo á la contemplación del cirujano y de los enfermos. J. Lister no confía á nadie el cuidado de curar á sus enfermos. No los deja hasta después de haber arrollado él mismo la última venda y clavado el último alfiler.

Es preciso ver la lentitud y el esmero que Lister emplea para hacer las curas. Constituye ese acto para él un verdadero sacerdocio y cualquiera diría

(1) *Médecine moderne*, 1890, pág. 59. (*N. del A.*)

que la lentitud al ejecutar las cosas, es condición indispensable para que salgan bien.

El célebre cirujano repite que si se quiere obtener buenos resultados, si se desea ser útil de verdad á los enfermos, se deben hacer las curas consecutivas con igual cuidado que el que se empleó en la operación. ¡Sea!

Lento, lo es; cuidadoso, lo es; concienzudo, lo es también el padre del listerismo; pero, si vale decir la verdad, hemos de reconocer que no es antiséptico.

Más de siete veces pecó en pocos minutos, y en nuestra presencia, contra la antisepsia, sin tratar casi nunca de enmendar la falta, lavándose en las aguas purificadoras que él mismo ha santificado.

Mientras estaba haciendo la cura de un cáncer de la mama (abertura de la herida, transporte de un colgajo), nuestro huésped se registraba los bolsillos ya para buscar el pañuelo, ya las gafas, y después continuaba la operación sin lavarse las manos.

¡El lavado de las manos! Está reducido á la mínima expresión. Antes de emprender una curación, Lister no se lava; ni una sola vez le hemos visto limpiarse las uñas con un cepillo, ni una sola vez se enjabonó las manos. A veces, durante una cura, se moja las puntas de los dedos en un vaso parecido por la forma y el tamaño á esos que se sacan en algunas mesas para enjuagarse la boca. El recipiente, que apenas basta para sumergir la mano entera, contiene una disolución fenicada. ¿La ablución rápida de las terceras falanges y el mojarse las uñas en agua fenicada, pueden considerarse como precauciones antisépticas?

Lister tiene la costumbre de mojar en agua fenicada las hojas de las tijeras que usa. Estas van á la ventura por encima de las camas y sirven indistintamente para cortar los apósitos sucios y las gasas limpias. Sabido es que Lister no emplea ya las gasas fenicadas y su nueva cura, según parece, no se le da con gran liberalidad y así ¡qué parsimonia en su empleo!

Las gasas antisépticas van envueltas en un trozo de hule que se lleva de cama en cama. A veces permanecen expuestas al aire 10, 15 minutos y más. Allí no se usa caja especial alguna para conservar las diferentes piezas de apósito.

Dos veces seguidas delante de nosotros, Lister aplicó un hule, manchado ya por líquidos procedentes de la herida, sin someterlo al más ligero lavado antes de aplicarlo sobre el nuevo apósito.

En otra ocasión, Lister levantó una gasa que cubría una herida reciente; era grande, plegada en muchos dobleces y empapada, materialmente, en un líquido sanguinolento. El cirujano se limitó á separar, sin fijarse mucho, los trozos que estaban muy manchados y aplicó sobre la herida la gasa restante, limpia de ese modo y desembarazada de las manchas demasiado aparentes.

Parece ser que Lister no teme el contacto del aire con las heridas. Cuando las descubre, no se cuida de protegerlas, haciéndolas desaparecer al punto bajo una gasa antiséptica cualquiera. Conviene añadir que los apósitos puestos por este cirujano no pasan ni 1 cm. de los límites que alcanza el campo operatorio. Es milagroso cómo se sostienen las curas sobre las heridas por medio de una pequeña cinta elástica aplicada alrededor del apósito.

Contestando á una pregunta que le hicimos, declaró Lister que nunca se servía de líquidos antisépticos para hacer lavar las paredes y suelos de sus salas. Esas precauciones no son útiles. Según nos manifestó, ha hecho su aprendizaje en salas mucho menos limpias que las que ahora ocupan sus enfermos.

En la repisa de una ventana y relegado miserablemente en un rincón, un pulverizador, despojo respetable de otra época, dormitaba hacía dos años entre el polvo del olvido, en contacto íntimo, si no con los microbios patógenos que antes se encargaba de destruir, al menos con las impurezas palpables de la atmósfera. Miramos con curiosidad aquel aparato sucio y abandonado pensando en el ruido y en el vapor que había producido... *sic transit gloria mundi*... cuando sir J. Lister nos arrancó bruscamente á nuestras meditaciones diciéndonos, quizá como respuesta á preguntas que adivinaba: «Somos independientes de la atmósfera.» La fórmula resultaba sugestiva. Esas palabras, saliendo de labios de Lister y oidas en las orillas del Támesis, nos sorprendieron un tanto.

Nos despedimos de Lister, después de haberle pedido permiso para asistir á una operación hecha por él.

Al día siguiente llegamos con toda puntualidad á la cita que nos había dado.

La operación tuvo lugar en el gran anfiteatro, en el cual dió Lister una lección clínica ante unas diez personas.

El anfiteatro es de mèdiana capacidad y está muy bien iluminado desde arriba y por el frente.

El suelo, de madera, no brilla por una limpieza meticulosa. Las paredes no son de una blancura inmaculada.

Los bancos, puestos en semicírculo, en torno á la mesa de operaciones, son de madera, sencillos y sin respaldo.

Una barandilla corrida, de hierro, pasa por delante de los bancos dispuesta en forma de pupitre estrecho pero suficiente para poder tomar algunas notas.

En un ordinarísimo armario de madera se hallan los instrumentos. Algunas cajas de cristal y fuentes de porcelana sirven para contener las sustancias antisépticas y los instrumentos que deben emplearse durante la operación.

Un lavabo con tres compartimientos está á disposición del cirujano y sus ayudantes para que puedan lavarse las manos con agua caliente ó fría.

En el anfiteatro no hay ninguna estufa. La desinfección de los instrumentos se hace sencillamente por inmersión, después de haberlos limpiado.

Sir J. Lister iba á practicar la resección del nervio cubital á un negro. La operación fué precedida de una breve lección clínica.

El enfermo estaba echado en una cama operatoria, complicada como casi todas las mesas inglesas. Al lado había otra más pequeña, cubierta con un hule bastante sucio. Una toalla, de blancura discutible pero mojada en agua fenicada, cubría el hule; el brazo del paciente se extendía sobre esta mesita á conveniente altura.

Inmediatamente antes de operar, sir J. Lister se quita la levita, se sube las mangas de la camisa, se pone las gafas y, sin lavarse las manos, empieza á cepillar el brazo del negro. Después de un breve lavatorio fenicado, Lister coloca los instrumentos parte en un bocal que contiene una disolución fenicada, y los demás encima de la mesilla.

El cirujano y sus ayudantes operan sin delantal y no vacilan en secarse las manos con toallas que, si bien parecen limpias, no son antisépticas ni asépticas.

Lister y su ayudante principal se mojan de cuando en cuando las puntas de los dedos, en el enjuagador de que ya se ha hablado.

La busca del nervio se hace un poco pesada. Uno de los internos se atreve á decir al maestro que quizás los negros no tengan el nervio cubital situado como los blancos. Esta reflexión, hecha en broma, hace caer sobre el imprudente una respuesta incisiva: «¡Es nuestro hermano, como otro hombre cualquiera!» Pero esta repulsa no impide que el eminente cirujano diga un chiste al terminar la operación, cuando empieza á salir sangre venosa al quitar la venda de Esmarck: «¡Esta si que es sangre *negra*!», exclama riéndose.

Lister puso dos suturas directas con catgut muy fino. Se hizo un apósito enyesado en el anfiteatro mismo, mojando Lister una venda de linón en una mezcla de yeso ordinario y agua é inmovilizando el antebrazo y la mano del enfermo en ese aparato.

Estos detalles parecerán, tal vez, prolijos é inútiles á aquellos de nuestros lectores que no se ocupen especialmente en cirugía; pero nosotros creemos, por el contrario, que es interesante el relato fiel de todo lo que ha llamado nuestra atención en las dos visitas que hemos hecho al cirujano cuyo nombre representa la antisepsia.

¡Guárdenos el cielo de decir nada que pueda disgustar al hombre, cuya cortesía nos complacemos en proclamar muy alto!

Pero no podemos ocultar nuestra sorpresa al presenciar las prácticas primitivas de antisepsia empleadas por quien ha creado el método.

¿Qué queda de la cura de Lister, en la clínica del mismo Lister? Nada ó casi nada. La pulverización fenicada, suprimida; el tafetan protector, suprimido; el hule, sirve para envolver algunas gasas antisépticas y para cubrir ciertos apósitos; la gasa fenicada, suprimida. Se usa el agua fenicada para lavar los instrumentos y las terceras falanges.

¿Esta antisepsia «de las puntas de los dedos» es suficiente? Muchos lo pondrán en duda. Hagamos constar, empero, los excelentes resultados que obtiene en su práctica el ilustre cirujano de King's College Hospital.

(Concluirá en el número próximo.)

FEDERICO MONTALDO.

REVISTA DE PEDIATRÍA,

POR EL DOCTOR

D. ALBERTO FERNÁNDEZ GÓMEZ,

MÉDICO DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA.

En la *Gacette Médicale de Paris* publica el Dr. Variot una nota muy interesante que trata de la *secreción láctea* en los reciennacidos.

Dice que durante el primer semestre del año actual le ha sido dable llevar á feliz término observaciones precisas, acerca de la sobreactividad funcional de las glándulas mamarias en los reciennacidos de ambos sexos, más acentuada á partir del octavo día después de verificado el nacimiento.

En ese momento, las dos glándulas sobresalían formando eminencia como dos pequeños cristales de reloj aplicados sobre el tórax, y si la leche no era extraída, dicha eminencia se convertía en un tumor redondeado del tamaño de una nuez; la piel aparecía á menudo rubicunda, la palpación digital producía una sensación de empastamiento siendo dolorosa la presión para evacuar el contenido, como sucede en una nodriza cuyas mamás están transitoriamente tumefactas.

Se ha visto que el desenvolvimiento de los abscesos del seno en los pequeños seres, no es apenas menos frecuente que en la mujer que lacta y que un buen medio de prevenirlos en los dos casos, estriba en impedir oportunamente la excesiva repleción de los conductos galactóforos.

No es raro, en efecto, que comprimiendo ligeramente la glándula en los niños, cuando la secreción está bien establecida, veamos brotar hasta dos ó tres centímetros cúbicos de un líquido, que presenta todos los caracteres exteriores de la leche, sin que la constitución de esta secreción verdadera suscite discusión en el terreno científico, desde que los análisis químicos verificados á instancia de Gubler, han establecido la conclusión definitiva de que la leche del reciennacido contiene todos los principios esenciales de la de la mujer, con las naturales variantes en lo que se refiere á la proporción. Los resultados nuevamente obtenidos por Lecocq á quien M. Variot invitó á practicar modernas y detenidas investigaciones, merecen consignarse, y prescindiendo de los atinados procedimientos, puestos á contribución por la

pericia de aquel distinguido químico, á continuación va la síntesis de esos trabajos:

Leche de un reciennacido: Cantidad, 1 cm. cúbico.

Núm. 1.—Manteca.....	00,15	por 1.000	= 15 gr.
Caseina.....	00,11	—	= 11 »
Núm. 2.—Manteca.....	00,17	—	= 17 »
Caseina.....	00,13	—	= 13 »
Azúcar de leche.....	00,42	—	= 42 »
Núm. 3.—Manteca.....	00,14	—	= 14 »
Caseina.....	00,25	—	= 25 »
Azúcar de leche.....	00,46	—	= 46 »

sin que exista duda sobre la naturaleza de la caseina dosificada, á pesar de la contraria opinión sostenida por algunos químicos respecto á la existencia de dicha sustancia, que han juzgado reemplazada en esta leche por una variedad especial de albúmina.

Las proporciones variables en los principios inmediatos se explican fácilmente, recordando las modificaciones que circunstancias múltiples pueden determinar en la calidad de la secreción, pero lo básico, lo fundamental, lo que reviste notoria importancia, es que se encuentren de un modo constante esos principios esenciales de la leche, manteca, caseina y lactosa en el producto segregado por el reciennacido.

M. Sinety en un bello trabajo histológico, inserto en los *Archives de physiologie* ha descrito cuidadosamente la estructura de la glándula mamaria en los niños, demostrando que estas contienen durante el período de funcionamiento, fondos de saco tapizados de células que apenas difieren de las que existen en la mujer adulta; M. Variot corrobora la afirmación precedente asegurando, como fruto de firme convicción basada en concienzudos exámenes microscópicos, que la leche de los pequeños seres, recogida en el instante del summum de función presenta los mismos glóbulos lácteos que la leche de la madre, siendo imposible establecer la menor distinción entre unos y otros.

En suma, las investigaciones anatómicas, prestan sólido apoyo á las conclusiones formuladas por los químicos, para establecer como verdad razonada que la secreción láctea, transitoria y fugaz en el niño, ofrece las relaciones más estrechas posibles con la lactancia en la mujer adulta. Respecto á la duración de esa sobreactividad en los niños de ambos sexos, el por qué no es más que temporal, extinguiéndose luego, y qué influencia puede ejercer sobre ella el estado de la salud general, son fases de la cuestión que hablando ingenuamente resultan poco exploradas todavía: ya hemos indicado que lo más frecuente es que aparezca del día octavo al quince después del nacimiento; que en este período es cuando los caracteres del líquido segregado se aproximan más á los de la leche materna, el mismo aspecto

exterior, idéntica coloración, glóbulos lácteos sin diferencia alguna microscópica, etc., etc. Pero antes del día octavo y después del quince la calidad y cantidad de dicha secreción, sufren graduales modificaciones; el líquido que la presión hace salir en forma de gotas es transparente, de apariencia serosa, recuerda al calostro, siendo necesario que la gota recogida tenga cierto espesor para que ofrezca un tinte turbio y opalescente.

En un pequeño niño de mes y medio se consiguió examinar tres gotas independientes quedando adheridas á los orificios de los conductos galactóforos; dos de estas eran claras y limpias, la otra tenía la coloración de la leche ordinaria, lo cual arguye que los fenómenos secretorios se amortiguan de un modo desigual en los diversos lóbulos de la pequeña glándula.

Cuando el líquido tiene parecido á la serosidad, el microscopio revela menor número de glóbulos lácteos esparcidos en medio de células redondeadas de tamaño variable, aunque sobrepujando generalmente las dimensiones de los leucocitos ordinarios: algunas de estas células esféricas tienen un protoplasma claro con núcleo bien manifiesto, en muchas de ellas oscurecido este último por la existencia de numerosos gránulos brillantes, que resultan ser verdaderos glóbulos lácteos incorporados á los leucocitos.

La actividad funcional de las mamas infantiles no cesa bruscamente y á veces se exterioriza al cabo de cuatro ó cinco meses por una débil expresión de serosidad cuando se comprimen entre los dedos: el mal estado de la nutrición general, el enflaquecimiento, la caquexia extrema no constituyen óbice á la presentación de este fenómeno; en un pequeño enfermo afectado de sífilis hereditaria, depauperado hasta al límite de lo concebible, las dos mamas formaban eminencias hemiesféricas susceptibles de dejarse ordeñar con buen éxito; en la mujer todo el mundo sabe que con quebrantos orgánicos de esa índole, la secreción láctea se apresuraría á desaparecer.

En el reciennacido como en la madre, el proceso histológico es análogo; la composición química de la leche tiene muchos puntos de contacto; pero mientras en la segunda la sobreactividad de las funciones mamarias está ineludiblemente subordinada á modificaciones en los órganos genésicos, que disminuye ó cesa dicha función cuando la nutrición general sufre, en el primero no descubrimos ninguna relación aparente entre el desarrollo de las glándulas mamarias y el del aparato genital, y el trabajo de formación de la leche apenas se ve influencidado por el menoscabo del vigor orgánico.

Esta función temporal tiene un carácter tal de constancia, que debe hacernos sentir de todas veras la completa ignorancia en que hoy nos hallamos para explicar su causa próxima y su significación.

II.

Naturaleza y tratamiento de las diarreas infantiles fué el importante tema de varias lecciones clínicas explicadas por el Dr. Abreu en la Facultad de

Medicina de Río-Janeiro, una de las que, tomada del periódico *O Brazil Médico*, transcribimos á continuación.

En nuestra última reunión nos ocupamos de la diarrea por dispepsia, por enteritis, de la diarrea grave conocida con la denominación de coleriforme; continuando hoy el mismo asunto, estudiaremos el tratamiento bajo el punto de vista de las complicaciones que la enteritis puede presentar en los niños revistiendo formas diversas y variadas, que sin constituir procesos mórbidos diferentes, propiamente hablando, se presentan con caracteres tan particulares qae no pueden dejar de impresionar al clínico; me refiero á las formas convulsiva, tifoidea y comatosa.

Son gravísimas y requieren tratamiento inmediato, porque en presencia de un enfermo que presenta esas complicaciones, si se distrae la atención, olvidando las condiciones que determinaron la diarrea, pueden cometerse errores fatales, propinando una medicación violenta que puede ser dañosa, puesto que aquellos síntomas de coma, convulsiones, etc., no tenían el valor que se les había querido dar; de ahí la necesidad de formular con precisión el diagnóstico, para saber cómo se han de modificar inmediatamente esos tremendos síntomas, poniendo á contribución todos los medios para evitar lamentables equivocaciones, que con el perjuicio irrogado al enfermo, abren tan profunda brecha en la reputación profesional del médico.

Tratándose de la forma convulsiva, la indicación consiste en aumentar el flujo intestinal por medio de los enemas y purgantes, recurriendo simultáneamente al sedante por excelencia, al bromuro de potasio de preferencia al de sodio, pues aquel tiene la propiedad de disminuir este estado reflejo y la ventaja de ser tolerado en alta dosis, sin producir ningún trastorno, ni originar, claro está, una situación opuesta, es decir, el coma.

El opio nó sirve para combatir el elemento convulsivo, porque siendo congestionante en su acción primitiva, administrándolo nos exponemos á aumentar la hiperemia de las meninges, ocasionando un mal mayor; lo que no acontece con el bromuro que será el opio de que únicamente nos acordemos para calmar la exagerada excitabilidad refleja.

Si las convulsiones se suceden con extremada rapidez ó son tan intensas y amenazadoras, que los purgantes y el bromuro no consiguen vencerlas, debemos apelar á las inhalaciones de cloroformo no llegando jamás á la verdadera anestesia, período de resolución, sino practicando una cloroformización ligera, suficiente para que la criatura quede adormecida, una especie de cloroformización *á la reina*. Es recurso que el médico nunca debe rechazar cuando es llamado con urgencia á prestar sus auxilios á un niño atacado de convulsiones; el cloroformo es un sedante de primer orden que requiere, como es lógico, tratándose de una sustancia activa, cierto tino en su empleo sobre todo, desde que estudiada más despacio su acción terapéutica, se va reconociendo la imposibilidad de concederle patente de inocencia.

Como derivativo intestinal podemos prescribir el enema siguiente:

Infusión de persicaria		180 gr.
Electuario de sen y aceite de ricino	ãã	30 »
Tintura de asafétida		2 »

M.

Pasado el efecto de este primer enema, se debe poner otro de acción antiséptica, preparado con ácido bórico ó naphtol; ya tuve ocasión el otro día de encarecer la importancia de este segundo medicamento en las diarreas por dispepsia ó lientéricas, en las que su uso tanto coadyuva á modificar el estado del tubo intestinal; aquí también encuentra perfecta oportunidad de aplicación.

A estos medios debe añadirse una medicación interna que actúe descongestionando las meninges; los mercuriales, especialmente los calomelanos á dosis purgante en los comienzos y á dosis refractas cuando la hiperemia es más pronunciada, apareciendo el estrabismo, convulsiones más ó menos generalizadas, temperaturas altas, etc.; si se presentan síntomas de meningo-encefalitis podemos valernos de la medicación antitérmica, antifebrina ó antipirina que influyen favorablemente sobre la temperatura siempre que no se abuse y se manejen con prudencia.

La antifebrina á la dosis de 30 ó 40 cg. produce un descenso de aquella que dura de seis á siete horas, pero conviene estar alerta porque tratándose de niños podrían resultar esas dosis intempestivas por hacer descender la temperatura á 36 ó 35°, lo cual sería grave inconveniente teniendo en cuenta que disponemos de muchos más recursos para hacer bajar, que para colocar en su altura conveniente la columna termométrica.

En cuanto á la antipirina, medicamento que está de moda y al cual convendría mejor la denominación de *analgesina*, no presenta los mismos peligros que el anterior; podemos atrevernos á dar mayores dosis, pero conviene atender á que el descenso febril es rápido y su duración de cuatro ó cinco horas, menos prolongada por lo tanto que el determinado por la antifebrina.

Como antitérmico ha perdido la antipirina todo el terreno conquistado como modificador del elemento dolor; con este último fin se puede abusar algo de su empleo llegando á dar 3 ó 4 gr.; estas dosis altas han sido aconsejadas en el tratamiento del corea, pero con los niños febricitantes toda cautela es poca, por la facilidad de que pueda sobrevenir el colapso.

Aún disponemos de otros recursos para modificar la hiperemia meníngea, y uno de ellos, medio violento pero á veces de efecto extraordinario, es el hielo; en general se observa en las familias repugnancia para aceptar la aplicación del capacete de nieve sostenido por espacio de muchas horas, sin

razón ciertamente, porque es muy importante para disminuir la fluxión inflamatoria de las cubiertas cerebrales. Es, pues, indispensable, imponer á la familia acerca del valor de esta prescripción así como del peligro que entraña su ineficaz cumplimiento, y si no se puede contar con auxiliares expertos, es más conveniente prescindir de este indicado, porque so pena de perjudicar, es necesaria la no interrupción de los efectos del frío, debiendo siempre ser el médico quien regule cantidad y tiempo que debe mantenerse aplicado.

Otro medio importante susceptible de ser ventajoso en los casos de forma comatosa es la revulsión, realizada con el emplasto de cantáridas de tradición clásica, aconsejado por casi todos los clínicos, unánimes en pregonar los positivos resultados obtenidos en los casos de estrabismo y congestión manifiesta, pero es urgente prever la posibilidad de que el vegigatorio sea motivo de una excitabilidad exagerada en los niños, en quienes tan fácilmente se altera el equilibrio de las funciones nerviosas; no debe traspasarse el grado rubefaciente; cuando más, dejar que se produzcan pequeños flictenas sobre las que se cuidará de extender una sustancia suave y que no produzca irritación.

Si la diarrea toma la forma tífica, debemos procurar modificar la secreción del intestino con las lavativas antisépticas de ácido bórico ó naphtol, recurriendo al mismo tiempo á la medicación tónica.

Después de conocidos estos casos más frecuentes, tenemos que decir dos palabras, relacionadas con la diarrea, que clasifiqué de enteritis pseudo-membranosa caracterizada por constipación de vientre y evacuación de mucosidades que envuelven la parte sólida escrementicia, ó solamente expulsión de aquellas si el estreñimiento es muy tenaz.

Para combatir esta conviene dirigirse al estado general del individuo por medio de una alimentación apropiada y el uso de eupépticos que despierten la función gastro-intestinal adormecida, elixir de pepsina de Mialhe, clorhidro pépsico de Grez ó pepsina amilácea. Si por la pequeña cantidad de heces eliminada se formara un tumor estercoráceo, pasado cierto tiempo, solo podría ser vencido con el auxilio de medios mecánicos, siendo oportuno no olvidar esta posibilidad, para dentro de lo factible intentar evitarla.

Para terminar el estudio de la diarrea infantil nos resta discutir el tratamiento de la llamada diarrea verde, estudiada por Damaschino y Hayem, estudio que constituirá parte de otra próxima conferencia.

MADRID.—IMPRENTA DE FORTANET, LIBERTAD, 29.

NOTICIAS.

Han fallecido en esta corte el Dr. D. José Montero Ríos, catedrático de clínica médica de la Universidad Central y el ilustrado médico del cuerpo de Sanidad militar D. José Sáez y Domingo.

Enviamos á sus familias la expresión de nuestro sentimiento.

En breve se sacarán á oposición once plazas vacantes en el cuerpo médico de la Beneficencia municipal de Madrid. Oportunamente daremos á conocer el programa de las oposiciones.

Con la muerte del Dr. Montero Ríos, son *siete* las cátedras vacantes en el Colegio de San Carlos, que son: Historia de la Medicina, Histología, Operaciones, Patología médica, Clínica médica (primero y segundo curso) y Patología quirúrgica.

Real Academia de Medicina de Madrid.—Por fallecimiento del Sr. D. Aureliano Maestre de San Juan y del Excmo. Sr. D. Estéban Sánchez de Ocaña, y por traslación del Excmo. Sr. D. Manuel Ortega Morejón á sección de Medicina, han resultado vacantes en esta Corporación dos plazas de académicos de número correspondientes á las secciones de Anatomía y Fisiología normales y patológicas y de Farmacología y Farmacia, las cuales han de proveerse en virtud de lo acordado por la Academia.

Las condiciones necesarias para ser candidato á dichas plazas, según el art. 6.º de los estatutos, son las siguientes:

1.ª Ser español.

2.ª Tener el grado de doctor ó el de licenciado en la Facultad de Medicina conferido en alguna Universidad del reino.

3.ª Contar diez años al menos de antigüedad en el ejercicio de la profesión.

4.ª Haberse distinguido notablemente en las materias científicas propias de la expresada sección por medio de publicaciones importantes originales,

por actos públicos, ó por una práctica acertada y meritoria que le haya granjeado un crédito reconocido.

5.ª Hallarse domiciliado en Madrid.

Las propuestas para dichas plazas, que deberán estar firmadas á lo menos por tres académicos de número que responderán de la aceptación del interesado en el caso de resultar elegido, se admitirán en la Secretaría de dicha Academia hasta el 21 de Noviembre, acompañadas de la relación del mérito de los candidatos, suscritas por los mismos y garantizadas con las firmas de los proponentes.

—Habiendo de proveerse una plaza de oficial facultativo de la Secretaría de esta Academia, con el sueldo anual de 2.000 pesetas, la Corporación ha acordado anunciarla á concurso, admitiendo solicitudes hasta el 15 de Diciembre próximo.

Los aspirantes han de reunir las circunstancias de:

1.° Ser español, licenciado ó doctor en Medicina, con cuatro años de antigüedad en el título; no tener menos de 26 años de edad, ni exceder de 45.

Y 2.° Presentar una relación de sus méritos debidamente autorizada y en la que se haga constar los idiomas que posee el solicitante.

Los ejercicios serán dos:

1.° Redactar en el término de cuatro horas el informe que proceda en un expediente, del cual se entregará una copia á cada aspirante.

2.° Escribir en el término de treinta minutos las papeletas correspondientes á cierto número de obras de la Biblioteca de la Corporación.

Las obligaciones de este cargo pueden verse en la Secretaría de la Academia.

Madrid 15 de Noviembre de 1890.—*El secretario*, MATÍAS NIETO SERRANO.

Obras recibidas en esta Redacción:

Tratado de las enfermedades de la infancia y adolescencia, por el Dr. J. Lewis Smith, profesor de clínica de enfermedades de la infancia en el Colegio médico del Hospital de Bellavista, de Nueva-York. Traducido de la *Sexta edición norte-americana*, por D. Federico Toledo. Forma esta notable é interesante obra, del más reputado de los paidópatas de la América del Norte, dos elegantes tomos de más de 1.100 páginas, esmeradamente impresas en excelente papel. Precio, 17 pesetas. De venta en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Pizarro, 13, 1.°, Madrid, y en todas las principales librerías.

VACANTES.

PROVINCIAS.	PARTIDOS.	DOTACIONES.	FECHA EN QUE ESPIRA EL PLAZO PARA SOLICITARLAS.
León.....	Brazuelo.....	100 pesetas y las igualas.....	9 Noviembre.
Madrid.....	Boalo.....	1.000 pesetas y 1.250 de las igualas	8 —
León.....	Villademor de la Viga.	500 pesetas y las igualas.....	8 —
Orense.....	Melón.....	500 pesetas y las igualas.....	16 —
Cuenca.....	San Lorenzo de la Carrilla.....	999 pesetas y las igualas.....	20 —
León.....	Rioseco de Tapia	50 pesetas y las igualas.....	12 —
Toledo.....	Otero.....	750 pesetas y las igualas.....	12 —
Cuenca.....	Fuentes.....	750 pesetas y las igualas.....	12 —
Alicante.....	Sax.....	999 pesetas y las igualas.....	7 —
Cuenca.....	Campillo de Altobuy ..	992 pesetas y las igualas.....	20 —
Toledo	Escalonilla.....	662,50 pesetas y unas 2.330 por las igualas.....	12 —
Cuenca.....	Alcázar del Rey.....	400 pesetas y las igualas.....	24 —

La cátedra de Clínica médica vacante en la Universidad de Santiago, dotada con el sueldo de 3.500 pesetas anuales, la cual ha de proveerse por oposición entre los aspirantes que no se hallen incapacitados para ejercer cargos públicos, que hayan cumplido 21 años de edad y sean doctores en medicina y cirugía ó tengan aprobados los ejercicios del grado. Los aspirantes presentarán sus solicitudes en la Dirección general de Instrucción pública, hasta el 25 de Enero próximo, acompañadas de los documentos que acrediten su aptitud legal, de una relación justificada de sus méritos y servicios, y de un programa de la asignatura dividido en lecciones, y precedido del razonamiento que se crea necesario para dar á conocer, en forma breve y sencilla, las ventajas del plan y del método de enseñanza que en el mismo se propone. Los ejercicios se verificarán en Madrid en la forma prevenida en el reglamento de 2 de Abril de 1875.

El que suscribe, médico de la Inclusa y del Hospital del Niño Jesús de Madrid, etc.

Certifico: que he prescrito muchas veces el *Elixir de proto-cloruro de hierro con hipofosfitos*, preparado por el farmacéutico de Almería Sr. Vivas Pérez, y siempre con él obtuve los resultados satisfactorios apetecidos y buscados; así debía suceder, siendo la forma bajo la que todos los ferruginosos se absorben.

No es desagradable y sus efectos son rápidos. Es una buena preparación farmacéutica que reune las ventajas: 1.ª, de ser el ferruginoso más fácilmente absorbible, y 2.ª, el ser líquida la forma de administración.

Tengo una satisfacción en consignarlo así; el Sr. Vivas ha dado al cuerpo médico una buena preparación y bien dosificada. Madrid 15 de Diciembre de 1888.

Dr. Baldomero González Alvarez.

ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.

El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

Depósitos al por menor.—Cádiz, droguería del Sr. Casal.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, D. Federico del Cerro.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruíz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.

REVISTA CLÍNICA

DE LOS

HOSPITALES

LA VIRUELA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MADRID

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA Y MANSILLA,

PROFESOR DE NÚMERO POR OPOSICIÓN DE AQUEL ESTABLECIMIENTO.

I.

No son las circunstancias sanitarias por que en la actualidad atraviesa la capital de España, las más á propósito para escribir una monografía acerca de la viruela que con una intensidad hace tiempo desconocida, viene azotando á esta población, ya bastante castigada en lo que va del corriente año por la grippe y por algunos casos de cólera.

Destinados los médicos de Hospital á combatir constantemente las epidemias reinantes, son escasos los minutos que nos quedan para consagrarnos á tareas literarias.

No obstante lo expuesto, en nuestro deseo de dar á conocer á los lectores de la REVISTA CLÍNICA DE LOS HOSPITALES, aquello que más nos haya enseñado la actual epidemia de viruela, que desde hace cuatro meses venimos atacando en las salas 28 y 29 á nuestro cargo en el Hospital General, donde constantemente tenemos 70 enfermos, vamos á exponer rápidamente las principales impresiones que hemos recogido en los casos que hemos observado.

Dejando para cuando hagamos un estudio monográfico acerca de la viruela, las investigaciones que estamos realizando en el Laboratorio de San Juan de Dios acerca de la etiología, relaciones entre la viruela del hombre y la de los animales, especialmente la del ganado lanar, anatomía patológica, germen patógeno, etc., nos limitaremos

solamente á exponer las particularidades que hemos observado en lo tocante á la sintomatología y sobre todo al pronóstico y al tratamiento que estamos empleando, que es después de todo lo que más importa al clínico. Terminaremos, en fin, insertando las estadísticas de nuestras salas en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del corriente año, sintiendo no presentar las de toda la epidemia, ni las de todo el Hospital, puesto que otros ilustrados compañeros tienen también servicio de viruela y por otra parte la epidemia continúa todavía con gran intensidad.

II.

Durante la presente epidemia, se ha podido demostrar una vez más la admirable acción preservativa de la viruela que ejerce la vacuna. No solo preserva á muchos de padecerla, sino que, la viruela que sufren los vacunados es leve, discreta y en los pocos casos que ha sido confluente rara vez ha terminado por la muerte, siendo contadas las certificaciones de defunción que hemos firmado de variolosos que estuviesen vacunados.

Por desgracia, para nuestro país, no se usa de la vacuna todo aquello que se debiera, siendo esta la causa de que se observen en él algunas epidemias de viruela y muchas defunciones por esta enfermedad. Por eso con gran acierto dice Liebermeister (1) «la viruela bajo la forma de epidemia, es ya un azote exclusivo de los países bárbaros.»

En España no solo no es obligatorio el uso de la vacuna, sino que, entre los individuos, hay tan poco celo en cuanto á las prácticas de la vacuna, que hay en Madrid mismo muchas personas que no se han vacunado jamás. Y no hablemos de revacunados, pues entre todos los enfermos que llevamos observados en esta epidemia, solo un 6 por 100 han sido vacunados dos veces.

Entre los enfermos que en el Hospital hemos visto, había algunos procedentes del Hospicio y del Asilo de San Bernardino, donde la vacuna es obligatoria y además casi todos están revacunados. Todos han sufrido viruela discreta y ninguno ha fallecido, no obstante, las depauperadas organizaciones que todos aquellos asilados presentan.

(1) Liebermeister. *Lecciones de Patología interna.— Enfermedades infecciosas*, pág. 207.

Y á propósito de la vacuna, vamos á citar un niño de 7 años que tuvimos en la sala 28, al cual habiendo sido vacunado, se le presentaron, á la vez que las pústulas de los sitios en donde fué inoculado el virus vacuno, otras varias en número de 18 ó 20 por todo el cuerpo, del mismo aspecto que las vacinales y en igual período evolutivo, siendo acompañada esta erupción de 39° de fiebre, que hizo creer se trataba de viruela por lo cual fué conducido al Hospital. En nuestro concepto, no fué caso de viruela sino de *generalización de la vacuna* y como estos casos, que después de todo no revisten gravedad alguna y terminan siempre felizmente, son invocados por los enemigos de la vacuna, no son frecuentes, le exponemos á la consideración de los lectores de la REVISTA.

III.

El principio de la viruela que hemos observado, ha sido como de costumbre acontece, brusco, si bien muchas veces ha faltado el escalofrío inicial y otras ha habido muchos escalofríos como si se tratase del principio de una pleuresía y en otras, en fin, solo el calor ha sido el primer fenómeno morboso unido á la cefalalgia intensa, que nunca ha faltado.

Cuanto á la raquialgia, ha sido un síntoma que ha existido en las tres cuartas partes de los casos, siendo de notar un enfermo, en quien era tan intensa, que prorrumpía en grandes gritos que nos obligaron hacer uso de las inyecciones hipodérmicas de morfina. En otro, la raquialgia se continuaba con una neuralgia de los nervios intercostales de la base del tórax en su lado derecho que hicieron creer al médico que por vez primera le observó, se trataba de una pulmonía franca ó fibrinosa.

La temperatura en este período de invasión ó prodrómico de los autores y que nosotros llamamos *pre-eruptivo*, ha sido en general muy elevada, no existiendo relación entre esta elevación térmica y la extensión de las erupciones cutáneas, pues con frecuencia enfermos en quienes se veía una temperatura de 40°,5 y hasta 41, sostenidas durante dos ó tres días, presentaban luego algunas pústulas muy diseminadas, que rápidamente se secaban y desaparecían todos los fenómenos morbosos. Por consiguiente, la intensidad de la fiebre no

es por sí sola suficiente para decirnos si una viruela ha de ser ó no confluente.

Las náuseas y los vómitos han faltado en más de la mitad de los enfermos, observándose solamente en aquellos que, estando en plena digestión se paralizaba esta función y tenían necesidad de eliminar los materiales ingeridos ó en aquellos que padecían de saburra gástrica cuando eran invadidos por la viruela. La diarrea ha sido mucho más rara en el período *pre-eruptivo* existiendo también en los que estaban en plena digestión cuando comenzó el acceso febril.

El rash rubeoliforme solo cuatro enfermos le han tenido. Era generalizado, idéntico al del sarampión, siendo seguidos de viruela discreta.

El *rash escarlatiniforme* le hemos apreciado en tres enfermos. En dos ocupaba todo la piel del abdomen y se extendía por las ingles y parte superior interna de los muslos; en el otro, ocupaba además de estas regiones, los huecos axilares y partes laterales del tórax. En los tres era de un rojo intenso de frambuesa, desaparecía á la presión, á excepción de algunos puntos en que parece como que existía alguna sufusión sanguínea que lo evitaba.

A medida que las pápulas aparecían en la cara, el rash iba palideciendo y desaparecía por completo cuando la erupción papulosa estaba generalizada á todo el cuerpo, observándose el hecho singular de que las regiones de piel en que existía el rash eran precisamente las más respetadas por la erupción papulosa, pues no se presentaba ninguna ó había solamente algunas muy diseminadas.

El rash hemorrágico ha sido más frecuente que los dos anteriores, notándose extensos equimosis unas veces y pequeños focos hemorrágicos otras. Han aparecido en los brazos, las piernas y los muslos, teniendo como punto predilecto de asiento los sitios de la piel que más se han estimulado, por la aplicación de sinapismos, las ligas, vendas, etc., etc.

Cuanto al valor pronóstico de estos rash, diremos que el rubeoliforme anuncia siempre una viruela discreta, el escarlatiniforme en dos casos fué seguido también de viruela discreta y en uno de confluente, por lo cual no se le debe conceder el valor que le concedía Sydenham que le consideraba siempre como de mal pronóstico, y en cuanto al hemorrágico, anuncia siempre una viruela hemorrágica ó una confluente con pústulas hemorrágicas.

El delirio en este período se ha presentado algunas veces, sobre

todo en individuos de temperamento nervioso, pero ha sido tranquilo y se ha combatido fácilmente. Es debido el delirio en este periodo principalmente á la alta temperatura febril ó á los hábitos alcohólicos de los enfermos.

IV.

Durante el segundo período ó sea durante los dias en que la erupción tiene lugar, ha sido el delirio un síntoma muy violento, sobre todo en los alcoholizados, y en los que tenia lugar una erupción confluente, habiendo tenido precisión de adoptar el chaleco de fuerza para evitar que los enfermos se saliesen de la cama.

Sobre la distribución de la erupción solo diremos que han predominado mucho las pústulas en el velo del paladar, las amígdalas y faringe, así como en los bordes palpebrales siendo poco frecuentes las conjuntivales y queráticas. Ha habido muchos casos de coherentes y confluentes siendo muy pocos los que pudieran llamarse propiamente en corimbo ó en ramillete, si bien esta es una división escolástica que nada dice para el pronóstico ni para el tratamiento. Por esto nosotros no la admitimos en la estadística, limitándonos solo á consignar las formas *discreta, coherente, confluente* y *hemorrágica* que corresponden á los pronósticos *leve, grave, gravísima* y *mortal*.

Citaremos no obstante, dos casos de viruela en ramillete cuya distribución no nos dejó de llamar la atención. El uno era de viruela discreta y solo existian dos ó tres docenas de pústulas diseminados por todo el cuerpo y perfectamente independientes, á excepción de la parte interna de la rodilla izquierda donde existia una placa de un decímetro cuadrado donde las pústulas estaban tan aproximadas unas á otras como en la viruela confluente. El otro era un enfermo que solo presentó 18 ó 20 pústulas por todo el cuerpo y en cambio en la piel y mucosa del prepucio estaban tan en contacto unas de otras, que hubo necesidad de proceder á la dilatación del fimosis y á cauterizar las muchas pústulas que allí existian.

También se ha observado abundante *ptialismo* y gran *tumefacción de la cara* y *cuello*, sobre todo en las viruelas confluentes.

La *diarrea* en este período pocas veces la hemos observado.

Uno de los fenómenos que más frecuentemente se ha presentado ha sido la *adinamia*, debido sin duda, no solo á ser las viruelas con-

fluentes y coherentes sino también á las malas condiciones higiénicas de las salas 28 y 29, en que los techos son bajos, la ventilación escasa, y grande la aglomeración de enfermos, aparte de otras muchas circunstancias que no es este el momento de reseñar. Al terminar la erupción se ha notado la sensación de bienestar que se llama euforia, la cual es de poca duración en la viruela confluente y definitiva en la varioloide.

V.

En el período supuratorio de la viruela poco hemos podido notar que sea digno de exponerse. Solo diremos que el *delirio* se presenta en aquellos enfermos que le tuvieron en el período eruptivo y aun en otros que antes no le habían tenido. Suele ser furioso y obliga á disponer el mismo tratamiento que en el delirio del período anterior.

La *adinamia* continúa en los enfermos que la sufrían desde el período eruptivo y en muchos enfermos que no la habían sufrido antes. Hemos visto en este período ennegrecerse la lengua, aparecer fuliginosidades en los dientes, y diarrea, todo lo cual, unido al estupor, hacen que la viruela adquiera el llamado *caracter tífico*. La fiebre supuratoria es muy elevada en las viruelas coherentes y confluentes elevándose sobre los 40° y en las discretas es muy ligera, faltando completamente en las varioloides. El *ptialismo* y la *tumefacción* de la cara aumentan. Las vexículas variolosas convierten en pus su contenido y se rodean de un círculo rojizo inflamatorio.

VI.

En el período descamativo de la viruela la mayor parte de los enfermos carecen de fiebre. No obstante, algunos han tenido la llamada fiebre terciaria ó de desecación de Leo; pero siempre hemos podido explicárnosla por la aparición de algún abceso subcutáneo ó por la inflamación de algún órgano interno, sin que nunca hayamos tenido necesidad de recurrir á la irritación de la piel, que según aquel autor sería la causa de aquella fiebre terciaria.

En este período, que se enlaza íntimamente con la convalecencia, comienzan á caer las costras empezando por las menos adherentes y especialmente por la cara, quedando en la piel las manchas y cica-

trices características de la viruela. En este período es cuando el olor de las costras es tan repugnante que se ha comparado con el de la orina de gato y tan característico, que cuando se está acostumbrado á olerle no se confunde con ningún otro. El insomnio es pertinaz, no pudiendo los enfermos conciliar el sueño durante algunas noches, y el apetito es tan voraz que con demasiada frecuencia padecen indigestiones y diarreas que no reconocen otro origen que el exceso de alimentación.

VII.

Expuesto á grandes rasgos aquello que más notable hemos observado en los enfermos que hemos tratado, cuando sigue la viruela el curso normal que á cada una de las distintas variedades le corresponde, veamos ahora aquellas *complicaciones* que hemos visto, sin entrar á describir otras muchas que en otras epidemias se suelen ver ó en otros casos apreciar y que no habiéndolas visto nosotros no las debemos ennumerar, pues esto corresponde á los tratados de patología médica que deben describir todas las complicaciones que en la viruela puedan presentarse.

Entre ellas mencionaremos: los *forúnculos* y *abcesos* de todas las partes del cuerpo, la *neumonía*, la *endocarditis*, la *albuminuria* y las *afecciones oculares* y *auditivas*.

La *furunculosis* es sin duda alguna la complicación más frecuente de la viruela. Es propia del período de desecación y de convalecencia, siendo poco frecuente en la viruela discreta y pocas veces falta en la coherente y se puede decir que nunca en la verdaderamente confluente.

En ocasiones el número de forúnculos que se presentan en algunos enfermos es verdaderamente prodigioso, lo que hace que la convalecencia se prolongue demasiado, si es que la puohemia no pone fin á sus dias. En algunos enfermos hemos desbridado 30 y 40 forúnculos, pareciendo como que la naturaleza se complacia en dar lugar á otros nuevos cuando se iban curando los anteriores. Los puntos de elección son: los párpados, el cuero, cabelludo, la cara, el cuello, las piernas y los brazos, si bien puede asegurarse que no hay punto de la piel que sea respetada por los forúnculos de que tratamos.

Se han presentado en nuestros enfermos multitud de *abcesos* diseminados por todo el cuerpo, y *periostitis* especialmente del olecranon

y de la tibia. Los abcesos de las regiones submaxilares han abundado mucho. Llamaremos solamente la atención acerca de un enfermo que habiendo padecido viruela coherente se le presentó en la convalecencia una *tiflitis* que terminó por supuración y perforación del ciego saliendo entre el pus un hueso de cereza cuyo cuerpo extraño no debió dejar de tomar una parte activa en la formación del abceso.

El pus se corrió entre las paredes abdominales pero habiendo colocado tubos de desagüe y por medio de curas antisépticas repetidas conseguimos que dejase de supurar la fosa iliaca y los restantes abcesos sub-aponeuróticos, y que el enfermo curase perfectamente.

Los *abcesos* se presentan en la viruela en los mismos períodos que los forúnculos con los que alternan en el mismo enfermo. En ocasiones son muy profundos, ofreciendo la particularidad de que aparecen en poco tiempo, pues tan pronto como se apercibe el enfermo de su existencia como está formado el pus. Este es de mal aspecto, oscuro, á veces grumoso y conteniendo muchos coágulos de sangre negra. Si se retarda el cirujano en desbridarlos exhalan un olor fétido y con frecuencia se abren espontáneamente. Unos son subcutáneos, otros sub-aponeuróticos y hasta intermusculares.

Los abcesos que se forman sobre huesos superficiales determinan periostitis, que tardan mucho tiempo en curar.

Esto ha ocurrido en tres de nuestros enfermos, en quienes quedó al descubierto el olecranon, en dos el sacro y las tuberosidades isquiáticas y en una parte del borde anterior de la tibia. En la producción de esta pérdida de sustancia tiene también importancia la mortificación de los tejidos blandos comprendidos entre dos planos duros, por un lado el hueso y por otro la cama. Aunque con lentitud, estas úlceras han cicatrizado quedando los enfermos perfectamente curados.

La *neumonía* es una complicación que la hemos observado en los enfermos á que alcanza nuestra estadística, doce veces. Tres neumonías se presentaron durante el período eruptivo de viruelas confluentes y tuvieron su asiento en la base del pulmón derecho; dos murieron y uno curó.—Otra neumonía recayó en un enfermo de viruela discreta en quien la erupción era tan insignificante que toda la atención tenía que dirigirla el médico hacia el pulmón, prescindiendo del afecto cutáneo; tuvo su asiento en la base del pulmón izquierdo y curó en pocos días.

La quinta pulmonía se presentó en la convalencia de una viruela

confluente y después de los períodos infarto y hepatización roja, terminó por supuración, y en esta situación se encuentra el enfermo, que á no dudarlo terminará por defunción, pues la demacración general por la supuración de varios abcesos subcutáneos, las úlceras por decúbito, y la fiebre son síntomas que anuncian una terminación funesta.

Las otras siete pulmonías se han presentado también en convalecientes de viruela confluente. Comenzaron por escalofrío y dolor de costado interno, fiebre y esputo sanguinolento. Una terminó por defunción á los tres días, á causa de la gran adinamia que se inició á las cuarenta y ocho horas de comenzar la pulmonía. Las otras seis curaron después de recorrer los períodos evolutivos que la corresponden.

Entre estos casos de pulmonía no incluímos las intensas congestiones pulmonares que terminaron por hemoptisis y que son casi constantes en las viruelas hemorrágicas.

La *endocarditis* solo dos veces la hemos observado como complicación de la viruela. Una comenzó en el período eruptivo de una viruela confluente y terminó por defunción. La otra no se diagnosticó hasta el período descamativo de otra viruela confluente y el enfermo mejoró considerablemente, quedando no obstante un soplo de lesión mitral, si bien esta estaba bien compensada.

La *albuminuria* es frecuente en los diversos períodos de la viruela, pero no tan frecuente como en la escarlatina, la difteria y la fiebre tifoidea.

Por lo demás las obras que hablan de esta complicación de la viruela, no exponen con claridad los períodos en que se presenta, la marcha, terminaciones etc. de esta albuminuria.

Robin (1) admite en la viruela cuatros clases de albuminuria: 1.ª *albuminuria prevariolosa*, que es muy rara y no revela gravedad alguna; 2.ª *albuminuria transitoria* del período eruptivo y supuratorio que es muy frecuente y no tiene valor pronóstico alguno; 3.ª *albuminuria permanente* y *abundante* del período agudo de la viruela, que revela un pronóstico grave, siendo frecuente en los estados puohémicos; y 4.ª *albuminuria* de la convalecencia, que es también de mucha gravedad porque de ordinario revela una nefritis infecciosa.

En todos los enfermos que comprende la estadística de los tres meses que publicamos, hemos tratado la orina por el licor de Esbach

(1) *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, núm. 39-1888.

(solución pícrico-acética) para ver si contenían albúmina, tratándola de buscar en todos los períodos de la viruela y continuando las observaciones cuando obteniamos resultados positivos á fin de ver si la albuminuria era transitoria ó permanente, por lo cual hemos llegado á obtener los datos que vamos á exponer.

Solo una vez hemos visto la *albuminuria transitoria* en un enfermo que se encontraba en el período pre-eruptivo, resultando después una viruela coherente que terminó favorablemente.

En las viruelas hemorrágicas, aunque la orina carezca de sangre, es casi constante encontrar *albuminuria* que *es permanente* en los días que vive el enfermo.

En el período de supuración de la viruela hay á veces una albuminuria transitoria que desaparece tan luego como desaparece la fiebre y las costras comienzan á secarse y á caer. No hemos encontrado albúmina en muchos confluentes ni en el período de erupción, ni en el de supuración, á pesar de que en todos los enfermos de esta clase tenemos por costumbre el buscarla.

Todas estas albuminurias del período agudo son debidas principalmente á estados congestivos del riñón, á la fiebre, á la reabsorción de productos purulentos en la piel, al edema renal más bien que á una verdadera nefritis. La persistencia de la albuminuria en el período agudo es de mal pronóstico.

De más importancia que las albuminurias del período agudo de la viruela son las de la convalecencia. Estas son producidas por verdaderas nefritis instersticiales de origen infeccioso, y su gravedad es tal que son pocas las que llegan á curarse. Son debidas estas *nefritis infecciosas* á la eliminación por el riñón de los gérmenes variolosos.

De estas nefritis hemos observado en esta epidemia hasta el momento de escribir estas líneas cuatro casos. Todos han comenzado de un modo insidioso por trastornos pasageros en la visión, cefalalgia, edema de los párpados etc., todo lo cual nos llevaba al examen de la orina.

Esta era escasa, de color rojo intenso, con muchos corpúsculos que flotaban en ella y que daban lugar á abundante sedimento. La fiebre se presentó durante esta complicación, pero fué escasa y solo duró tres días. El dolor lumbar ha faltado en tres de estos casos, habiendo sido la cefalalgia y el edema palpebral los síntomas más precoces y constantes que nos han hecho sospechar en la existencia de la albuminuria en convalecientes de viruela confluente.

La orina de los cuatro enfermos la tratamos por el licor de Esbach que daba lugar á abundante precipitado, el cual era constante en muchos días consecutivos.

Examinamos también al microscopio el sedimento de las orinas albuminosas, y demostramos la presencia de glóbulos rojos y blancos de la sangre y algunos cilindros epiteliales procedentes de la descamación de los cananículos renales. También hemos visto en estos sedimentos abundantes estreptococus de igual aspecto morfológico que los que hemos observado en el pus de las pústulas de la viruela, proponiéndonos hacer cultivos con aquel germen encontrado en la orina para ver si al reproducirse en los tubos de gelatina, lo verifica en la misma forma que el micrococus encontrado en las pústulas. Esto vendria á corroborar lo que antes decíamos sobre que la nefritis infecciosa tendria su origen en la eliminación de los parásitos patógenos por el riñón.

Los cuatro nefríticos de que venimos hablando, los hemos sometido al mismo tratamiento, y en dos hemos conseguido la curación; uno ha fallecido y el otro sigue mejorando, pero aún contiene la orina alguna cantidad de albúmina.

El que falleció tuvo extenso edema en la cara y extremidades inferiores y escroto. La orina disminuia en cantidad á la par que se hacia más oscura y sedimentosa, con lo cual los progresos de la uremia marchaban á pasos agigantados y presentando un acceso de uremia disnéica murió á los diez y seis días de haber diagnosticado la nefritis infecciosa.

En los enfermos que han curado, se observó primero aumento en la cantidad de orina, la que por otra parte era más clara y sin sangre. La albúmina iba disminuyendo poco á poco hasta desaparecer por completo, ocurriendo lo mismo con los cilindros epiteliales y los estreptococus. Al mismo tiempo fueron reabsorbiéndose los edemas y los enfermos se encuentran en pleno estado de salud.

El enfermo que continúa en tratamiento, sigue la misma marcha que los casos de curación citados, por lo cual es de esperar que también termine de un modo favorable.

Los infartos y abcesos del cuello, y sobre todo de las regiones submaxilares, determinan en algunos enfermos tal dificultad á la circulación de retorno en la cara, que el abotagamiento de las facciones y el edema de los párpados hace que á veces se crea en la existencia de una nefritis, sospecha que se desvanece tan luego como se re-

curre al análisis de la orina y se observa que es normal, y que todo el sindrome desaparece en cuanto se desbridan los abcesos ó se resuelven los infartos.

De parte del *aparato de la visión* las complicaciones observadas han sido frecuentes. Las *pústulas en la piel de los párpados* y en sus bordes libres, así como en la *conjuntiva* no han revestido gravedad alguna. Las *pústulas de la córnea* han dejado leucomas cicatriciales poco opacos. Dos *abcesos de la córnea* hemos apreciado: el uno terminó por reabsorción, dejando un extenso *leucoma* en la semicircunferencia superior de la córnea; el otro terminó por abrirse primero en la cámara anterior dando lugar al *hipopión* consiguiente y después á la *perforación de la córnea* con salida del humor acuoso, el *miocéfalo* subsiguiente y el *leucoma central adherente* con pérdida de la visión.

Solo, pues, se ha perdido la visión en dos ojos de todos los enfermos que hemos tratado: el del leucoma central y el de la perforación con los trastornos consiguientes: en el primero será fácil que el enfermo recobre la visión con una pupila óptica; cuanto al otro enfermo es imposible que recobre la visión en el ojo perforado.

Como complicación por parte del aparato de la visión, debemos también citar el intenso *quémosis hemorrágico* que hemos observado en dos casos de viruela también hemorrágica, la cual era tan considerable que rodeaba completamente la córnea que quedaba en un plano más profundo, saliendo al exterior entre los párpados el mencionado quémosis.

Muchas menos complicaciones hemos apreciado por parte del *aparato auditivo*. Solo durante la convalecencia hemos visto varias *otalgias* y *tres otitis externas supuradas*, complicaciones todas que fueron dominadas en pocos días.

Para concluir con esta parte de nuestro artículo, enumeraremos las *erisipelas faciales* y el *insomnio* que se observan en la convalencencia y la *pleuresía seca* de que hemos tenido un enfermo de viruela coherente, durante el período eruptivo. La *paresia de las extremidades inferiores* y la *laringitis variolosa* las hemos visto varias veces en la convalecencia de viruelas confluentes. La *calvicie* también ha seguido á furúnculos y abcesos del cuero cabelludo y á pústulas que profundizan mucho en su espesor.

VIII.

Expongamos ahora el tratamiento que hemos empleado. Para hacerlo debidamente distinguiremos tres formas clínicas de viruela, que son: la discreta, la confluente y la hemorrágica y después expondremos también el tratamiento de las complicaciones que se presentan de ordinario.

Y antes de examinar cada uno de aquellos tipos clínicos, hemos de hacer notar que siendo la viruela una enfermedad infecciosa y eminentemente contagiosa, pero cuyo germen patógeno nos es completamente desconocido, nos es imposible llenar la indicación etiológica. Tampoco nos es hacedero llenar la indicación morbosa, puesto que desconocemos la manera de penetrar y evolucionar en el organismo el agente causal de la enfermedad, siéndonos por consiguiente, solamente posible el llenar indicaciones sintomáticas. Pero al hacer esto hemos de procurar que sean racionales los procedimientos curativos que empleemos para tener así la seguridad de ser útiles al organismo en sus procedimientos naturales de curación.

Poco hemos de decir de la sangría, cuyo método curativo es tan preconizado por algunos médicos para combatir la viruela, con la ridícula pretensión de yugular la enfermedad.

Nosotros no la hemos usado en esta epidemia ni una sola vez, puesto que creemos que con ella ni se consigue abortar la viruela ni hace otra cosa que debilitar al organismo y ponerle así en peores condiciones para realizar la curación. Esto no quiere decir que en la viruela no pueda presentarse algún caso en que la sangría llenando una indicación vital, como cuando una congestión pulmonar ó cerebral amenaza la vida del paciente, pueda usarse con grandes resultados, pero estos casos son muy excepcionales puesto que nosotros no hemos tenido necesidad de prescribirla nunca.

Y no queremos hablar de las desastrosas consecuencias que trae á los individuos el abuso de la sangría en sus convalecencias lentas, en la aparición de manifestaciones escrofulosas en la cara y cuero cabelludo, en las anemias cerebrales, etc., etc.

Viruela discreta.—La benignidad de esta enfermedad hace que sean pocas las indicaciones sintomáticas que hemos tenido que llenar: el reposo en cama, la dieta de caldos y las bebidas diaforéticas han sido los medios que fundamentalmente hemos usado. En los casos en

que el termómetro se elevaba alrededor de los 40° hemos usado un anti-hipertérmico usando unas veces la fenacetina en dosis de 0,5 gr., que repetíamos cada seis horas y otras la antipirina á la misma dosis prefiriendo esta á la primera cuando la diuresis era difícil de producir. Los polvos de Dower también los hemos usado alguna vez.

Desde el momento en que la erupción se ha completado, cesamos en el uso del antitérmico y como ya no existía fiebre, concedíamos al enfermo una alimentación ligera, como sopa y leche. En muchos casos de varioloide y en algunos de viruela muy discreta, la fiebre supuratoria no existe, pero si se presenta, suspendemos la alimentación y volvemos de nuevo al uso de los antitérmicos en la misma

efalalgia intensa se calma bien con los mismos anti-hipertér-
si no, se recurre al uso de los sinapismos bajos.
ellos enfermos en quienes al iniciarse la viruela existe una
istrica ó ha tenido lugar una indigestión durante el escalo-
, no tenemos inconveniente en comenzar el tratamiento
de un laxante, como la magnesia calcinada, la limonada
de citrato de magnesia, las aguas de Loeches ó Cara-
.c., práctica que por otra parte con frecuencia realizan las
.as, las cuales no creyendo que el enfermo padece viruela, le
rgan antes de llamar al médico, no resultando de su uso peligro alguno.

Viruela confluente.—En esta el tratamiento debe ser mucho más activo porque es donde los esfuerzos del médico son más necesarios y donde mejor suelen ser coronados de éxito, puesto que en la discreta, la curación es la regla con solo algunos preceptos higiénicos, y en la hemorrágica todos los trabajos del médico suelen ser inútiles, como después diremos.

Durante el período de invasión hemos llenado las mismas indicaciones que en los casos de viruela discreta, rebajando la fiebre con los anti-hipertérmicos, antipirina y fenacetina y el sulfato de quinina que si no produce tanto descenso febril, en cambio es un tónico del sistema nervioso y el mejor antizimótico del medio interno que se conoce. También disponemos en estos casos la diaforética caliente que usábamos en los de viruela discreta.

El delirio tan frecuente en esta forma de viruela, lo mismo en el período de invasión que en el eruptivo, le hemos combatido muy bien

con el uso de los antiespasmódicos y de los opiáceos, asociándoles frecuentemente en la siguiente fórmula que hemos prescrito á muchos:

De poción moscada de la F. E.....	150 gr.
De láudano líquido de Sydenhan.....	50 gotas.
De jarabe de diacodion.....	30 gr.

Mézclese:

(Para tomar una cucharada grande cada dos horas.)

En otras ocasiones hemos dispuesto una poción con el láudano asociado al agua de azahar y á la tintura de castoreo, obteniendo con ella como con la anterior, buenos resultados. Los opiáceos y antiespasmódicos, nos han dado mejor resultado que el hidrato de cloral y el bromuro potásico.

En los enfermos de viruela confluente se presenta siempre en la faringe, velo del paladar y lengua, una abundante erupción de pústulas que les molesta mucho. Para atenuarla hemos usado los gargarismos y colutorios con el ácido bórico y el clorato potásico asociados. Si los dolores á la deglución son muy intensos, disponemos los toques con el clorhidrato de cocaina al 5 por 100, repitiéndolos cada cinco ó seis horas que suele durar la acción anestésica de aquel medicamento.

Todavía somos más partidarios del uso de las cauticaciones en las pústulas de la faringe y velo del paladar que de la anestesia local por la cocaina, porque si bien la aplicación de aquellas es más dolorosa, en cambio aceleran mucho la cicatrización de las ulceraciones de la mucosa, con lo cual se consigue más que con calmar simplemente el dolor producido por la erupción.

También hemos tratado á varios enfermos de viruela confluente con el ácido fénico al interior, medicamento propuesto por Montefusco (1) con lo cual se proponia el autor rebajar la fiebre y que las pústulas evolucionasen en poco tiempo, y en verdad, que no hemos quedado descontentos de su uso. No hemos apreciado menos duración en la viruela, pero ha rebajado la fiebre, sin que hayamos tenido que lamentar accidente alguno. A unos enfermos les hemos administrado píldoras de 5 cg. de ácido fénico, tomando hasta 25 en las veinticuatro horas. A otros les hemos prescrito la siguiente poción:

(1) Montefusco. *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, núm. 32, 1883.

De ácido fénico puro..... 2 gr.
De poción gomosa..... 100 »
De agua de azahar..... 30 »
De jarabe de meconio..... 30 »
Disuélvase y mézclese:
(Para tomar en 6 dosis: una cada cuatro horas.)

No obstante la asociación del jarabe opiado, algunos enfermos se quejaban de náuseas y vómitos, por lo cual había necesidad de reducir á 1 gr. la cantidad de ácido fénico para que fuese tolerado por el estómago. En los casos de buena tolerancia gastro-intestinal, no hay inconveniente en seguir aumentando la cantidad siempre que se observe constantemente la orina excretada por el enfermo á fin de suspender el uso del ácido fénico tan pronto como veamos que adquiere un tinte verdoso oscuro.

Durante el período de supuración, la fiebre se eleva mucho y llega á veces á ser tan alta como la del período de invasión. Hemos combatido esta fiebre con la quinina, usando el enfermo 2 gr. en las veinticuatro horas, ya en píldoras, ya en disolución. El delirio en este período le combatimos como en el anterior.

Pero el peligro mayor en la viruela confluente, está en la presentación del estado tífico ó mejor dicho *adinámico* que con demasiada frecuencia se ha presentado en nuestros enfermos, unas veces durante el período eruptivo y otras durante la supuración. Desde el momento en que veíamos que la lengua se resecaba y oscurecía, que los dientes se ponían fuliginosos y el estupor era más ó menos perceptible; disponemos la limonada vinosa para bebida usual y el cocimiento antiséptico completo ó incompleto de la F. E. (según que hay estreñimiento ó diarrea) asociado al sulfato de quinina, según la fórmula siguiente:

De cocimiento antiséptico de la F. E..... 400 gr.
De sulfato de quinina..... 1 »
De ácido acético..... c. s.
Disuélvase:
(Para 6 dosis en las veinticuatro horas.)

Si la adinamia es ligera, cede en un par de días con esta medicación; en caso contrario, asociamos á este plan las inyecciones hipodérmicas de éter sulfúrico, inyectando 1 gr. cada doce horas, con lo cual conseguimos rápidamente que la lengua se presente limpia,

húmeda y de buen aspecto, que las fuliginosidades de los dientes desaparezcan y que la inteligencia se despeje.

En el curso de la viruela adinámica suele presentarse otro fenómeno que compromete rápidamente la vida del enfermo: nos referimos á la pequeñez y debilidad del pulso. Desde el momento en que esto sucede, recurrimos á los estimulantes cardiacos y generales, disponiendo al principio el extracto blando de quina, según la fórmula adjunta:

De extracto blando de quina.....	5 gr.
De agua de anís.....	100 »
De cognac.....	15 »
De tintura de canela.....	5 »
De jarabe de cidra.....	25 »

Disuélvase y mézclese:
(Para dos cucharadas cada dos horas.)

De no conseguir que la energía cardiaca se aumente, recurrimos en último caso á la cafeina en píldoras de 10 cg. usando dos cada tres horas ó al mismo medicamento en inyecciones hipodérmicas, con cuyos recursos hemos levantado el tono cardiaco, cuando con los medios anteriores no lo habíamos conseguido.

En la viruela coherente no se presentan indicaciones nuevas que llenar que no se presenten en la discreta ó confluente. Muchas coherentes se curan perfectamente con el tratamiento sencillo de la discreta, pero en otras, el delirio, el ptialismo y hasta la adinamia obligan al tratamiento enérgico y variado que exige la viruela confluente.

Viruela hemorrágica.—Es la forma más grave de viruela, tanto, que son contadísimos los enfermos que se curan. Entre los que nosotros hemos tratado durante la actual epidemia solo dos se han salvado. Pero entiéndase bien que solo incluímos en este grupo las viruelas en que el enfermo expulsa sangre por las narices, la boca, la uretra, el ano, etc., además de presentar extensos equimosis en la piel de los muslos, piernas, abdomen, etc. La gravedad de estas viruelas es mayor que la de las falsas hemorrágicas ó sea de las confluentes que se hacen hemorrágicas durante el período de supuración ó desecación. En efecto, acontece con frecuencia que un enfermo con viruela confluente presenta entre las pústulas rellenas de pus, otras que contienen un líquido sanguinolento y que al secarse

forman unas costras negras de ectima que tardan en caer y que por su color contrastan con las restantes costras. Dichas pústulas hemorrágicas se ven principalmente en los pies y las manos, piernas, muslos, etc., y en medio de la gravedad que añaden á la viruela confluente, suelen no obstante, curarse muchos enfermos.

Pero la verdadera viruela hemorrágica se anuncia ya por un cuadro de síntomas alarmantes como es el rash hemorrágico, la fiebre elevada, la intensidad de la raquialgia así como la existencia de algún otro síntoma extraño á la viruela como los dolores pleuríticos, los cólicos, etc. Al fin se declaran las hemorragias tanto cutáneas como internas y el enfermo muere á veces aun antes de que la erupción tenga lugar y otras en el período de erupción, siendo muy pocos los que llegan al de supuración.

Hemos podido apreciar en muchos enfermos de viruela hemorrágica, que la mayor parte de ellos, aparte de no estar casi ninguno vacunados, eran caquécticos ya por la sífilis, el alcoholismo ó tener antecedentes hemofílicos y de constitución endeble. Dicho modo de ser orgánico, debe influir indudablemente mucho en que la sangre tenga tal tendencia á extravasarse de los vasos que la contienen.

En las viruelas confluentes que se hacen hemorrágicas por la aparición de algunas pústulas llenas de sangre, ninguna indicación nueva tenemos que llenar que se deduzca de la presentación de este fenómeno.

No sucede lo mismo con la verdadera viruela hemorrágica. Todos nuestros esfuerzos han tenido por objeto detener la hemorragia que ya en forma de hemoptisis, ya de hematuria ó de rectoragia, amenaza rápidamente la vida del enfermo. Con este objeto, hemos hecho uso de tres medicamentos: la ergotina, el percloruro de hierro y la atropina.

La ergotina la prescribimos en disolución disponiendo 5 gr. en 120 de agua y añadiendo 30 de jarabe de ratania. De esta fórmula, usa el enfermo una cucharada cada hora hasta tanto que las hemorragias cesen.

El percloruro de hierro le disponemos en gotas, usando el enfermo 20 cada tres horas de la disolución normal de Pravaz.

En aquellos casos en que no podemos cohibir las hemorragias con el cornezuelo de centeno ni con la ergotina, acudimos á la atropina en inyecciones hipodérmicas de 5 mm., usando dos al día hasta que las hemorragias se cohiben por completo.

La manera como prescribimos la atropina para este uso es la siguiente:

De sulfato neutro de atropina.....	5 cg.
De agua destilada.....	100 gr.

Disuélvase:
(Para inyecciones hipodérmicas.)

Cada inyección de 1 gr. contiene medio miligramo de atropina.

La atropina es muy preconizada por el Dr. Bierwesth (de San Luis, América) (1) para combatir toda clase de hemorragias internas especialmente las hemoptisis, las hematemesis, etc. y en verdad, que en los pocos casos que nosotros la hemos usado hemos quedado satisfechos de los resultados obtenidos. Dicho autor explica su modo de obrar por su acción paraliso-motora, mecanismo opuesto al de la ergotina.

Pero volviendo al tratamiento de la viruela hemorrágica, añadimos que si con los medicamentos expresados hemos podido cohibir la pérdida sanguínea, no hemos salvado sino dos enfermos, consiguiendo solamente en la mayoría prolongar algunos días la vida del paciente y llegando alguno hasta completar la erupción cutánea.

Las congestiones y hemorragias internas, la anemia cerebral y el síncope subsiguientes á la pérdida sanguínea, y cuando esto no, la adinamia y el coma son la causa inmediata de la muerte en estos desgraciados á quienes á un estado caquéctico previo se une la terrible infección variolosa.

Pero repetimos que esta gravedad en el pronóstico se refiere á la *viruela hemorrágica primitiva* no á la *hemorrágica secundaria*, que acompaña en ocasiones á la confluente á la cual complica y agrava, pero que no obstante, no es tan mortal como la que es primitivamente hemorrágica, toda vez que de aquella clase de viruela se consiguen muchos casos de curación y de esta son muy contados.

Durante la convalecencia de la viruela, tenemos que tratar muchas complicaciones.

La más frecuente son los abcesos que en todas las partes del cuerpo se suelen presentar. El mejor tratamiento consiste en los desbridamientos amplios y prontos colocando suficientes tubos de desagüe

(1) *Semaine médicale*, núm. 47, 1890.

para que el pus no se estanque jamás, y en la cura antiséptica muy detenida y repetida dos ó tres veces cada día.

Nosotros hemos empleado la cura fenicada en unos casos, la de sublimado en otros, y en fin la de iodoformo según lo exigían la forma, extensión, profundidad y aspecto de los forúnculos y abcesos, obteniendo en todos los casos una cicatrización rápida, sobre todo si asociábamos á este tratamiento el tónico general, que es conveniente en la convalecencia de todas las infecciones agudas.

En los escrofulosos se retarda mucho esta cicatrización y con frecuencia los abcesos de la cara y del cuero cabelludo se convierten en ulceraciones de naturaleza escrofulosa. En estos casos hay necesidad de unir al tratamiento local antiséptico el general que combata la diátesis, como el ioduro ferroso, la tintura de iodo, el aceite de hígado de bacalao y así se consigue el objeto deseado.

También se observan periostitis, úlceras por decúbito, especialmente en el sacro, en los codos y cresta ilíaca, contra las cuales se usa el tratamiento general que se emplea en casos parecidos de otras enfermedades.

Las erisipelas también las hemos observado tres veces en la convalecencia; en los tres casos tenía su asiento en la cara, tomando por punto de arranque una escoriación de las ventanas nasales. Todas fueron de curso rápido y curación con los medios que se usan de ordinario en esta afección: quinina, polvos absorbentes y derivativos gastro-intestinales.

Todavía merecen más atención otras complicaciones que se presentan en el período de desecación de la viruela. Nos referimos á la pulmonía y á la nefritis.

La *neumonía* la hemos visto en muchos enfermos durante este período, y la hemos tratado, dado su origen infeccioso con los tónicos, alcohol, quina, extracto blando de quina, revulsivos amplios, etc. Con frecuencia esta neumonía variolosa termina en la adinamia y el colapso, por lo cual debe mirársela siempre como de muy mal pronóstico, sobre todo si recae en un individuo que hubiese sufrido viruela confluente y coincidiese con abcesos y forúnculos diseminados, porque es difícil que el individuo pueda soportar tanta depercdición orgánica.

La *nefritis variolosa* la hemos tratado con la dieta láctea, los baños de vapor y los purgantes salinos. Cuando la cantidad de orina disminuye y el enfermo comienza á sentir fenómenos urémicos, conviene

prescribir los diuréticos, prefiriendo á todos la cafeina, la digital y la convalaria, los cuales no producen la diuresis por estímulo directo sobre el riñón, sino por aumento de la tensión sanguínea.

Hemos evitado la revulsión á la región lumbar, porque sobre tener poca importancia en estas nefritis infecciosas, la cantárida y la tintura de iodo que se suelen emplear con aquel objeto producen gran estímulo sobre el riñón al eliminar por él la cantaridina y el iodo al estado de ioduro de sodio.

Por todo esto repetimos que solo la dieta láctea y los baños de vapor se deben emplear. Los enfermos que tienen albuminuria y no es debida á nefritis intersticial, se curan; pero en aquellos otros en quienes la cantidad de albúmina es grande y la orina escasa, sanguinolenta, y en cuyos sedimentos demuestra el microscopio cilindros epiteliales, glóbulos rojos y abundantes micrococus del mismo aspecto morfológico que los *estreplococus variolæ*, mueren en su mayor parte á causa de la uremia que en pocos dias se presenta.

El insomnio, tan frecuente en el periodo de desecación de la viruela, lo mismo en la discreta que en la confluente, le hemos combatido con el sulfonal del que usa el enfermo 1 gr. de una vez repitiendo la dosis á las cuatro horas si con la primera no ha conseguido conciliar el sueño. Rara vez hemos tenido que usar más de los 2 gr. en una noche para combatir el insomnio de la convalecencia de la viruela.

Las *otalgias* obedecen á la glicerina laudanizada, de la que se inyectan algunas gotas en el conducto auditivo externo, y en cuanto á la otitis externa purulenta, de la que hemos tenido dos casos en la convalecencia de la viruela, las tratamos con las inyecciones de ácido bórico templado, aplicando después algodón fenicado impregnado en glicerina también fenicada. Con este tratamiento han curado bien en pocos dias, no teniendo que lamentar hasta ahora trastorno alguno en la audición en los enfermos que hemos visitado.

Las costras que quedan en la cara, manos y cuello, favorecemos su caída con las embrocaciones de glicerina fenicada y las de todo el cuerpo, cuando están completamente secas, con el baño templado, el que usa el enfermo repetidas veces, uno por día, hasta tanto que su piel está completamente limpia y puede ya ponerse en relación con las demás personas sin peligro alguno de ser contagiadas.

Las afecciones oculares de origen varioloso tienen su asiento principalmente en los párpados, la conjuntiva y la córnea. El trata-

miento que en estos casos hemos seguido consiste en lo siguiente: El edema palpebral y conjuntival que precede al período eruptivo, le combatimos mediante la aplicación de compresas calientes de infusión de manzanilla. Las pústulas que brotan en los párpados, y especialmente en su borde libre, las puncionamos y, después de lavar su contenido, las cauterizamos con la barra de nitrato de plata.

Las pústulas que aparecen en la conjuntiva, tanto ocular como palpebral, las combatimos con la cauterización ligera de nitrato de plata al 1 por 100, practicada una vez al día, y los lavatorios de ácido bórico al 5 por 100, repetidos muchas veces al día.

Cuando aparecen pústulas en la córnea evitamos la cauterización de esta membrana limitándonos á los lavatorios boricados y á las compresas calientes durante los dos primeros días, y á la aplicación de iodoformo porfirizado cuando se forma pus y se constituye un abceso querático. Esta es la complicación más grave que la viruela puede determinar en el aparato ocular, porque á la reabsorción de estos abcesos lo que hemos conseguido con el iodoformo porfirizado sigue un leucoma que imposibilita mucho la visión, sobre todo si es central.

Algunas veces los abcesos de la córnea terminan por perforación, saliendo al exterior el humor acuoso y parte del iris cuando la perforación es pequeña y se obstruye con el miocéfalo que forma el iris; pero en ocasiones la perforación es grande y salen al exterior el cristalino y hasta el humor hialoide. En estos casos el tratamiento que hemos empleado ha tenido por base la antisepsia del globo ocular con el ácido bórico al 5 por 100, la eserina para que reduciéndose la abertura pupilar se forme un tabique que detenga en parte la salida de los humores situados detrás del iris y la compresión moderada con el algodón y la venda.

Con este tratamiento se consigue en muchos casos que el ojo se vacíe y el individuo quede tuerto, ó ciego si el accidente acontecía en ambos ojos.

En ocasiones no obstante, el número de pústulas que brotan en la conjuntiva y la córnea, es tal, que rápidamente se constituye una querato-conjuntivitis supurada, se funde completamente toda la córnea y todos los recursos son impotentes para impedir el vaciamiento del ojo y la pérdida de la visión.

Para terminar el tratamiento de la viruela digamos cuatro palabras acerca de los medios que hemos usado con el fin de evitar en cuanto

es posible las cicatrices que suelen quedar en la cara después de la viruela.

Por más que todos los que hemos tratado en el Hospital han sido hombres, en los cuales no tiene tanta importancia lo que se refiere á este asunto, toda vez que el sexo fuerte se preocupa menos del aspecto de su cara que el sexo bello, no por eso hemos dejado de emplear algunos medicamentos que atenúen en lo posible las huellas del padecimiento.

No siendo práctico, sobre todo en los hospitales, aquellos procedimientos que tienen por base la perforación de las pústulas, la cauterización y el lavado después con líquidos antisépticos, hemos tenido que acudir al empleo de caretas de varias sustancias que tengan la propiedad de detener la pápula variolosa impidiéndola convertirse en pústula, toda vez que estas son las responsables de las indelebles cicatrices que quedan en el rostro de aquellas personas que han padecido viruelas.

Hemos empleado en nuestros enfermos tres clases de medicamentos: la pomada mercurial doble asociada á la vaselina, la careta colodionada y la de ácido fénico.

La pomada mercurial doble que hemos usado, asociada á la vaselina en partes iguales, nos ha dado buen resultado en viruelas discretas ó en coherentes de pústulas pequeñas, deteniendo algún tanto la evolución de estas.

La careta de colodión y negro de humo la hemos usado en muchos enfermos de viruela coherente y confluente, teniendo cuidado de usarla al principio de la erupción variolosa, es decir, antes de que las pápulas se conviertan en pústulas, pues en este caso la careta da poco resultado. Esta careta nos ha dado excelentes éxitos como á su autor, nuestro ilustrado compañero el Dr. Pérez Valdés, que ha dado á conocerla en una nota adjunta á un precioso folleto escrito por nuestro también compañero el Dr. Huertas (1), describiendo la epidemia de viruela de 1885 en el Hospital general. Para ello hemos tenido el cuidado de usar la mencionada mezcla de negro de humo y colodión bastante fluida y de barnizar todos los días la cara de los enfermos una ó dos veces á fin de reparar las grietas que se presentan en la careta mencionada.

---

(1) *La epidemia de viruela en el segundo semestre de* 1885, por el profesor D. Francisco Huertas.

También hemos usado, en fin, la mezcla recomendada por Montefusco (1), compuesta de ácido fénico, aceite de almendras dulces y carbonato de cal. En dicha fórmula entran 9 partes de aceite de almendras dulces, una de ácido fénico puro y la cantidad suficiente de carbonato de cal en polvo hasta tanto que la mezcla adquiera la consistencia de miel. Con esta mezcla se barniza la cara dos veces al día y se observa que las pápulas variolosas detienen su evolución, abortan, y sin que sobrevenga accidente alguno cura en poco tiempo las lesiones de la cara, quedando por consiguiente pocas señales. Es necesario tener en cuenta que si la pústula se ha constituído es completamente inútil el empleo de toda clase de caretas, según hemos comprobado repetidas veces.

En los sitios en que conviene repetir varias veces al día el barniz colodionado ó fenicado es en las alas de la nariz, la frente, comisuras labiales y surcos naso-labiales, que es donde con más frecuencia se descascarilla y agrietea.

Véase ahora la estadística de 273 enfermos observados en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del corriente año. En aquella cifra no incluímos 84 enfermos convalecientes que hemos tenido en nuestro servicio procedente de otras salas y de los cuales se curaron 82 y murieron 2, uno de nefritis, y otro, que era un niño, de noma:

---

(1) Montefusco —*Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie*, núm. 32 1888.

Estadística de 273 enfermos de viruela observados en las salas 28 y 29 del Hospital general en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 1890.

		Vacunados.	No vacunados.	Total ingresados.	Curados.	Fallecidos.
Septiembre	Viruela discreta....	24	5	29	29	»
	» coherente..	11	6	17	16	1
	» confluente..	5	16	21	15	6
	» hemorrágica primitiva.	»	3	3	»	3
Octubre...	Viruela discreta....	36	6	42	42	»
	» coherente..	10	2	12	12	»
	» confluente..	8	32	40	20	20
	» hemorrágica primitiva.	3	8	11	2	9
Noviembre	Viruela discreta....	37	10	47	46	1
	» coherente..	15	6	21	19	2
	» confluente..	5	22	27	10	17
	» hemorrágica primitiva.	»	3	3	»	3
TOTALES GENERALES.....		154	119	273	211	62

Como resumen de esta estadística y de las consideraciones expuestas, se deducen las siguientes conclusiones:

1.ª El número de enfermos no vacunados es casi igual al de los vacunados.

2.ª De viruela hemorrágica primitiva son muy pocos los enfermos que se curan.

3.ª La mortalidad ha sido de un 22,71 por 100 si agrupamos todos los enfermos, lo mismo los vacunados que los no vacunados y los de viruela discreta con los de viruela confluente y hemorrágica.

4.ª Casi todos los casos de viruela discreta han recaido en individuos que estaban vacunados.

5.ª La mayor parte de enfermos de viruela confluente y hemorrágica la han padecido individuos que estaban sin vacunar, siendo estas las formas que han presentado mayor contingente de mortalidad.

6.ª La profilaxis de la viruela debe tener por base la vacunación y revacunación obligatorias, únicos medios conocidos para esterilizar el terreno y hacer que el germen varioloso no tenga condiciones para su cultivo, y además deben adoptarse todas las prácticas de desinfección, aislamiento, etc., que se aconsejan para destruir los gérmenes patógenos y evitar su difusión, tratándose de toda clase de enfermedades contagiosas.

Madrid y Diciembre de 1890.

NUEVA COMUNICACIÓN

SOBRE UN TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS (1),

POR EL PROFESOR

ROBERTO KOCH.

Durante el último Congreso Internacional de Ciencias Médicas, he hecho mención de un medio por el cual he logrado hacer refractarios á los animales, á la inoculación de los bacilos de los tubérculos; llegando hasta á detener el proceso tuberculoso en animales ya atacados de tuberculosis. Ahora acabamos de hacer en el hombre con este remedio, experiencias que nos han dado el siguiente resultado:

Declaro que en rigor yo habría preferido terminar completamente las experiencias, sobre todo, las suficientes para el empleo del remedio en la práctica. Yo hubiera querido también estudiar y sentar reglas exactas sobre el método de la fabricación de este agente en gran escala antes de hablar de él al público médico. Pero actualmente y á pesar de todas las precauciones tomadas, se ha hablado tanto de él y ciertamente de una manera tan exagerada y tan poco exacta, que me parece bien orientar á los médicos sobre el estado actual de esta cuestión, á fin de hacer imposible el que de él se tengan ideas falsas; verdad es que yo no puedo decir todavía mucho del mismo y que tengo que dejar á un lado más de una cuestión bien importante.

(1) Publicado en el *Deutsche medicinische wachenschift* el 14 de Noviembre.

Las experiencias se han hecho bajo mi dirección por los señores Libbertz y Pfuhl. Los enfermos han sido elegidos en las clínicas de los Sres. Brieger, W. Levy, Fraentzel y von Bergmann. Doy gracias á todos estos señores y á sus asistentes por el buen concurso que han tenido á bien prestarme y sin el cual, yo creo, no habría logrado seguir hasta ahora, en tan pocos meses, experiencias que ponen en juego tan gran responsabilidad.

Sobre el remedio y su composición no puedo decir nada todavía, porque las investigaciones de los métodos de fabricación en grande escala no están aún terminados. Ya daré detalles ulteriormente.

El remedio es un líquido límpido, morenuzco, que aún sin tomar con él precauciones particulares no se descompone; antes de usarlo, es preciso diluirlo, pero estos líquidos diluídos con el agua destilada, se descomponen, desarrollándose con ellos vegetaciones microbianas; estos líquidos se enturbian y no deben aplicarse. Para impedir la descomposición, es preciso esterilizar por medio del calor los líquidos diluídos y conservarlos en un frasco tapado con un tapón de algodón; ó lo que es más cómodo, diluirlos por medio de una solución de ácido fénico al 0,5 por 100. Pero á pesar de todo, la acción de los líquidos diluídos sea esterilizados, sea preparados por medio del ácido fénico, parece que se debilita al cabo de algún tiempo, y por esta razón, yo me sirvo siempre de soluciones recientemente preparadas.

Ingerido el remedio por la boca, no ejerce acción alguna; para obtener su acción, es necesario emplearlo en inyección subcutánea. Nos hemos servido para nuestras inyecciones, de una pequeña geringa con esfera de caoutchout, que carece de pistón, y que se hace fácilmente aséptica lavándola con alcohol absoluto. Creo que á esta manera de proceder debemos no haber observado un solo abceso, aunque hemos hecho más de 1.000 inyecciones.

Como lugar de aplicación, hemos elegido la piel del dorso, en la región comprendida entre los omoplatos y la región lumbar, porque según nuestras experiencias, en estas regiones es donde la inyección no provocaba dolor ni reacción alguna local.

Respecto á la acción del remedio sobre el hombre, hemos observado desde un principio que el hombre reacciona contra este agente de una manera importante y fácil de comprobar, pero muy diferente de como reacciona el conejillo de Indias, animal elegido para estas experiencias. Esta es una nueva comprobación de la regla impor-

tante de que nunca debe olvidarse el experimentador, á saber: que no se puede por los resultados de las experiencias hechas en los animales deducir que produzcan efectos idénticos en el hombre.

En efecto, hemos observado una reacción mucho más sensible en el hombre, contra el remedio, que la observada en el conejillo. Se puede hacer á un conejillo sano una inyección subcutánea de 2 cm³. de líquido no diluído y aun de una dosis más fuerte todavía, sin que el animal presente síntoma alguno perceptible. En el hombre sano, una inyección subcutánea de 0,25 cg. de líquido no diluído, basta para producir una acción considerable. Relacionando estas cifras con el peso del cuerpo (1 por 1.500), se encuentra que la proporción que no tiene acción visible sobre el conejillo, basta para producir en el hombre una acción enérgica.

Para conocer los síntomas producidos por una inyección de 0,25 centímetros cúbicos en el hombre, me hice una inyección en el brazo; hé aquí lo que he observado: tres ó cuatro horas después de la inyección, dolores en los miembros, tendencia á toser, disnea, síntomas que aumentaban rápidamente; á las cinco horas, frío muy violento durante cerca de una hora; al mismo tiempo, náuseas, vómitos y elevación de la temperatura hasta 39°,6; al cabo de doce horas, disminución de todos los síntomas; á la mañana siguiente la temperatura era normal. Durante algunos días seguí sintiendo pesadez y laxitud en los miembros y había también enrojecimiento alrededor del punto de la inyección que estaba además un poco dolorosa.

En el hombre sano, la dosis mínima que puede obrar es, según nuestras observaciones, de 1 cm.³ de la solución obtenida diluyendo el líquido primitivo al céntimo (ó sea 1 cm.³ del líquido primitivo). A esta dosis experimentan los individuos, solamente ligeros dolores en los miembros y una laxitud pasagera. Algunos han presentado además, después de la aplicación de esta dosis, una elevación de la temperatura á 38° y un poco más.

Al lado de la gran diferencia de acción del remedio en el hombre y en el conejillo, hay por el contrario en algunos puntos relativos á la acción producida, una analogía bastante grande entre lo que pasa en el hombre y en el animal.

La más importante de estas cualidades, es la acción específica de este remedio sobre los procesos tuberculosos de cualquier género que sean.

Dejo á un lado las experiencias sobre el conejillo, y voy á descri-

bir la reacción muy extraña del hombre tuberculoso ante este líquido.

Hemos visto que el hombre sano no reacciona, ó casi no reacciona á la dosis de 1 cm.³ El mismo hecho ha sido observado sobre los hombres enfermos, á condición sin embargo de que no estuviesen atacados de tuberculosis. *Pero si inyectáis á un hombre tuberculoso 1 cg. de este líquido, obtendréis una reacción enérgica, tanto general, como local.* La dosis para los niños de 3 á 5 años, es de 0,001 (la décima parte de la dosis del adulto); en los niños muy debilitados y raquíticos, hemos obtenido por medio de la dosis de 0,0005, una reacción enérgica, pero sin peligro para la vida de los enfermitos.

La reacción general principia por un acceso de fiebre, que empezando en la mayor parte de los casos por un escalofrío, eleva la temperatura por encima de 39° y hasta 40° y 41°: al mismo tiempo se observa: excitación á la tos, dolores en los miembros, gran laxitud y más á menudo náuseas y vómitos. En algunos hemos comprobado una ligera ictericia, y en otros un exantema en el cuello y en pecho parecido al del sarampión. El acceso comienza cuatro ó cinco horas después de la inyección y dura de doce á quince horas. En casos excepcionales hemos visto manifestarse más tarde este conjunto de síntomas, y en estos enfermos el acceso era menos intenso. Los enfermos se sienten ligeramente fatigados por el acceso, y cuando este ha terminado, generalmente declaran que se sienten mejor que antes del proceso.

La reacción local se observa más claramente en los tuberculosos cuya afección tuberculosa es visible, es decir, en los enfermos atacados del lupus tuberculoso. En estos enfermos el remedio produce alteraciones que nos hacen conocer de una manera sorprendente la acción específica anti-tuberculosa de este medio. Algunas horas después de la inyección hecha bajo la piel dorsal, es decir, en un punto bien alejado de las partes enfermas, las regiones luposas comienzan (de ordinario, aun antes de presentarse el escalofrío) á hincharse y enrojecerse.

Durante la fiebre, la hinchazón y el enrojecimiento aumentan más y más, y este estado llega hasta el punto de que el tejido luposo presenta en diversos puntos un color moreno rojizo y se necrosa. Si los focos luposos son más limitados, se ve que la región fuertemente hinchada y de un color moreno rojizo está rodeada de una aureola blanquecina, de una anchura de cerca de 1 cm., que á su vez está rodeada de una zona de un color rojo vivo. Después de la disminución

de la temperatura, la tumefacción de las regiones luposas disminuye poco á poco, de tal manera, que puede haber desaparecido al cabo de dos ó tres dias. Los focos luposos están cubiertos de costras, formadas por un suero que se segrega en gotas y se seca al aire; después se transforma en escaras que se desprenden espontáneamente al cabo de dos ó tres semanas y presentan, á veces, ya después de una sola inyección del liquido, una cicatriz lisa y roja. En general son precisas, sin embargo, muchas inyecciones para obtener este resultado. Un punto hay que notar, y es que en este proceso las alteraciones descritas están exclusivamente limitadas á las regiones atacadas del lupus; las más pequeñas nudosidades, casi invisibles y escondidas en el tejido cicatricial, toman también parte en este proceso y se hacen visibles, á consecuencia de la hinchazón y del cambio de color, mientras que el tejido cicatricial propiamente dicho, en el cual los procesos luposos están terminados, no sufre ningún cambio.

La observación de un enfermo atacado de lupus tuberculoso y tratado por este líquido, es de tal manera instructiva y convincente, que aconsejo al que quiera darse cuenta de la acción de este líquido, comenzar por el tratamiento de un lupus tuberculoso.

Las reacciones locales en los casos de tuberculosis de los ganglios linfáticos, de los huesos y de las articulaciones, son menos manifiestas, pero siempre perceptibles á la vista y al tacto. Se observa en estos casos hinchazón y aumento del dolor, y si las partes atacadas están situadas superficialmente, se comprueba también el enrojecimiento.

Por el momento, la reacción que se verifica en los órganos internos después de la inyección escapa á nuestra observación, á menos que no se quiera atribuir á una reacción local el aumento de la tos y de los esputos de los tuberculosos á quienes se les inyecta las primeras veces. Es preciso admitir también que en estos enfermos se producen modificaciones análogas á las que se observan directamente en los luposos. Se han observado los fenómenos de reacción en todos los casos de enfermos tuberculosos á los cuales hemos hecho inyecciones; *no hay un solo caso en que el líquido en cuestión no haya manifestado su acción siempre idéntica.* Hé aquí por qué yo creo que puedo decir, *que en el porvenir estas inyecciones nos servirán como un medio precioso para el diagnóstico.*

Por medio de este líquido se podrá diagnosticar la presencia de la tuberculosis hasta en los casos en los que no se haya logrado en-

contrar bacilos ó fibras elásticas en la expectoración, y en los que tampoco se haya logrado diagnosticarla por la exploración física. Las afecciones tuberculosas de las glándulas, la tuberculosis latente de los huesos, una tuberculosis dudosa de la piel etc., serán fácilmente reconocidas como procesos de la tuberculosis verdadera.

En los casos de tuberculosis de los pulmones y de las articulaciones en que el proceso patológico parece haberse extinguído, la inyección permitirá asegurarse de si, realmente la extinción del proceso es completa, ó si existen aún algunos focos que pueden algún dia dar lugar á una nueva evolución de la enfermedad, como la chispa oculta bajo cenizas engañosas puede avivarse en cualquier momento y producir una nueva llama.

Pero la importancia de la acción del líquido como *remedio,* como agente curativo, es mucho más grande que la que se relaciona con el problema diagnóstico.

Ya he dicho antes que el tejido luposo, después de la disminución de la tumefacción y del enrojecimiento consecutivos á la inyección, no vuelve á su estado anterior; por el contrario, queda más ó menos destruído y desaparece. A veces este proceso se desarrolla de tal manera, que el tejido atacado se mortifica inmediatamente después de una sola inyección y se separa ulteriormente como un tejido muerto. En otros enfermos parece más bien que hay una especie de atrofia ó difusión del tejido, que se trata de un proceso que para llegar á la curación parece necesitar de la influencia repetida de la acción del líquido. No puedo decir exactamente hoy de qué manera se verifican estos procesos, porque faltan todavía los exámenes histológicos necesarios. Pero lo que está comprobado, es que no se trata de una destrucción de los bacilos de los tubérculos contenidos en los tejidos; solamente es atacado por la acción del líquido el tejido que contiene los bacilos de los tubérculos. En este tejido se observa una tumefacción y un enrojecimiento considerable, es decir, alteraciones notables de la circulación, de donde dependen sin duda modificaciones que alteran profundamente la nutrición, de tal manera, que el tejido debe mortificarse. Esta mortificación se hará más ó menos rápida y profundamente, según la manera como sea utilizada la acción del líquido.

El líquido, lo repito, no mata pues los bacilos de los tubérculos, sino el tejido tuberculoso, lo que hace ver su límite de acción. No puede actuar más que sobre el tejido tuberculoso vivo; no obra en manera alguna, por ejemplo, sobre masas caseosas ya mortificadas,

sobre huesos necrosados etc., y no obra tampoco sobre el tejido mortificado por la acción del mismo líquido. Puede muy bien ocurrir que haya en estas masas de tejido mortificado, bacilos vivos de los tubérculos que, ó bien son expulsados con el tejido necrosado, ó bien pueden penetrar en condiciones particulares en el tejido vecino vivo. Es preciso fijarse bien en esta cualidad del remedio, cuando se quiere aprovechar toda su acción para la curación. Es preciso, pues, necrosar primero el tejido tuberculoso todavía vivo y después tratar con la mayor energía el tejido necrosado y hasta de extirparlo si hay necesidad. En los casos en que la extirpación no es aplicable y donde la actividad sola del organismo solo puede efectuar una expulsión lenta, es preciso continuar la aplicación del líquido para garantir al tejido vivo comprometido por una reinmigración de los parásitos.

El hecho de que el líquido mortifique el tejido tuberculoso y no obre más que sobre el tejido vivo, nos explica también una cualidad muy especial de este agente; y es que se le puede inyectar en dosis rápidamente crecientes. Se podría á primera vista atribuir esto á el hábito, pero esta idea está refutada por el hecho de que se puede aumentar la dosis durante unas tres semanas hasta 500 veces la primera dosis; este hecho no puede ser considerado como efecto del hábito, porque no hay ejemplo de una adaptación tan rápida de los enfermos á un medicamento.

Es más preciso decir que al principio habia una gran cantidad de tejido tuberculoso vivo y que por consecuencia una pequeña dosis de la sustancia activa, bastó para producir una reacción enérgica; pero como por cada inyección se hace desaparecer cierta cantidad de tejido susceptible de reaccionar, son necesarias cada vez dosis mayores para obtener el mismo grado de reacción que al principio. No obstante, concedo que el enfermo se habitúa hasta cierto punto á la acción del remedio.

A partir del momento en que el tuberculoso tratado por dosis cada vez mayores, solo manifiesta una reacción tan débil como la que se observa en el hombre sano después de la inyección, se puede admitir que todo tejido tuberculoso susceptible de reacción ha cesado de vivir.

En consecuencia, para que un enfermo en tanto que tenga bacilos en el organismo esté al abrigo de una nueva infección, es preciso continuar el tratamiento; pero entonces se necesitan emplear dosis lentamente crecientes y establecer interrupciones en el tratamiento.

El porvenir nos demostrará si esta idea y las conclusiones que saco de la misma son justas. Hasta ahora yo he hecho mis experiencias sobre esta base, habiendo procedido de la manera siguiente: en casi todos los luposos hemos inyectado la dosis entera de 1 cg.; hemos dejado pasar la reacción, y al cabo de una ó dos semanas inyectamos de nuevo 1 cg., continuando de esta manera hasta que la reacción se hacía cada vez más débil, cesando por último completamente. De esta manera en dos enfermos atacados de lupus tuberculoso de la cara se han cubierto las regiones luposas de cicatrices lisas después de 3 ó 4 inyecciones; el estado de los otros luposos se ha mejorado de igual modo á medida que se prolongaba el tratamiento. Todos estos enfermos estaban atacados de lupus desde muchos años antes y la afección había sido rebelde hasta entonces á un gran número de métodos de tratamiento á que cada uno de ellos había sido sometido.

De la misma manera hemos tratado casos de tuberculosis de los ganglios, de los huesos, y de las articulaciones. El éxito obtenido ha sido el mismo que en los luposos; mejoría rápida en los casos recientes y ligeros; mejoria lenta en los casos graves.

En la mayor parte de los tuberculosos, las condiciones en que se presentan difieren algo. Hay que decir, ante todo, que los enfermos atacados de tuberculosis pulmonar pronunciada, son mucho más sensibles á la acción del liquido que los atacados de enfermedades tuberculosas quirúrgicas. Pronto hemos visto que la dosis de 1 cm.^{3} era demasiado fuerte para los tísicos y hemos obtenido en ellos una reacción enérgica después de la inyección de 2 mm.^{3} y hasta de 1 mm^3. de liquido.

Pero empezando por esta dosis minima, se puede aumentar pronto y rápidamente la dosis y al cabo de poco tiempo los tísicos soportan las mismas dosis que los otros enfermos.

Generalmente inyectábamos á un tísico, la primera vez 1 mm.^{3} y si la inyección era seguida de elevación de la temperatura, inyectábamos cada dia la misma cantidad, hasta que no se producía la reacción. Solo entonces inyectábamos 2 mm.^{3} hasta que esta inyección no era seguida de reacciones y asi sucesivamente, aumentando cada dia la dosis en 1 mg.^{3}; hemos llegado á dosis de 1 cm.^{3} y más. A mi parecer, este procedimiento es el que debe seguirse en los enfermos que tienen pocas fuerzas, porque permite administrarles las dosis necesarias casi sin fiebre.

Algunos tísicos, cuyas fuerzas eran todavía bastante buenas, han

sido tratados, ya por medio de dosis inmediatamente elevadas, ya de dosis rápidamente crecientes y me ha parecido que el resultado favorable se hacía sentir mucho más pronto. La acción del líquido en los tísicos era tal, que los accesos de tos y la expectoración, después de haber aumentado habitualmente primero un poco como consecuencia de las primeras inyecciones, disminuían de ordinario en seguida; después decrecían estos síntomas más y más, desapareciendo por último completamente, al menos en los casos en que la marcha fué más favorable; al mismo tiempo la espectoración, hasta entonces purulenta, se hizo mucosa.

El número de bacilos no comenzaba generalmente á disminuir más que cuando la expectoración había tomado un aspecto mucoso (es preciso notar que solo se han elegido para estas experiencias enfermos que presentaban bacilos en sus esputos). Los bacilos entonces desaparecían completamente por algún tiempo, pero se encontraban de nuevo, de tiempo en tiempo, hasta que la expectoración cesaba enteramente. Los sudores nocturnos se suprimían, el aspecto general se mejoraba y el peso de los enfermos aumentaba. Los enfermos tratados en el estadio inicial de la tisis se encontraron todos libres, en el espacio de cuatro á seis semanas, de la totalidad de los síntomas de su enfermedad, de suerte que se pudo considerarlos como curados. Otros enfermos que tenían cavernas, cuyas dimensiones no eran demasiado grandes, han sido también considerablemente mejorados y casi curados. Solamente los tísicos cuyos pulmones contenían cavernas numerosas y vastas que (aparte de una disminución manifiesta de los esputos, acompañada de mejoría en los fenómenos subjetivos), ninguna mejoría objetiva pudo observarse. Como consecuencia de estas experiencias, estoy dispuesto á admitir **que una tisis incipiente puede ser curada de una manera cierta por medio de este remedio** (1). Esta conclusión se aplica tam-

(1) Respecto de esta declaración, es preciso, sin embargo, hacer aún alguna reserva, teniendo en cuenta que actualmente no hay, ni puede haber todavía experiencias decisivas que permitan saber si la curación es definitiva. Por de contado, que no se puede excluir aún la posibilidad de una recidiva. Se puede admitir muy bien, sin embargo, que se curaran las recidivas tan fácil y tan rápidamente como el primer ataque.

Se podría admitir también, por otra parte, que los individuos una vez curados, han adquirido una inmunidad duradera, análoga á la que se observa en otras enfermedades infecciosas. Esta es igualmente una cuestión que debe permanecer todavía sin resolver.

bién, pero en parte solamente, á los casos en los cuales la afección no está ya demasiado avanzada.

Pero en los tísicos que tienen grandes cavernas, y en los cuales existe la mayor parte del tiempo complicaciones, tales como la penetración en las cavernas de diversos microbios, susceptibles de producir la supuración, ó la formación en otros órganos de alteraciones patológicas que no se pueden separar, etc., solo obtendrán excepcionalmente un beneficio duradero del empleo de este remedio. Sin embargo, los enfermos de esta categoría se mejoraron también pasajeramente en la mayor parte de los casos. Se debe deducir que en estos también el proceso morboso original, la tuberculosis, ha sido influenciada por el remedio de la misma manera que en los otros enfermos, y que habitualmente solo falta en tales casos la posibilidad de eliminar las masas de tejidos necrosados al lado de los procesos de supuración secundarios. Involuntariamente nos vemos conducidos á preguntar si no se debería prestar todavía una asistencia útil á algunos de estos enfermos tan gravemente atacados, combinando el nuevo tratamiento con alguna intervención quirúrgica (en el género del empiema, por ejemplo), ó con otros factores curativos. Lo que yo quisiera sobre todo evitar formalmente es la aplicación de este remedio á tientas, por decirlo así, de una manera esquemática y sin distinción en todos los tuberculosos.

La indicación más sencilla de formular consiste en la aplicación de este tratamiento en los casos de tisis incipiente y de afecciones quirúrgicas simples; pero para las otras formas de la tuberculosis el juicio del médico vuelve á adquirir forzosamente todos sus derechos, porque es indispensable entonces individualizar cuidadosamente y poner al mismo tiempo en acción todos los otros medios de asistencia susceptibles de suministrar un apoyo á la acción del nuevo tratamiento.

En muchos casos he recibido la impresión muy clara de que la manera de cuidar á los enfermos ejerce sobre la acción curativa una influencia que está muy lejos de carecer de importancia; por esto yo preferiría á los tratamientos á domicilio ó en los establecimientos ambulantes, la aplicación de la nueva cura en establecimientos apropiados, donde se podrían asegurar mejor la observación minuciosa de los enfermos y los cuidados más racionales. No se puede aún determinar por el momento hasta qué punto será ventajoso combinar con el nuevo método la aplicación de los procedimientos de trata-

mientos reconocidos como útiles hasta ahora, tales como el uso de los climas de montaña, del tratamiento del aire libre, de la alimentación especial, etc., pero yo creo que estos diversos factores del tratamiento, unidos al empleo del tratamiento nuevo, serán también de gran utilidad en un gran número de casos y especialmente en los que han estado descuidados y en los graves, así como en el estadio de la convalecencia (1).

El punto capital del nuevo tratamiento reside, como ya he dicho, en su aplicación tan precoz como sea posible. El período inicial de la tisis representa el verdadero objetivo del tratamiento, porque en este es en el que puede ejercer su acción íntegra. No se insistirá bastante por esta causa sobre la necesidad que se impone á los prácticos, desde ahora mucho más que antes, de hacer el diagnóstico de la tisis tan pronto como sea posible. Hasta ahora la investigación de los bacilos en los esputos estaba considerada como un examen de interés secundario que aseguraba, es cierto, el diagnóstico, pero sin ninguna otra utilidad para el enfermo, y por consiguiente omitido con demasiada frecuencia, como yo he podido convencerme en estos últimos tiempos en un gran número de tísicos que habían pasado entre las manos de muchos médicos sin que su expectoración hubiese sido objeto de un solo examen. Lo contrario debe ocurrir en el porvenir. Todo médico que descuide establecer con ayuda de todos los medios que están á su disposición, y especialmente por medio del examen de los esputos sospechosos, el diagnóstico, tan precoz como sea posible, de la tisis, se hace culpable de una falta profesional grave ante su enfermo, porque de este diagnóstico y de la precocidad del tratamiento específico instituído como consecuencia del mismo, puede depender esta vida humana. En los casos dudosos, el médico deberá, por medio de una inyección de ensayo, adquirir la certeza de la existencia ó de la ausencia de una tuberculosis.

El nuevo procedimiento no constituirá un real beneficio para la humanidad, hasta el día en que haya hecho posible instituir en tiempo oportuno el tratamiento de todos los casos de tuberculosis y en que nos permita desarrollar esas formas descuidadas y graves

(1) Respecto á la tuberculosis del encéfalo, á la de la laringe y á la tuberculosis miliar, hemos tenido á nuestra disposición un material demasiado restringido para permitirnos agrupar un número de experiencias suficientes.

que han constituído hasta el presente un manantial inagotable de infecciones, sin cesar renovadas.

Al terminar deseo hacer observar que me he abstenido intencionalmente en esta comunicación de todo dato estadístico y toda descripción de los casos particulares, porque los médicos en cuyos servicios se encontraban los enfermos sometidos á nuestras experiencias, desean exponer por sí mismos las observaciones de los diversos casos y yo no quiero relatar de antemano lo que se relaciona con sus observaciones, que presentarán bajo una forma tan objetiva como sea posible.

JUAN CISNEROS.

VIAJE QUIRÚRGICO Á LONDRES [1].

(Conclusión) [2].

II.—UNA OVARIOTOMÍA EN LONDRES.

Sir Spencer Wells nos había invitado para que asistiéramos á una ovariotomia que debía practicar uno de sus discípulos, el Dr. Meredikt. El 19 de Julio, á las nueve de la mañana, nos presentamos en Dorset House, Marylebone Road.

Se cruza un jardincito y se entra en una pequeña casa de salud que tiene el mismo aspecto exterior que las demás de la calle. La sala de operaciones está en el primer piso. Para subir es preciso firmar antes una declaración en la cual se jura no haber practicado aquel día ninguna autopsia, no haber curado heridas supuradas, etc. La sala de operaciones es grande, limpia y muy bien iluminada. En las paredes están colgadas las cromolitografías obligatorias, con inscripciones muy consoladoras.

El suelo es de madera. Debajo de la mesa de operaciones y en alguna extensión alrededor de la cama en que se acuesta á la enferma para hacerle la laparotomía, hay un trozo grande de linoleo que defiende las tablas.

La mujer está acostada en una especie de mesa de cocina, bastante larga y con tres colchones duros, cubiertos de tela impermeable. Debajo de la cama hay un gran recipiente, por el estilo de un baño de asiento, destinado á recibir los líquidos.

---

(1) De *La Médecine Moderne*, por R. Pichevin, números 43 y 44, Octubre del 90.

(2) Empezó en el número anterior de la REVISTA.

El Dr. Meredikt es un hombre de 36 á 40 años, alto, delgado y con toda la barba. Este cirujano opera colocándose á la derecha de la enferma, con los brazos desnudos y cubierto el pecho con un delantal de caucho. No tiene más que un ayudante inmediato. Un médico, que vimos luego otra vez con Bantock, administra el cloroformo con el aparato de Junker. La anestesia va muy bien.

Dos enfermeras completan el personal que interviene en la operación. Con sus vestidos de percal rayado, sus delantales blanquísimos y sus elegantes gorritos, puestos con cierta coquetería, esas enfermeras tienen muy buen aspecto y llenan perfectamente sus funciones. Es notable su limpieza. El Dr. Meredikt coloca sobre el vientre de la enferma una ancha lámina de caucho hendida en el centro, de manera que deja descubierta la línea blanca, desde el ombligo hasta el pubis. Ese trozo de caucho reemplaza las sábanas ó toallas antisépticas que otros cirujanos ponen en las partes laterales del abdomen.

La incisión de la pared es poco extensa.

Una de las enfermeras da las esponjas, que no han sufrido más preparación que una larga permanencia en una disolución fenicada al 25 por 100.

Los instrumentos que emplea el Sr. Meredikt no nos han parecido muy finos. Los escalpelos son bastos. Algunas pinzas hemostáticas acodadas nos han parecido muy cómodas.

En un momento dado, el Sr. Meredikt suelta el escalpelo que le habian dado, se mete la mano en el bolsillo, saca una caja y de ella un bisturí. Se sirve de este instrumento, que no había sido mojado en solución antiséptica alguna y que no había sufrido ninguna esterilizacion preventiva.

El operador, para hacer el pediculo, atraviesa las paredes quísticas con una aguja recta, de 7 á 8 centímetros, aguzada, delgada y sin mango. La sostiene con la mano y la maneja con gran habilidad; pero si el abdomen hubiera estado provisto de una gruesa capa de grasa, ó si los intestinos hubiéranse hallado distendidos por los gases, ¿hubiera sido fácil y prudente servirse de una aguja como aquella?

Las suturas de la pared abdominal las hizo con crin de Florencia. El señor Meredikt emplea también una agujita casi recta, que conduce con los dedos, para pasar las crines á través de la pared. Atraviesa separadamente el peritoneo, el plano muscular, la capa subcutánea y la piel propiamente dicha. Los puntos están muy juntos y la sutura, que se parece demasiado á un cosido, emplea más tiempo del que convendría. Se espolvorea el sitio con iodoformo y se cubre todo con una capa delgada de algodón iodoformado. Algunas tiras anchas de esparadrapo sostienen el apósito y todo queda sujeto y ligeramente comprimido con un vendaje de cuerpo, de franela.

Este apósito es sencillo y basta. El empleo del aglutinante no es muy feliz.

A la enferma se la deja en la habitación en que ha sido operada. La opera-

ción, conviene que lo digamos, no duró menos de una hora, lo que tal vez sea excesivo para un caso tan sencillo.

Hemos sabido que en la casa no hay estufa y que los instrumentos, esterilizados en agua hirviendo, permanecían en una disolución fenicada desde algunos minutos antes de la operación.

III.—VISITA Á CHELSEA HOSPITAL FOR WOMEN.

Habíasenos indicado la dirección de un hospitalito, especialmente consagrado al tratamiento de las afecciones ginecológicas. La casualidad nos permitió encontrar allí un hombre encantador, el doctor Francourt Barnes, un inglés parisiense. Constituye verdaderamente una fortuna trabar relaciones en la triste Albión con un hombre de ciencia que no se cree en el deber de permanecer tieso dentro de un cuello postizo y de observar sin tregua la gravedad majestuosa del discípulo de Esculapio en el ejercicio de su sagrado ministerio. El aire desembarazado, el ingenio vivo, el hablar rápido de F. Barnes nos conquistaron en seguida. Nuestro compañero nos reservaba sorpresas y datos preciosos, sin hablar de sus graciosas salidas. ¡Muchas gracias, amigo!

Cuando íbamos á «Chelsea Hospital for Women», y á poca distancia de esta institución ginecológica, vimos en la misma calle dos hospitales, cuyos nombres, escritos con gran claridad, no son lo más á propósito para inspirar gran confianza á los enfermos que hayan de ingresar en esos asilos de la miseria. Desde en medio de la vía pública se puede leer este letrero, trazado en gruesos caracteres sobre la puerta: «Hospital para la tisis», y al lado, en un rótulo, que no es más pequeño, «Hospital para el cáncer». ¿Cómo los ingleses, que se ostentan tan filántropos, pueden consentir que se presenten al público inscripciones tan desconsoladoras? La palabra cáncer es sinónimo de incurabilidad para el común de las gentes. Hubiera sido, sin duda, más humano no poner en la puerta de un hospital un cartel que recuerda demasiado las palabras que puso Dante en la puerta del infierno: *Lasciate ogni speranza voi ch'entrate.*

Chelsea Hospital for Women es un edificio levantado hace cinco años. Cuando se llega ante la fachada de ese hospitalito, construído con sencillez é inteligencia, cree uno que se halla ante uno de esos hotelitos tan comunes en Londres.

La casa tiene tres pisos, unidos por un ascensor y anchas escaleras. El hospital no es grande pero todo el local está muy bien aprovechado, por lo cual muchos ginecólogos tienen sus clínicas en él. Barnes dispone de unas 20 camas. Aneja al hospital propiamente dicho, hay una policlínica para la consulta externa.

Las enfermas no reciben asistencia gratuita en Chelsea Hospital, sino que pagan unas estancias muy elevadas.

Las habitaciones son desahogadas, alegres y contiene de 3 á 5 camas cada una. Las puertas y ventanas son de maderas finas. El suelo está muy cuidado. Las mesillas de noche son de madera y están divididas en varios compartimientos que encierran el vaso de noche, medicamentos, etc. Las camas son de hierro y los diferentes objetos que las componen nos han parecido muy confortables.

En la cabecera de cada cama hay una reseña personal de la enferma que la ocupa. F. Barnes llama nuestra atención sobre una reforma de la que él es el autor y lo tiene muy satisfecho. Nos hace notar que algunas tablillas están invertidas y presentan una cara absolutamente blanca y virgen de toda inscripción. Nos explica esta particularidad, insignificante en apariencia é incapaz de herir la vista de un profano. Cuando la enferma vuelve así la tablilla de su cama, indica que la vía está interrumpida, es decir, que ella está con la menstruación, y el cirujano en cuanto percibe ese signo cabalístico, ya sabe lo que le toca hacer. En ese caso, F. Barnes, sin interrogar á la paciente sobre asuntos tan delicados, por miedo de provocar un pudibundo sonrojo, se conforma con manifestar una graciosa sonrisa y, mudo como en un serrallo, se desliza rápidamente á lo largo de la cama y desaparece, sobre todo cuando tiene prisa: *Time is money*. De ese modo no se pierde el tiempo y de camino se respetan las conveniencias.

Nuestro compañero se reía con toda su alma al iniciarnos en estos sus procedimientos misteriosos.

Hay una sala de aislamiento para las enfermas laparotomizadas, y en esta sala no hay más que un lecho.

La sala de operaciones es alta de techo y espaciosa, pero tiene demasiados ángulos, demasiados rincones y recovecos. La luz es suficiente. No vemos ninguna estufa.

Todo está muy limpio y bien cuidado, pero no vemos pruebas de una antisepsia meticulosa ó de una asepsia rigurosa.

No se emplean las soluciones de sublimado; se sirven de las fenicadas á 1 por 88. Las esponjas, bien lavadas en agua salada, pasan á una solución débil de ácido fénico. El lavado del peritoneo se hace con agua hervida.

F. Barnes, nos enseña en la sala un lavabo y lo compara, por su disposición, con los órganos genitales de la mujer. ¡No se puede ir más allá en el cuidado por conservar el color local! La palangana es el útero. A los lados del lavabo se ven dos excavaciones hechas en el mármol para poner los jabones y los cepillos y representan los ovarios. Estas dos cavidades están unidas á la palangana central por dos conductos, las trompas. Esta tiene un agujero en el centro para el desagüe, es el orificio del cuello. Las aguas sucias caen, por último, en un recipiente que hace las veces de vagina.

Estas explicaciones nos las da alegremente el mismo Barnes, quien, como se ve, gusta de mezclar lo cómico con lo serio.

En el entresuelo están el gabinete y la alcoba del médico interno. Nos detenemos un momento para hacer los honores á la hospitalidad escocesa de nuestros huéspedes.

Un poco más lejos, en la misma meseta de la escalera, hay dos habitaciones destinadas á recibir las enfermas de la consulta externa. La policlínica está separada del hospital propiamente dicho, de modo, que las enfermas de fuera entran y salen por una puerta especial, sin poder penetrar en la parte reservada á las enfermas internas en Chelsea Hospital.

Los bancos situados en la sala de espera, están colocados de una manera ingeniosísima que evita todas las disputas entre las enfermas de la consulta. Cada una ocupa hasta el fin el sitio que le correspondió á su llegada, y es materialmente imposible que nadie pase antes de que le toque su vez.

Conviene añadir que los medicamentos se despachan en una farmacia situada en el interior de la policlínica.

Señalaremos, para terminar, la excelente disposición de los excusados. Una enorme cantidad de agua y receptáculos perfeccionados permiten conservar una limpieza perfecta en dichos sitios. Los ingleses dan una gran importancia, y con razón, á esas medidas de higiene y en Francia haríamos muy bien en imitar á nuestros vecinos que, en esa vía, hace ya tiempo que nos han dejado atrás.

Antes de salir de Chelsea Hospital for Women, Barnes nos condujo á una especie de galería ó balcón ancho de madera, situado detrás de las salas y que sirve de paseo general para todas las enfermas que no guardan cama. Allí se va á respirar un poco de aire libre. Desde esa galería, bastante alta, se disfruta un espectáculo por todo extremo original.

La vista se dilata sobre un campo inculto en el que la hierba crece espesa. Ese terreno se encuentra á nuestros pies, detrás del muro que cierra el hospital. Lápidas de mármol, cubiertas de inscripciones, emergen de entre las hierbas, agitadas por la brisa en este instante. A no dudarlo nos hallamos ante una necrópolis. Barnes nos dice que es el antiguo cementerio judío.

«El viento que procede de ahí, añade nuestro compañero, señalando la tupida vegetación que cubre la tierra y oculta un gran número de lápidas sepulcrales, el viento procedente de ahí es excelente.» No lo dudamos; pero ese espectáculo, ofrecido á las enfermas, ¿es muy recreativo y confortante?

Aún no habían terminado las sorpresas que nos esperaban desde lo alto de nuestro observatorio.

¿Qué es ese pequeño edificio que parece una capillita protestante? ¡Es la sala de autopsias! Casi nunca hay que usarla, nos dice Barnes. Felizmente; porque sino las enfermas de Chelsea Hospital tendrían ocasión de ver escenas macabras muy de cerca.

En una callejuela, á pocos pasos del balcón, descubrimos un carruaje cubierto de paños negros... ¡Un carro fúnebre!

¡Qué desgracia!... Es el depósito de una funeraria. Evidentemente no podia haber escogido mejor sitio.

Hospital, carro fúnebre, sala de autopsias, cementerio; esas son, en efecto, las últimas etapas que recorre el pobre cuerpo humano. Es un kaleidoscopo demasiado realista el que se ofrece á las enfermas de ese delicioso hospitalito.

Francamente, ese panorama debe carecer de atractivos, cuando no se goza de una salud tan espléndida como la que disfrutaba nuestro amable compañero el doctor Barnes; pero ese demonio de hombre tiene tanta verbosidad, tan buen humor, que de seguro hace creer á sus enfermas que están en el Edén.

IV.—VISITA Á SAINT-THOMAS'S HOSPITAL.

Saint-Thomas es un vasto hospital cuyas salas se parecen extraordinariamente á todas las que hemos visto en Londres. Se las creeria calcadas unas en otras. Unicamente cambian los asuntos de las cromolitografías correspondientes.

Entramos en un gran anfiteatro en el momento en que el doctor Craft se dispone á practicar una traqueotomía.

El anfiteatro es amplio y de hermoso aspecto.

La iluminación es defectuosa, en nuestro concepto. La luz viene de arriba pero no directamente sobre la mesa de operaciones, sino casi al extremo opuesto. La parte del anfiteatro destinada á los alumnos, recibe más luz que el sitio en que deben operar el cirujano y sus ayudantes.

Los bancos son de madera y están bien acondicionados para sufrir una esmerada limpieza. Una balaustrada de hierro, sostenida por barras metálicas, forma una semicircunferencia delante de cada asiento y á conveniente altura. Los alumnos se sientan bajo la balaustrada, entre las barras de hierro que la sostienen. Esta disposición no es muy feliz, porque no debe de ser muy cómodo que digamos verse en uno de esos bancos, divididos en estrechos compartimientos por puntales de hierro.

El suelo de la sala de operaciones está cubierto de linoleo ó de una tela impermeable. En el anfiteatro se ve un carrito parecido á los que tenemos en nuestros hospitales. Los apósitos están en cajas tapadas. En la sala se observa la presencia de un pulverizador; pero el aparato está descompuesto.

El Dr. Craft y sus ayudantes se lavan y cepillan cuidadosamente las manos antes de la operación. El pecho de uno de los ayudantes está cubierto de un delantal de caucho. El segundo lo lleva de hule. El cirujano se echa sencillamente uno blanco, de lienzo. Los instrumentos son puestos á última hora en una fuente que contiene una disolución fenicada; pero un enfermero comete

una grave falta contra la antisepsia: cuando ya va á empezar la operación, coloca los instrumentos sobre un banco del anfiteatro. ¿No prueba esto que el cirujano solo debe fiarse de personas que compartan con él la responsabilidad y que comprendan la importancia de las precauciones antisépticas?

El Dr. Craft es hombre de unos 60 años, calvo, alto y de aspecto flemático. Ejecuta muy bien la traqueotomía que se presenta en condiciones difíciles á consecuencia de una desviación del tubo laringotraqueal. Durante toda la operación se estuvo administrando cloroformo al paciente. Los ayudantes se sirven de torundas de algodón mojadas en sublimado para limpiar la sangre.

La casualidad nos llevó á ese anfiteatro y nos consideramos felices por haber hallado en él un cirujano que operó ante nosotros con habilidad y procurando respetar las prescripciones clásicas de la antisepsia.

V.—VISITA Á LONDON HOSPITAL.

Después de cruzar medio Londres nos encontramos en White Chapel, en London Hospital. El cirujano que había de practicar aquel día una laparotomía avisó á última hora que no podía ir. Nos dirigimos al anfiteatro, donde el señor Openshaw practicaba una extirpación de ganglios cervicales. La operación se sujetó en todo á las reglas antisépticas. Se servían del ácido fénico para desinfectar los instrumentos, del sublimado para lavar la herida y para empapar las bolas de algodón, del iodoformo, en fin, para hacer las curas.

Este pequeño anfiteatro no merece nuestros elogios. En lo alto de la sala, cerca de los bancos reservados á los espectadores, una espesa capa de polvo cubre el trapo que forra un grueso tubo de hierro que sirve probablemente para calentar el local; esa capa negra y asquerosa no debería existir en un anfiteatro.

VI.—THE BROWN ANIMAL SANATORY INSTITUTION.

El Dr. Ruffer, con una amabilidad perfecta, nos hace los honores de este establecimiento. Después de recorrer rápidamente las piezas en que se cuida á los animales enfermos y los que sirven para las experiencias, nos dirigimos al laboratorio del Sr. Ruffer. Pasamos una hora larga examinando las preparaciones destinadas á demostrar el papel de los fagocitos. El Sr. Ruffer ha tenido la suerte de sorprender y fijar las interesantes fases por que pasa la lucha entre los microbios y las células.

En una de las salas del Instituto Brown, vimos un mono con el cráneo abierto, las carnes desgarradas, respirando cloroformo y temblando bajo el escalpelo y la pinza de un fisiólogo.

Las vivisecciones están prohibidas en Inglaterra; pero, contando con el

favor divino y con el Gobierno de la reina, se llega á transacciones ignoradas del vulgo. Basta una autorización para poderse entregar con toda tranquilidad á la experimentación en los animales. Esto es muy bueno para nuestros vecinos. ¿Pero no sería mucho más sencillo abolir una ley sin objeto, puesto que diariamente se la viola bajo la mirada complaciente de las autoridades? Lo que á nosotros nos parece lógico ¿dejará de serlo al otro lado del estrecho? La existencia, puramente teórica, de la ley contra la vivisección, llena de júbilo tal vez á las buenas almas que, en su tonta sensiblería, se imaginan que «the Brown animal sanatory Institution» en un hospital destinado exclusivamente al tratamiento de los falderos que tienen el moquillo y las gallinas que sufren la pepita.

Al salir del establecimiento pasamos cerca de un huertecito donde se cultivan legumbres. «Esta es la tierra maldita del tétanos,» nos dijo *mister* Ruffer. Las inoculaciones hechas con tierra de este campo producen casi con seguridad el tétanos. Quizás haya que culpar al estiercol de que se sirvieron durante mucho tiempo para mejorar la tierra.

Nos separamos de nuestro amable y sabio guia, dándole expresivas gracias por la exquisita complacencia que nos había proporcionado.

VII.—UNA VISITA Á SAMARITAN FREE HOSPITAL.

El deseo de ver á Bantock nos condujo á Samaritan Hospital.

Pocos días antes habíamos visitado en su casa al célebre ginecólogo.

Bantock es de estatura mediana; una larga barba, casi blanca y muy bien cuidada, le cae sobre el pecho. La mirada es viva y afable. El cirujano de Samaritan Hospital habla bastante bien en francés y nos acoge con cordialidad. Nuestra primera conversación con él no fué muy larga, pero nos dió tiempo para hacer algunas observaciones que harán, tal vez, alguna luz sobre la figura del hombre cuyas prácticas quirúrgicas contrastan tan crudamente con las de sus compañeros y perturban tanto las nociones teóricas universalmente admitidas.

Vestido con un elegante batin de terciopelo á la hora de la consulta, rodeado de jaulas, en las que saltan y gorgean pájaros de todas clases, Bantock se nos presenta como un hombre distinguido que sólo ama las tradiciones. Hay, sin duda alguna, cierta dosis de originalidad en este cirujano que nunca ha sabido adaptarse á la uniformidad y á la monotonía de las prácticas listerianas.

En el hospital, Bantock hace en nuestra presencia una perineorrafia, cuya descripción no podemos hacer aquí. Operador hábil, elegante, frío, Bantock desprecia todas las reglas del método antiséptico. Esto se ha dicho y se ha escrito repetidas veces, pero, en nuestro concepto, se ha dado una interpreta-

ción errónea á las prácticas del eminente ginecólogo de Samaritan Hospital.

«Séame permitido decir una vez más (1), que para mis manos, los instrumentos y las esponjas, yo no empleo más que agua pura y simple y que nunca me ocupo en esterilizarla, según ahora se dice, por la ebullición; que considero al agua potable, en general, como suficiente para las necesidades de mis operaciones; que cuando está caliente, no precisamente hirviendo, no vacilo en enfriarla, tomando agua de la fuente, cuando tengo que hacer, por ejemplo, un lavado del peritoneo.»

«Cuido mucho, sí, la limpieza, y los instrumentos que uso están tan limpios como pudieran estarlo después de lavarlos varias veces en agua. Me lavo bien las manos con jabón antes de emprender un acto quirúrgico, sirviéndome de un cepillo para las uñas, y al operar, me las mojo á menudo en agua. Después de estos cuidados, llego hasta servirme de la hoja de mi cortaplumas para limpiarme las uñas, pero sin adoptar ese refinamiento de lo absurdo, que consiste en hacer pasar la hoja por la llama de una lámpara de alcohol.»

«...Para la cura de la herida empleo gasa absorbente, limpia, sin adicionarle ninguna sustancia germicida ó antiséptica. Estoy tan poco dispuesto á creer en las propiedades perjudiciales de los microbios, que, si no me detuvieran otras consideraciones, dejaría expuestas al aire todas las heridas que hago, como ya lo he verificado en las ablaciones de la mama y lo verifico siempre en las perineorrafias.»

Bantock afirma que desde el mes de Abril de 1885 hasta el mes de Octubre de 1888, no ha perdido una sola operada en una serie de 90 ovariotomías. Y añade: «Las cien primeras ovariotomías que practiqué, siguiendo el método listeriano puro ó modificado, me dieron una mortalidad de 19; en la segunda serie de 100, en el curso de la cual abandoné el método, vi descender la mortalidad á 14; la tercera, en la que no he empleado más que agua pura, me ha dado 9 defunciones y la cuarta solo 4...»

No pretendemos iniciar un debate sobre la interpretación de las cifras publicadas por Bantock. Es muy fácil explicar sus recientes éxitos por mejoras introducidas en su técnica y por su mayor habilidad operatoria.

El Sr. Pozzi (2) ha escrito:

«Se verá que, si no son antisépticos (Bantock, Lawson Tait), son, en cambio, asépticos en el grado más alto posible.»

¿No es dejarse seducir por palabras, eso de explicar los éxitos de Bantock diciendo que este cirujano emplea la asepsia?

Bantock no la emplea en realidad. La esterilización de los tejidos que van á ser incindidos y de los objetos que deben ponerse en contacto con la herida

---

(1) Consideraciones sacadas del caso de ovariotomía núm. 232 (163 á 400) por George Granville Bantock. *Gazette de gynécologie*, 1890, pág. 132.

(2) Pozzi. Publicaciones del *Progrès medical*, 1888.

quirúrgica, no puede lograrse más que por el empleo del calor y de ciertos agentes microbicidas.

El ginecólogo de Samaritan Hospital no usa ni siquiera el agua hervida. No pasa por la estufa ni los instrumentos ni las piezas de apósito. Todas las sustancias antisépticas están desterradas de su clínica. ¿En qué consiste, pues, la asepsia de Bantock? Enjabonarse las manos y cepillarse las uñas son prácticas de limpieza corriente. Las fricciones enérgicas en la piel desprenden un gran número de microorganismos, pero, á pesar del cepillado, quedan gérmenes bastantes para dar origen á cultivos numerosísimos.

Puede decirse autorizadamente, por lo tanto, que Bantock no procura la asepsia, en el sentido estricto de la palabra. Es limpio y esto es cuanto se puede afirmar.

Tal es la verdad.

Resulta, en suma, de nuestro viaje á Londres, que los cirujanos ingleses siguen con mayor ó menor esmero los principios del método antiséptico. Han abandonado el uso del pulverizador. No emplean el sublimado. El ácido fénico parece que ha quedado como el antiséptico preferido.

La asepsia está en embrión, al menos en los hospitales que hemos visitado.

Solo un hombre sobresale, por sus doctrinas y su práctica, entre los demás cirujanos de Londres; este cirujano es Bantock, lo repetimos. Sus éxitos operatorios no ceden en nada á los de sus compañeros más afortunados. Ahí existe algo que no alcanzamos y que no comprendemos todavía; lo confesamos humildemente; pero la explicación vendrá un día ú otro y confirmará una vez más las admirables doctrinas de Pasteur.

FEDERICO MONTALDO.

ÍNDICE DE MATERIAS DEL TOMO II.

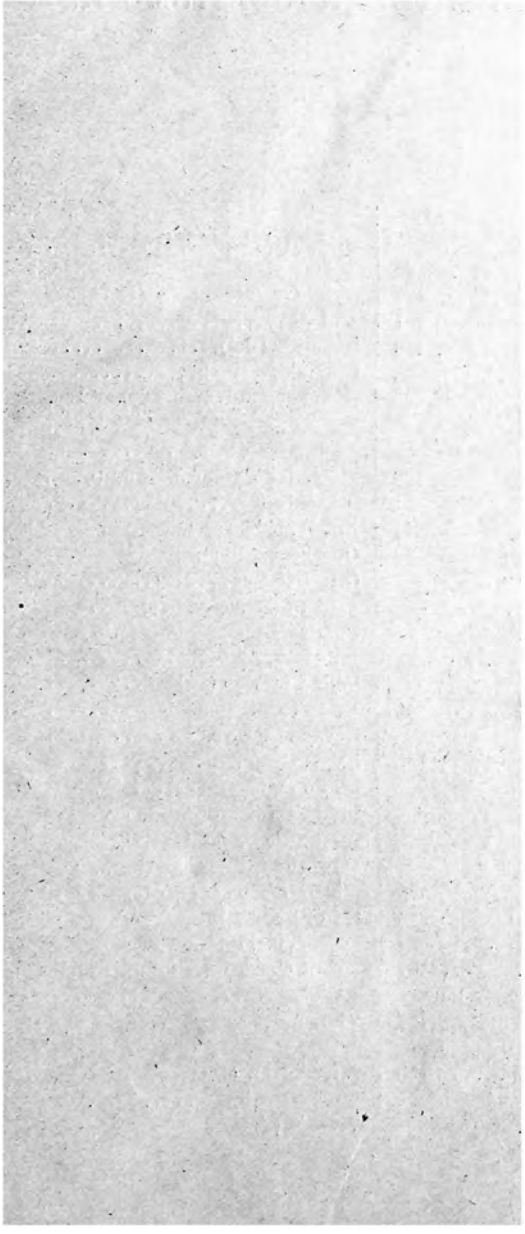
Pgs.

Acción tóxica de los alcoholes artificiales..... 22
Aclorhidrias (Las)..... 487
Bacteriología (Estado actual de la) 451
Bibliografía 191, 334, 430
Boletín Sanitario de Madrid. 144, 192, 240, 288, 336, 384, 432, 480
Broncopneumonía de la infancia (Etiología, síntomas y tratamiento de la) 113
Catarata (Del delirio consecutivo á la operación de la)..... 241
Cirugía clínica (Notas de)..... 243
Cirugía antiséptica (Estado actual de la)..... 456
Clínicas ginecológicas del extranjero (Visita á las). 6, 69, 170, 213, 258, 315
Cólera (Higiotecnia del)... 131, 155
Cólera morbo asiático (Notas clínicas)..... 385
Cólera (Plan preservativo del).. 352
Congresos extranjeros..... 363
Congreso internacional de Medicina de Berlín del 4 al 9 Agosto 1890 ..... 448, 498
Coqueluche (Tratamiento curativo de la) 83
Dermatología (Notas de)..... 41
Dermatología (Programa de un nuevo curso de)..... 62, 104
Estenosis espasmódica (Un caso de)..... 106
Fenacetina (Estudio terapéutico sobre la)..... 145, 200, 262, 304

Pgs.

Grippe (De la). 49, 179, 221, 268, 324, 344
Hernia estrangulada (Nota clínica)..... 433
Impetigo (Del)..... 354
Inmunidad (De la)..... 426
Laringología (Clínica de)... 193, 248, 292
Locura histérica..... 1
Marceliano Gómez Pamo (Don), Biografía..... 97
Notas médico-sociales..... 286
Otitis externa por infección..... 85
Otto Becker 183
Pénfigo (Dos casos de)..... 418
Pleuresía diafragmática (Un caso de)..... 340
Pólipo uterino (Falso)..... 56
Recto (Epitelioma del)..... 337
Revista de Cirugía..... 186
Id. de Oftalmología..... 140
Id. de Pediatría..... 90, 379, 523
Id. de Terapéutica..... 278
Sarcinosis (La). Su tratamiento.. 289
Teoría de la infección (Ensayo de una)..... 460
Tiflitis (Sobre la)..... 481
Tuberculosis (Nueva comunicación sobre un tratamiento de la)..... 554
Viaje quirúrgico á Londres. 516, 565

Viruela en el Hospital General de Madrid (La)..... 529
Viruela (Tratamiento de la)..... 449



OBRA RECIBIDA.

Talonario médico, por D. A. Jiménez Verdejo.—Junquera (Guadalajara). Véndese á 2 pesetas en la librería de Moya, Carretas, 8.—Dos ejemplares.

Este talonario, de notoria utilidad, se le recomendamos á los señores médicos por la sencillez de sus registros para la asistencia facultativa.

El Dr. Manuel de Tolosa Latour, *médico director del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús, etc.*

Certifica: Que ha empleado con éxito, así en la enfermería del Asilo, como en su clínica particular, los preparados del **Dr. Vivas Pérez, SALICILATOS DE BISMUTO Y CERIO** y **ELIXIR DE PROTOCLORURO DE HIERRO CON HIPOFOSFITOS.**

El primer medicamento es muy útil en las diarreas persistentes, lo mismo de primera detención, como en las dependientes de trastornos graves en el aparato gastro-intestinal; el segundo llena perfectamente las indicaciones del hierro y los hipofosfitos, obteniéndose mejorías muy notables en los casos de anemia, raquitismo y distrofias diversas.

Y para que conste donde convenga y á petición del interesado, firmo la presente en Madrid á 15 de Diciembre de 1888.

Dr. Tolosa Latour.

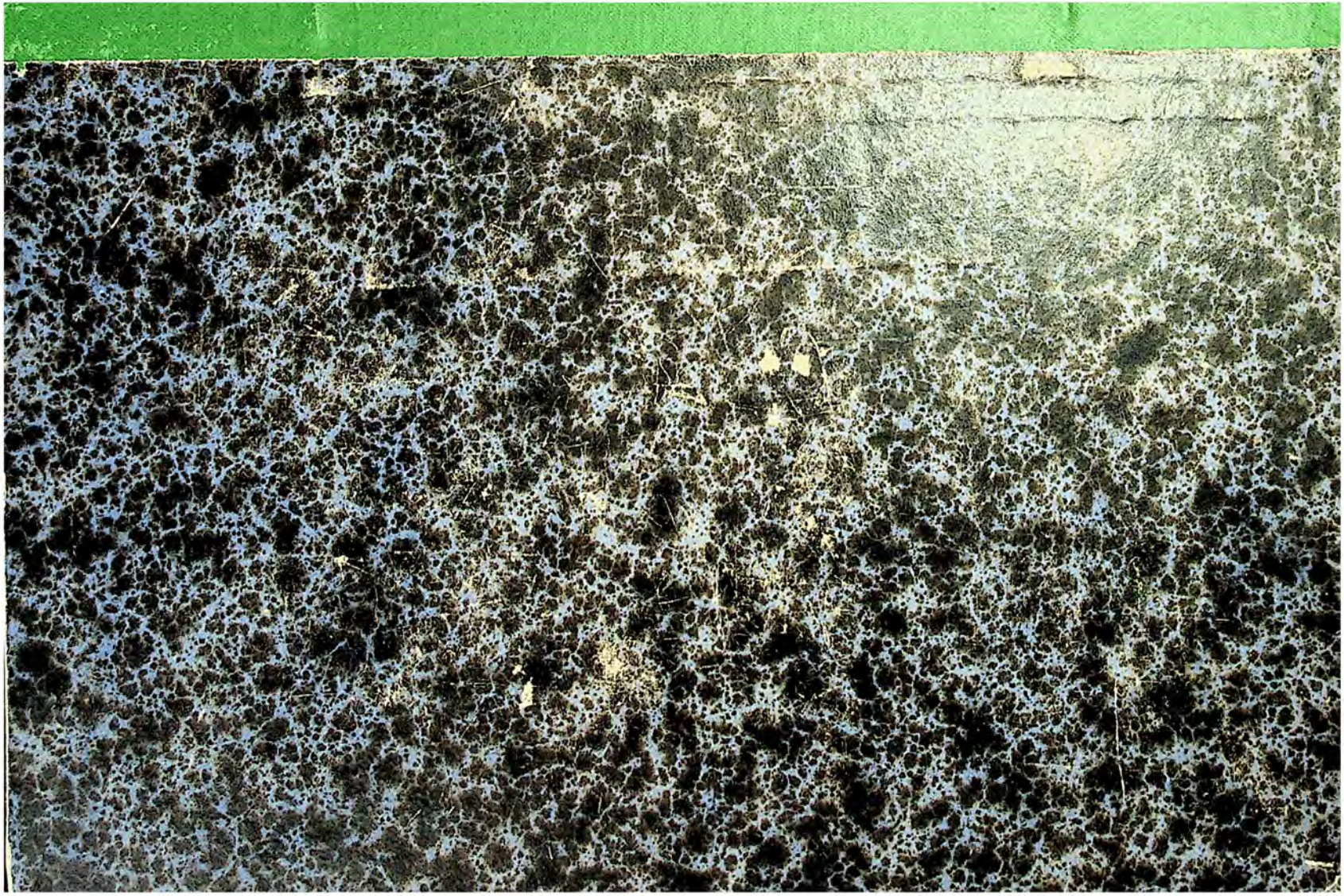
ELIXIR
DE
Protocloruro
DE HIERRO
CON HIPOFOSFITOS
DE VIVAS PÉREZ

Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, Inapetencia.
El más racional y el más seguro, y de inmediatos resultados de los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente.

Precio de cada botella **Ptas. 4.**—Media botella **2'50** en toda España

Depósito en las principales Farmacias de España y Ultramar.

VENTA AL POR MAYOR.—Madrid: D. Melchor García, Capellanes, 1 duplicado.—Barcelona: Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—Habana: Sres. Llobet y C.ª; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—Puerto Rico: D. Fidel Guillermety.—Mayagüez: D. Guillermo Mullet.—Valencia: Hijos de B. Cuesta.

Depósitos al por menor.—Cádiz, droguería del Sr. Casal.—Cartagena, doctores Abad y Romero Germes.—Castellón, Dr. Girones.—Granada, Dr. Rubio Pérez.—Gerona, Dr. Vivas.—Jerez, D. Federico del Cerro.—Lorca, Dr. Pérez Cortina.—Málaga, Dr. Canales.—Palencia, Dr. Nieto del Barco.—Sevilla, Dr. Delgado y Sres. Ruiz y Artizú.—Valencia, Dr. Andrés y Fabiá, Dr. Quesada y Dr. Calvo.—Zaragoza, Dr. Hernández Pardo y en casa de todos los corresponsales de la Sociedad Farmacéutica Española.

Madrid: farmacias del Dr. Palacios, del Dr. Zúñiga, del Dr. Santos, del Dr. Carrero y León, del Dr. Ortega, del Dr. Fernández Izquierdo y Dr. Garrido Mena.