Además otras investigaciones de Vornani, Baumgarten, Fischer y Heim han debilitado las observaciones anteriores, pues aún en medio de diversas fermentaciones, el bacilo tuberculoso conserva su actividad.

Sin embargo, según Gehbardt, la leche tuberculosa diluida en una proporción de 1 por 40, de 1 por 50, ó de 1 p%, perdería sus propiedades infecciosas.

Esta observación es muy interesante pues hace comprender que se puede alejar el peligro, mezclando leche tuberculasa con la sana; esta mezcla es la ofrecida generalmente al consumidor, producida por un gran número de vacas, así es que en lugar de preferir la leche de un solo animal, sería mejor exigir un líquido que fuera producto de cierto número de vacas.

***

En otras condiciones la facilidad de la trasmisión de la tuberculosis por la leche de vacas tísicas, es de una facilidad aterradora, que no debe admirarnos, cuando vemos los resultados de la inoculación intestinal por las otras materias tuberculosas. Damos como ejemplo la ratas tuberculosas de Berck.

Según ha dicho Chaveau: «De cien vacas nacidas de animales sanos y alimentados con leche tuberculosa; cien resultarán tuberculosos al cabo de seis semanas.»

M. Baumgarten hizo experiencias en conejos á los cuales alimentó durante 10 ó 12 semanas con leche preparada artificialmente con bacilo de Koch y todos los conejos se volvieron tuberculosos, con lesiones específicas de los intestinos, de los ganglios mesentéricos y del hígado. Igual resultado han obtenido Fischer y Wesener.

Se puede objetar que estas experiencias la prolongación del alimento infectante y la abundancia de los bacilos, es mucho mayor que la cantidad que se encuentra en las condiciciones normales, y en efecto, la infección de los animales varía según la duración de la alimentación bacilífera y la riqueza y la cantidad de las culturas añadidas.

Mrs. R. Demme y F. Slangen han demostrado la frecuencia de la tuberculosis intestinal en los niños alimentados con leche cruda. ¡Cuadro sombrio si la infección siguiera en la misma proporción!

En la práctica se realizan muy raras veces esas ingestiones intensas que representan las condiciones experimentales, ya que es necesario para toda infección un terreno propicio que resista poco á la reproducción de la simiente, y el intestino ofrecería al bacilo de Koch, según dice él mismo, un medio de cultura inferior al del pulmón.

Según el parecer del especialista de los niños y de veterinarios (Bollinger, Baumgarten, Orth y Bang,) hay algunas modificaciones que hacer en la tuberculosis intestinal y mesentérica, sobre todo en los recien nacidos, pues hay que tener en cuenta las coincidencias que puedan existir.

Mrs. R, Demme y F. Stangen han observado la ausencia de infección en niños criados con leche cruda de vacas tuberculosas, en la cual la presencia del bacilo estaba perfectamente reconocida.

Bollinger ha visto niños sanos criados con leche cruda de vacas tuberculosas y Leonhardt, Epstein, Louis, Uffelmann, Johne, Meyerhoff, Hermsdorf y Brouardel han recojido hechos análogos, algunos con la auptosia de la vaca y del niño, es decir con todas las condiciones necesarias para una demostración cierta.

¿Qué deducir de esta multitud de hechos? Que los niños criados con leche de vacas tuberculosas no corren sino un peligro relativo de infección, pero que por relativo que sea, debemos contarlo muy sériamente como una de las causas de la tuberculosis, y es menester hacer todos los esfuerzos posibles para suprimirlos del todo.

Sabiendo de donde viene el peligro, podemos y debemos evitarlo.

(Journal des Praticiens)

NOTAS

NECROLOGIA

El Doctor Aristides Rojas, uno de los más ilustres hombres de ciencia que ha tenido Venezuela, falleció el 4 de los corrientes víctima de cruel enfermedad.

Poquísimos hombres podrán presentarse ante el tribunal de nuestra historia, con una suma igual de títulos para aspirar á la inmortalidad de su nombre y á la gloria póstuma de su memoria.

Vivió para la ciencia y para la patria.

No hizo mal á nadie y prodigó el bien con mano larga.

Luchó por el progreso y trabajó por la verdad.

Su nombre figura en todo aquello que de algún modo ha dado gloria á Venezuela.

Revolvió el polvo de nuestra gloriosa tradición para sacár del olvido nombres eminentes, hechos de pro, hazañas épicas, costumbres generosas, grandezas desconocidas.

La generación presente, que lo vió pasar envuelto en el manto de luz de los grandes talentos, entregará su nombre á la posteridad cubierto de bendiciones.

Felices los hombres, que como el Doctor Rojas, al morir, no dejan tras de si, sino mucha luz y mucha gloria, sin una sola mancha, sin una sola sombra!

La Gaceta Medica, acojiendo la generosa idea de levantar por suscrición nacional un monumento que perpetue su memoria, ha solicitado la cooperación de los miembros del gremio médico de Caracas.

Reciban la Patria y su familia la expresión de nuestra condolencia.

En virtud de una petición de la *Sociedad de Farmacia*, el Sr. Ministro de Instrucción Pública, ha dispuesto que los candidatos al título de Farmacéutico, rindan un exámen previo, antes de pasar las pruebas en el Consejo de Médicos, ante un jurado especial de Farmacéuticos titulares. Es indispensables un veredicto favorable del jurado de farmacia, para poder ser admitido á los exámenes del Consejo.

Aplaudimos la medida porque es un indicio cierto de que entramos en el camino de las reformas útiles. Por supuesto que la disposición á que aludimos es de caracter transitorio, y desaparecerá el día en que se cree la *Escuela de Farmacia* anexa á la Universidad Central y los exámenes se verifiquen según lo dispuesto en la ley que al efecto se sancione.

Felicitamos á la Sociedad de Farmacia por este triunfo que entraña un progreso efectivo para el gremio y sobre todo para las ciencias que constituyen la profesión.

Hoy, á principios de Abril de 1893, ofrece los síntomas siguientes:

Dolor en el pié izquierdo, con irradiación hacia la pierna, en forma de calambre, cuando anda, y jamás durante el reposo, nunca expontáneamente; lo mismo en el pié derecho, pero menos acentuado. Rubicundez de la piel, desde la punta de los dedos hasta la mitad del dorso del pié, variable en intensidad, llegando hasta el violáceo, según la posición, el ejercicio, la acción del frío, más por la del calor ó el uso de algún licor espirituoso, que no acostumbra. Igual cosa en el pié derecho; pero menos notable. Como único trastorno nutritivo, observa que la uña del dedo gordo, donde tuvo una de las úlceras, no le crece, de modo que casi no ha tenido que recortársela en los últimos cuatro años. Las nudosidades que antes han aparecido, no existen actualmente. Hay un ligero edema, perceptible hasta la mitad de la pierna izquierda. El movimiento y la fuerza muscular se conservan sin alteración en las partes afectadas, lo mismo que en el resto del cuerpo. La sensibilidad tactil no ha sufrido tampoco modificación alguna, ni hay sensaciones parestésicas. El reflejo rotuliano persiste en ambos lados y con igual intensidad, así como los reflejos superficiales todos. No hay cefalalgia, ni dolores apofisiarios, ni signo alguno de origen cerebral ó medular. Todas las funciones se ejecutan con perfecta normalidad. Y en síntesis, fuera de la rubicundez, ningún síntoma acusa el enfermo, ni descubre el observador, durante el reposo del paciente, y cuando anda, solo se presentan los dolores que lo obligan á detenerse ó á acortar el paso.

Ha sido sometido á muy diversos tratamientos y por varios médicos sin resultado alguno. Ha seguido ya por dos ocasiones un plan iodo-mercurial intensivo, sobre todo, uno hace como seis ú ocho meses, en que usaba las fricciones mercuriales enérgicas, ayudadas por inyecciones hipodérmicas de peptonato de mercurio y altísimas dósis de yoduro de potasio—*una cucharada sopera de la sal pura en cada comida*—todo sin la más pequeña modificación de su enfermedad.

Hasta aquí la relación del caso. Y ahora preguntamos. ¿Qué afección es esa que se traduce por semejante aparato sintomático?

Neuritis periférica? Como tal ha sido diagnosticado y tratado. Pero la ausencia de alteraciones sensitivas, hiperestesia, anestesias, ó parestesias; la falta absoluta de perturbaciones motrices; la conservación de los reflejos tendinosos y cutáneos, y la persistencia, casi sin modificación favorable ni desfavorable, ya por espacio de cinco años, nos parece suficiente para rechazar la la idea de neuritis periférica, pues no es aceptable la alteración de un cordón nervioso sin alteración en sus funciones.

Sífilis?. Como ha podido comprenderse por la descripción precedente, también se ha invocado esa enfermedad para explicar los fenómenos del caso en cuestión. Pero cuál es la lesión de naturaleza sifilítica capaz de ocasionar semejantes trastornos?. No la concebimos; y por otra parte, aún cuando en la historia del enfermo se encuentra el precedente de un chancro, la circunstancia de haberse pasado tantos años sin ninguna manifestación sifilítica, no obstante la falta del tratamiento específico, y la no menos importante de haber quedado sin efecto las curas antisifilíticas usadas, nos hacen rechazar también la idea de sífilis.

En nuestro concepto, el caso es de *eritromelalgia.*

Esta afección denominada así y descrita por Weir Mitchell en 1872, desde 1843 mencionada por Graves, y estudiada también por Duchenne, Vulpian, hacia 1875, es todavía hoy objeto de estudio, sin que, hasta donde sepamos, se le haya podido asignar aún una sintomatología precisa, ni señalarle una etiología, ni un carácter anatómico indiscutible.

Sinembargo, resumiendo las observaciones que conocemos, hallamos un carácter etiológico común, los esfuerzos musculares; una trinidad sintomática imancable, los dolores, la rubicundez y la localización en los estremos, principalmente los inferiores; un modo patocrónico constante, la marcha indefinidamente larga de la afección.

Si en algunas observaciones se mencionan, además, los severos dolores expontáneos, el engrosamiento de las falanges, la piel lustrosa y escamosa, los nódulos cutáneos, la hiperestesia; es decir, trastornos tróficos y exaltación sensitiva, ellos no se han presentado como síntomas constantes.

Por consiguiente, siempre que se encuentren reunidos los caracteres arriba apuntados, se tratará de un caso de *eritromelalgia.* El nuestro los presenta en su mayor simplicidad, y el diagnóstico se apoya sobre esa triple base de la etiología, la sintomatología y la patocronia.

Tenemos, sinembargo, que llamar en él la atención hacia los puntos, que pudieran parecer contrarios al diagnóstico: primero, el hecho de no aparecer el dolor sino durante los movimientos para andar y no existir absolutamente durante el reposo; segundo, la circunstancia de haberse presentado trastornos tróficos (úlceras rebeldes, uña mal nutrida) en el curso de la enfermedad. A nuestro ver, eso no modifica el diagnóstico, y diremos por qué.

Respecto á lo primero, aceptado que la naturaleza anatómica de la eritromelalgia consiste en una lesión de los nervios vaso-motores, que produce la dilatación vascular, se comprende que las partes afectas se encuentran en la situación de todo órgano congestionado, es decir, son dolorosas por lo general; y ese dolor será más ó menos intenso en cada caso, expontáneo en forma de crísis, ó provocado por las contracciones musculares; según el grado de la vaso dilatación, según las fibras nerviosas interesadas, ó según la manera de sentir de cada cual. Por consiguiente, la intensidad del dolor, podrá variar, hasta no existir sino provocándolo.

En cuanto á las perturbaciones del trofismo, que algunos niegan á la eritromelalgia, juzgamos que, así como son constantes en la enfermedad de Raynaud, neurosis vaso--constrictora, pueden muy bien presentarse en la neurosis vaso--dilatadora que nos ocupa, desde luego que ambas tienen su asiento en los nervios vaso-motores, cuya acción regula el regadío de los tejidos y el proceso de su nutrición.

Nada tenemos que agregar sobre la terapéutica del caso referido. Acabamos de observarle, viene resistiendo á las mediaciones más diversas, y aún está en ensayos el tratamiento de la eritromelalgia. Vamos á empezar administrando el *cólchico,* recomendado en la sesión anterior de nuestra SOCIEDAD por no recuerdo cuál de los compañeros, y haremos asunto de otra comunicación el resultado de nuestras aplicaciones y la marcha de la enfermedad.

NOTA.—Escrito lo precedente en Abril último, y sometido el paciente al uso de una cucharadita de vino de *cólchico* antes de cada comida, hoy, 10 de Junio, nos informa que siente una mejoría en el dolor, tan notable y persistente, como nunca la había experimentado en ninguna de las épocas de aliento que ha tenido antes. La rubicundez continúa lo mismo.

VACUNA ANIMAL

POR EL DR. B. HERRERA VEGAS

En vista de la constante amenaza de invasión de una epidemia de viruela, á causa de las comunicaciones frecuentes y rápidas con las Antillas, donde existe casi siempre esta terrible enfermedad; de la afluencia, cada dia más numerosa, de inmigrantes españoles é italianos que la importan á los países adonde emigran y de la escaséz que hay entre nósotros de fluido vacuno de buena calidad, hemos creído conveniente tratar de fundar en Caracas un Instituto de vacuna animal, semejante á los que funcionan con gran éxito en todos los países de Europa y en muchos de la América.

Es éste el único medio de tener fluido vacuno de buena calidad y en cantidad suficiente para poder hacer efectivas las disposiciones legales sobre vacuna obligatoria, cuya utilidad no se discute ya.

Las ventajas de la vacuna animal sobre la inoculación de brazo á brazo no son hoy materia de controversias serias entre los médicos: todos reconocen la superioridad de aquélla y la han aceptado como el único medio de prevenir de una manera eficaz y segura las epidemias de viruela, ó de circunscribirlas cuando por desgracia ha aparecido en una localidad.

En nuestro país una epidemia de viruela sería desastrosa, porque encontraría un campo favorable para su desarrollo, toda vez que la vacunación no se ha practicado nunca de una manera sistemática y jamás ha traspasado los límites de las ciudades principales. Encontraría, pues, la viruela en nuestra población rural, campo fértil donde estenderse, y difícil sería detenerla en su marcha invasora, desde luego que aquella población, tan digna del mayor interés, no ha recibido nunca la inoculación preventiva.

Por otra parte, la vacuna de que ordinariamente se hace uso entre nosotros, ó es importada, por lo tanto alterada las más veces por la acción del tiempo y del largo viage á que está sometida, en condiciones poco favorables para su conservación; ó es vacuna humana, tomada de niños cuyos antecedentes hereditarios no son siempre conocidos, y ésto aunque dá buenos resultados bajo el punto de vista profiláctico, no está exenta de peligros, pues junto con ella pueden inocularse enfermedades tales como la sífilis, la tuberculosis etc. Además, no siempre se tiene en cantidad suficiente para las necesidades de un país tan extenso y cuya población está tan diseminada, como es el nuestro.

La trasmisión de la sífilis por la vacuna de brazo á brazo es noción perfectamente conocida de todos cuantos se han ocupado del asunto, ya como higienistas ya como sifilógrafos; y si en algunos espíritus quedaban dudas, las lecciones del Profesor Alf. Fournier, las han desvanecido, poniendo de manifiesto con observaciones numerosas é indiscutibles que este modo de adquirir la sífilis es mucho más frecuente de lo que ordinariamente se cree.

Podriamos citar muchas de estas observaciones; pero como para el objeto que nos proponemos basta una, nos limitaremos á transcribir lo concerniente á la epidemia de sífilis vacunal de la Torre de Bussi en Italia.

«El 15 de Mayo de 1862 el Dr. Quarenghi, Médico de la Torre de Bussi, cerca de Bérgamo, inoculó seis niños con vacuna tomada de una niña llamada Girolana Carenini nacida de padres reputados sanos y gozando ella misma de excelente salud.

La evolución de las pústulas de vacuna fué perfecta en los seis niños; pero en cinco de ellos cuando las costras cayeron quedaron en su lugar cicatrices que no tardaron en ulcerarse, tomando el aspecto característico de chancros infectantes que fueron seguidos de manifestaciones evidentemente sifiliticas.

«El número de víctimas no se limitó desgraciadamente á estos cinco casos: cada uno de estos niños dió origen á otros contagios cuyo detalle es como sigue:»

1º Lozza (Catherine) 5 meses de edad. Chancro sifilítico vacunal seguido de accidentes secundarios, Marasmo progresivo. Muerte en Febrero de 1863.

«Esta niña á su vez infectó: 1º á su madre, chancro del pezón; 2º á una hermana de 20 años de edad, por intermedio de una cuchara, chancro del labio superior; 3º una tia que criaba á la sazón y dió de mamar á la niña.»

«Esta mujer trasmitió la enfermedad: 1º á su hijo recien nacido que á poco sucumbió; 2º un sobrino también recien nacido y á quien dió de mamar accidentalmente: este niño infectó á su madre. Total: 6 víctimas.

2º Medli Domingo.—5 meses de edad, chancros sifilítico--vacunales, seguidos de accidentes secundarios, Este niño traspasó la enfermedad á su madre y ésta al marido. Total: 2 víctimas.

3º Masiolleni, 8 meses de edad, chancros sifilítico vacunales. Diarrea, muerte 6 meses después. Como en el caso anterior, este niño infectó á su madre y ésta al marido. Total: 2 víctimas.

4º Lossa (Rosa) 2 meses de edad, chancro sifilítico--vacunal. Accidentes secundarios, marasmo, diarrea. Muerte un año después. Esta niña traspasó la enfermedad á su madre y á un hermanito, por intermedio de una cuchara de uso común. La madre contagió al marido. Total: 3 víctimas.

5º Valsechi (Josef) de 5 meses de edad. Como en los otros, chancros sifilítico--vacunales seguidos de accidentes secundarios. Este niño infectó en primer lugar á su madrina, en seguida al hijo de ésta, por intermedio de objetos de uso común; más tarde, en Setiembre del mismo año, á su madre, que habiendo dado

Tuberculosis pulmonar 67 casos; mejoría 8 p 8.

Cáncer 163 casos (cánceres superficiales), mejoría en casi todos los casos.

Parálisis agitante 27 casos; 25 mejorías.

Diábetis: mejoría casi constante.

Muchas otras afecciones crónicas han sido muy mejoradas en casi todos los casos.

Por excepción, la neurastenia se ha mostrado rebelde en casi la mitad de los casos.

Todas estas observaciones conducen á admitir las conclusiones siguientes:

1º Aúnque el líquido orquítico no posee ninguna influencia curativa directa sobre los diversos estados mórbidos del organismo, puede, después de inyectado bajo la piel, curar ó mejorar considerablemente las más variadas afecciones, orgánicas ó no, ó al menos hacer desaparecer sus efectos.

2º Estas acciones del líquido orquítico se deben á dos especies de influencia: por la una, el sistema nervioso, ganando en fuerza, se hace capaz de mejorar el estado dinámico ú orgánico de las partes enfermas; por la otra, que depende de la entrada en la sangre de materiales nuevos, este líquido contribuye á la curación de estados mórbidos por la formación de nuevas células ú otros elementos anatómicos.

(*Bulletin Médical*)

MEDICINA PRACTICA

FORMULA CONTRA LA CONSTIPACION DE LOS NIÑOS

(J. SIMON)

Tintura de cascarilla		a. a.—10 gr.
Id.	ruibarbo	
Id.	canela	
Id.	colombo	
Id.	genciana	
Id.	nuez vómica	5 gr.

A tomar de X á XX gotas dos veces por día según la edad.

Cura de las heridas por aplastamiento.

(REGLUS)

Después de un lavado antiséptico minucioso, se llenan los divertículos de la herida con gaza iodoformada impregnada de la siguiente pomada:

Vaselina	50 gr.
Acido bórico	a. a.—3 gr.
Salol	
Antipirina	
Yodoformo	1 gr.
Sublimado	0 gr. 05

Después se envuelve todo con capas espesas de algodón hidrófilo y vendaje compresivo.

NOTAS

—Los honorarios más crecidos que ha recibido un médico son los que pagó la Emperatriz Catalina II al Dr. Dimsdale, llamado á San Petersburgo para hacer á la Soberana de Rusia la variolisación (antigua vacuna). Recibió: 1º 10.000 libras á título de honorarios; 2º 2.000 libras como gastos de viaje; 3º el retrato de la Emperatriz; 4º los títulos de Barón, de Consejero de Estado y de Médico particular de la Emperatriz; y 5º una pensión viajera de 500 libras.

Ultimamente el nabab de Rampur ha dado al médico militar inglés Freyer 10.000 libras por sus cuidados durante tres meses, para curarlo de una reumatismo articular.

El profesor Sacharín (de Moscow) llamado en consulta cerca de un millonario llamado Tereschtshenko, ha recibido por esto 14.000 rublos (cerca de 56.000 francos, y su asistente 2.000 (cerca de 8.000 francos). Los medicamentos que prescribieron fueron enviados á Kieu, residencia de este generoso cliente, por un tren especial.

En Venezuela sucede todo lo contrario, se cree que los médicos son como los lirios del campo de la parábola evangélica.

—Nuestro amigo y compañero el Dr. Elías Toro se encuentra en Caracas de regreso de Europa en donde pasó algún tiempo perfeccionando sus estudios médicos. Al saludarle cariñosamente, le deseamos abundante cosecha de triunfos en la ardua práctica de su profesión y le recordamos que las columnas de la GACETA MÉDICA están siempre á su disposición.

—Damos las gracias á la señora viuda de Vicente Marcano por el ejemplar de la Biografía de su esposo que ha tenido la bondad de enviarnos con atenta dedicatoria.

Vicente Marcano es una de las más fecundas inteligencias que ha producido Venezuela. Cerebro hecho para las grandes concepciones del espíritu, llegó á abarcar una vastísima extención de los conocimientos humanos: era un sabio. Educado desde niño en la escuela de la observación, vivía consagrado á ella, buscando siempre la verdad como el más hermoso de sus ideales. Pasó casi desconocido entre nosotros, porque nuestra atmósfera, como que no está hecha para que en ella resplandezcan el talento y la virtud. Su nombre figurará sí, en los anales de la historia nacional, como un ejemplo digno de ser imitado, por su consagración al trabajo, su pasión por el estudio, su amor á la ciencia, y sobre todo, por su gran modestia, carácter peculiar de aquella grande alma.

Al rendir hoy este pequeño homenaje á la memoria de quien fué nuestro maestro, cumplimos un deber de gratitud. Jamás olvidaremos que sus brillantes lecciones sobre la constitución del universo, la atomicidad de los elementos, las fermentaciones etc., contribuyeron en gran parte á despejar nuestro cerebro de las sombras en él acumuladas por una primitiva educación metafísica. Desde entónces aprendimos que los únicos medios para encontrar la verdad son la observación y la experiencia.

¡ Desgraciado país que pierde aquellos de sus hijos que pudieran hacerlo grande !

HEMOGLOBINA SOLUBLE

Tipografía de Lujo. — Fábrica de Sobres. — [illegible] — Estereotipia. — Detal de artículos de escritorio y papelería — de todas clases y para todos usos [illegible]

Nuevas ANTEMIA resistente

HEMOGLOBINA Soluble

de

V. DESCHIENS

Empleada en los Hospitales de París.

Medicamento soberano para los Debilitados

No produce estreñimiento ni Dolores de Estómago.

No altera los Dientes.

VINO, JARABE, GRAGEAS

de Hemoglobina Deschiens.

EN TODAS LAS FARMACIAS.

Unicos Agentes en Venezuela: G. STURUP & Cª, SUCESORES — C[illegible]

BOTICA Y DROGUERIA

GUILLERMO S[illegible]

ESQUINA DE "EL DOCTOR DIAZ"

CARACAS

Mercancías siempre nuevas. Esmerado despacho de recetas.

Especialidades en productos antisépticos.

BOTICA DE MANDUCA

ESTEBAN S. GARCIA.—CARACAS—MANDUCA A F[illegible]

Medicinas patentadas nacionales. Medicinas [illegible]

Aguas [illegible]

Drogas. Medic[illegible]

Se hace hervir la laminilla en una cápsula de porcelana, llena hasta la mitad de la solución de Ziehl.

Solución alcohólica saturada de fuschina . . .	10 gramos
Acido fénico	5 gramos
Alcohol absoluto	10 gramos
Agua destilada	95 gramos

4 á 5 minutos de ebullición.

II Procedimiento lento.—En frío.

Se sumerje la laminilla en una cápsula de porcelana, llena hasta la mitad de la solución de Ziehl. Se deja reposar bajo la campana, veinte y cuatro horas.

4º Decoloración del fondo.

Se retira la laminilla de la cápsula y, con una pinza, se la sumerje durante diez segundos en la solución siguiente:

Acido nítrico	1 parte
Agua destilada	4 «

Se conserva al abrigo de la luz.

5º Se repasa la laminilla y se la sumerje durante diez á quince segundos en alcohol á 60° ó 70°

6º Se lava con agua.

Basta con esto; todo está decolorado menos los bacilos; pero se puede también colorear el fondo con otro color distinto del de los bacilos.

7º Se monta y se examina.

(Bulletin Médicale.)

Tratamiento de la Difteria

El Dr. Angel Martínez nos envía de París la nota que publicamos al pie, sobre el tratamiento de la difteria, usado en el *Hopital d' enfants malades* en el servicio de M. Marfan. El Dr. Martínez nos asegura que los resultados obtenidos con ese tratamiento son verdaderamente brillantes; así no dudamos en recomendarlo á nuestros colegas.

«1º Se empapa un hisopo en la solución siguiente:

Acido fénico	1 gramo
Glicerina	40 «

Y se tocan las falsas membranas evitando que se produzca hemorragia de la mucosa. En los casos ligeros se harán dos tocamientos en el día y se dejará tranquilo el enfermo durante la noche. En los casos graves se harán cuatro tocamientos durante el día y dos en la noche.

Para los niños mayores de ocho años se empleará la solución al 2 por 40.

2º Después de cada tocamiento se hace una irrigación á chorro fuerte de una solución fenicada al 1 por 1000. Estas irrigaciones se repetirán cada dos horas.

3º Al interior se administrará la composición siguiente:

Percloruro de hierro	XX gotas
Agua destilada	125 gramos.
Jarabe de corteza de naranjas	25 gramos.

Mézclese y dése una cucharadita de café cada 2 horas sea cual fuere la edad del niño.

4º Réjimen alimenticio: jugo de carne, huevos y leche; vinos generosos.

Después de cada comida se administra la mitad de la siguiente preparación:

Infusión de café	100 gramos.
Extracto blando de quina . .	4 gramos.
Cognac	15 gramos.
Jarabe de goma	30 gramos.

5º Cuando existe coriza, se hacen irrigaciones nasales con la solución boricada al 1 por 1000 ó tonicada al 3 por 1000, y se introducen en las fosas nasales algodoncitos empapados en vaselina fenicada ó aceite mentolado.

Mentol	20 centígramos.
Aceite erterilizado .	40 gramos.

M.

Cuando hay adinamia se emplean inyecciones hipodérmicas de éter y de alcanfor.

NOTAS

1ª Si no es posible tocar todas las superficies con la glicerina fenicada no se debe uno preocupar, teniendo cuidado de hacer bien las grandes irrigaciones con la solución fenicada.

2ª Los labios y alas de la naríz deben untarse con vaselina fenicada para evitar las escoriaciones.

3ª Debe cuidarse mucho del régimen alimenticio de que hemos hablado.

4ª Las irrigaciones se hacen con un irrigador común y una cánula ordinaria.

5ª Es de grande importancia la administración del percloruro de hierro al interior, pues este ha sustituido ventajosamente al clorato de potasa, al ácido salicílico y otros medicamentos que hasta el día han sido preconizados.

Este tratamiento llena todas las indicaciones y dá excelentes resultados.

Dr. A. Martínez.

París: mayo de 1893.

NECROLOGIA

En la mañana del 29 de junio último falleció en esta ciudad el DOCTOR MANUEL VICENTE DIAZ, uno de los pocos hombres que en Venezuela adquirió el número suficiente de conocimientos para merecer el título de sabio. Consagró toda su vida al estudio de las ciencias médicas y naturales y llegó á ser el primer químico de Venezuela; ayudado su natural talento de una memoria sorprendente y de una consagración poco común al estudio, alcanzó en la escala del saber una altura tan grande, que era consultado por los más eminentes de sus contemporáneos y sus opiniones eran respetadas como dogmas. Pasó su existencia entre el hogar y el laboratorio y al bajar á la tumba lega un nombre ilustre á la historia intelectual de su país, y á la sociedad, una familia digna heredera de sus virtudes y de su talento. Vidas como esta que acaba de terminar sin dejar sombras, ni manchas, deben servir de ejemplo á los que comenzamos ahora el rudo combate de la existencia.

El DOCTOR PEDRO I. AGUERREVERE, distinguido médico de la nueva generación, ha muerto en París, á consecuencias de una operación quirúrgica. Muy sensible es esta pérdida para las ciencias médicas que tenían en él un ilustre representante. Reciba su respetable familia nuestro más sentido pésame.

Igualmente enviamos á nuestro estimado compañero y amigo el Doctor J. M. Escalona, la expresión de nuestra condolencia por el fallecimiento de su señora madre.

Año II—Mes V Caracas: 10 de Agosto de 1893 Número 8

GACETA MEDICA DE CARACAS

Director: DOCTOR L. RAZETTI

CUERPO DE REDACCION

MEDICINA: Dres. T. Aguerrevere Pacanins, N. Guardia, hijo, B. Herrera Vegas, P. Herrera Tovar. E. Meyer Flegel, J. M. Rios Llamozas, F. A. Risquez

CIRUJIA: Dres. P. Acosta Ortiz, A. Couturier, J. M. Escalona, M. Herrera, M. R. Ruiz, J. de D. Villegas Ruiz

Adminstrador: Bachiller Jesús G. Sucre

Tip. de vapor Guttenberg

GACETA MEDICA DE CARACAS

Caracas: 10 de Agosto de 1893

ADVERTENCIA

Los señores suscritores que no hayan recibido el número anterior se servirán avisarlo al Administrador ó reclamarlo en la oficina del periódico, Sur 6, N. 29.

SUMARIO

SOBRE UN CASO DE COMPRESIÓN CEREBRAL TRATADO POR LA CRANIOTOMÍA, *por el Dr. P. Acosta Ortiz.*
HOSPITAL DE NIÑOS.
VENEZUELA EN EL CONGRESO MEDICO PAN AMERICANO.
LIBROS NUEVOS, *por el Dr. N. Guardia hijo.*
SOCIEDAD DE MÉDICOS Y CIRUJANOS.
PRENSA EXTRNJERA—*Fecundación durante el período puerperal.*
MEDICINA PRÁCTICA—*Formulario de las dispepsias—Tratamiento de las neuralgias—Hidropesías cardiacas.*
NOTAS.

TRABAJOS ORIGINALES

CLINICA QUIRURGICA

SOBRE UN CASO DE COMPRESIÓN GENERAL TRATADO POR LA CRANIOTOMÍA.

Por el Doctor P. Acosta Ortiz

N. N. de 29 años de edad, natural de Barquisimeto, fue atacado el 3 de Enero de 1891, y en momentos en que se encontraba á caballo, por un individuo, que disparó sobre él varios tiros de revólver.

Como N. N. estaba desarmado, inclinaba el cuerpo hacia adelante, tratando de cubrirse con el cuello y la cabeza de su caballo, cuando cayó sin conocimiento, herido por uno de los proyectiles de su adversario, que le perforó la parte anterior de la bóveda del cráneo, de delante á atrás.

Los médicos que lo vieron inmediatamente después del accidente hicieron *repetidas veces* la exploración de la herida con instrumentos, según referencia de las personas que se encontraban presentes y después de sucesivas introducciones de la sonda y como no existía orificio de salida, opinaron que la bala se había alojado en el cerebro, é hicieron un pronóstico fatal.

La pérdida del conocimiento parece que duró cuatro ó cinco días, durante los cuales no se presentó ningún otro fenómeno digno de llamar la atención.

El estado del enfermo fue mejorando día por día, hasta el punto de creerse completamente restablecido.

Tres meses después del accidente comenzó á sentir un lijero dolor de cabeza localizado en el punto herido, y que fue aumentando poco á poco de intensidad, de tal modo que nuestro hombre consultó á un cirujano un mes después de haberse presentado la cefalalgia; este decidió intervenir, é hizo una incisión del cuero cabelludo, lo que dió salida á un fragmento de proyectil muy regular, y que parecía haber sido desprendido con un instrumento cortante; la superficie de sección era perfectamente lisa y pulida, y correspondía á la sección longitudinal de una bala

cónica de revólver, de nueve milímetros de calibre.

A esto se limitó la intervención, creyendo unos que la cefalalgia era producida por la presencia de ese cuerpo extraño debajo del cuero cabelludo, otros que el resto de la bala, alojado en el cerebro, producía esos trastornos y algunos opinaron que eran simplemente dolores naurálgicos.

N. N. fue sometido á un tratamiento mercurial, tal vez imaginando que la sífilis pudiera tener alguna influencia en los fenómenos observados. Recibió muy poco beneficio de éste y de otros tratamientos médicos que se ensayaron después.

A fines de 1891 notó por primera vez un tumor duro que se comenzó á desarrollar al rededor del orificio de entrada de la bala. La cefalalgia localizada al punto lesionado se hacía cada vez más intensa, y casi permanente; la marcha y cualquier otro movimiento lo exasperaban; al acostarse era cuando lo sentía con más intensidad, y le era imposible mirar hacia arriba á causa de la actitud de flexión en que tenía que conservar la cabeza porque al tratar de traerla á la rectitud ó de ponerla en extensión, el dolor se hacía mucho más vivo.

En abril de este año se le presenta la fotofobia, mucho más pronunciada en el ojo derecho, y un lagrimeo constante que lo obligan á usar vidrios oscuros y le impiden todo trabajo.

Estos síntomas que lo molestaban mucho, y la cefalalgia que se hacía cada vez más intensa, lo obligaron á venir á Caracas, donde tuvimos ocasión de verlo por la primera vez á mediados del mes de Junio próximo pasado.

El hundimiento que correspondía al orificio de entrada de la bala estaba situado en el coronal; á dos centímetros á la derecha de la parte media de la sutura medio-frontal; en torno de este orificio se notaba un tumor duro, é irregular que parecía una exostosis desarrollada probablemente al rededor de una fractura de la tabla externa.

La cefalalgia y los fenómenos oculares de que hemos hecho mención se habían acentuado notablemente en los últimos días, y nuestro enfermo conservaba una actitud especial, con la cabeza inclinada hacia el suelo, y teniendo que mirar por encima de los anteojos.

La fotofobia le obligaba á buscar la oscuridad, y se llevaba el pañuelo continuamente á los ojos porque el lagrimeo era incesante.

Había inyección de las conjuntivas, y ligeras opacidades cerca del borde superior de la cornea del ojo derecho, que presentaba también un ligero estrabismo interno.

El examen con el oftalmoscopio, practicado por el Doctor Couturier, no reveló ninguna lesión del fondo del ojo.

El dolor en la nuca, que se exasperaba sobre todo al acostarse, mortificaba mucho al enfermo, que retardaba el momento de ir á la cama, y no conseguía colocarse en el decúbito dorsal sino después de muchos tanteos y sufrimientos.

Nosotros supusimos que la bala había herido el cráneo oblícuamente, y que el resto del proyectil debía haberse alojado en el diploe del hueso, produciendo probablemente una fractura de la tabla interna, cuyos fragmentos ó el callo desarrollado á su al rededor, comprimían las membranas y la masa encefálica; esta última hipósesis era la más probable, puesto que los fenómenos se habían desarrollado lentamente, y no habían comenzado á manifestarse sino tres meses después del accidente, y podía muy bién haberse formado una exóstosis en la cara interna, como se había formado una en la cara externa de la bóveda.

El dolor se debería en ese caso á la irritación provocada por la producción osea exhuberante sobre las fibras del trigémino que se distribuyen en la duramadre; en cuanto á los fenómenos oculares serían originados tal vez por perturbaciones reflejas (?)

La exacerbación de la cefalalgia frontal y del dolor de la nuca al acostarse era probablemente debida al desalojamiento de la masa cerebral, en el momento de tomar el decúbito dorsal, que hacía que aquella fuese más directamente comprimida por el cuerpo extraño, ó la producción cualquiera que ella fuera, que sobresalía hacia el interior de la cavidad del cráneo.

En virtud de ese diagnóstico opinamos por una intervención quirúgica, y nuestro dictamen fué confirmado por los Doctores Guardia, Razetti y Couturier, que examinaron ulteriormente al enfermo. Este, por lo demás reclamaba la operación, que practicamos algunos dias después, ayudados por los facultativos mencionados, y por nuestro interno Br Garroni Núñez.

Junio 25.—*Operación*—Se practicó una incisión en T del cuero cabelludo en toda la extensión de la exostosis, á la derecha de la linea media: disecados ambos colgajos, y separado el periostio con la legra, se descubrió el orificio de entrada del proyectil, que había producido una fractura estrellada, uno de cuyos fragmentos parecía introducirse hacia el interior del cráneo. Al rededor de esas esquirlas se habría formado la producción osea que se notaba al examinar la región, y que fué en parte extirpada con el cincel y el martillo, no sin algún trabajo.

Se extrajeron todos los fragmentos, inclusive el que se introducía en la cavidad cerebral, que costó mucho trabajo bascular, no encontrándose adherido al resto de la pared sino por uno de su bordes (*einseitin, de los alemanes)*; era este fragmento el que había dado origen á un callo rugoso, mural, de cinco á seis centímetros de largo, que hacía prominencia en la cavidad craneal, y estaba adherido á las menbranas, motivo por el cual fué difícil su extracción; á ésta, siguió un abundante derrame de líquido céfalo-raquideo, que salió por la ancha brecha que había quedado.

El proyectil ó la parte de él que penetró, se había dividido en partículas muy pequeñas, que se encontraban incrustradas en el díploe.

Después de hecha la hemostasia y, regularizados los bordes de la solución de continuidad de la pared osea, que tenía, á causa, de la exostosis un espesor de cuatro ó seis centímetros, se colocó un tuvo de desagüe, se hizo la sutura del cuero cabelludo y se puso una cura oclusiva. Todo fue hecho con una rigurosa antisepsia.

Junio 26.—Exceptuando algunos vómitos debidos al cloroformo, el enfermo no ha tenido ninguna otra novedad, y ha dormido bién. El vendaje se ha manchado durante la noche de un liquido rojizo, y se hace una nueva cura.

El dolor de cabeza ha desaparecido, así como los fenómenos oculares.

Junio 30.—Se prescribe un purgante de cálomel. La salida del líquido céfalo-raquideo ha continuado, y sigue muy abundante en los dias subsiguientes; llega á mojar tres y cuatro almohadas en las veinticuatro horas.

La temperatura permanece normal. Ni el bromuro de potasio asociado al cloral, ni el sulfonal lo hacen dormir, y se prescribe una inyección de morfina todas las noches. Se ordenan enemas de glicerina, y se practica el cateterismo tres veces por dia.

La herida cicatrizó por primera intención, y al tercer dia se quitaron los puntos de sutura, y el tubo de desagüe.

Como la salida del liquido ha continuado, se obstruye con colodión sublimado uno de los orificios de salida del tubo.

Julio 10.—El liquido cefalo-raquideo sigue derramándose abundantemente, y se pone una capa de algodón colodionado para cerrar el orificio que queda abierto, por donde pasaba la otra extremidad del tubo, la cantidad de liquido disminuye un poco, y no sale con abundancia sino cuando el enfermo está agitado ó se mueve mucho. A pesar de la pérdida de una enorme cantidad de liquido seroso no se presenta ningún trastorno, y el operado se siente perfectamente bien. La cefalalgia intensa no se ha vuelto á presentar, y solo ha tenido un ligero dalor localizado en el lugar de la herida. La temperatura no ha pasado de la normal.

Julio 5.—El estado general del enfermo sigue muy bien y la salida de líquido ha cesado; la herida está completamente cerrada. Se le hace pasar á una silla de extensión, para irle levantando gradualmente la cabeza.

Julio 9.—El enfermo se levanta, camina y mueve la cabeza para todas partes sin sentir ningún dolor. Solo queda una ligera tensión de los músculos de la nuca. Las perturbaciones de la vista han desaparecido por completo, y no lo impresiona la luz fuerte; hasta las opacidades de la cornea, son menos marcadas.

No hay estrabismo.

Julio 15.—El enfermo ha salido á la calle, y la marcha no le ha producido ninguno de los trastornos que antes le ocasionaba; él se da por curado.

No queda sino un ligero dolor de cabeza, que le ataca en el momento de acostarse y de levantarse, es decir al cambiar de posición; este dolor es muy pasajero, apenas dura unos minutos.

Es de notarse en el caso presente la rapidez con que desaparecieron todos los trastornos debidos á la irritación producida por el callo exhuberante, después de la extracción de este. Fué el mismo operado quien nos hizo notar, venticuatro horas después de la intervención que la fotofobia y el lagrimeo habían desaparecido, y que ya no sentía el dolor de cabeza, que tanto lo hacía sufrir.

Tambien observaremos de paso, que el *drenaje* de la herida cuando ha habido lesión de las membranas, expone á un derrame abundante del líquido céfalo-raquideo, y aunque en nuestro caso no tuvo ningunas consecuencias, siempre es una complicación que debe evitarse, y quizá sería mejor, estando seguros de la antisepsia y de la hemostasia, cerrar completsmente la herida, como hace Lucas Championière.

Hasta donde hemos podido averiguar, creemos que sea esta la primera vez que se ha practicado entre nosotros la *craneotomía*.

Caracas: 10 de agosto de 1893.

Hospital de niños

Los niños, menos aptos que los adultos para vencer en la lucha del organismo contra las enfermedades, contribuyen con una elevada cifra á la estadística de la mortalidad. Por eso, en los países cuya población disminuye en vez de aumentar, los higienistas y los gobiernos viven preocupados en solicitud de los medios más adecuados para mejorar la condición de los niños pobres, ya que sus padres por la escasez de recursos, no pueden rodearlos de los cuidados que requiere la primera edad del hombre.

Entre nosotros se ha visto este importante punto de la higiene pública con lamentable indiferencia por parte de los gobiernos. Todas las tentativas en pro de la infancia han tenido su origen en la iniciativa privada. Primero el Dr. Aveledo fundó el Asilo de Huérfanos; después el Dr. Ríos, estableció la Clínica de Niños Pobres; y últimamente el señor Linares ha destinado una fuerte suma de dinero para fundar un hospital destinado exclusivamente para niños.

Es muy grato consignar estos hechos que tanto enaltecen á quienes los realizan, porque ellos indican que en medio de todo, existen hombres de probidad que piensan en los males de otros, que se duelen de las desgracias de sus semejantes y que tienen una idea exacta del verdadero patriotismo.

El *Hospital de Niños*, inaugurado el 23 de julio último, satisface hasta donde es posible la necesidad actual de la población de Caracas. Construido según los planos del Ingeniero Dr. Aveledo, puede contener cincuenta camas en salones suficientemente aireados por espaciosos patios y anchos corredores. Posee una sala de operaciones y un arsenal quirúrgico completo y al estilo moderno. Una farmacia bien surtida asegura el buen servicio terapéutico. El servicio económico está dirigido por una Junta de personas respetables presidida por el fundador del hospital. El personal científico no está aún definitivamente organizado; los Doctores Guánchez y Aveledo

Urbaneja harán temporalmente el servicio facultativo.

Siguiendo nuestra indicación los señores H. Jiménez y José G. Núñez han pedido á París todos los útiles y aparatos necesarios para montar en este Hospital una sala de operaciones que satisfaga todas las necesidades de la cirugía moderna. De este modo el *Hospital de Niños* tendrá la primera sala de operaciones de Venezuela, bajo el importante punto de vista de la asepsia, y los señores Jiménez y Núñez habrán contribuido de una manera eficaz al engrandecimiento de una obra digna de los más calurosos aplausos.

La nueva sala de operaciones tendrá: un autoclave del Doctor Redard, un esterilizador de Poupinel, un filtro Chamberland (sistema Pasteur), bocoyes, fuentes, aguamanil aséptico, vitrera para los instrumentos, aparador de platos esmaltados etc. etc., todo al estilo moderno. Esta sala será una copia de la sala de operaciones urgentes del servicio quirúrgico del Hospital Necker de París y no dejará nada que desear.

Para atender á los gastos del hospital la Junta cuenta con la renta de la *Obra Pía Requena*, que su administrador señor Guillermo Espino ha sabido conservar á través de todas las vicisitudes de nuestros malos tiempos y que hoy ha puesto al servicio de esta obra de grandísima utilidad. Además, muchas personas caritativas han tomado á su cargo el sostenimiento de una ó más camas.

Este hospital, que indudablemente es muy superior al Hospital Vargas bajo el punto de vista higiénico, adolece sinembargo de ciertos defectos de construcción, que podrán ser modificados más tarde cuando el instituto cuente con mayores elementos. Entre otros citaremos: la falta de un pabellón de aislamiento para las enfermedades contagiosas, la sala de desinfección, y algunos otros detalles de menor importancia, á los cuales podría agregarse un salón de conferencias clínicas.

De todos modos el *Hospital de Niños* llena un vacío en la ciudad de Caracas, satisface una necesidad urgente y está llamado á prestar grandes é importantísimos servicios á la parte pobre de la población.

Una obra como ésta, inspirada por el noble sentimiento de la caridad, debe servir de estímulo para el porvenir y ojalá los hombres que han alcanzado ya grandes fortunas, siguiendo el ejemplo del señor Linares y de sus colaboradores, contribuyan por su parte al engrandecimiento de este hospital y á la fundación de otros que son necesarios ya, dadas las condiciones de la ciudad.

No podemos terminar estas líneas sin hacer una indicación á la Junta Directiva. No estando organizado definitivamente el servicio facultativo ¿por qué no se abre un concurso al estilo de las naciones civilizadas para los puestos de Médico, Cirujano é Internos? ¡Qué útil sería que partiera de la iniciativa privada el establecimiento de los concursos de suficiencia para alcanzar puestos que no deben obtenerse sino por el mérito intelectual! Nosotros consideramos muy fácil la realización de este pensamiento, desde luego que suponemos que en las decisiones de la Junta no deben presidir otras ideas que la idea del bien y del progreso.

Al terminar, reciba el señor Linares nuestra cordial felicitación por el triunfo que ha obtenido prestando un servicio á sus semejantes, felicitación que hacemos extensiva á sus ilustrados y patriotas colaboradores y en especial á los señores Valarino y Doctores Aveledo y Ríos que no han omitido esfuerzos para la realización de tan noble y generosa idea.

L. R.

VENEZUELA

EN EL

CONGRESO MEDICO PAN-AMERICANO

Invitados los médicos venezolados á tomar parte en la Asamblea de los Profesores de Medicina de todas las naciones americanas, que con el nombre de Primer Congreso Médico Pan-Americano, se reunirá en Washington en los días 5, 6, 7 y 8 del próximo setiembre, é invitados igualmente el Gobierno de la República y la Municipalidad de Caracas á enviar Delegados especiales al Congreso, sentimos patriótico placer en consignar que todos han correspondido dignamente á la cordial excitación del Comité organizador del Congreso.

Todos sabemos cuán escasos son nuestros medios de investigación y estudios científicos aquí, donde aún no han adquirido el necesario desarrollo nuestros Institutos sapientes, nuestros establecimientos clínicos, nuestros centros de observación. Eso mismo que con dolor, más con suma de buen deseo, nos atrevemos á consignar, da la medida del esfuerzo ejecutado por corresponder al llamamiento hecho á nuestro patriotismo, en la esfera intelectual.

Varios de nuestros comprofesores, entre los cuales podemos citar, de Caracas, á los Doctores David Lobo, J. M. Escalona J. G. Hernández, F. A. Rísquez y Razetti y Guardia, prepararon trabajos que en extracto enviaron oportunamente á la Secretaría General del Congreso, y cuyos originales *in extenso* irán en estos días.

A la vista tenemos el programa provisional de la Sección de Medicina en general, y allí encontramos que, de cincuenta comunicaciones que en ella figurarán, tres pertenecen á Méjico, Lima y Río Janeiro, y otras tres á Caracas, mientras el resto son de los Estados Unidos; lo cual significa que Caracas sola contribuye á esa Sección con un número de trabajos igual al de todas las naciones hispano-americanas juntas. Agreguemos, para propia satisfacción, que todas tres emanan de miembros de la *Sociedad de Méditos y Cirujanos de Caracas*, que en su deseo de no quedar rezagada en el movimiento científico preparado, no solo reprodujo los esfuerzos individuales de los Secretarios del Congreso por Venezuela en las Secciones de Cirujía y Medicina, Doctores D. Lobo y F. A. Rísquez, sino que, además diputó en comisión á sus miembros, los Doctores Razetti y Guardia, hijo, á estudiar *las bubas* en los lugares donde abundan, á fin de enviar una buena contribución de Patología nacional á la reunión Médica de Washington.

Ultimamente, el Secretario general del Congreso pidió al Doctor Rísquez, como miembro del Comité Ejecutivo internacional, nombrase aquí un Secretario para la Sección de Materia Médica y Farmacología recientemente organizada, y aquél ha elegido al Doctor Enrique Meier Flegel, miembro también de la *Sociedad de Medicos y Cirujanos de Caracas*, quien ha preparado un trabajo, tan completo como se lo han permitido los diez días de que ha podido disponer, sobre los recursos que á la terapéutica brinda la flora venezolana y las fórmulas más generalmente usadas por nuestros prácticos.

Por su parte, el Gobierno Nacional y la Municipalidad de Caracas no han hecho esperar su contingente al patriótico concurso.

El primero nombró una comisión de Delegados compuesta de los Doctores J. E. Bustamante, Ministro Plenipotenciario de Venezuela en Washington, David Lobo, Secretario de la Legación, H. Rivero Saldiva Cónsul general en Nueva York, y F. A. Rísquez, para representar la República en el Congreso. La segunda eligió también al Doctor Rísquez para representarla, especialmente, en las Secciones de Higiene en general, Demografía, Higiene marítima y cuarentenas á las cuales fué invitado, también de un modo especial.

El Doctor F. A. Rízquez había sido distinguido por el Comité Ejecutivo del Congreso con el señalado honor de pronunciar la Conferencia de orden en una de las tres Asambleas generales del Congreso; y aceptada por el elegido tan alta designación, recogiendo así el honor ofrecido á Venezuela, entre todas las naciones del Continente, el Gobierno y la Municipalidad han confiado al Doctor Rízquez las Delegaciones mencionadas, apresurándose á ofrecerle los auxilios pecuniarios indispensables para trasladarse á cumplir su cometido.

Nos complacemos en consignar aquí que esta vez estará bien representada nuestra Patria ante el Congreso de los Médicos de todas las Américas: no faltarán trabajos originales de Patología médica y quirúrgica, Fisiología y Materia Médica y Terapéutica, de labor puramente venezolano; los Delegados elegidos llevan el contingente de sus indiscutibles aptitudes realzado por su elevada jerarquía oficial, y el Doctor Rízquez Presidente de la *Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas*, llevará la palabra de orden en sesión general de aquella Asamblea de sabios, cuya Junta organizadora ha distinguido á Venezuela en la persona de uno de sus hijos.

Vayan nuestras sinceras felicitaciones á la Patria enaltecida por la inteligencia de sus Médicos; al Gobierno Nacional y el del Distrito, por sus oficios en favor de nuestra representación científica; á los nambrados por la distinción de que han sido objeto, y á nuestra *Sociedad de Médicos y Cirujanos* por la parte que le ha tocado desempeñar en ese torneo de las Ciencias Médicas del Nuevo Mundo.

LIBROS NUEVOS

POR EL DOCTOR N. GUARDIA, HIJO

M. Paul Lefert acaba de publicar en la casa editorial de J. B. Baillière et fils de París un volumen en 16 de 288 páginas: LA PRATIQUE DERMATOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE DES HOPITAUX DE PARIS. Este volumen forma parte del *Manuel du médecin praticien*.

El profesor Lefert ha presentado en un pequeño volumen claro y preciso, la práctica de los darmatologistas y sifilógrafos de los hospitales de París:

M. M. Balzer, T. Barthélemy, Besnier, De Beurmann, Brocq, Du Castel, Tenlard, Fournier, Gaucher, Hallopeau, Hardy, Hartinann, Humbert, Jullien, Lailler, Mauriæ, Merklen, Quinquad, Renault, Talamon, Tenneson, Thibierge, Vidal, etc. Este libro es el reflejo de la enseñanza práctica del Hospital de San Luis, del Hospital del Mediodía, y del Hospital Lourcine; en él se encuentran tratadas las cuestiones que diariamente se presentan á la observación de todo médico ó cirujano.

A ningún práctico pueden escaparse las ventajas de un formulario de Medicina que ayude su memoria recordándole las fórmulas más usadas en tal ó cual enfermedad y por consiguiente las que mejores resultados han dado en manos de los más esperimentados especialistas.

Al ocuparnos hoy del que nos presenta el Profesor Lefert tenemos que convenir en que es el mejor y más completo que conocemos en materia de dermatología y sifilografía, pues encontramos reunidos en él más de ochenta médicos y cirujanos de los Hospitales de París; contiene más de cuatrocientas consultas sobre los casos más importantes de las enfermedades de la piel y de las manifestaciones de la sífilis; nos presenta el medio rápido y seguro de poder consultar, siempre con provecho, cuando tengamos alguna duda, la opinión de un profesor cuyo nombre por su fama constituye autoridad en esta importante rama de la medicina. Si á estas ventajas se agregan dos tablas alfabéticas: una de los autores y otra de las materias, donde el práctico puede encontrar la opinión de tal ó cual profesor sobre las cuestiones que están á la orden del día y al mismo tiempo conocer la de diversos Jefes de servicio sobre un punto determinado, se comprenderá que la obra de M. Lefert será de indiscutible utilidad práctica en el bufete de todo médico. Así nosotros no dudamos en recomendarla á nuestros colegas, convencidos de las muchas ventajas que ella puede proporcionarles.

SOCIEDAD DE MEDICOS Y CIRUJANOS

SESIÓN DEL DÍA 3 DE JULIO

Presidencia del Dr. F. A. Rísquez.

EL DOCTOR RÍZQUEZ.—Voy á presentar la relación de un caso clínico cuya patogenia ha sido interpretada de diverso modo por los médicos que lo observaron:

N. N. de 32 años, temperamento bilioso, constitución delicada cuyos padres murieron poco antes de lesiones cardi-vasculares con síntomas hemipléjicos.

Con medios de qué disponer, se daba buena vida y era muy dado á los placeres genésicos á los que sacrificaba sus instantes, sus comodidades y sus fuerzas.

Hace como ocho ó diez años pasó una larga temporada en las regiones insalubres de Guayana sufriendo allí algunos ataques de impaludismo. Después de su regreso á Caracas y en sus diversos viajes al interior de la República, á Europa y á los Estados Unidos, no volvió á presentar manifestaciones palúdicas. Hace como cinco ó seis años sufrió de no sé que afección de pecho que hizo temer por el estado de sus pulmones, pero de la cual curó completamente. A mediados del año retropróximo tuvo un severo ataque de disenteria que puso en inminente peligro su vida y del cual también curó por completo quedándole solo cierto grado de debilidad general; para lo cual hizo un viaje marítimo de recreo en Agosto á Curazao y Maracaibo.

Sus padecimientos habituales eran la dispepsia y la jaqueca. Para combatir esta última hacía verdadero abuso de la antipirina, de la cual tomaba hasta 2 y 3 gramos en cada vez.

En Octubre del mismo año notaba un lijero edema de las piernas y algo de cansancio al andar; que atribuyó á su debilidad y á la inacción á que lo condenaba su situación política dados los últimos acontecimientos del país. En efecto, eso lo preocupó bien poco, sobre todo cuando se le aseguró que su corazón estaba bueno, y el ejercicio, y algunos reconstituyentes lo mejoraron.

En marzo del año en curso se le hicieron más notables los edemas extendiéndose hasta constituir un anasarca.

Examinado detenidamente no se encontró ni en el corazón ni en los riñones nada que explicara aquella infiltración. Se atribuyó á cierto grado de anemia y se instituyó un régimen curativo formado

Para los dolores fulgurantes, los dolores por compresión y los dolores dentarios, *acetanilido*.

Para las neuralgias, *exalgina*.

Para los dolores de los neuropatas, *fenacetina*.

Antipirina: 1 á 4 gramos por día en *cachets* ó en un *grog*.

Acetanilido . . . . . 1 gr. 50.

En 3 *cachets*. A tomar en las 24 horas.

Tiene una acción favorable en los dolores fulgurantes de las tabes.

Exalgina . . . . . 2 gr. 50.

Alcoholado de melaza . . . . . 10 gramos.

Devuélvase y añádase

Agua de tilo . . . . . 120 gramos.

Jarabe de flores de naranja . . . . . 30 gramos.

A tomar una cucharada en la mañana y otra en la tarde.

Fenacetina . . . . . 0 gr. 50 á 1 gr.

Para un *cachet*. — A tomar dos ó tres en las 24 horas.

HIDROPESÍAS CARDIACAS

Hojas de digital . . . . . 2 gramos.

Agua . . . . . 260 gramos.

h. inf. filtrese y añádase en frío

Citrato de cafeina . . . . . 2 gramos.

Tintura de estrofantus . . . . . 5 »

Licor de acetato de potasa . . . . . 60 »

Extracto de regaliz . . . . . 5 »

M. A tomar en dos días.

NOTAS

—Nuestro amigo y compañero el Doctor J. M. Escalona, ha sido nombrado Vice-Rector de la Universidad Central. Hombre inteligente, ilustrado y dotado de un gran espíritu de progreso, el Doctor Escalona aprovechará esta brillante ocasión para iniciar y llevar á efecto las indispensables reformas que está pidiendo la instrucción superior en Venezuela y en especial los estudios médicos. ¡Ojalá la esperanza que en estos momentos nos anima no se desvanesca y pronto veamos cumplidos nuestros deseos de ver en Caracas un *verdadero* instituto de enseñanza científica!

—Dos hombres eminentes de la escuela francesa, han muerto últimamente en París: M. Peter, Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina, y M. Vidal, célebre darmatologista, médico honorario del hospital Saint Louis.

Los examenes anuales de Medicina han tenido lugar en la Universidad Central, según las pésimas disposiciones de la ley actual de instrucción superior. Mientras esta ley exista, los exámenes no solo seguirán siendo un ridículo simulacro, sino que se seguirán presenciando espectáculos tan desagradables como el que tuvo lugar al día siguiente del examen de Medicina operatoria.

—Suplicamos á nuestros agentes y suscritores del interior se sirvan remitir á la administración de este periódico, el valor de las suscriciones en dinero ó estampillas.

Trabajos de médicos venezolanos que han sido remitidos al Congreso Médico Pan—Americano de Washington:

SOBRE EL NUMRRO DE LOS GLOBULOS ROJOS.—*Porel Doctor José G. Hernández.*

DE LA BUBA.—*Estudio clínico*, por los *Doctores L. Razetti y N. Guardia, hijo.*

ESTUDIO CLINICO SOBRE LAS HERIDAS PENETRANTES DEL TORAX Y DEL ABDOMEN.—*Por el Doctor J. M. Escalona.*

FORMAS DEL IMPALUDISMO Y MEDIOS DE DIAGNOSTICARLAS.—*Por el Doctor F. A. Rísquez.*

Es de sentirse que el número de trabajos sea tan reducido, cuando sobran materias de alta importancia científica dignas de ocupar la atención de los médicos y que son peculiares de nuestro clima. La indiferencia con que acostumbramos ver estas cosas es la causa, pues contamos en el cuerpo médico de Caracas hombres ilustrados que muy bien han podido dedicarse á la elaboración de escritos que más tarde serían honra para Venezuela.

—El Dr. B. Mosquera ha sido nombrado Director General de los hospitales de Caracas en reemplazo del Dr. Rivas Mundarain que renunció para ir á desempeñar una misión política en el Estado Lara.

Esperamos que el Dr. Mosquera, continuando la obra del Dr. Rivas y ayudado por la práctica que posee de los hospitales europeos, dará á los nuestros el carácter científico que semejantes establecimientos deben tener.

Mientras los médicos, cirujanos, internos y externos de los hospitales, no sean elegídos por concurso; mientras no se establezca la enseñanza clínica, nuestros establecimientos hospitalarios no llenarán su doble misión de institutos de caridad y de instrucción científica.

A realizar ese ideal deben concretarse los esfuerzos del nuevo Director. La empresa es fácil si la buena voluntad y el verdadero patriotismo inspiran los actos del Dr. Mosquera, como es de esperarse en un hombre nuevo, inteligente é ilustrado.

—Sabemos de una manera positiva que las inyecciones de Brown-Séquard han sido usadas con éxito completo en el Hospital Vargas, servicio del Dr. Meier, sobre todo en perturbaciones motoras de origen alcohólico y en la debilidad sexual.

El líquido usado ha sido preparado con todo el esmero necesario por el señor Ernesto Capriles, Farmacéutico en jefe del hospital.—(Véase el aviso que hoy publicamos.)

—Las Facultades de Medicina francesas tienen actualmente 229 mujeres inscritas como estudiantes; 122 francesas, 95 rusas, 4 rumanas, 2 inglesas, 2 serbias, 2 búlgaras, 1 turca y 1 alemana. En las escuelas de Farmacia, 14 francesas siguen cursos de estudios.

A LOS MEDICOS

Desde esta fecha se encontrará de venta en nuestro Establecimiento de Farmacia, las Inyecciones de Brown Sequard (espermina y cerebrina), preparadas cada 15 días, y cuya esterilización perfecta se garantiza.

Botica del Doctor Díaz.

G. Schütte.

Año II—Mes VI — Caracas: 15 de Agosto de 1893 — Número 9

GACETA MEDICA DE CARACAS

Director: DOCTOR L. RAZETTI

CUERPO DE REDACCION

MEDICINA: Dres. T. Aguerrevere Pacanins, N. Guardia, hijo, B. Herrera Vegas
P. Herrera Tovar. E. Meyer Flegel, J. M. Rios Llamozas, F. A. Risquez
CIRUJIA: Dres. P. Acosta Ortiz, A. Couturier, J. M. Escalona, M. Herrera,
M. R. Ruiz, J. de D. Villegas Ruiz

Adminstrador: Bachiller Jesús G. Sucre

Tip. de vapor Gutteuberg

GACETA MEDICA DE CARACAS

Caracas: 15 de Agosto de 1893

ADVERTENCIA

Los señores suscritores que no hayan recibido el número anterior se servirán avisarlo al Administrador ó reclamarlo en la oficina del periódico, Sur 6, N. 29.

SUMARIO

Del tratamiento quirúrgico de la epilepsia traumática, por el Dr. L. Razetti.

Tratado de medicina legal, por el Doctor J. M. Escalona.

Lecciones de Bacteriología, por el Doctor José S. Hernández.

Prensa extranjera.—El salol líquido antiséptico.—Tratamiento de la odenitis aguda.—Sozal.

Medicina práctica.

Notas.

NOTA

Por este causas agenas á nuestra voluntad sale número con diez días de retardo; esperamos que nuestros suscritores se servirán dispensarnos esta irregularidad.

Clínica Quirúrgica

Hospital Vargas—Servicio del Doctor Couturier.

DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA EPILEPSIA TRAUMÁTICA

Por el Dr. L. RAZETTI

Señores:

Muy alta es la honra que me dispensa el señor Director de este Hospital, permitiéndome venir á inaugurar el nuevo anfiteatro, construido merced á sus generosos esfuerzos y á su ejemplar constancia. Y la distinción se hace aún más señalada, si se piensa que no pertenezco al personal científico del establecimiento y que solo el deseo de contribuir con mis débiles esfuerzos al adelanto de la cirugía nacional, y la galantería de mi inteligente amigo el Doctor Couturier que me ha cedido muchas de las operaciones de su servicio, me han traído repetidas veces á ocupar este puesto.

Todos los que me oyen saben muy bien que este edificio, pésimamente construido, adolece de defectos en su mayor parte insuperables. Entre ellos se hacía notar la falta de un anfiteatro de operaciones que satisfaciera las condiciones de la cirugía moderna, hasta el punto de verse obligados los cirujanos del hospital á habilitar como tal una de las salas del departamento de mujeres. Nombrado Director el Dr. Ruiz, su primer pensamiento fué reformar este lugar y construir aquí un anfiteatro quirúrgico. Sería muy largo enumerar todas las dificultades que se han tenido que vencer para llegar á este resultado; Uds. las conocen tanto como yo porque han sido testigos de la meritoria lucha empeñada por el Doctor Ruiz. Y, cosa extraña en los tiempos que atravesamos, el Dr. Ruiz viene desempeñando el puesto de Director sin exigir ninguna remuneración material por sus servicios!

Reciba el ilustrado amigo mis más sinceras felicitaciones por el éxito de su labor y cuente para proseguir en el camino de progreso que se ha trazado, con el apoyo de los médicos y cirujanos del establecimiento, que jóvenes entusiastas, acojerán siempre

[illegible]

[illegible] tres cucharadas de [illegible]

[illegible]	2	gramos
[illegible]	[illegible]	»
[illegible]	[illegible]	»
Extracto fluido de belladona [illegible]	15	»
[illegible]	235	»
Vehículo de polvos	15	»

[illegible]

Cuando [illegible] y luego durante diez días, tomar como [illegible] tres veces al día de Licor de [illegible].

Recomenzar el tratamiento.

En la generalidad de los casos bastan tres meses de este tratamiento para obtener la curación de la enfermedad.

POLVOS CONTRA LA CONSTIPACION

Conviene contra la constipación de las dispepsias atónicas. He aquí la fórmula de M. Mathieu.

Magnesia calcinada		ãã
Cremor tártaro		20 gramos
Azufre precipitado		
Regaliz pulverizado		
Ipecacuana pulverizada	0.30	centijos

Dosis: una á tres cucharadas de café por día, en algunas cucharadas de agua y en las comidas.

PILDORAS COMPUESTAS DE LUTZ

Se administran contra la constipación á la dosis diaria de una píldora al acostarse.

Resina de áloes		ãã
» de jalapa		1 gramo
» canamonea		
Lejía de jabonerías		
Glicerina	0.50	cgs.

[illegible] 20 ó 25 píldoras.

NOTAS

—Damos hoy principio á la publicación del interesante trabajo del Doctor Escalona: *Tratado de Medicina Legal*. La importancia de la materia y la falta de una buena obra de Medicina Legal aplicada á nuestra legislación vigente, dan al libro, aún inédito, del Doctor Escalona, una importancia de primer orden. Esperamos que tanto los médicos como los abogados, lo estudien con la detención que requiere.

En Nueva York cerca de la mitad de los partos [illegible] por parteras. En 1891, 24,934 partos [illegible] médicos y 22,720 por parteras. [illegible] Nueva York [illegible] código [illegible] á la práctica [illegible] hacer [illegible] de los [illegible]

Como [illegible] la [illegible] Nueva York se ha decidido á [illegible] reglamentos que [illegible] de poder practicar [illegible] profesional [illegible].

Dos periódicos de Washington [illegible] mayo próximo pasado, [illegible] los exámenes del Departamento de [illegible] *«Columbian University»* de la expresada [illegible] tal motivo, hacen mención muy especial [illegible] David Lobo, Secretario de la Legación de [illegible] quien, sin previa preparación, y después de [illegible] 18 exámenes consecutivos, ha adquirido [illegible] el grado de Doctor en Medicina de los Estados Unidos de América.

El día 5 de mayo se efectuó á las [illegible] en el *«Albaugh's Opera House»*, el acto de la [illegible] tición de los diplomas, acto á que acudió [illegible] concurrencia y que revistió gran solemnidad.

También relatan los citados periódicos [illegible] de los banquetes ofrecidos por la Facultad de [illegible] dicina á los nuevos graduados y por estos á [illegible] en galante retribución. En ambos hubo [illegible] Doctor Lobo á tomar la palabra en inglés y en español; con motivo de lo cual un miembro de la Facultad manifestó que, en esta, había producido [illegible] general asombro el examen presentado por el Doctor Lobo, pues no tenía idea de que la ciencia estuviera tan adelantada en Sur América.

The Evening News de Washington al hacer la crónica de estos banquetes dice: «Entre los comensales estaba el Doctor David Lobo, Secretario de «la Legación de Venezuela y profesor de fisiología «de la Universidad Central de Caracas quien ha pa«sado recientemente un brillante examen en la *Columbian «University.»*

—Nuestro compañero y amigo el Doctor Pedro Herrera Tovar, ha sido nombrado Médico de Sección del Hospital Militar, en reemplazo del Doctor F. A. Rízquez que renunció.

El 11 de los corrientes tuvo lugar en el Hospital Vargas la inauguración del nuevo *Anfiteatro quirúrgico*, construido bajo la dirección y por iniciativa del Doctor Ruiz, Jefe del servicio de Ginecología y Director científico del establecimiento. Invitado el Director de este periódico á dar una lección clínica con tal motivo, escogió al efecto el tema siguiente: *Del tratamiento quirúrgico de la epilepsia traumática*, y terminó practicando una operación de craneotomía.

El Doctor Ruiz fué objeto de calurosas felicitaciones por parte del numeroso concurso de médicos, cirujanos y alumnos que asistieron al acto. El nuevo anfiteatro satisface en su mayor parte, las exigencias de la cirugía antiséptica contemporánea.

—El Gobierno Nacional ha creado una *Escuela de Veterinaria* anexa á la Universidad Central. [illegible] dicen, la [illegible] porque ella [illegible] un [illegible] científico de gran importancia, [illegible] trato que se [illegible] la fundación de una [illegible] Veterinaria, [illegible] ocupan de [illegible] Veterinaria [illegible] y [illegible] [illegible] de [illegible] la [illegible]

Circulará los Lunes y Jueves

GACETA MEDICA DE CARACAS

Director: DOCTOR L. RAZETTI

CUERPO DE REDACCION

MEDICINA: Dres. T. Aguerrevere Pacanins, N. Guardia, hijo, B. Herrera Vegas
P. Herrera Tovar, E. Meyer Flegel, J. M. Rios Llamozas, F. A. Risquez
CIRUJIA: Dres. P. Acosta Ortiz, A. Couturier, J. M. Escalona, M. Herrera,
M. R. Ruiz, J. de D. Villegas Ruiz

Adminstrador: Bachiller Jesús G. Sucre

Imp. de vapor Guttenberg

GACETA MEDICA DE CARACAS

Caracas: 15 de Setiembre de 1893

SUMARIO

SOBRE UN TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA, *por el Dr. P. Acosta Ortiz.*
TRATADO DE MEDICINA LEGAL, *por el Dr. J. M. Escalon.*
LECCIONES DE BACTERIOLOGÍA, *por el Dr. José G. Hernández.*
PRENSA EXTRANJERA, Isquio-pubiotomía.
Tratamiento de las hidropesías cardiacas por la teobromina.

HOSPITAL VARGAS

SERVICIO DE VIAS URINARIAS

SOBRE UN TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA

POR EL

Dr. P. Acosta Ortiz

Testigos como fuimos, del buen éxito alcanzado en el servicio de vías urinarias del profesor Guyon, por las irrigaciones uretrales de permanganato de potasa al 1 por 3.000 en el tratamiento de la blenorragia, nos llamaba la atención el ver aquí, que repetidas veces en la práctica civil este mismo tratamiento había fracasado, y que aún se le imputaban algunos accidentes tales como aumento del tenesmo, ardor intenso después de la irrigación, etc.

Habíamos de ensayar éstas en mayor escala en nuestro servicio del Hospital Vargas, y no tardamos en convencernos, de que el mal éxito obtenido en [illegible] consiste en que la mayor parte de los en[illegible] no practican debidamente las irrigaciones, ó los [illegible] que emplean no son adecuados para el objeto. [illegible] representen, por otra parte, ante la cir[illegible] de [illegible] que proveerse de un irrigador, y [illegible] de emplear gran cantidad de una [illegible] materias denunciaderas en los [illegible] prefieren renunciar á tratarse de [illegible] de la [illegible] generalmente, se [illegible] posible.

[illegible] abinetes de con[illegible] sulta, tampoco se pueden practicar estas irrigaciones, porque regularmente se carece de las comodidades necesarias para hacerlas, á menos de tener una clínica especialmente montada, como puede sucederle á algunos.

Por esto, y por otras muchas causas, sería muy de desear que se organizara la consulta externa en el Hospital Vargas, lo que no solo sería provechoso por muchos respectos, sino que vendría á ser una economía para el establecimiento.

Refiriéndonos solo á nuestra especialidad, no nos veríamos obligados, por ejemplo, á hospitalizar los gonorréicos en tratamiento, y estos podrían dedicarse á sus quehaceres, viniendo solo á las horas de consulta á tratarse su afección.

Lo mismo sucede con los individuos á quienes es necesario dilatarles la uretra, sea para tratar una estrechez, ó después de practicada la uretrotomía, y así con aquellos á quienes es necesario lavarles la vejiga, curarles diariamente una úlcera, abrirles un bubón, etc.

Todos estos enfermos son una carga para la administración, y creando la consulta externa y dotándola bien, no solo se aliviaría aquella, sino que los enfermos serían mejor tratados, y ganaría la enseñanza, porque los estudiantes tendrían donde familiarizarse con esas mil pequeñeces, que son tan necesarias para la práctica corriente.

No dudamos que el celo de nuestros inteligentes directores, se empleará en conseguir del Gobierno una mejora de tanta utilidad como la que señalamos.

Volviendo á nuestro asunto presentaremos á continuación un cuadro estadístico, que contiene el resumen de *treinta y tres* casos de uretritis blenorrágica, tratados en nuestro servicio por las irrigaciones de permanganato de potasa. Estas observaciones han sido cuidadosamente recogidas por el Br. Garroni Núñez, interno de la Sala San Antonio, por la que dichos datos merecen toda nuestra confianza.

Ningún otro tratamiento se ha usado en los casos que relatamos; solo hemos dado el salol, como antiséptico de los órganos urinarios.

Aunque es difícil recojer datos estadísticos seguros en la afección que nos ocupa, porque los individuos regularmente al estar curados ó mejorados se van, y no se sabe el resultado definitivo en muchas de nuestras observaciones, sin embargo [illegible] nido oportunidad de seguir los en[illegible] la curación [illegible] por [illegible] tiempo [illegible]

porque se hayan quedado en el hospital por otra afección ó porque se les haya visto después ó hecho volver.

En cuanto al título de la solución de permanganato de potasa que hemos empleado es el de 1 por 4.000; rara vez se ha usado aquella más fuerte.

En las primeras irrigaciones casi nunca penetra el líquido hasta la vejiga, pero después de dos ó tres, cede el esfínter uretral y se logra hacerlo penetrar sin necesidad de una gran presión. Los enfermeros, por lo demás, han adquirido práctica y los enfermos no se quejan; antes por el contrario, manifiestan la mejoría de los síntomas después de pocos días de tratamiento.

No nos detendremos en la técnica de éste, que ha sido muy bien descrita por el Doctor Elías Toro en una comunicación, que como corresponsal, dirigió á este periódico desde París (*).

Tampoco haremos comentarios sobre nuestras observaciones, que hemos querido simplificar, y que presentamos en forma de cuadro apuntando sólo los datos más importantes.

El resultado como se vé, no puede ser más satisfactorio, aún en las uretritis posteriores, pero como el número de estos es muy reducido, no se puede saber si será tan eficáz el tratamiento como lo ha sido cuando la uretritis es anterior; además de que los cuatro enfermos atacados de uretritis posterior, no fueron observados lo bastante para creer en la curación de una enfermedad tan tenaz, en la que las instilaciones de nitrato de plata dan, por otra porte, muy buenos resultados.

Setiembre 10 de 1893.

Servicio de vías urinarias del Hospital Vargas

RESUMEN

de 33 casos de uretritis blenorrágica tratados por el permanganato de potasa en irrigaciones

ENFERMOS	Período de la Afección	TRATAMIENTOS ANTERIORES	USO DE LAS IRRIGACIONES	RESULTADO	OBSERVACIONES
1	Primer período; comenzó hace cinco días	Ninguno	El 8 de Julio	El 15 de Julio desaparece el pus	Se dió de baja el 20 de Agosto por estarse curando una conjustivitis blenorrájica.
2	Período agudo	Id.	» 25 » Junio	El 2 de Julio se acaba la supuración	Se dá de baja el 2 de Agosto; se estuvo curando un chancro y un bubón.
3	Primer período		» 23 » Mayo	El 27 de Mayo desaparece el pus	El 31 de Mayo pidió su baja.
4	Primer período; comenzó hace 6 días	Ninguno	» 2 » Junio	El 4 de Junio el pus ha disminuido	El 5 de Junio se empeñó en irse sin estar curado todavía.
5	Período agudo	Balsámicos	» 25 » Mayo	El 31 de Mayo no hay pus	El 12 de Junio sale curado.
6	Primer período; comenzó hace 8 días	Ninguno	» 15 » Junio	El 20 de Junio desaparece la supuración	El 26 se dá de baja por curación.
7	Primer período		» 8 » Julio	El 20 el pus ha desaparecido	El 5 de Agosto se va curado.
8	Primer período; comenzo hace 10 días	Emolientes, balsámicos.	» 27 » Abril	El 12 de Mayo desaparece la supuración	El 30 de Mayo sale curado (flegmon de las bolsas.)
9	Primer período		» 24 » Julio	El 6 de agosto no hay supuración.	El 24 de Agosto sale por curación.
10	Id. id.		» 20 » Junio	El 28 desaparece el pus	El 6 de Julio sale del servicio curado.
11	Primer período; comenzó hace 4 días	Ninguno	» 19 » Julio	El 16 no se nota más supuración	El 12 de Agosto se dió de baja por curación (tuberculosis del testículo.
12	Primer período		» 10 » Junio	El 18 de Junio no hay pus	El 26 de Junio se va curado.
13	Período Agudo		» 3 » Mayo	El 15 desaparece la supuración	El 6 de Junio se va curado.
14	Segundo período; el primero duró 12 días	Balsámico emolientes	» 10 » Agosto	La supuración disminuye	El 13 pide su baja aún no curado.

(*) Véase la *Gaceta Médica de Caracas*, número 3, página 22.

CONCLUYE EL CUADRO ANTERIOR

ENFERMOS	Período de la Afección	TRATAMIENTOS ANTERIORES	USO DE LAS IRRIGACIONES	RESULTADO	OBSERVACIONES
15	Uretritis posterior	Varios tratamientos (?)	» 4 » Mayo	El 16 de Mayo no hay pus	El 12 de Junio se dió de baja (hidrocele.)
16	Segundo período		» 4 » Julio	El 8 desaparece la supuración	El 20 sale curado.
17	Uretritis posterior	Balsámicos á altas dosis	» 17 » Junio	El 24 no hay supuración	El 24 se dá de baja por curación
18	Primer período: data de 3 meses, ardor para orinar, eracciones frecuentes, supuración abundante	Balsámicos inyecciones, (?) que agravaron los síntomas	» 27 » Abril	El 19 de Mayo supuración menor, ardor menos intenso—El 8 desaparece el pus	El 26 se dá de baja por curación.
19	Segundo período—El primero duró 14 días		» 5 » Junio	El 10 de Junio desapareció el pus	Sifilítico, quedó en el servicio sometido al tratamiento específico.
20	Segundo período	Balsámicos, irragaciones de acido bórico, sin resultado	» 27 » Abril	El 8 de Mayo desaparece el pus	El 15 de Mayo salió curado.
21	Data de 3 meses—Todavía en el período agudo	Inyección Cadet que ha aumentado la agudeza de los síntomas	» 20 » Mayo	El 27 de Mayo desaparece el pus	El 2 de Junio sale curado.
22	Primer Período—Ha [illegible] días que comenzó		» 27 » Abril	El 7 de Mayo desaparece la supuración	El 8 de Mayo pidió su baja—Se le vió 15 días después, curado.
23	Primer período; que comenzó hace 15 días		» 15 » Mayo	Síntomas agudos desaparecen el 21 de Mayo y la supuración el 10 de Junio	El 8 de Junio sale por curación.
24	Uretritis posterior datando de 1 año	Balsámicos, inyecciones diversas, etc.	» 5 » Julio	El 20 de Julio no hay supuración	El 31 sale curado del servicio.
25	Segundo período—El primero duró 15 días	Balsámicos, emolientes.	» 27 » Abril	El 5 de Mayo desaparece la supuración	Sale el 8 de Mayo del servicio curado.
26	Segundo período—El primero duró 14 días		» 12 » Julio	No hay supuración el 15 de Julio	El 20 de Julio sale curado.
27	Primer período		» 26 » Julio	Se suprime el flujo el 19 de Agosto	El 5 de Agosto se dá de baja por curación.
28	Uretritis posterior, data de 8 meses	Emolientes, balsámicos, diversas inyecciones	El 27 de Abril	El 8 de Mayo desaparece el pus	El 15 de Mayo sale curado
29	Primer período		El 25 de Mayo	El 24 de Junio se acaba la supuración	Este caso tardó más tiempo en curarse á causa de una estrechez que fué necesario dilatar, porque impedía pasar la irrigación
30	Período agudo, data de 5 días	Ninguno	El 6 de Mayo	12 de Mayo no hay supuración	Se dá de baja el 6 de Julio curado (conjuntivitis)
31	Período agudo		El 14 de Julio	No hay pus el 17 de Julio	El 20 de Julio salió por curación.
32	Período agudo	Ninguno	El 6 de Mayo	15 de Mayo no hay supuración	El 30 de Mayo salió curado
33	Primer período	Id.	El 20 de Agosto	7 de Agosto desaparece el pus	El 20 de Agosto se va curado.

blicar el resultado de sus observaciones, discutir lo que no sea evidente é ir formando así en estas páginas, algo como los anales de la Medicina nacional. Desde luego las columnas de la GACETA MÉDICA DE CARACAS están abiertas á todas las plumas.

Si este programa es irrealizable; si á pesar de nuestro esfuerzo sucumbimos en la lucha; si el apoyo de nuestros colegas no viene á darle impulso y vida á nuestra idea; si nos encontramos sólos en la mitad de la jornada, nos retiraremos llevando una decepción más en el alma, pero con la satisfacción de haber cumplido un deber de patriotismo, invitando á nuestros compañeros á trabajar por el progreso intelectual de nuestro país, único medio que tienen los pueblos para llegar á ser grandes.

L. RAZETTI.

Abril de 1893.

SALUDO

La GACETA MÉDICA DE CARACAS saluda cortesmente á todos sus colegas de la prensa y muy especialmente á la *Clínica de los Niños Pobres*, el único periódico de Medicina que ha visto la luz pública en los últimos cuatro años, debido á los generosos esfuerzos de su ilustrado Director.

TRABAJOS ORIGINALES

CLINICA QUIRURGICA

RESECCION DEL TERCIO SUPERIOR DEL HUMERO DERECHO

POR EL DR.

P. ACOSTA ORTIZ

Eugenio Espinosa, de 28 años de edad, entra el 12 de Enero de 1893 al servicio del Doctor Couturier, en el Hospital Vargas, sufriendo de las consecuencias de dos heridas que había recibido el 9 de Agosto último en la batalla de Villa de Cura. Uno de los proyectiles perforó la parte superior derecha del torax, á cinco centímetros por debajo de la parte media de la clavícula y siguiendo paralelamente á este hueso, hacia afuera, en la dirección de la áxila, atravesó el deltoides, y salió á dos centímetros por debajo del acromión, en la cara externa del hombro. Esta bala parece haber interesado la articulación escápulo-humoral.

Una hora después recibió otra herida en el brazo del mismo lado; el proyectil atravesó de la cara anterior á la cara posterior, de la parte media de este brazo.

La primera cura fué practicada 24 horas después del accidente, con *cerato é hilas*; hubo hemorragia abundante, aumento de volumen de la articulación, que se puso roja y dolorosa, la fiebre se declaró al día siguiente, y la supuración se estableció por todos los orificios. Este estado inflamatorio parece que duró mes y medio.

El orificio de salida de uno de los proyectiles, situado debajo del acromión, se cerró al cabo de un mes, después de haber dado salida á un pus *pestífero*, según la expresión del enfermo.

El orificio de entrada de la misma herida ha permanecido fistuloso, y hoy mismo supura abundantemente. El pus, grisaceo y fétido, parece provenir de una lesión del hueso.

Por lo que hace á la herida del brazo, el orificio de entrada de la bala se cerró á los tres meses, después de una abundante supuración; en cambio, existe una fístula, supurante también, sobre la cicatriz; fístula que se abrió espontáneamente, y que las irrigaciones prueban que comunica con el orificio de salida, y con todos los demás que han quedado fistulosos.

Al exámen se nota la articulación aumentada de volumen; la cabeza del húmero es mucho más voluminosa que la del lado opuesto, lo mismo que parte de la diáfisis, hasta el callo de una antigua fractura que presenta el enfermo hácia la mitad del cuerpo del hueso; á este nivel los tejidos, duros, rojos y lardaceos revelan las lesiones del flegmón crónico; lo mismo se nota en las paredes anterior y externa de la áxila, y al rededor de los orificios fistulosos. El brazo derecho mide 34 centímetros, y el otro 33.

Hay anquilosis de la articulación del hombro; los movimientos de abducción, elevación, prepulsión y retropulsión son sumamente limitados; resultado probable de una artritis purulenta.

Los movimientos de la mano y del antebrazo están conservados, y la sensibilidad intacta.

La exploración con el estilete permite llegar á una superficie rugosa al través de una cavidad purulenta, situada entre el hueso y los tejidos blandos, y que hace comunicar la herida superior con la inferior, estendiéndose probablemente al tejido celular de la áxila.

Hay necrosis de las superficies articulares, y tal vez de una gran parte del cuerpo

ticados, tienen también una gran influencia en el resultado definitivo.

Disfraces del Impaludismo.

POR EL DOCTOR F. A. RISQUEZ

Entre las afecciones propias de la zona ecuatorial, acaso no haya una que se ofrezca á los cuidados del práctico más frecuentemente, en más variadas formas y con caracteres más engañosos que la *malaria*, verdadero proteo de la patología intertropical. Ya estalla francamente y sin embozo, revistiendo las formas febriles intermitentes, ó contínuas; ya se exhibe mezclando sus fenómenos especiales á los de otras afecciones, á las cuales imprime su conocido sello; ya, en fin, se apropia el ropaje de distintas enfermedades, y las simula y remeda, presentándose con caracteres tales, que burla en no pocas ocasiones la sagacidad del clínico, alejándole del verdadero diagnóstico, y consiguientemente, de la terapéutica apropiada.

Habituados nosotros al ejercicio profesional en comarcas paludosas, muchas veces nos ha sorprendido el impaludismo con estrañas manifestaciones, y ha hecho vacilar nuestro juicio planteándonos difíciles problemas de diagnóstico, mostrándosenos con formas que no permiten asimilarlas á las maláricas *comunes* ni encajan bien en el grupo de las llamadas *perniciosas*, ni corresponden á las generalmente conocidas con el nombre de *larvadas*.

En las líneas á que éstas van sirviendo de necesaria introducción, no vamos á ocuparnos de las formas vulgares de la malaria, llámense fiebres intermitentes, remitentes, ó perniciosas; ni aún mencionaremos esa fiebre prolongada de la cual nos venimos ocupando hace ya tiempo, que resiste al tratamiento clásico de la malaria, engendrando, en nuestro espíritu al menos, la duda de que si la tal pirexia reconozca en realidad un origen palúdico; ni nos estenderemos tampoco sobre esas formas comunes larvadas del impaludismo, que no hay autor que no describa, ni práctico que las desconozca.

Nuestro objeto, más reducido todavía, es referir nuestras observaciones sobre enfermedades de diverso aspecto, simuladoras de una enfermedad franca de órgano ó aparato, cuando no son otra cosa que disfraces del impaludismo, y estender nuestros juicios hasta esas otras fiebres contínuas en cuyo fondo patogénico vive, enmascarado ó escondido, el germen paludoso.

De este modo, si no aportamos una valiosa contribución á tan importante materia (ya que en nuestra afanosa vida profesional apenas podemos, como clínicos, apuntar hechos y recoger observaciones las más veces incompletas, faltos de medios de comprobación por los exámenes cadavéricos y el auxilio de los análisis microscópicos) á lo menos aspiramos á despertar la atención de los prácticos, y de los que, con más comodidades, puedan dedicarse á la confirmación ó rectificación de cuanto vamos á exponer.

Así, pues, en nuestro estudio nos ocuparemos especialmente de las *enteropatías*, *pneumopatías y neuropatías* palúdicas, de la fiebre *amarilla* paludosa y la *tifoidea* palustre; luego abordaremos la importante cuestión del diagnóstico y terminaremos con algunas apreciaciones terapéuticas.

Pero antes de entrar de lleno en la materia, en nuestro propósito de ser claros y esplícitos, vamos á hacer algunas apreciaciones personales sobre las llamadas *fiebres perniciosas*, respecto de cuya significación hay tanta discrepancia en los pareceres, y las fiebres *larvadas*, respecto de las cuales son tan reducidas las nociones que poseemos; y ello para anticiparnos á esplicar por qué no colocamos entre una ú otra clase los accidentes palúdicos de que vamos á ocuparnos.

La denominación de *perniciosas* se aplica de muy diverso modo á fenómenos graves ó formas peligrosas de las fiebres palúdicas. Entre los que consideran perniciosas las fiebres que, por la exageración de alguno de sus estadíos, ponen en peligro la existencia, hasta los que incorporan al grupo todas las que se complican de cualquier accidente capaz de agravar el pronóstico, caben una multitud de pareceres.

Para unos, la perniciosidad consiste en la gravedad de los síntomas comunes del acceso; para otros, en la rapidez de la evolución y lo probable del fin desgraciado; para muchos, en lo insólito ó anómalo de los caracteres exhibidos; para los demás, en las determinaciones sobre órganos ó aparatos no interesados de ordinario. Y según eso, son igualmente fiebres perniciosas la álgida y la sudoral; la que mata en el primer acceso y la que se prolonga con síntomas tifoideos; la biliosa y la delirante; la comatosa y la pneumónica, etc., etc.

En concepto nuestro, la claridad debe hacerse en la materia, y aceptamos las denominaciones que vamos á indicar, y por las razones que espondremos.

Para nosotros, fuera de las manifestaciones palúdicas normales, ordinarias, tres casos pueden ocurrir:

O el acceso que se presenta y desarrolla de un modo exagerado sus síntomas propios, es decir, que el frío va hasta la algidez, el calor

legas de la ciudad á que concurran á dar carácter, con su presencia, á las reuniones.

Estas tienen efecto el día lunes de cada semana á las 8 p. m., en el Salón del Concejo Médico (Universidad Central); y las condiciones exigidas para ser aceptado como miembro, consisten en comprobar ante el Director ó Secretario la graduación de Doctor en Medicina de alguna de las Universidades de la República y abonar al Tesorero la cuota de inscripción fijada en B. 20.

Caracas: Abril de 1893.

Dr. Villegas Ruiz.
(Secretario.)

LA SINFISEOTOMIA

POR EL DR L. RAZETTI

La resurrección de *la sinfiseotomía* en Francia es una de las grandes conquistas de la cirujía antiséptica contemporánea. Testigos de las primeras operaciones de este género practicadas en 1892 por el Profesor Pinard en la *Clínica Baudelocque* de París, y de los excelentes resultados obtenidos hasta ahora, creemos de gran utilidad popularizar entre nosotros una operación, que por su sencillez, está al alcance de todos los parteros.

Es sabido que en ciertas estrecheces promonto-pubianas, el cirujano se veía en el caso de practicar ó la operación cesarea cuando el niño estaba vivo ó la basiotripsia en el caso de muerte del feto; y como esta última es de más fácil ejecución y de menos peligros para la madre, era la operación de elección cuando ni el forceps, ni la versión podían bastar para la terminación del parto.

De modo pues que, ó se exponía la madre á los numerosos peligros de la cesarea ó se sacrificaba el feto. Hoy, por medio de una operación sin peligros para la madre, si se practica con todas las reglas de la más rigurosa antisepsia; sin peligros para el feto, pues su extracción por medio del forceps es sencilla, se puede terminar felizmente un parto considerado hasta no hace mucho por todos los parteros como fatal para el feto y para la madre.

En este trabajo haremos primero una reseña histórica de la célebre operación, y luego expondremos el manual operatorio empleado por Pinard y sus discípulos.

Historia. Tomamos de la obra de Charpentier el siguiente resúmen histórico:

«Practicada por la primera vez en 1655 sobre el cadáver, por un francés llamado Lacourvé, para extraer el niño; por Plenck en las mismas condiciones en 1766, fué propuesta en la mujer viva por Sigault estudiante de medicina en 1768, y practicada por él por la primera vez, con la asistencia y bajo la responsabilidad de A. Leroy, en 1777. Mal acojida por la Academia de Cirujía, la operación de Sigault fué sinembargo practicada seis veces el mismo año en París, después por Retz en Arras (1778), por Bonnard en Hesdin (Flandes) en 1783, por Brollery en Paimpol. Qussaussoy en Lión la había preferido á la operación cesarea en diciembre de 1781, y el procedimiento se extendió pronto en Wurzbourg, La Haya Francfort, Düsseldorff, para luego ganar la Italia y la España.

«Baudelocque, A. Dubois, Béclard, Giraud, la practicaron en Paris, pero los casos desgraciados se multiplicaron, y se levantó entonces la gran batalla entre cesareanos y sinfisianos, de la cual apenas queda hoy el recuerdo histórico y la gran medalla de oro acuñada por la Facultad en honor de Sigault.

«Citemos aún las memorias de Desgranges en 1781, 1786, 1788, á propósito de una operación practicada por Dussaussoy. La operación parecía entonces abandonada, cuando en 1820 Cliet la practicó de nuevo; Faure-Biguet (1834), la ejecutó por el *método sub-cutáneo* de su maestro Imbert. Lacour, en 1844, vuelve sobre la cuestión y en 1854, A. Petit, médico de Givors, ocurre de nuevo á este procedimiento; la madre fué salvada, pero el niño sucumbió poco después. Maslienrat-Lagemard habia tenido el mismo resultado en una mujer operada por él en 1847.

«En Alemania, la sinfiseotomía fué practicada por Mursinna (1814), Danman (1842), pero rechazada por la mayoría de los parteros, á la cabeza de los cuales es necesario colocar á Nœgele padre, Kilian, Scanzoni, y las escuelas obstetricales de Viena, Praga, Berlín, Wurzbourg. etc.

«En Francia, como en Alemania é Inglaterra, la sinfiseotomía cayó en el olvido, y el mismo Stoltz, que había iutroducido el método subcutáneo en la pubiotomía, modificación de la sinfiseotomía, prefiere no obstante lo operación cesarea. Dubois, Depaul, Cazeaux, Tarnier, etc., la rechazan en absoluto.

«En Italia no sucedió de la suerte y la sinfiseotomía ha figurado siempre entre las operaciones obstetricales.

«Inessi la hizo en 1779, Personé (1781), Lavignino, (1781), Giovanetti (1783), Naunoni, Malacarne, Asdrubali, Flajani, (1803), Amantea (1807), Paletta Monerni, Cattoliea (1829), Balocchi (1834), Carbonai (1842). En estos últimos años, Palasciano, Sogliano Rossi, Signorini, Giovanini, Ponzetta, Galligani y en fin Morisani en 1881 dirigió una comunicación al Congreso de Lóndres.»

En esta comunicación Morisani presenta una estadística de 50 operaciones practicadas por él, Novi y Martini, por pelvis de 61 á 81 milímetros de diámetro antero-posterior, que daban una mortalidad de 20 p8, diferente de la embriotomía (21 á 24 p8) y muy inferior á la operación de Porro (50 p8).

Se ha dicho que todo progreso científico para adquirir verdadero renombre y popularidad necesita llevar el sello francés. Por mucho que parezca exajerada esta opinión, si se estudia el progreso de las ciencias contemporáneas se observa que la inmensa mayoría de los adelantos, antes de esparcirse por el mundo han pasado por Francia. Esto depende indudablemente del carácter de este gran pueblo, divulgador por excelencia de las conquistas del espíritu é incansable propulsor de la civilización.

Para que la sinfiseotomía ocupara el rango que hoy ocupa entre las operaciones obstetricales bastó que el Doctor Spinelli, antiguo ayudante de Morisani, fuera á París, presentara al Profesor Pinard las observaciones del cirujano de Nápoles y el éxito completo de las operaciones practicadas en Italia, para que el célebre partero se decidiera á estudiar el procedimiento sobre el cadáver en unión del profesor Farabeuf y de su Jefe de Clínica el Doctor Varnier; hiciera una lección sobre el particular en la Clínica Baudelocque, y luego la practicara en la mujer viva.

Después del primer éxito, otros cirujanos franceses siguieron el ejemplo de Mr. Pinard y la operación fué aceptada por todos, y pasó el Rhin, y el gran cesareano Leopold después de haberla practicado varias veces, se ha constituido en uno de los más ardientes defensores de la operación de Sigault, dejando la cesarea para las pelvis menores de 6 centímetros, y fetos de término.

Manual operatorio.—El manual operatorio es sencillo y no requiere un aparato instrumental complicado.

El Profesor Pinard asegura que en la mayor parte

AÑO I.—MES II. CARACAS: 1º DE JUNIO DE 1893 NUM. 4.

GACETA MEDICA DE CARACAS

Director: Dr. Luis Razetti.

CUERPO DE REDACCION

MEDICINA: Doctores T. Aguerrevere Pacanins, N. Guardia, hijo, B. Herrera Vegas, P. Herrera Tovar, E. Meier Flegel, J. M. Rios Llamozas, F. A. Risquez.
CIRUJIA: Doctores P. Acosta Ortiz, A. Couturier, J. M. Escálona, M. Herrera, M. R. Ruiz, J. de D. Villegas Ruiz.

Administrador: Br. Jesús G. Sucre.

GACETA MEDICA DE CARACAS

Caracas: 1º de Junio de 1893

ADVERTENCIA

Los señores suscritores que no hayan recibido el número anterior se servirán avisarlo al Administrador ó reclamarlo en la oficina del periódico, Sur 6, N° 29.

SUMARIO

DEL DESPEÑO BILIOSO, DE LA DISENTERIA ESPECIFICA Y DE LA COLITIS PALUDICA, *por el Dr. P. Herrera Tovar.*
TRATAMIENTO DEL MYXOEDEMA, *por el Dr. E. Meier Flegel.*
EL SEDAL, *por el Dr. F. A. Risquez.*
SOCIEDAD DE MÉDICOS Y CIRUJANOS.
NOTAS.

TRABAJOS ORIGINALES

Del despeño bilioso, de la disentería específica y de la colitis palúdica.

POR EL DR. P. HERRERA TOVAR

Entre las diferentes afecciones que reinan en la zona tropical, y que presentan el carácter disentérico en muchas de sus manifestaciones, tenemos, además de la verdadera disentería, el catarro rectal, ó rectitis y las colitis palúdicas, que en ciertas ocasiones llegan á turbar la convicción del práctico originando confusiones, de tanta mayor trascendencia cuanto que difiriendo en mucho en sus respectivos tratamientos, pueden perjudicar extraordinariamente su propósito y lo más grave aún, los intereses más caros del paciente, equivocando desgraciadamente el camino que lo conduce á su más pronta curación.

La oscuridad que rodea la etiología de esas tres afecciones, en las que unas veces con fiebre y otras sin ella, aparecen como síntomas principales, el tenesmo, los cólicos y las deposiciones frecuentes y sanguinolentas; hace, que se hayan tomado las causas ocasionales más banales como el orígen probable de sus manifestaciones; y así vemos atribuir hasta hace poco tiempo, por la mayoría de los autores, á las variaciones atmosféricas, á la alimentación, á la debilidad orgánica y á las diátesis etc., poderes morbígenos que no tienen, ni pueden tener por sí solas, causas comunes, en la aparición de males de síndromas algo diferentes y que reclaman tratamientos esencialmente distintos.

La rectitis catarral, conocida generalmente entre nosotros con el nombre de despeño bilioso, reconoce ordinariamente por causa una congestión hepática pasagera debida á los calores del estío, que perturban de una manera notable las funciones digestivas. El hígado exagerando por la congestión de que hablamos, su función colagógena, obra de dos maneras, en la producción del despeño, mecánica y químicamente. En efecto, las ramificaciones de las venas mesentéricas repletas por consecuencia de los obstáculos que en la circulación de la sangre encuentra la vena porta, de que son aferentes, producen sobre la mucosa intestinal, la hiperemia y de consiguiente un flujo exagerado de jugos intestinales; y como por efecto de la constitución anatómica de las venas del plexo homorroidal son ellas las que soportan la mayor presión, sucede que es allí, en la porción inferior del recto, donde aunadas la congestión y el tenesmo; como consecuencia del eretismo nervioso de las ramificaciones sensitivas del plexo sacro: que tienen lugar las hemorragias por trasudación y aún por la

ruptura de los capilares submucosos. Otro elemento no ménos importante en la patogenia de la enfermedad que nos ocupa, es la acción química que ejercé la bilis sobre todo el trayécto que recorre. En efecto, derramada en cantidad exagerada é intempestivamente, por crisis de la congestión hepática, que precede, á la vez que descama la superficie epitetial de la mucosa intestinal por su acción caústica, contribuye por acción refleja sobre las extremidades nerviosas de esa misma superficie al aumento de los movimientos peristálticos y del flujo mucoso, y de aquí la manifestación de los síntomas, cólico y diarrea que tanto atormentan al paciente.

La enfermedad se presenta muchas veces precedida de algunos síntomas que expresan la escacés en la secreción normal de la grándula hepática, como son sequedad y pastosidad de la boca, saburra de la lengua, sed, ligero timpanismo y estreñimiento, seguidos luego de dolor de cintura, mareos, ligeros cólicos primero, depués más intensos, sed de líquidos ácidos, orina escasa y cargada y por último deyecciones frecuentes, pequeñas, mucosas, con algunos cíbalos englobados al principio y después sanguinolentas, acompañadas de cólicos, frialdad de las estremidades, ansiedad epigástrica y un tenesmo insoportable durante la defecación. Este estado que dura de algunas horas á pocos días, cuando ha de terminar á merced de líquidos abundantemente ingeridos, se observa, que las orinas se hacen claras y copiosas, que los cólicos y el tenesmo disminuyen y que las deyecciones moco-sanguinolentas se transforman en una ó más deposiciones amarillas y fecales de naturaleza diarreica. En una palabra se produce la crísis.

El diagnóstico, es, como se vé sencillo y el pronóstico, por lo demás, no tiene grevedad ninguna.

En cuanto al tratamiento bueno es observar que son de uso común y de muy buenos efectos, las limonadas de jugos vegetales, el agua vinosa, las soluciones alcalinas y en general todas aquellas sustancias, que mezcladas con el agua, provocan la ingestión de grandes cantidades de este líquido, porque á mi manera de ver, no es á los efectos terapéuticos de esas sustancias en sí, sino por el sabor agradable que comunican al agua, que ésta como remedio, tomada copiosamente viene á disipar los síntomas de la enfermedad. A todo lo cual se agrega, con el objeto de calmar los cólicos y el atormentador tenesmo, los opiados en pociones y enemas y las aplicaciones calientes y los revulsivos sobre el vientre, con el propósito de disminuir las congestiones internas.

La disentería específica, esa terrible enfermedad, endémica entre los trópicos, reconoce indudablemente un orígen á todas luces microbiano. Por deducción y analogía, como enfermedad infectiva y contagiosa, no era posible suponer, dadas las modernas teorías y la existencia comprobada de algunas especies de microorganismos en sus congéneres, que ella escapara á las imposiciones de la lógica. Ignoramos hasta ahora que haya habido entre nosotros, quien se haya dedicado á estudiar microscópicamente esa causa, pero sin embargo, parece demostrado por otros que el micróbio existe, bien que persistiendo todavía la duda, de cual de los descubiertos por muy notables observadores es el específico.

El *amæba coli* visto por primera vez en 1875 por *Lœsch*, en San Petersburgo, en las cámaras de un enfermo que padecía de ulceraciones del colon, y encontrado ocho años más tarde por *Koch* en los intestinos de algunos muertos de la disentería en Egipto y luego estudiados en 1885 por *Kartulius* que los encontró siempre en esta enfermedad con esclusión de otras como la fiebre tifoidea y la tuberculosis, en que también existen ulceraciones intestinales; hacía suponer que el problema estaba resuelto, á no ser por las experimentaciones de *Massintin*, que ha encontrado idéntico parásito en la diarrea mucosa, en la enterítis aguda y en el catarro crónico del intestino; y por los resultados negativos de la reproducción de la enfermedad. *Kartulius*, más tarde, insistiendo sobre su especificidad, ha logrado cultivar el microbio, y producir, aunque solamente en el gato, diarreas mocosanguinolentas, inyectandoles en el recto los *amibos* cultivados.

En 1.888, *Chantemesse y Vidal*, autores del descubrimiento del *bacilus* que lleva su nombre, después de haberlo cultivado separadamente en caldo ó gelatina á la temperatura ordinaria, hicieron inoculaciones intraintestinales y después de pasados ocho días, al sacrificar los animales en experimentación, encontraron llenos los intestinos de diarrea serosa que contenía el microbio y muy engrosada toda la parte primera del intestino grueso. Este microbio ha sido encontrado en los ganglios mersentéricos, en las paredes del intestino y en los órganos profundos de un hombre muerto de disentería aguda, sin que se haya podido probar su presencia todavía en las cámaras del hombre sano; pero hay que fijarse también, en que después, que sus autores lo estudiaron tan detenidamente en *sus cinco* disentéricos que citan; los demás experimentadores lo han solicitado hasta la fecha, en vano; lo cual no ha sucedido con el descubierto por *Lœsch* y estudiado por *Kartulius*, á lo que se agrega, que además de haberse observado en las secuelas propias de la disentería, como en el pus de un abceso hepático, por *Osler*, y en otro por *Vasse* y en otro más por el mismo *Kartulius;* el *amæba coli* se ha encontrado también en los productos disentéricos del hombre en diferentes regiones geográficas muy distantes y por observadores muy numerosos y concienzudos. De consiguiente, es más que probable, puesto que tiene todos los caracteres de la evidencia, que en el estado actual de la ciencia, es, el *amæba coli*, el microbio generador de la disentería.

La anguíltula estercoralis de la familia de los nematodes, y que mide más ó ménos un milímetro de longitud, análoga á la filiaria de la sangre humana, ha sido también proclamada desde 1876, que la descubrió su autor, *Normand*, el elemento generador de la disentería, pero falta probar todavía, si en otras regiones que no sean la Cochinchina donde fué estudiado este gérmen, existe y puede comprobarse su presencia, porque de otra manera eso sólo demostraría que en la Cochinchina hay una disentería que la produce un nematode del lugar, además de las que pueda originar el amæba de *Lœsch*, en todas partes.

Muy de sentirse es, que entre todos los autores consultados para determinar la causa patogénica del mal que estudiamos, no hayamos encontrado todavía ninguno, que en sus experimentos de cultura de estos diferentes microbios, se le haya ocurrido, aunque fuera incidentalmente, someter sus colonias de reproducción, ó los primitivos generadores de esas colonias, á la acción determinada de algunos de los remedios usados contra la disentería, como por ejemplo la ipecacuana ó el sublimado, por considerarlo como una contraprueba de mucha significación.

Basados, pues, en estas consideraciones etiógicas, es natural deducir la gravedad suma que presenta una enfermedad como la disentería, de orígen microbiano, ya que sería curioso encontrar una de orígen análogo que no lo fuera. La primavera es la época que entre nosotros escoge de preferencia la enfermedad para hacer su aparición, sin duda porque siendo ésta la estación en que principian las lluvias, el calor y la humedad reinantes entónces, son propicios para su cultivo; y las aguas corrientes, un buen medio para la trasmisión de sus gérmenes. Así se vé que la epidemia estalla á la vez por todas partes, y ataca indiferentemente las clases pobres como las clases ricas, á todos los sexos y á todas las edades. Eceptuando los niños de pecho, acaso porque no beben agua, todo el resto de la población está expuesto al contagio. Y si es verdad que la mala alimentación y los desordenes digestivos la engendran en apariencia, no hay que considerarlos sino como simples causas ocasionales.

En cuanto al síndrome, la marcada gravedad que revela desde el principio, demuestra la alta categoría del mal. Precedida de gran malestar, la fisonomía del enfermo lo expresa desde algunos días antes. La desgana es casi completa, hay un quebrantamiento general y debilidad muscular. En seguida aparece el cortejo de síntomas abdominales: sensación dolorosa del vientre y sofocación, cámaras más ó ménos frecuentes de carácter bilioso, seguidas poco tiempo después, de las típicas disentéricas de agua de carne, en las que en un líquido seroso y teñido de sangre, sobrenadan piltrafas como de músculos macerados. Acólicas completamente y casi inodoras primero, toman luego un hedor de detritus anatómicos, que se acentúa á la par que las ulceraciones intestinales se hacen más extensas y profundas.

El enfermo, que ha tomado cama porque la frecuencia de las deposiciones y el agotamiento nervioso que lo abaten lo obligan á ello, presenta un dolor fijo en la fosa iliaca izquierda á la menor presión, que aumenta por grados y que constituye un síntoma muy característico; y una frecuencia tal de deyecciones, que á veces alcanza las cifras de 150 y de 200 en 24 horas. La enfermedad, aunque apirética en general, durante los dos ó tres primeros días, tan luego como la inflamación de la mucosa de los intestinos gruesos se acentúa si no se le pone remedio oportunamente, aparece acompañada de un estado febril entónces, de tipo remitente, propio de las inflamaciones viscerales y que oscila de ordinario entre 38 y 39° centígrados. Indicio cierto es, desde luego, la subida del termómetro, de que las ulceraciones del colon han comenzado ya y que por consiguiente, la prolongación del mal es segura y su pronóstico dudoso. El tenesmo, que aumenta incesantemente á cada nueva deyección, adquiere tal tenacidad y se hace tan contínuo, que sería inhumano no atender prontamente á aliviar síntoma tan insoportable y que causa una debilidad extraordinaria. El enflaquecimiento rápido y el hundimiento de los ojos en sus órbitas dan al enfermo una fisonomía lastimosa. El vientre se hunde, las eminencias iliacas y los bordes de las costillas inferiores se hacen prominentes. La lengua saburrosa en los primeros días y plana, se aguza y sus bordes y la punta se enrojecen. A medida que progresa el mal, se seca y aparecen las fuliginosidades, como precursoras de una catástrofe inminente. El pulso, al principio lleno, pasa á frecuente, pequeño y débil, hasta el grado de hacerse filiforme. La posición del enfermo, en decúbito lateral con las piernas flejadas sobre el abdómen y las manos entre las piernas, son la expresión objetiva de los dolores cólicos y del tenesmo. Los detritus de la mucosa se hacen más y más abundantes, hasta el punto de verse en las deyecciones, fragmentos tubulares de élla. Las pérdidas sanguíneas llegan á constituir hemorragias profusas y aún mortales; y el olor gangrenoso de las cámaras, que demuestra su origen, acompañadas del hipo y el meteorismo, son las señales de la perforación intestinal; y la muerte llega, ó con el cortejo del marasmo, ó con el de una peritonitis por perforación, en el curso de una veintena de días, cuando no se ha establecido desde los primeros momentos el tratamiento adecuado. El paso al estado crónico es también una consecuencia natural, aunque relativamente rara de esta afección. El diagnóstico estriba pues, en los síntomas premonitores, en el carácter especial de las deposiciones, en el dolor fijo sobre la fosa iliaca izquierda á la presión y luego expontáneamente y en la faces de gravedad con que aparece. El pronóstico, si grave, no es, por lo ménos entre nosotros, de funesto presagio, debido sin duda á los poderosos medios de combatir la enfermedad que en la actualidad poseemos. El proceso se fija con los caracteres de una colitis, pero de una colitis infectiva que comienza en la S iliaca y vá invadiendo sucesivamente uno tras otro cólon.

Como tratamiento, no admite discusión que la ipecacuana es el remedio por excelencia; pero la ipecacuana, sin miedo, á dósis masivas, buscando con esto, la acción purgante; precipitando de una vez por todo el canal intestinal una cantidad respetable del específico que destruya *in situ*, todo el elemento morbígeno que en ellos pulula. La fórmula que en estos casos me ha dado multitud de veces el resultado deseado no puedo resistir á la tentación de transcribirla aquí:

Rp. Raíz de ipecacuana machacada . . . 30 gr.
Agua . . . . . 200 id.
H. cocimiento cuélese y añadase:
Fosfato de soda . . . . . 30 id.
Mézclese.

Esta es naturalmente la dósis ordinaria para un

adulto y siempre la he administrado de la manera siguiente: divídase en 3 porciones iguales: dése á tomar la segunda 10 minutos después de la primera y al cabo de una hora la tercera. Entre la segunda y la tercera dósis, se prescribe un buen caldo frío para reforzar el enfermo y para ayudar la acción catártica. Desagradable por demás esta poción, procura en cambio un alivio tan rápido de los síntomas que bien compensa su malísimo sabor. Pocas horas después comienza á presentarse el efecto purgante, pero ya sin el carácter disentérico. La sangre desaparece como por encanto; las deposiciones abundantes y amarillas, vienen en seguida como la crisis del mal y muy rara vez me he visto precisado á recurrir de nuevo á la poción en solicitud de sus buenos efectos. Llega aquí el momento de detener el flujo intestinal, y después de 3 ó 4 deposiciones de carácter purgante, acostumbro dar al enfermo un cachet de polvos de Dower, de 0,50 cada 5 horas, lo que además de tener la ventaja de calmar el movimiento peristáltico, es una manera lenta y refracta de continuar administrando la ipecacuana. Un gran paño de manos de tejido esponjioso humedecido en agua caliente y á manera de un gran fomento, se pondrá sobre toda lo circunferencia abdominal del enfermo, cubierto con una tela impermeable de gutapercha, para evitar la evaporación y la incomodidad consiguiente de remudarlo con frecuencia. Las inyecciones grandes de sublimado corrosivo al 8.000 para obrar directamente sobre la mucosa enferma como lavatorios, así como los de ipecacuana, son de grande utilidad: pero cuando la enfermedad ha recorrido ya una larga parte de su período agudo, pueden tener el inconveniente de producir una perforación, en el caso de que esté próxima á efectuarse. La poción que menciono anteriormente es de tan preciosos efectos, en los casos agudos, que en cualquier momento, aún en aquellos que parezcan más críticos, consideraría para mí, como una falta grave, abstenerme de usarla, pues siempre que se trate de la verdadera disentería, de la disentería específica, el resultado es maravillosamente favorable. Otros colegas emplean y yo mismo la he empleado, aunque muy rara vez, la consabida fórmula de la ipeca á dósis refracta. Es buena, negarlo sería, negar que ese es el específico de la disentería, pero no teniendo la otra peligro alguno, puesto que mis observaciones y las de otros colegas—así me lo hacen creer—y siendo sus efectos más rápidos y seguros, no encuentro el motivo para que no sea la que se deba preferir.

Hay otra afección de forma disentérica, que á un ojo poco práctico, pudiera engañar á primera vista y exponer así el éxito de la curación del paciente; quiero hablar de las manifestaciones del paludismo localizadas sobre los intestinos gruesos. En efecto, toda la sintomatología ostenta un cortejo disentérico, pero si se observa que hay una intermisión muy marcada en los primeros días, en las horas del día ó de la noche en que tienen lugar las deposiciones, ya se puede ir en vía de un diagnóstico preciso. Los enfermos que sufren de esa manifestación del paludismo, tienen por lo común de notable, que por ejemplo: si el día anterior hubo el mayor número de deyecciones en el día ó en parte del día ó de la noche, en el mismo orden se suceden los fenómenos. Además, las primeras deposiciones nunca son de una vez de aspecto disentérico, y ya tienen una apariencia de yerbas molidas, ó son de sangre pura: y aún en el mismo día, en las horas de la intermisión, aunque la frecuencia parezca la misma, hay que observar que no tienen la misma apariencia, así por ejemplo: cuando la intermisión paludosa tiene efecto en la mañana, aquellas tienen el color ó verde oscuro ó de sangre, mientras que los correspondientes á la exhacerbación toman más pronunciado el tipo disentérico ó decididamente hemorrágico. El tratamiento, que lo constituye en estos casos esencialmente la quinina, acompañada de la ergotina y los ácidos minerales, y el opio, demuestra en el curso del mal su origen, pues á medida que disminuyen los síntomas intestinales, se acentúan los síntomas febriles, á pesar de que parecería ilógico, pues debería con la quinina, desaparecer á la vez la fiebre. Mas no sucede así; y como solamente hago una referencia práctica, no hallando una explicación satisfactoria del hecho; dejo á otros la tarea de buscarla. Por ahora solo me ocurre hacer notar, que existiendo en toda enfermedad de causa palúdica, en la sangre del enfermo, siempre el pigmento palúdico, serviría esta manifestación microscópica, de contraprueba á lo que dejo expuesto. Sensible, es, sin embargo, que desaparezca este signo tan precioso, tan luego como se administra la quinina, por lo cual, siendo tan importante, convendría tener un medio bastante práctico de observar la sangre, que redundaría tanto en provecho propio, como del paciente y muy particularmente del progreso científico, si antes de hacer uso del referido alcaloide, se pudieran precisar sus indicaciones.

La profilaxia de la disentería específica se reduce, pues, á impedir los resfríos, las indigestiones y sobre todo la ingestión de líquidos que no hayan sido de antemano sometidos á la acción microbicida del fuego. Es preciso evitar también el hacer uso de los escusados donde se hayan arrojado los productos disentéricos, si no se ha tenido el cuidado de desinfectarlos debidamente; y en tiempos de epidemia, evitar las acumulaciones de personas sanas en los sitios donde hay disentéricos, como suele suceder en los cuarteles y hospitales; porque los productos fecales de éstos, son conductores de la infección.

Lo que se llama disentería crónica, no es otra cosa que el simple catarro intestinal crónico. Su causa está limitada á las lesiones ulcerosas que quedaron de aquella, y como tal debe tratarse, corrigiendo la dispepsia que lo acompaña y modificando directamente la mucosa enferma con los grandes enemas que bañen toda la superficie de los intestinos gruesos, tales como de sulfato de soda, sulfato de zinc, permanganato de potasa etc., etc. Decimos pues, para terminar, que es un simple catarro crónico, ó una blenorrea intestinal, la disentería crónica; porque hasta ahora tenemos como cierto, que toda enfermedad microbiana, termina siempre en un ciclo, que lo fija, el perecimiento del microbio que lo causa, por la esterilidad que él mismo crea en el medio en que vive: y como esa estirilidad, ya sea temporal ó definitiva, necesita del factor tiempo para cesar en el organismo humano; la disentería como enfermedad de esa clase, debe estar sometida á las mismas leyes generales, que las otras de su género, como la fiebre amarilla, la tifoidea, las fiebres eruptivas, etc.

Tratamiento del myxœdema.

POR EL DR. E. MEIER PLEGEL

Es tal la importancia dada en estos últimos tiempos á la terapéutica llamada sustitutiva, que casi no hay estado patológico para el cual no se haya aplicado el nuevo método, que consiste, no en el *similia similibus*, sino en *aequalia aequalibus*, pues se trata nada ménos que de devolver á un organismo, afectado por la enfermedad de uno de sus órganos, el principio activo del mismo órgano, extraído de un animal; y es al carnero al que en esta nueva cruzada de la ciencia le ha tocado el puesto de honor.

Desde la más remota antigüedad, se usaba en la India, solamenteque se servían con preferencia de testículos de macho cabrío. Leyden en su estudio sobre el tratamiento de la ataxia, dice haber encontrado en las obras de Plinio, que entre los griegos y los romanos se usaba el sémen ó la maceración de testículos de burro para el tratamiento de la impotencia, y el Doctor E. Blanc, en una comunicación á *La Semaine Medicale* dice: "el sistema es antiguo en la China, pues el Pent'sao, materia médica de los chinos, no contiene ménos de 37 sustancias distintas, extraídas de jugos animales y provistas de virtudes curativas; y es cosa corriente en el Celeste Imperio, ver publicadas en el periódico oficial, ya recompensas acordadas á hijos abnegados que han dado á su padre enfermo un pedazo de su propia carne, ya sentencias de muerte contra charlatanes que han sacrificado á un niño para extraerle un órgano con fines medicinales."

En los modernos tiempos fué iniciado por Brown Sequard para el tratamiento de la impotencia y aplicado luego por Babes bajo el nombre ee trasfusión nerviosa, siguiéndole Onimus con el extracto de corazón para el tratamiento de la disnea con debilidad cardiaca, Langlois y Abelous, el de las cápsulas supra-renales para la enfermedad de Basedow, el de riñon por Dieulafoi para el tratamiento de la uremia y por último Comby y Mackenzie el de pancreas para la diabetes.

Pero de todas las enfermedades tratadas hasta hoy por este método en la única que ha dado resultados incontrovertibles es en el myxoedema.

Conócese bajo este nombre ó el de caquexia paquidérmica, una enfermedad descrita primero por W. Gull, de etiología bastante oscura, pero ocupando preferente puesto el frío húmedo y las influencias morales de caracter depresivo. Se presenta con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre; y Bourneville y Ollier citan un caso en el niño: comienza habitualmente con un pseudo-edema, que por lo regular se limita á la cara y á las extremidades; y que al generalizarse remeda más la polisarcia, que la enfermedad de Bright en el período del anasarca, pseudo-edema debido á la transformación mucoide del tejido celular. La cara se ensancha trasversalmente y presenta una apariencia de bondad, á las veces hasta agradable; los ojos lánguidos, las mejillas sonrosadas y los lábios rojo de púrpura; pero á medida que la enfermedad hace progresos, la cara se pone como embotada, los párpados inferiores tumefactos y rígidos, la nariz achatada, los labios gruesos y cianóticos y la boca ensanchada transversalmente no se abre sino con dificultad; el pelo cae por lugares debido á la atrofia de los folículos.

Las extremidades tumefactas y deformadas principalmente las inferiores, se hayan cubiertas de una piel seca, gruesa y escamosa, que ha hecho dar á la enfermedad el nombre de *caquexia paquidérmica;* á veces las mucosas participan de las mismas alteraciones, las encías sangran con facilidad, la lengua se vuelve espesa, lo que dá á la palabra un carácter especial; el enfermo habla con lentitud y fañosea como al principio de una amigdalitis; la infiltración puede estenderse al velo del paladar y á la laringe, en cuyo caso la voz se estingue; los enfermos siempre anémicos presentan una gran apatía, todos los movimientos se ejecutan con lentitud, la fuerza muscular está disminuida y cualquier esfuerzo va acompañado de fatiga; la sensibilidad general y táctil se encuentra ligeramente embotada; paresía que se asemeja al entorpecimiento causado por el frío; el andar es lento, pero firme y seguro y no hace jamás vacilar á ménos que los enfermos no traten de precipitarse; el pulso muy lento y una disnea poco acentuada y debida exepcionalmente á una alteración pleuro-pulmonar.

Los cambios orgánicos se verifican con lentitud, como lo demuestra la cantidad de urea eliminada en 24 horas, que llega á bajar hasta 14 gramos; y la temperatura axilar, que desciende hasta 34.5, las reglas disminuidas, á veces ausentes; la inteligencia muy debilitada puede llegar hasta el cretinismo lo que ha hecho llamar á la enfermedad por algunos: *edema cretinoides.*

Para explicar la apatía, la lentitud de los movimientos y la obtusión de las sensaciones, se puede admitir la explicación dada por Ord: que los filetes nerviosos terminales hundidos en una sustancia aisladora, reciben con más dificultad y con mayor lentitud las impresiones exteriores, pero para explicar la debilidad intelectual es más admisible la opinión de Goodhart, que la atribuye á una alteración del tejido celular del encéfalo, análoga á la observada en otros órganos.

En las autopsias practicadas, no se ha encontrado sino una lesión constante: la atrofia de la glandula tyroidea; y como ningún resultado se obtenía por los más diversos tratamientos, se pensó en aplicar el método llamado sustitutivo.

Horsley, apoyado en las experiencias de Schiff; estirpa la glándula tyroides á un animal y la reemplaza, injertando en la cavidad abdominal la glándula tyroidea de un animal de la misma especie, y logra detener los accidentes consecutivos á la extirpación de la glándula. Bircher recurre al mismo proceder en el hombre en un caso de myxoedema operatorio, y el éxito corona sus esperanzas.

adulto y siempre la he administrado de la manera siguiente: divídase en 3 porciones iguales: dése á tomar la segunda 10 minutos después de la primera y al cabo de una hora la tercera. Entre la segunda y la tercera dósis, se prescribe un buen caldo frío para reforzar el enfermo y para ayudar la acción catártica. Desagradable por demás esta poción, procura en cambio un alivio tan rápido de los síntomas que bien compensa su malísimo sabor. Pocas horas después comienza á presentarse el efecto purgante, pero ya sin el carácter disentérico. La sangre desaparece como por encanto; las deposiciones abundantes y amarillas, vienen en seguida como la crisis del mal y muy rara vez me he visto precisado á recurrir de nuevo á la poción en solicitud de sus buenos efectos. Llega aquí el momento de detener el flujo intestinal, y después de 3 ó 4 deposiciones de carácter purgante, acostumbro dar al enfermo un cachet de polvos de Dower, de 0,50 cada 5 horas, lo que además de tener la ventaja de calmar el movimiento peristáltico, es una manera lenta y refracta de continuar administrando la ipecacuana. Un gran paño de manos de tejido esponjioso humedecido en agua caliente y á manera de un gran fomento, se pondrá sobre toda lo circunferencia abdominal del enfermo, cubierto con una tela impermeable de gutapercha, para evitar la evaporación y la incomodidad consiguiente de remudarlo con frecuencia. Las inyecciones grandes de sublimado corrosivo al 8.000 para obrar directamente sobre la mucosa enferma como lavatorios, así como los de ipecacuana, son de grande utilidad: pero cuando la enfermedad ha recorrido ya una larga parte de su período agudo, pueden tener el inconveniente de producir una perforación, en el caso de que esté próxima á efectuarse. La poción que menciono anteriormente es de tan preciosos efectos, en los casos agudos, que en cualquier momento, aún en aquellos que parezcan más críticos, consideraría para mí, como una falta grave, abstenerme de usarla, pues siempre que se trate de la verdadera disentería, de la disentería específica, el resultado es maravillosamente favorable. Otros colegas emplean y yo mismo la he empleado, aunque muy rara vez, la consabida fórmula de la ipeca á dósis refracta. Es buena, negarlo sería, negar que ese es el específico de la disentería, pero no teniendo la otra peligro alguno, puesto que mis observaciones y las de otros colegas—así me lo hacen creer—y siendo sus efectos más rápidos y seguros, no encuentro el motivo para que no sea la que se deba preferir.

Hay otra afección de forma disentérica, que á un ojo poco práctico, pudiera engañar á primera vista y exponer así el éxito de la curación del paciente; quiero hablar de las manifestaciones del paludismo localizadas sobre los intestinos gruesos. En efecto, toda la sintomatología ostenta un cortejo disentérico, pero si se observa que hay una intermisión muy marcada en los primeros días, en las horas del día ó de la noche en que tienen lugar las deposiciones, ya se puede ir en vía de un diagnóstico preciso. Los enfermos que sufren de esa manifestación del paludismo, tienen por lo común de notable, que por ejemplo: si el día anterior hubo el mayor número de deyecciones en el día ó en parte del día ó de la noche, en el mismo orden se suceden los fenómenos. Además, las primeras deposiciones nunca son de una vez de aspecto disentérico, y ya tienen una apariencia de yerbas molidas, ó son de sangre pura: y aún en el mismo día, en las horas de la intermisión, aunque la frecuencia parezca la misma, hay que observar que no tienen la misma apariencia, así por ejemplo: cuando la intermisión paludosa tiene efecto en la mañana, aquellas tienen el color ó verde oscuro ó de sangre, mientras que los correspondientes á la exhacerbación toman más pronunciado el tipo disentérico ó decididamente hemorrágico. El tratamiento, que lo constituye en estos casos esencialmente la quinina, acompañada de la ergotina y los ácidos minerales, y el opio, demuestra en el curso del mal su origen, pues á medida que disminuyen los síntomas intestinales, se acentúan los síntomas febriles, á pesar de que parecería ilógico, pues debería con la quinina, desaparecer á la vez la fiebre. Mas no sucede así; y como solamente hago una referencia práctica, no hallando una explicación satisfactoria del hecho; dejo á otros la tarea de buscarla. Por ahora solo me ocurre hacer notar, que existiendo en toda enfermedad de causa palúdica, en la sangre del enfermo, siempre el pigmento palúdico, serviría esta manifestación microscópica, de contraprueba á lo que dejo expuesto. Sensible, es, sin embargo, que desaparezca este signo tan precioso, tan luego como se administra la quinina, por lo cual, siendo tan importante, convendría tener un medio bastante práctico de observar la sangre, que redundaría tanto en provecho propio, como del paciente y muy particularmente del progreso científico, si antes de hacer uso del referido alcaloide, se pudieran precisar sus indicaciones.

La profilaxia de la disentería específica se reduce, pues, á impedir los resfríos, las indigestiones y sobre todo la ingestión de líquidos que no hayan sido de antemano sometidos á la acción microbicida del fuego. Es preciso evitar también el hacer uso de los escusados donde se hayan arrojado los productos disentéricos, si no se ha tenido el cuidado de desinfectarlos debidamente; y en tiempos de epidemia, evitar las acumulaciones de personas sanas en los sitios donde hay disentéricos, como suele suceder en los cuarteles y hospitales; porque los productos fecales de éstos, son conductores de la infección.

Lo que se llama disentería crónica, no es otra cosa que el simple catarro intestinal crónico. Su causa está limitada á las lesiones ulcerosas que quedaron de aquella, y como tal debe tratarse, corrigiendo la dispepsia que lo acompaña y modificando directamente la mucosa enferma con los grandes enemas que bañen toda la superficie de los intestinos gruesos, tales como de sulfato de soda, sulfato de zinc, permanganato de potasa etc., etc. Decimos pues, para terminar, que es un simple catarro crónico, ó una blenorrea intestinal, la disentería crónica; porque hasta ahora tenemos como cierto, que toda enfermedad microbiana, termina siempre en un ciclo, que lo fija, el perecimiento del microbio que lo causa, por la esterilidad que él mismo crea en el medio en que vive: y como esa estirilidad, ya sea temporal ó definitiva, necesita del factor tiempo para cesar en el organismo humano; la disentería como enfermedad de esa clase, debe estar sometida á las mismas leyes generales, que las otras de su género, como la fiebre amarilla, la tifoidea, las fiebres eruptivas, etc.

Tratamiento del myxœdema.

POR EL DR. E. MEIER PLEGEL

Es tal la importancia dada en estos últimos tiempos á la terapéutica llamada sustitutiva, que casi no hay estado patológico para el cual no se haya aplicado el nuevo método, que consiste, no en el *similia similibus*, sino en *aequalia aequalibus*, pues se trata nada ménos que de devolver á un organismo, afectado por la enfermedad de uno de sus órganos, el principio activo del mismo órgano, extraído de un animal; y es al carnero al que en esta nueva cruzada de la ciencia le ha tocado el puesto de honor.

Desde la más remota antigüedad, se usaba en la India, solamenteque se servían con preferencia de testículos de macho cabrío. Leyden en su estudio sobre el tratamiento de la ataxia, dice haber encontrado en las obras de Plinio, que entre los griegos y los romanos se usaba el sémen ó la maceración de testículos de burro para el tratamiento de la impotencia, y el Doctor E. Blanc, en una comunicación á *La Semaine Medicale* dice: "el sistema es antiguo en la China, pues el Pent'sao, materia médica de los chinos, no contiene ménos de 37 sustancias distintas, extraídas de jugos animales y provistas de virtudes curativas; y es cosa corriente en el Celeste Imperio, ver publicadas en el periódico oficial, ya recompensas acordadas á hijos abnegados que han dado á su padre enfermo un pedazo de su propia carne, ya sentencias de muerte contra charlatanes que han sacrificado á un niño para extraerle un órgano con fines medicinales."

En los modernos tiempos fué iniciado por Brown Sequard para el tratamiento de la impotencia y aplicado luego por Babes bajo el nombre ee trasfusión nerviosa, siguiéndole Onimus con el extracto de corazón para el tratamiento de la disnea con debilidad cardiaca, Langlois y Abelous, el de las cápsulas supra-renales para la enfermedad de Basedow, el de riñon por Dieulafoi para el tratamiento de la uremia y por último Comby y Mackenzie el de pancreas para la diabetes.

Pero de todas las enfermedades tratadas hasta hoy por este método en la única que ha dado resultados incontrovertibles es en el myxoedema.

Conócese bajo este nombre ó el de caquexia paquidérmica, una enfermedad descrita primero por W. Gull, de etiología bastante oscura, pero ocupando preferente puesto el frío húmedo y las influencias morales de caracter depresivo. Se presenta con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre; y Bourneville y Ollier citan un caso en el niño: comienza habitualmente con un pseudo-edema, que por lo regular se limita á la cara y á las extremidades; y que al generalizarse remeda más la polisarcia, que la enfermedad de Bright en el período del anasarca, pseudo-edema debido á la transformación mucoide del tejido celular. La cara se ensancha trasversalmente y presenta una apariencia de bondad, á las veces hasta agradable; los ojos lánguidos, las mejillas sonrosadas y los lábios rojo de púrpura; pero á medida que la enfermedad hace progresos, la cara se pone como embotada, los párpados inferiores tumefactos y rígidos, la nariz achatada, los labios gruesos y cianóticos y la boca ensanchada transversalmente no se abre sino con dificultad; el pelo cae por lugares debido á la atrofia de los folículos.

Las extremidades tumefactas y deformadas principalmente las inferiores, se hayan cubiertas de una piel seca, gruesa y escamosa, que ha hecho dar á la enfermedad el nombre de *caquexia paquidérmica;* á veces las mucosas participan de las mismas alteraciones, las encías sangran con facilidad, la lengua se vuelve espesa, lo que dá á la palabra un carácter especial; el enfermo habla con lentitud y fañosea como al principio de una amigdalitis; la infiltración puede estenderse al velo del paladar y á la laringe, en cuyo caso la voz se estingue; los enfermos siempre anémicos presentan una gran apatía, todos los movimientos se ejecutan con lentitud, la fuerza muscular está disminuida y cualquier esfuerzo va acompañado de fatiga; la sensibilidad general y táctil se encuentra ligeramente embotada; paresía que se asemeja al entorpecimiento causado por el frío; el andar es lento, pero firme y seguro y no hace jamás vacilar á ménos que los enfermos no traten de precipitarse; el pulso muy lento y una disnea poco acentuada y debida exepcionalmente á una alteración pleuro-pulmonar.

Los cambios orgánicos se verifican con lentitud, como lo demuestra la cantidad de urea eliminada en 24 horas, que llega á bajar hasta 14 gramos; y la temperatura axilar, que desciende hasta 34.5, las reglas disminuidas, á veces ausentes; la inteligencia muy debilitada puede llegar hasta el cretinismo lo que ha hecho llamar á la enfermedad por algunos: *edema cretinoides.*

Para explicar la apatía, la lentitud de los movimientos y la obtusión de las sensaciones, se puede admitir la explicación dada por Ord: que los filetes nerviosos terminales hundidos en una sustancia aisladora, reciben con más dificultad y con mayor lentitud las impresiones exteriores, pero para explicar la debilidad intelectual es más admisible la opinión de Goodhart, que la atribuye á una alteración del tejido celular del encéfalo, análoga á la observada en otros órganos.

En las autopsias practicadas, no se ha encontrado sino una lesión constante: la atrofia de la glandula tyroidea; y como ningún resultado se obtenía por los más diversos tratamientos, se pensó en aplicar el método llamado sustitutivo.

Horsley, apoyado en las experiencias de Schiff; estirpa la glándula tyroides á un animal y la reemplaza, injertando en la cavidad abdominal la glándula tyroidea de un animal de la misma especie, y logra detener los accidentes consecutivos á la extirpación de la glándula. Bircher recurre al mismo proceder en el hombre en un caso de myxoedema operatorio, y el éxito corona sus esperanzas.

Otros cirujanos modifican el proceder de Schiff, injertando fragmentos de glándula tyroidea sacada del conejo, no en la cavidad abdominal sino bajo la piel del torax, y obtienen igualmente buenos resultados; más tarde aconseja Murray en vez de los ingertos, las inyecciones subcutáneas de extracto de la glándula; proceder que ha dado buenos resultados en manos de Mendel, quien ha logrado una notable mejoría, por la inyección diaria de media jeringuilla de extracto de la glándula del carnero. Aplicado el método por tan distintos sistemas, natural era pensar en aprovechar la vía más cómoda; es decir, la gastro-intestinal, aconsejada ya por Mackenzie y Fox; y últimamente el Profesor Howitz ha comunicado al Congreso de Ciencias Naturales reunido en Kopenhagen, los buenos resultados por él obtenidos con la ingestión de glándula tyroidea, persentando una enferma que ha curado en poco tiempo.

El tratamiento comenzó el 27 de marzo, haciendo injerir diariamente cuatro glóbulos glandulares bien limpios, machacados y hervidos en agua, dósis inicial que empleó hasta el 27 de abril del mismo año; y desde esta última fecha hasta el 5 de mayo dos lóbulos cada dos días. Ya á los 3 días de tratamiento se empezaron á notar modificaciones en las partes exteriores; y desde entonces la mejoría siguió en progreso. La acción del medicamento se manifestó por un aumento de la diuresis, al mismo tiempo que aumentó el peso específico de la orina, el pulso se hizo más lleno y más fuerte, la temperatura se conservó siempre normal, en las manos se cayó el epidermis por grandes colgajos; á los tres días de tratamiento se presentó una gran erupción de urticaria, tanto en el tronco como en los miembros, mejorándose cuando el tratamiento se suspendía. Durante éste, se presentaron ataques estenocardicos con pulso acelerado y pequeño tomando algunas veces caracteres tan alarmantes que forzaban á suspender la ingestión de las glándulas.

La enferma se debilitó mucho al principio, pero se repuso luego rápidamente. Para el 17 de abril de 1892 ya la enferma estaba muy delgada, la cara presentaba su aspecto natural, los labios más delgados y con su color normal, en la parte superior y posterior de la cabeza le han salido cabellos, han cesado las hemorragias que tenía al principio por las encías; y la menstruación se ha restablecido. Después de haber obandonado el hospital, se han presentado ligeras recaídas, que han desaparecido en poco tiempo á beneficio de la ingestión de nuevas cantidades de glándulas; y siempre ha coincidido la aparición de urticaria con la ingestión de glándulas. El Profesor Howitz ha tenido oportunidad de tratar otros dos casos en su clínica y el doctor S. Laache ha tratado un caso por el mismo método, con éxito, lo que ha hecho que se haya generalizado ya en Dinamarca.

Los resultados obtenidos por el nuevo método, han sido en general más favorables que los esperados por las inyecciones hipodérmicas, presentando las ventajas de una mayor facilidad para su empleo; y la de poner á cubierto de los accidentes que pueden sobrevenir á consecuencia de las inyecciones hipodérmicas, por muchas que sean las precauciones tomadas en su empleo.

Caracas: Abril de 1893.

EL SEDAL

POR EL DR. F. A. RISQUEZ

El orígen del sedal no ha podido descubrirse entre las tinieblas de los remotos tiempos. Mas, sí puede asegurarse que nació para la práctica cuando las fuentes de la Medicina brotaban de la experiencia, cuando el arte de curar sacaba sus inspiraciones de la observación atenta de los hechos, cuando la enseñanza de la naturaleza, maestra de las ciencias físicas y primitiva poseedora de sus secretos, se imponía sobre las explicaciones balbuceadas por el raciocinio, que si se atreve á investigar, no siempre encuentra, y si osa interpretar, no pocas veces yerra.

Para aquellos tiempos aparecieron los *exutorios*, apoyados en el famoso aforismo cuya exactitud no ha sido aún desmentida: *duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum*. Y entre todos sobresalió el sedal, porque llenaba la triple condición de *derivar, excitar y expoliar*, de una manera sostenida, tan prolongada cuanto se quisiera, y por la facilidad de aplicarse en casi todas las regiones del cuerpo.

Luégo, la observación vino demostrando hasta la saciedad que las inflamaciones crónicas, los infartos viscerales, los procesos diatésicos localizados, cedían á la acción sostenida de un sedal. Que la escuela galenista, única, de paso sea dicho, que ha podido resistir el exámen á la luz deslumbradora de las modernas teorías, explicase la acción del sedal por la expulsión de los humores pecantes, ó que fuese otra cualquiera la explicación, el hecho estaba allí, firme, de pié, imponente, entre los cataclismos de doctrinas que se levantaban y caían en el rudo batallar del progreso científico,

Y el sedal extendió sus aplicaciones. Los quistes, los tumores sólidos, fueron destruidos á beneficio del exutorio en cuestión; y cuando la cirugía avanzó y enseñó nuevos, más seguros y más rápidos medios de exéresis, volvió el sedal á sus primeras aplicaciones, nó derrotado, sino restituido á sus primitivos legítimos dominios.

A mediados del presente siglo, la Academia de Medicina de París presenció una ruidosa discusión, á propósito del sedal, en la que se distinguieron Malgagne y Bouvier, y de la cual resultó establecido que el sedal produce una derivación tan marcada, una corriente tan segura, un efecto tan sostenido sobre el organismo, que "no se puede suprimir bruscamente y sin peligros un sedal llevado largo tiempo," es decir, que su acción es innegable.

Porque el sedal *deriva:* es decir, atrae, por la doble vía nerviosa y circulatoria, el trabajo patológico que se está haciendo en un sitio delicado, hacia otro ménos peligroso y más manejable.

Porque el sedal *excita:* esto es, provoca reacciones repetidas á cada cura, que vigorizan el movimiento orgánico, de cuya actividad depende la resolución de los procesos mórbidos, la restitución de la normalidad funcional.

Porque el sedal *expolia:* de otro modo, extrae fuera del organismo principios ó elementos, cuya presencia perturba ó entorpece el juego de los órganos.

Y todo eso á un tiempo, de una vez, por un medio sencillo, por un procedimiento sin peligros, por tiempo indefinido y de un modo que no colide con las necesidades diarias de la vida activa.

Y continúa la observación enseñándonos que, entre nosotros, donde los infartos viscerales, sobre todo del hígado, son tan frecuentes, como consecuencia necesaria del múltiple papel de esta glándula y la acción del calor; que en nuestros climas, donde los estados constitucionales provocan congestiones de mucosas y parenquimas, punto de partida de inflamaciones crónicas; que aquí, donde la supresión del sudor, de una erupción antigua, de una eliminación habitual, son tan comunmente orígenes de congestiones, infartos, flegmasías internas, el sedal, un exutorio cualquiera, restituyendo el hábito mórbido, ó equilibrando la eliminación, restituye la normalidad de órganos y de funciones.

Pudiéramos citar numerosísimos ejemplos de efectos benéficos del sedal, de curaciones incontestablemente debidas á él. Nos bastaría echar una mirada retrospectiva á nuestra práctica de 17 años, ó interrogar la de nuestros viejos médicos, de esos que van por la senda de la profesión apoyados en su experiencia como en un firme báculo, fijas sus miradas en los horizontes que el progreso científico va desplegando ante éllos, y bañadas sus sienes en los resplandores de la ciencia, que cada día brilla con mayor fuerza y crece con mayor explendidez; nos bastaría en fin, prestar oído á las bendiciones con que pagan su deuda de gratitud al sedal, enfermos como aquel de todos nosotros conocido, que después de haber pedido inútilmente auxilio á los más afamados médicos de ambos mundos, peregrino por muchos años en busca de su salud perdida, vino un día desesperado á recibir de un sedal el beneficio duradero que la alta ciencia no había logrado concederle.

Pero si, á fuer de jóvenes inteligentes, enamorados del raciocinio, hay entre nosotros quienes no quieran conformarse con la elocuencia de los hechos, sino que sólo aceptan lo que la ciencia puede explicarles, veamos de explicar el modo de obrar y los efectos del sedal.

Por antigua que sea, la idea de la derivación no ha envejecido: la derivación es un método terapéutico de diario empleo, y el fuego, que en los tiempos modernos se ha querido erigir en procedimiento soberano, tiene sólo dos de los efectos del sedal: excita y deriva, pero no expolia, y esta última acción se juzga de importancia tal, que los vegigatorios, única clase de derivativos que tienen ese triple efecto combinado, lejos de caer en desuso, crecen cada día más en aplicaciones. Pero el vejigatorio no puede sostenerse, como el sedal, y ha quedado como recurso de gran valor en los procesos agudos, dejando á este otro su primacía en los procesos crónicos.

El sedal es, pues, un exutorio: como la *moxa*, pero ésta no produce expoliación y es de efecto pasagero; como la *fuente*, pero ésta no es aplicable sino en determinadas regiones; como el *vegigatorio*, pero la acción de éste se agota en corto tiempo. Si por su multiplicidad de efectos, los exutorios están por sobre todos los revulsivos, por sus ventajas, el sedal es el primero de los exutorios.

Pero hay más todavía. Modernísimas observaciones dan, á mi ver, un fuerte apoyo al sedal.

La experiencia ha demostrado que en algunos estados infectivos y en algunas inflamaciones, la aparición de focos supurantes apaga aquéllos y precipita la resolución de éstas. Qué práctico no ha visto aparecer abcesos y forúnculos al fin de una fiebre tifoidea, anunciando siempre una terminación feliz del proceso infectivo? Fochier (de Lyon) erige en método para curar la septicemia puerperal, la piohemia, la osteomielitis, la erisipela, la fiebre tifoidea, etc., la formación artificial de abcesos subcutáneos por medio de inyecciones hipodérmicas de líquidos irritantes, como la trementina. Bépine le imita, y trata sus pneumónicos por el mismo método de los abcesos artificiales. Aqui, nuestro compañero el Dr. Seco ha empezado á ponerlo en práctica, y conocemos un caso de su clientela privada, de septicemia puerperal, cuya curación atribuye á un abceso formado á consecuencia de una inyección hipodérmica de éter.

Obsérvese, primero, á la naturaleza eliminando por procesos de supuración los principios morbíficos, y véanse ya los estados inflamatorios é infectivos tratados sistemáticamente por la creación de focos supurantes subcutáneos. *Ars imitatio naturæ*. No procede del mismo modo el sedal? No es el nuevo método una confirmación del antiguo?

Sea, ahora, que la curación en tales casos dependa, como piensa el mismo Fochier, de que esos focos son *abcesos de fijación*, esto es, colecciones á donde van á reunirse los principios infectivos patogénicos; sea, como imagina Chantemessé, conforme con la observación que muestra los leucocitos multiplicándose en las inflamaciones, principalmente si terminadas por supuración, que esos procesos supurativos aumentan la leucocitosis, y desde luego, la fagocitosis, medio el más natural y eficaz para destruir los gérmenes infectivos; de todos modos, el hecho es indiscutible, aun cuando pueda prestarse á diversas interpretaciones.

En resúmen:

El sedal es un *excitante* local, como hay muchos; es un *derivativo*, como hay pocos; es un *espoliador* como no hay otro, si no es el vegigatorio. El sedal es un exutorio tan seguro, activo y constante, como no hay ninguno capaz de reemplazarlo en los procesos crónicos; y si á todo esto se agrega que como foco supurante, aniquila las inflamaciones é infecciones, convendremos en que es un medio soberano de revulsión que no merece el desdén con que se le mira en nuestros días.

SOCIEDAD DE MEDICOS Y CIRUJANOS

Sesión del 8 de mayo.—Presidencia Dr. RÍSQUEZ.—

Del valor terapéutico del sedal.—(Continuación.)

El DR. ACOSTA ORTIZ.—El sedal obra produciendo una supuración local; ahora bien, ¿está autorizado el médico para provocar cualquier supuración, exponiendo á su enfermo á todos los peligros acarreados por élla, como la posible formación de flemones, angioleucitis, erisipelas etc., dadas y aceptadas las teorías modernas sobre la asociación de microbios?

Esto á priori; y en lo que se refiere á hechos clínicos que pretendan probar los buenos efectos del sedal, no me satisface su número; agregando que las cuatro veces que he visto hacer aplicaciones del sedal por diferentes causas, sus efectos han sido nulos.

El DR. HERRERA TOVAR.—Y las sanguijuelas, la ser aplicadas, no podrían entónces producir esos mismos accidentes sépticos de que nos habla el Dr. Acosta Ortíz?

DR. RAZETTI.—Pero la antisepsia es perfectamente aplicable para las aplicaciones de sanguijuelas, mientras que es contraria á las del sedal.

DR. RÍSQUEZ.—Deduzco de todo lo que he oído que podemos considerar al sedal en principio y clínicamente:

En principio el sedal es un derivativo y los beneficios de su derivación no se pueden negar. Hoy se trata de explicar la derivación por fenómenos vaso motrices; tiene pues, perfecta razón de ser útil el sedal.

Como medio expoliador no se pueden negar sus ventajas, pues este mismo efecto lo producen los vegigatorios, purgantes, sudoríficos etc., etc.

AÑO I.—MES III. CARACAS: 15 DE JUNIO DE 1893 NUM. 5

GACETA MEDICA DE CARACAS

Director: Dr. Luis Razetti.

CUERPO DE REDACCION

MEDICINA: Doctores T. Aguerrevere Pacanins, N. Guardia, hijo, B. Herrera Vegas, P. Herrera Tovar, E. Meier Flegel, J. M. Rios Llamozas, F. A. Risquez.
CIRUJIA: Doctores P. Acosta Ortiz, A. Couturier, J. M. Escalona, M. Herrera, M. R. Ruiz, J. de D. Villegas Ruiz.

Administrador: Br. Jesús G. Sucre.

GACETA MEDICA DE CARACAS

Caracas: 15 de Junio de 1893

ADVERTENCIA

Los señores suscritores que no hayan recibido el número anterior se servirán avisarlo al Administrador ó reclamarlo en la oficina del periódico, Sur 6, N° 29.

SUMARIO

UN CASO DE ERITROMELALGIA, *por el Dr. F. A. Risquez.*
VACUNA ANIMAL, *por el Dr. B. Herrera Vegas.*
INTERROGATORIO SOBRE LA PARÁLISIS, *por el Dr. Toribio González.*
LECCIONES DE BACTERIOLOGÍA, *por el Dr. José G. Hernández.*
SOCIEDAD DE MÉDICOS Y CIRUJANOS.
EL TESTÍCULO PALUDOSO, *por el Dr. L. Razetti.*
PRENSA EXTRANGERA.—*Resultados de las inyecciones de líquido testicular.*
MEDICINA PRÁCTICA.
NOTAS.

TRABAJOS ORIGINALES

Un caso de eritromelalgia.

POR EL DR. F. A. RISQUEZ

La rareza de esta enfermedad entre nosotros, pues no sabemos se haya observado ningún caso antes de de ahora, nos hace suponer interesante la relación de éste, actualmente bajo nuestros cuidados.

El señor N. N., hoy de 35 años de edad, sin antecedentes personales ni hereditarios dignos de especial mención, fué, cuando niño, de una constitución delicada; pero de los 12 á los 15 años estuvo sometido á un ejercicio activo, andando diariamente á pié durante horas por caminos montañosos, lo cual modificó su constitución, robusteciéndola notablemente. A los 17 años empezó su carrera militar, en la cual siguió la vida activa, ganando en fortaleza física.

En 1880, es decir, como á los 22 años, sufrió de unos dolores calificados de reumáticos, que cedieron al tratamiento por el salicilato de sodio. Por esa misma época tuvo un chancro acompañado de bubón no supurado, curándose uno y otro sin dejar huellas, ostensibles, al menos, pues nunca ha presentado síntomas capaces de hacer creer en una infección sifilítica. Poco después tuvo también un dolor reumático en la muñeca derecha, que cedió fácil y expontáneamente. Ha sido, en suma, fuera de lo indicado, un hombre sano y robusto.

En 1888 empezó á sentir en el pié izquierdo un dolor, que compara á un calambre, nacido de la raíz del 1º y 2º dedos é irradiado hacia el dorso del pié, despertado *solamente* por la marcha. A poco notó que la piel del dorso del pié tomaba una coloración rojiza, que fué creciendo en matiz y en extensión. Igualmente observó nudosidades dolorosas á la presión, á lo largo de la pierna, y algunas también en el dorso de la mano, siempre del lado izquierdo, todas las cuales desaparecieron para reaparecer en los mismos sitios, ó en otros distintos, pero con el mismo carácter doloroso á la presión.

En 1889 se le presentó sobre el mismo pié izquierdo una ulcerita en la raíz del 4º dedo, cara plantar, que le duró como dos meses sin cicatrizarse, y poco después se le abrió otra más pequeña y menos rehacia, sobre el lado interno del dedo gordo, las cuales, junto con los dolores al andar, le retuvieron recluido durante algunos meses.

Para fines de 1892, empezó á afectarse el pié derecho, con los mismos dolores y la misma rubicundez que el izquierdo, aunque no tan acentuados.

á luz en esos días, para favorecer la secreción láctea dióle de mamar. Total: 3 víctimas.

La 6ª vacunada permaneció indemne.

En resumen: 5 contaminaciones directas y diez y ocho indirectas; en todo, 23, de las cuales 4 terminaron por la muerte.

Las ventajas de la vacuna animal las resume el Dr. Goldsmich del modo siguiente:

"1º La vacuna animal garantiza contra la inoculación de la sífilis, por no ser esta enfermedad trasmisible á la raza bovina; los peligros de inocular junto con ella la tuberculosis, son mucho menores que con la vacuna humana, pues además de ser rara la tuberculosis en los terneros, el fluido no es utilizado sino previa la autopsia del animal productor.

"2º Permite abreviar considerablemente las sesiones de vacuna, toda vez que el médico lleva consigo la cantidad de vacuna que necesita para el número de personas que va á inocular y no está obligado á tomarlo del brazo de un niño más ó menos dócil, cuya operación es incómoda y no siempre está exenta de peligros para el vacinífero.

"3º Con la vacuna animal se está siempre seguro de tener cantidad suficiente de fluido, para el servicio ordinario, y en caso de necesidad, puede prepararse en corto tiempo cuanta se requiera.

"4º Con la vacuna animal la responsabilidad del médico disminuye mucho y no está expuesto á comparecer ante los tribunales por haber sido desgraciado en la elección de su vacinífero.

Montar un Instituto semejante á los que existen en Paris y Buenos Aires, los cuales conozco en todos sus detalles de construcción y organización, no sería ni muy costoso ni muy difícil y las ventajas que reportaría á la nación son incalculables, pues estaríamos seguros de que una epidemia de viruela no tendría la consecuencia funesta que ha tenido en otras épocas.

El procedimiento empleado comunmente consiste en inocular el fluido en la región abdominal de ternera de 3 á 6 meses de edad; recoger el fluido de las pustulas bien desarrolladas que son muchas; prepararla de una manera conveniente observando las reglas de la antisepsia para prevenir la penetración de otros microbios.

Esta vacuna así preparada se pone en tubos y placas apropiados y se envía junto con un boletín en que consta la fecha de su recolección y el resultado de la autopsia á los médicos vacunadores y á los Jefes civiles para su distribución.

El costo total, el primer año, contando los gastos de instalación alcanzarían á treinta mil bolívares poco más ó menos. En los años siguientes esta cifra alcanzaría á (25,000) veinte y cinco mil bolívares, lo cual no constituye ciertamente un gasto excesivo, si se considera que es dinero invertido en conservar la vida de muchas personas.

INTERROGATORIO SOBRE LA PARALISIS

POR EL DR. TORIBIO GONZALEZ.

¿Qué funciones desempeña el sistema nervioso de la vida de relación? Una parte, recibe y trasmite á sus respectivos centros las impresiones ó choques de cuerpos extraños, demostrando así la *sensibilidad;* y otra parte, sirve de vehículo para comunicar á las fibras musculares el aura misteriosa del atributo *movilidad.*

Desde luego, pues, ¿qué significa el término parálisis? El embotamiento ó suspensión de la sensibilidad, ó del movimiento, ó simultáneamente de ambos atributos, ya en una región del cuerpo, ya en varias á la vez, por interrupción ó cesación del aura misteriosa que imprime y comunica á los filetes nerveos y á los musculares el atributo sensibilidad ó movimiento; por lo tanto es un hecho puramente funcional, negativo en la apariencia, pero real y efectivo en el fondo ó esencia.

¿De qué proviene tal suspensión? Unas veces resulta de perturbación meramente funcional, vienen algunos de los centros nerviosos, vienen algunos de los ramos. Otras veces la causa de tal interrupción es un desorden en los capilares circulatorios; v. g. la flegmasía, la congestión activa, comprimiendo la materia nervea. Y por último, casos hay en que la suspensión pende de una lesión de estructura ó de nutrición, v. g. la atrofia, el reblandecimiento de la fibra elemental musculosa, convertida en fibra grasosa.

¿La parálisis por sí sola bastará para constituir una enfermedad? Nó: ella es de suyo un síntoma ó manifestación, que unido ó coexistente con otros, es que viene á constituir y á expresar una enfermedad, una condición ó modo de ser y funcionar, anormal ó enfermo.

¿A cuántas afecciones corresponde la parálisis? A varias y de natura diversa, por lo que, ni el tratamiento, ni el pronóstico, pueden ser idénticos en todos los casos, ó personas afectadas de parálisis ó perlesia.

¿Según ese carácter ó naturaleza de las distintas enfermedades en que figura como síntoma, uno de tantos, qué división puede hacerse? Unas serán *esténicas* ó por exaltación vital, v. g. las producidas ó significativas de inflamación, ó de congestión activa, etc. Otras serán asténicas ó por depresión vital, v. g. las procedentes de *congestión pasiva* por mera debilidad en todo el organismo, como sucede ó surge, y se observa después de varias fiebres malignas (parálisis secundaria), ó la causada por la irradiación simpática ó *refleja* de otro órgano afectado, más ó menos distante, v. g. la circitis, las lombrices, el histerismo, etc. Por tanto, la parálisis en sí no es una enfermedad, sino un síntoma; pero que sí arguye y está relacionado con exaltación ó depresión de la vitalidad, según sea la afección que la acompañe.

¿Dónde reside, ó cuál es el sitio de la condición mórbida á que pertenece el síntoma parálisis? A veces en el todo del organismo: otras veces se limita á un tejido ó á un órgano. Ejemplo de lo 1º son la anemia, la condición asténica inducida además en el sistema nervioso por ciertos males agudos, como las fiebre exantemáticas, la tifoidea, la angina diftérica, el envenenamiento por el plomo, etc., ó por otras causas, según se nota en el histerismo, la catalepsia, en una impresión moral intensa, el frío húmedo en ciertas circunstancias del sistema nervioso de algunos sujetos.

Ejemplo de lo 2º, la congestión con derrame ó sin él, de sangre ó serosidad: la flegmasía por cambios circulatorios que se localizan: la utrofia, el reblandecimiento, como lesión orgánica resultante de un trastorno nutritivo.

¿Qué se infiere de estas últimas diferencias? Que á veces es *correjible* y de *duración transitoria la perlesía;* otras, será y es *incurable* y *permanente*, según sea su punto de partida, á saber, ó de lesión puramente funcional, ó de lesión orgánica por daño ó por versión nutritiva. Luego la parálisis correrá la suerte de la afección ó de la lesión, de la cual fuere síntoma.

¿Son curables todos los casos de parálisis? No señor; pero es natural y nada extraño que lo sean ciertos casos, como las significativas de flegmasis manejables, de meras congestiones ó de simple atonía, al paso que son *incorrejibles* las perlesías por grado extremo de flogosis, las provenientes de excesivo derrame compresor, ya de sangre ó de serosidad, y las emanadas de lesión de estructura, como la atrofia nerviosa, el reblandecimiento, v. g. la escleroce espinal, la degeneración de la fibra muscular en grasa etc.

¿Qué debe hacer el facultativo, para deducir las *indicaciones del tratamiento*? Según las aclaratorias y pormenores arriba tratados, es menester descubrir el carácter *esténico* ó *asténico* de la condición morbosa ó enfermedad á que pertenece la parálisis; y si ella por su naturaleza y sitio fuere, ó no, correjible; bien para elejir acertadamente los remedios adecuados, ó bien para no efectuar aplicaciones inoficiosas, caso de ser incurables, ó á lo sumo, contar solo con un recurso ó *acción paliativa.*

¿Cuando la parálisis presente en su *causa próxima* una *índole esténica*, ¿que agentes convendrán contra ella? Racionalmente están recomendados y por la experiencia sancionados los antiflojísticos, los sedantes, los alcalinos, los revulsivos, y al fin, los estimulantes difusivos. Por el contrario, cuando ese carácter sea asténico, entónces sin vacilar se usarán, tanto al exterior como por dentro, *los tónicos*, los *estimulantes*, especialmente la nuez vómica, el fósforo, la electricidad, las líneas causticas ó candentes, el arsénico, el hierro, etc, etc., amen de las influencias higiénicas que son reparadoras y ayudan. Fuera de todo lo ya prescrito, se añadirán los *medios* ó *medidas*, hacederos, disponibles contra la causa remota.

¿Al ser llamado un médico para recetar á un paciente atacado de parálisis, qué hará? Averiguará primero: si la parálisis es *permanente* ó *transitoria*. Si fuere lo segundo, esto revelará que el desorden morboso primitivo, obrando por simpatía, á mayor ó menor distancia de los centros ó ramos nerviosos del trastorno nervioso funcional, y el pronóstico para esos ejemplos de parálisis movibles ó transitorias, es más ó ménos consolador. Más si fuere constante, será remediable en unos casos y en otros nó; según sea la natura y grado de la alteración vital, de que sea síntoma la parálisis: v. g. flegmasia, congestión activa, atrofia, reblandecimiento etc.

2º Indagará: si la parálisis es *asténica* ó *esténica*, para cuyo deslinde ó calificación respectiva, atenderá, según la historia de los síntomas, á los anteriores y á los actuales, relacionándolos entre sí, y comparándolos con los cuadros nosológicos de las afecciones capaces de traer la condición paralítica, y por exclusión gradual, se llegará á la especie de afección ó lesión existente en el sujeto enfermo y examinado.

¿Cuáles son las dolencias de índole *esténica* capaces de traer ó presentar la parálisis? Son pocas: á saber, la flegmasía, la congestión activa; al paso que son muchas más las de tipo asténico, á saber: la mera debilidad, sea de todo el organismo, sea de un centro ó ramo nervioso, la simpatía obrando por reflexión, ó una lesión de estructura, por ejemplo, la atrofia, el reblandecimiento nervioso, la degeneración nutricia de la fibra muscular.

Resúmen: La parálisis de suyo es un hecho funcional negativo en la apariencia; pero realmente es un síntoma. Este, junto con otros expresa una afección ó lesión. Esta comienza y reside, bien en el sistema nervioso (centro ó ramo), ó bien en otro órgano, más ó menos distante del sitio de la parálisis. Si esa condición mórbida reside en el sistema nervioso, se llama *primitiva* ó *idiopática*; pero si reside en otro órgano se denomina *simpática* ó por *reflexión*. Y cuando viene de *anemia*, de *atonía general* del cuerpo, se titula *secundaria.*

El tratamiento se arreglará y se compondrá de agentes, según el carácter ó naturaleza de la afección ó lesión, de que fuere síntoma. Esa afección, ya es una congestión (activa ó pasiva), ya una flegmasía, ya una lesión de estructura como atrofia, reblandecimiento etc., ó bien un mero trastorno en la corriente misteriosa funcional. Luego la parálisis correrá la suerte de la afección de que fuere síntoma. Por tanto, serán corregibles los casos de perlesía por mera congestión, por flegmasía módica, por mera debilidad, por simpatía refleja; al paso que serán incurables los casos por grado extremo de flegmasía, ó de lesión de textura irremediable, como atrofia, reblandecimiento, degeneración de tejido, v. g., la conversión de la fibra muscular en grasa.

Desde luego, pues, los medios ó agentes para combatirlas, serán en ciertas circunstancias de la causa próxima, *depresores de la vitalidad:* v. g., antiflojisticos, sedantes, revulsivos; y en otras, serán estimuladores, v. g. la estricnina, la electricidad, el fósforo, etc. He aquí la razón, por que en la la parálisis apoplética cerebral con derrame sanguíneo, se comienza por los antiflogísticos, y al cabo de meses, reabsorvido que sea el coágulo, se reemplazan con los excitantes, más ó menos, de los nervios. Además, en las simpáticas se consultará á la vez la naturaleza ó la causa de la afección del órgano distante, para emplear algunos remedios contra la causa remota: v. g., en los casos de parálisis por lombrices, remedios contra éstas.

Por conclusión, para formar el diagnóstico diferencial, se indagará primero si el síntoma parálisis es permanente y contínuo, ó transitorio. Si fuere lo segundo, de seguro que tánto el síntoma como la afección de que pende, serán corregibles, por consistir ésta en un desórden manejable y remediable, v. g. la parálisis por acción refleja del histerismo, la localizada en un ramo nervioso dependiente de atonía general, etc.; al paso que cuando es contínua, tenaz y emana de lesión de estructura, serán impotentes cuantos remedios se apliquen en ciertos ejemplos, y en otros nó, según sea la naturaleza y grado de la alteración vital de que fuere síntoma el fenómeno parálisis: v. g., de congestión extrema, de atrofia, de reblandecimiento, de flegmasía ó de congestión módicas.

UNIVERSIDAD CENTRAL

LECCIONES DE BACTERIOLOGIA

POR EL DR. JOSÉ G. HERNÁNDEZ

Recogidas por los Bres. José A. Cuevas y José H. Cardozo.

LECCIÓN I

Clasificación, forma y reproducción de los microbios.

1.—Definición de Bacteriología. 2.—Definición de microbio. 3.—Microbios vegetales. 4.—Por qué son vegetales? 5.—Microbios animales. 6.—Por qué son animales? 7.—Formas de los microbios. 8.—Coccus, Sus especies. 9.—Bacillus, Sus especies. 10.—Supirillus. 11.—Clasificación de Pasteur. 12.—Otra clasificación de los microbios. 13.—Reproducción de los microbios. 14.—Sustancias producidas por los microbios. Diastasas. Ptomainas y toxinas. 15.—Observaciones.

1.—La Bacterología es una ciencia de este siglo. Fundada en los años de 1850 á 1860 por M. M. Pasteur y Koch, puede decirse, estudia los microbios.

2.—Los microbios que interesan al médico son: los micro-organismos que, introduciéndose en el cuerpo humano, viviendo á sus expensas, reproduciéndose y elaborando sustancias deletéreas en su interior, vienen á ser la causa de muchas de las enfermedades que afectan los organismos animales, si no de todas.

La palabra microbio (del griego *mycros*, pequeño y *byos*, vida, organismo) determina bastante bien los pequeñísimos organismos de que nos ocupamos, distinguiéndolos de los elementos de los tejidos, (células, fibras etc.) de los que trata la Histología. También llevan el nombre de bacterias: de aquí se deriva el nombre de la ciencia.

3.—Los microbios pertenecen casi en su totalidad al reino vegetal. Largo tiempo se pensó que serían animálculos; largas discusiones se suscitaron entre los autores sobre este punto, hasta que al fin se ha venido á colocarlos en las dos clases *algas* y *hongos* en que se divide el subtipo TALOFITAS, tipo CRIPTOGAMAS, subreino vegetal, de la clasificación de M. J. Sachs.

Por el hecho de haber clasificado los microbios en el subreino vegetal y especialmente entre los hongos, se les llama en Alemania *Schyzomicetes* (*del griego schysein*, dividir y *mices*, hongo) es decir la última subdivisión de los hongos.

4.—¿Porqué son los microbios vegetales? 1º Por que elaboran sustancias propias de los vegetales, como la celulosa y las materias colorantes (phicopheina, phicoeritrina, phicocianina, etc,); 2º Por que se reproducen como ellos, por esporulación; 3º Por que si se colocan en una disolucion de quinina, no perecen; y 4º Por la semejanza que tienen con las dos grandes clases ya citadas.

Según M. J. Sachs, el subreino vegetal contiene una gran familia que él llama Criptógamas. En esta gran familia se encuentra el subtipo Talofitas que á su vez se divide en algas y hongos.

Las algas, vegetales de una estructura muy sencilla, pues solo presentan un largo filamento compuesto de células cilíndricas unidas por sus bases, en las cuales hay un núcleo algo excéntrico hacia la parte inferior.

Los hongos, de una figura algo más complicada, presentan, además del largo filamento ya descrito en las algas y que se llama *tallus*, una ramificación llamada *micœllium*. Ahora bien ¿podrá confundirse la ramificación que vemos en el hongo con la que algunas veces observamos en los *bacillus?* Indudablemente que nó. Las ramificaciones que presentan los *bacillus* se deben á la unión de unos con otros, ya tocándose por sus extremidades, ya la extremidad del uno á la parte media del otro, ya á la juntura de dos bacillus.

En los hongos, por el contrario, las ramificaciones tienen un carácter muy distinto. Es la célula, la célula misma la que se ramifica. Emitiendo prolongaciones á las que se unen otras células ramificadas ó no, viene á formar la figura especial, á que se dá el nombre de *micœllium*. Estos caracteres, los de las algas y hongos, se presentan en los microbios, constituyendo la cuarta de las causas por las que han sido clasificados entre los vegetales.

5.—También hay microbios animales (como el del impaludismo) colocados en la clase INFUSORIOS, tipo PROTOZOOS, subreino animal, de la clasificación de M. M. Gegembauer y Claus y que algunos naturalistas creen que pertenecen á la clase PROTISTOS.

6.—Estos microbios son animales por que se reproducen por *kariokynesis*, y porque su nutrición y su locomoción se efectúa como en las células animales.

7.—Los microbios, compuestos de un contenido y de una membrana envolvente, presentan tres formas: *coccus*, *bacillus* y *spirillums*.

8.—Los coccus, de forma redondeada, afectan diferentes disposiciones: Los *micrococcus*, coccus agrupados indistintamente, pero viviendo cada uno por si mismo independientemente de los demás, como el *micrococcus gonorrheæ* ó micrococcus de Neisser.

Los *diplococcus*, coccus agrupados por pares y que siguen juntos un mismo destino, como el microbio de la pulmonía, *micrococcus pneumoniæ*.

Los *tetradas*, agrupación de cuatro coccus dispuestos en cuadro, como el *micrococcus etetragnus*.

Los *sarcinas*, compuestos de dos tetradas superpuestos, como el *sarcina ventriculi* de la distensión gastrica.

Los *staphilococcus*, en que los coccus están dispuestos en formas más ó menos regulares como el *staphilococcus pyogenes albus*, el *staphilococcus pyogenes auræus*, del pus blanco y amarillo respectivamente.

Los *zoogleas*, en que los coccus están agrupados irregularmente dentro de una masa gelatinosa, como el *zooglea tuberculosis*.

Los *ascococcus*, en que los *coccus* están cubiertos por una membrana y que algunos creen sea una variedad de los zoogleas, como el *ascococcus Billrothii*.

Los *streptococcus*, en que los coccus se colocan formando cadenetas, como el streptococcus de Eisehlen, (streptococcus ærisipelatis) que se encuentra en la erisipela.

(*Continuará*)

SOCIEDAD DE MEDICOS Y CIRUJANOS

Sesión del 15 de Mayo.—Presidencia del Dr. Rísquez.

EL DR. HERRERA TOVAR presentó dos trabajos que le fueron enviados por el Dr. Toribio González, de El Valle.—La Sociedad resolvió entregarlos á la Dirección del periódico.

La tesis que en la Sesión pasada propusiera el DR. RÍSQUEZ. "*Relaciones entre la vacuna y la viruela*, no promovió diferencia de opinión, pues todos se mostraron perfectamente de acuerdo con la doctrina dualista.

EL DR. SECO propuso el tema siguiente para la próxima Sesión: "*Empleo de la palanca en las posiciones posteriores*."

EL DR. RÍSQUEZ propuso este otro: "*Formas que afecta la disentería entre nosotros.—Diagnóstico diferencial y tratamiento de estas formas.*"

EL DR. LUISI propuso la siguiente: "*Naturaleza de la diarrea de mayo.*"

Se levantó la Sesión.

DR. VILLEGAS RUIZ.
(Secretario.)

EL TESTICULO PALUDOSO

Por el Doctor L. Razetti.

Hemos leido en la *Revue Générale de Clinique et Thérapeutique* un artículo del Dr. Eloy que trata de una forma rara del paludismo: *la orquitis paludosa*.

Como todo lo que se relaciona con la Patología tropical debe tener interés preferente en nuestros estudios médicos y como hasta ahora no hemos visto en nuestra práctica ningún caso de esta afección y los médicos de Caracas á quienes hemos interrogado sobre el particular tampoco han tenido oportunidad de verla, consideramos interesante hacer la reseña de un caso típico observado en Marsella por M. Pluyette, con el fin de llamar la atención de nuestros colegas acerca de una forma del paludismo que por haberse encontrado en otras regiones maláricas, es justo suponer que debe existir entre nosotros.

"Un marino cuya vida náutica comprende viajes sucesivos á Colón, Algeria y el Senegal, entra al Hospital de la Concepción en Ma
ción del testículo derecho, caracte
mefacción, aumento de volumen
epididimo, sin derrame uretral so
tecedentes venereos chancros bland
repetición del lado izquierdo.

"Tres semanas antes el en
mer acceso malárico en el Senega
tarde, la determinación testicular
da de un movimiento febril inte
tidiano con acceso vesperal. En
dos; en la tarde 39, 40 y 41 gr

"Además el enfermo padece
los paludosos caquécticos y tiene

"El uso de la quinina produ
peratura, la cesación del acceso
entra en resolución."

El Dr. Eloy se pregunta ¿po
ciales se puede reconocer el tes
principio de esta orquitis es bru
la orquitis parotidea. Ausentes
podría por un momento creerse
una orquitis parotidea sin paróti

Los dolores son intensos;
chá los exasperan. Algunos autor
que los dolores se exasperan d
bril; otros como Charcot y Plu
el primer caso la orquitis tendr
mitente.

Un caracter diferencial notab
escroto conserva su coloración y

No hay rubefacción, ni edema
comprueba que la totalidad de
vadida y no el epididímo solo.

Según el Dr. Eloy el pron
paludosa es favorable en la ma
bajo el clima europeo. En los c
fia testicular es una de las term
ción.

Como se vé esta forma del
interés y su estudio no está com
vivimos en una región en que
debemos tener en cuenta esta c
trarnos en presencia de una m
toria del testículo que no recon
la blenorragia, ni el traumatis
ni ninguna de las otras causas
quitis. En esos casos, al sospec
de la inflamación testicular, s
vencer la dolencia.

PRENSA EXTR

M. M. BROWN-SEQUARD
presentado á la *Academia de Ci*
sultados obtenidos por más de
inyecciones del líquido testicul
He aquí el resumen.

Ataxia locomotriz 342 caso
raciones. Otras esclerosis medu
jorías ó curaciones

Por conclusión, para formar el diagnóstico diferencial, se indagará primero si el síntoma parálisis es permanente y contínuo, ó transitorio. Si fuere lo segundo, de seguro que tánto el síntoma como la afección de que pende, serán corregibles, por consistir ésta en un desórden manejable y remediable, v. g. la parálisis por acción refleja del histerismo, la localizada en un ramo nervioso dependiente de atonía general, etc.; al paso que cuando es contínua, tenaz y emana de lesión de estructura, serán impotentes cuantos remedios se apliquen en ciertos ejemplos, y en otros nó, según sea la naturaleza y grado de la alteración vital de que fuere síntoma el fenómeno parálisis: v. g., de congestión extrema, de atrofia, de reblandecimiento, de flegmasía ó de congestión módicas.

UNIVERSIDAD CENTRAL

LECCIONES DE BACTERIOLOGIA

POR EL DR. JOSÉ G. HERNÁNDEZ

Recogidas por los Bres. José A. Cuevas y José H. Cardozo.

LECCIÓN I

Clasificación, forma y reproducción de los microbios.

1.—Definición de Bacteriología. 2.—Definición de microbio. 3.—Microbios vegetales. 4.—Por qué son vegetales? 5.—Microbios animales. 6.—Por qué son animales? 7.—Formas de los microbios. 8.—Coccus, Sus especies. 9.—Bacillus, Sus especies. 10.—Supirillus. 11.—Clasificación de Pasteur. 12.—Otra clasificación de los microbios. 13.—Reproducción de los microbios. 14.—Sustancias producidas por los microbios. Diastasas. Ptomainas y toxinas. 15.—Observaciones.

1.—La Bacterología es una ciencia de este siglo. Fundada en los años de 1850 á 1860 por M. M. Pasteur y Koch, puede decirse, estudia los microbios.

2.—Los microbios que interesan al médico son: los micro-organismos que, introduciéndose en el cuerpo humano, viviendo á sus expensas, reproduciéndose y elaborando sustancias deletéreas en su interior, vienen á ser la causa de muchas de las enfermedades que afectan los organismos animales, si no de todas.

La palabra microbio (del griego *mycros*, pequeño y *byos*, vida, organismo) determina bastante bien los pequeñísimos organismos de que nos ocupamos, distinguiéndolos de los elementos de los tejidos, (células, fibras etc.) de los que trata la Histología. También llevan el nombre de bacterias: de aquí se deriva el nombre de la ciencia.

3.—Los microbios pertenecen casi en su totalidad al reino vegetal. Largo tiempo se pensó que serían animálculos; largas discusiones se suscitaron entre los autores sobre este punto, hasta que al fin se ha venido á colocarlos en las dos clases *algas* y *hongos* en que se divide el subtipo TALOFITAS, tipo CRIPTOGAMAS, subreino vegetal, de la clasificación de M. J. Sachs.

Por el hecho de haber clasificado los microbios en el subreino vegetal y especialmente entre los hongos, se les llama en Alemania *Schyzomicetes* (*del griego schysein*, dividir y *mices*, hongo) es decir la última subdivisión de los hongos.

4.—¿Porqué son los microbios vegetales? 1º Por que elaboran sustancias propias de los vegetales, como la celulosa y las materias colorantes (phicopheina, phicoeritrina, phicocianina, etc,); 2º Por que se reproducen como ellos, por esporulación; 3º Por que si se colocan en una disolucion de quinina, no perecen; y 4º Por la semejanza que tienen con las dos grandes clases ya citadas.

Según M. J. Sachs, el subreino vegetal contiene una gran familia que él llama Criptógamas. En esta gran familia se encuentra el subtipo Talofitas que á su vez se divide en algas y hongos.

Las algas, vegetales de una estructura muy sencilla, pues solo presentan un largo filamento compuesto de células cilíndricas unidas por sus bases, en las cuales hay un núcleo algo excéntrico hacia la parte inferior.

Los hongos, de una figura algo más complicada, presentan, además del largo filamento ya descrito en las algas y que se llama *tallus*, una ramificación llamada *micœllium*. Ahora bien ¿podrá confundirse la ramificación que vemos en el hongo con la que algunas veces observamos en los *bacillus?* Indudablemente que nó. Las ramificaciones que presentan los *bacillus* se deben á la unión de unos con otros, ya tocándose por sus extremidades, ya la extremidad del uno á la parte media del otro, ya á la juntura de dos bacillus.

En los hongos, por el contrario, las ramificaciones tienen un carácter muy distinto. Es la célula, la célula misma la que se ramifica. Emitiendo prolongaciones á las que se unen otras células ramificadas ó no, viene á formar la figura especial, á que se dá el nombre de *micœllium*. Estos caracteres, los de las algas y hongos, se presentan en los microbios, constituyendo la cuarta de las causas por las que han sido clasificados entre los vegetales.

5.—También hay microbios animales (como el del impaludismo) colocados en la clase INFUSORIOS, tipo PROTOZOOS, subreino animal, de la clasificación de M. M. Gegembauer y Claus y que algunos naturalistas creen que pertenecen á la clase PROTISTOS.

6.—Estos microbios son animales por que se reproducen por *kariokynesis*, y porque su nutrición y su locomoción se efectúa como en las células animales.

7.—Los microbios, compuestos de un contenido y de una membrana envolvente, presentan tres formas: *coccus*, *bacillus* y *spirillums*.

8.—Los coccus, de forma redondeada, afectan diferentes disposiciones: Los *micrococcus*, coccus agrupados indistintamente, pero viviendo cada uno por si mismo independientemente de los demás, como el *micrococcus gonorrheæ* ó micrococcus de Neisser.

Los *diplococcus*, coccus agrupados por pares y que siguen juntos un mismo destino, como el microbio de la pulmonía, *micrococcus pneumoniæ*.

Los *tetradas*, agrupación de cuatro coccus dispuestos en cuadro, como el *micrococcus etetragnus*.

Los *sarcinas*, compuestos de dos tetradas superpuestos, como el *sarcina ventriculi* de la distensión gastrica.

Los *staphilococcus*, en que los coccus están dispuestos en formas más ó menos regulares como el *staphilococcus pyogenes albus*, el *staphilococcus pyogenes auræus*, del pus blanco y amarillo respectivamente.

Los *zoogleas*, en que los coccus están agrupados irregularmente dentro de una masa gelatinosa, como el *zooglea tuberculosis*.

Los *ascococcus*, en que los *coccus* están cubiertos por una membrana y que algunos creen sea una variedad de los zoogleas, como el *ascococcus Billrothii*.

Los *streptococcus*, en que los coccus se colocan formando cadenetas, como el streptococcus de Eisehlen, (streptococcus ærisipelatis) que se encuentra en la erisipela.

(*Continuará*)

SOCIEDAD DE MEDICOS Y CIRUJANOS

Sesión del 15 de Mayo.—Presidencia del Dr. Rísquez.

EL DR. HERRERA TOVAR presentó dos trabajos que le fueron enviados por el Dr. Toribio González, de El Valle.—La Sociedad resolvió entregarlos á la Dirección del periódico.

La tesis que en la Sesión pasada propusiera el DR. RÍSQUEZ. "*Relaciones entre la vacuna y la viruela*, no promovió diferencia de opinión, pues todos se mostraron perfectamente de acuerdo con la doctrina dualista.

EL DR. SECO propuso el tema siguiente para la próxima Sesión: "*Empleo de la palanca en las posiciones posteriores*."

EL DR. RÍSQUEZ propuso este otro: "*Formas que afecta la disentería entre nosotros.—Diagnóstico diferencial y tratamiento de estas formas.*"

EL DR. LUISI propuso la siguiente: "*Naturaleza de la diarrea de mayo.*"

Se levantó la Sesión.

DR. VILLEGAS RUIZ.
(Secretario.)

EL TESTICULO PALUDOSO

Por el Doctor L. Razetti.

Hemos leido en la *Revue Générale de Clinique et Thérapeutique* un artículo del Dr. Eloy que trata de una forma rara del paludismo: *la orquitis paludosa*.

Como todo lo que se relaciona con la Patología tropical debe tener interés preferente en nuestros estudios médicos y como hasta ahora no hemos visto en nuestra práctica ningún caso de esta afección y los médicos de Caracas á quienes hemos interrogado sobre el particular tampoco han tenido oportunidad de verla, consideramos interesante hacer la reseña de un caso típico observado en Marsella por M. Pluyette, con el fin de llamar la atención de nuestros colegas acerca de una forma del paludismo que por haberse encontrado en otras regiones maláricas, es justo suponer que debe existir entre nosotros.

"Un marino cuya vida náutica comprende viajes sucesivos á Colón, Algeria y el Senegal, entra al Hospital de la Concepción en Ma
ción del testículo derecho, caracte
mefacción, aumento de volumen
epididimo, sin derrame uretral so
tecedentes venereos chancros bland
repetición del lado izquierdo.

"Tres semanas antes el en
mer acceso malárico en el Senega
tarde, la determinación testicular
da de un movimiento febril inte
tidiano con acceso vesperal. En
dos; en la tarde 39, 40 y 41 gr

"Además el enfermo padece
los paludosos caquécticos y tiene

"El uso de la quinina produ
peratura, la cesación del acceso
entra en resolución."

El Dr. Eloy se pregunta ¿po
ciales se puede reconocer el tes
principio de esta orquitis es bru
la orquitis parotidea. Ausentes
podría por un momento creerse
una orquitis parotidea sin paróti

Los dolores son intensos;
chá los exasperan. Algunos autor
que los dolores se exasperan d
bril; otros como Charcot y Plu
el primer caso la orquitis tendr
mitente.

Un caracter diferencial notab
escroto conserva su coloración y

No hay rubefacción, ni edema
comprueba que la totalidad de
vadida y no el epididímo solo.

Según el Dr. Eloy el pron
paludosa es favorable en la ma
bajo el clima europeo. En los c
fia testicular es una de las term
ción.

Como se vé esta forma del
interés y su estudio no está com
vivimos en una región en que
debemos tener en cuenta esta c
trarnos en presencia de una m
toria del testículo que no recon
la blenorragia, ni el traumatis
ni ninguna de las otras causas
quitis. En esos casos, al sospec
de la inflamación testicular, s
vencer la dolencia.

PRENSA EXTR

M. M. BROWN-SEQUARD
presentado á la *Academia de Ci*
sultados obtenidos por más de
inyecciones del líquido testicul
He aquí el resumen.

Ataxia locomotriz 342 caso
raciones. Otras esclerosis medu
jorías ó curaciones

Por conclusión, para formar el diagnóstico diferencial, se indagará primero si el síntoma parálisis es permanente y contínuo, ó transitorio. Si fuere lo segundo, de seguro que tánto el síntoma como la afección de que pende, serán corregibles, por consistir ésta en un desórden manejable y remediable, v. g. la parálisis por acción refleja del histerismo, la localizada en un ramo nervioso dependiente de atonía general, etc.; al paso que cuando es contínua, tenaz y emana de lesión de estructura, serán impotentes cuantos remedios se apliquen en ciertos ejemplos, y en otros nó, según sea la naturaleza y grado de la alteración vital de que fuere síntoma el fenómeno parálisis: v. g., de congestión extrema, de atrofia, de reblandecimiento, de flegmasía ó de congestión módicas.

UNIVERSIDAD CENTRAL

LECCIONES DE BACTERIOLOGIA

POR EL DR. JOSÉ G. HERNÁNDEZ

Recogidas por los Bres. José A. Cuevas y José H. Cardozo.

LECCIÓN I

Clasificación, forma y reproducción de los microbios.

1.—Definición de Bacteriología. 2.—Definición de microbio. 3.—Microbios vegetales. 4.—Por qué son vegetales? 5.—Microbios animales. 6.—Por qué son animales? 7.—Formas de los microbios. 8.—Coccus, Sus especies. 9.—Bacillus, Sus especies. 10.—Supirillus. 11.—Clasificación de Pasteur. 12.—Otra clasificación de los microbios. 13.—Reproducción de los microbios. 14.—Sustancias producidas por los microbios. Diastasas. Ptomainas y toxinas. 15.—Observaciones.

1.—La Bacterología es una ciencia de este siglo. Fundada en los años de 1850 á 1860 por M. M. Pasteur y Koch, puede decirse, estudia los microbios.

2.—Los microbios que interesan al médico son: los micro-organismos que, introduciéndose en el cuerpo humano, viviendo á sus expensas, reproduciéndose y elaborando sustancias deletéreas en su interior, vienen á ser la causa de muchas de las enfermedades que afectan los organismos animales, si no de todas.

La palabra microbio (del griego *mycros*, pequeño y *byos*, vida, organismo) determina bastante bien los pequeñísimos organismos de que nos ocupamos, distinguiéndolos de los elementos de los tejidos, (células, fibras etc.) de los que trata la Histología. También llevan el nombre de bacterias: de aquí se deriva el nombre de la ciencia.

3.—Los microbios pertenecen casi en su totalidad al reino vegetal. Largo tiempo se pensó que serían animálculos; largas discusiones se suscitaron entre los autores sobre este punto, hasta que al fin se ha venido á colocarlos en las dos clases *algas* y *hongos* en que se divide el subtipo TALOFITAS, tipo CRIPTOGAMAS, subreino vegetal, de la clasificación de M. J. Sachs.

Por el hecho de haber clasificado los microbios en el subreino vegetal y especialmente entre los hongos, se les llama en Alemania *Schyzomicetes* (*del griego schysein*, dividir y *mices*, hongo) es decir la última subdivisión de los hongos.

4.—¿Porqué son los microbios vegetales? 1º Por que elaboran sustancias propias de los vegetales, como la celulosa y las materias colorantes (phicopheina, phicoeritrina, phicocianina, etc,); 2º Por que se reproducen como ellos, por esporulación; 3º Por que si se colocan en una disolucion de quinina, no perecen; y 4º Por la semejanza que tienen con las dos grandes clases ya citadas.

Según M. J. Sachs, el subreino vegetal contiene una gran familia que él llama Criptógamas. En esta gran familia se encuentra el subtipo Talofitas que á su vez se divide en algas y hongos.

Las algas, vegetales de una estructura muy sencilla, pues solo presentan un largo filamento compuesto de células cilíndricas unidas por sus bases, en las cuales hay un núcleo algo excéntrico hacia la parte inferior.

Los hongos, de una figura algo más complicada, presentan, además del largo filamento ya descrito en las algas y que se llama *tallus*, una ramificación llamada *micœllium*. Ahora bien ¿podrá confundirse la ramificación que vemos en el hongo con la que algunas veces observamos en los *bacillus?* Indudablemente que nó. Las ramificaciones que presentan los *bacillus* se deben á la unión de unos con otros, ya tocándose por sus extremidades, ya la extremidad del uno á la parte media del otro, ya á la juntura de dos bacillus.

En los hongos, por el contrario, las ramificaciones tienen un carácter muy distinto. Es la célula, la célula misma la que se ramifica. Emitiendo prolongaciones á las que se unen otras células ramificadas ó no, viene á formar la figura especial, á que se dá el nombre de *micœllium*. Estos caracteres, los de las algas y hongos, se presentan en los microbios, constituyendo la cuarta de las causas por las que han sido clasificados entre los vegetales.

5.—También hay microbios animales (como el del impaludismo) colocados en la clase INFUSORIOS, tipo PROTOZOOS, subreino animal, de la clasificación de M. M. Gegembauer y Claus y que algunos naturalistas creen que pertenecen á la clase PROTISTOS.

6.—Estos microbios son animales por que se reproducen por *kariokynesis*, y porque su nutrición y su locomoción se efectúa como en las células animales.

7.—Los microbios, compuestos de un contenido y de una membrana envolvente, presentan tres formas: *coccus*, *bacillus* y *spirillums*.

8.—Los coccus, de forma redondeada, afectan diferentes disposiciones: Los *micrococcus*, coccus agrupados indistintamente, pero viviendo cada uno por si mismo independientemente de los demás, como el *micrococcus gonorrheæ* ó micrococcus de Neisser.

Los *diplococcus*, coccus agrupados por pares y que siguen juntos un mismo destino, como el microbio de la pulmonía, *micrococcus pneumoniæ*.

Los *tetradas*, agrupación de cuatro coccus dispuestos en cuadro, como el *micrococcus etetragnus*.

Los *sarcinas*, compuestos de dos tetradas superpuestos, como el *sarcina ventriculi* de la distensión gastrica.

Los *staphilococcus*, en que los coccus están dispuestos en formas más ó menos regulares como el *staphilococcus pyogenes albus*, el *staphilococcus pyogenes auræus*, del pus blanco y amarillo respectivamente.

Los *zoogleas*, en que los coccus están agrupados irregularmente dentro de una masa gelatinosa, como el *zooglea tuberculosis*.

Los *ascococcus*, en que los *coccus* están cubiertos por una membrana y que algunos creen sea una variedad de los zoogleas, como el *ascococcus Billrothii*.

Los *streptococcus*, en que los coccus se colocan formando cadenetas, como el streptococcus de Eisehlen, (streptococcus ærisipelatis) que se encuentra en la erisipela.

(*Continuará*)

SOCIEDAD DE MEDICOS Y CIRUJANOS

Sesión del 15 de Mayo.—Presidencia del Dr. Rísquez.

EL DR. HERRERA TOVAR presentó dos trabajos que le fueron enviados por el Dr. Toribio González, de El Valle.—La Sociedad resolvió entregarlos á la Dirección del periódico.

La tesis que en la Sesión pasada propusiera el DR. RÍSQUEZ. "*Relaciones entre la vacuna y la viruela*, no promovió diferencia de opinión, pues todos se mostraron perfectamente de acuerdo con la doctrina dualista.

EL DR. SECO propuso el tema siguiente para la próxima Sesión: "*Empleo de la palanca en las posiciones posteriores*."

EL DR. RÍSQUEZ propuso este otro: "*Formas que afecta la disentería entre nosotros.—Diagnóstico diferencial y tratamiento de estas formas.*"

EL DR. LUISI propuso la siguiente: "*Naturaleza de la diarrea de mayo.*"

Se levantó la Sesión.

DR. VILLEGAS RUIZ.
(Secretario.)

EL TESTICULO PALUDOSO

Por el Doctor L. Razetti.

Hemos leido en la *Revue Générale de Clinique et Thérapeutique* un artículo del Dr. Eloy que trata de una forma rara del paludismo: *la orquitis paludosa*.

Como todo lo que se relaciona con la Patología tropical debe tener interés preferente en nuestros estudios médicos y como hasta ahora no hemos visto en nuestra práctica ningún caso de esta afección y los médicos de Caracas á quienes hemos interrogado sobre el particular tampoco han tenido oportunidad de verla, consideramos interesante hacer la reseña de un caso típico observado en Marsella por M. Pluyette, con el fin de llamar la atención de nuestros colegas acerca de una forma del paludismo que por haberse encontrado en otras regiones maláricas, es justo suponer que debe existir entre nosotros.

"Un marino cuya vida náutica comprende viajes sucesivos á Colón, Algeria y el Senegal, entra al Hospital de la Concepción en Ma
ción del testículo derecho, caracte
mefacción, aumento de volumen
epididimo, sin derrame uretral so
tecedentes venereos chancros bland
repetición del lado izquierdo.

"Tres semanas antes el en
mer acceso malárico en el Senega
tarde, la determinación testicular
da de un movimiento febril inte
tidiano con acceso vesperal. En
dos; en la tarde 39, 40 y 41 gr

"Además el enfermo padece
los paludosos caquécticos y tiene

"El uso de la quinina produ
peratura, la cesación del acceso
entra en resolución."

El Dr. Eloy se pregunta ¿po
ciales se puede reconocer el tes
principio de esta orquitis es bru
la orquitis parotidea. Ausentes
podría por un momento creerse
una orquitis parotidea sin paróti

Los dolores son intensos;
chá los exasperan. Algunos autor
que los dolores se exasperan d
bril; otros como Charcot y Plu
el primer caso la orquitis tendr
mitente.

Un caracter diferencial notab
escroto conserva su coloración y

No hay rubefacción, ni edema
comprueba que la totalidad de
vadida y no el epididímo solo.

Según el Dr. Eloy el pron
paludosa es favorable en la ma
bajo el clima europeo. En los c
fia testicular es una de las term
ción.

Como se vé esta forma del
interés y su estudio no está com
vivimos en una región en que
debemos tener en cuenta esta c
trarnos en presencia de una m
toria del testículo que no recon
la blenorragia, ni el traumatis
ni ninguna de las otras causas
quitis. En esos casos, al sospec
de la inflamación testicular, s
vencer la dolencia.

PRENSA EXTR

M. M. BROWN-SEQUARD
presentado á la *Academia de Ci*
sultados obtenidos por más de
inyecciones del líquido testicul
He aquí el resumen.

Ataxia locomotriz 342 caso
raciones. Otras esclerosis medu
jorías ó curaciones

pañadas de uremia, que amenazan con la insuficiencia de la eliminación renal.

A estos grandes grupos podrían añadirse ciertos estados enfermos favorecidos por la auto-intoxicación intestinal, como la fiebre gástrica, el acné, la forunculosis, las cefaleas habituales de los dispépticos, las jaquecas, etc.

Para llenar esta antisepsia debemos comenzar por establecer la dicta lactea, que es la que reduce al minimum los productos de la fermentación pútrida del intestino, y oponernos, por medio de sustancias introducidas en el medio intestinal, á las repululaciones microbianas y á la elaboración de ptomainas y otros muchos alcaloides que les es conexa.

Los náftoles son los antisépticos por excelencia del tubo intestinal; el más usado es el *naftol beta*, aunque el *naftol alfa* es más antiséptico y menos tóxico. Bouchard lo formula así:

Naftol beta finamente pulverizado . . . . . 0,50 centgs.
Salicilato de bismuto . . 0,25 centgs.

Mézclese y hágase un *cachet*.

Con tres *cachets* semejantes tomados á intervalos iguales, en las comidas, se obtiene una antisepsia suficiente en la mayoría de los casos; cuando no, se puede llegar hasta doce en las 24 horas. El salicilato de bismuto acompaña al naftol sólo para darnos idea del grado de antisepsia obtenido: si ésta se realiza las heces son verdes; si no, el hidrógeno sulfurado contenido en el intestino, producto de los microbios, forma un sulfuro de bismuto que da á aquellos una coloración negra.

Muchos compuestos de los náftoles, empezando por la naftalina, de donde derivan, han sido ensayados como antisépticos del intestino y abandonados uno tras otro.

En el Laboratorio de Terapéutica de esta Facultad he estudiado experimentalmente un nuevo cuerpo, introducido hace poco en la clínica por el Dr. A. Gilbert, el *benzonaftol* ó *benzoato de naftol beta*, que tiene indicaciones especiales y al cual contraeré el resto de este artículo.

***

El *benzonaftol* fué descrito por primera vez en 1869 por Maikopar con el nombre de *beta benzilnaftol*. Ivon y Berlioz han completado recientemente su estudio químico.

Se le obtiene calentando pesos iguales de cloruro de benzoílo y de naftol beta á 170° durante media hora y se le purifica en el alcohol sometiéndolo á varias cristalizaciones sucesivas. Su aspecto es el de un polvo blanquecino sumamente tenue, sin olor ni sabor, de solubilidad casi nula en el agua, algo más acusada en el alcohol y muy notable [casi 30 por 100] en el cloroformo.

Su toxicidad es muy débil; yo lo he administrado hasta á la dósis de 10 gramos por kilogramo de peso del animal sin determinar la muerte. He aquí el resultado de mis experiencias, hechas bajo la direción del Doctor A. Gilbert, profesor agregado.

Administrado á dósis muy débiles [15 á 20 centígramos por kilogramo] el benzonaftol produce en los cochinillos de India una diuresis rápida y abundante; á las dósis de 2 á 5 gramos por kilogramo la diuresis es más marcada y duradera y se observa además una notable disminución de peso y con frecuencia una ligera elevación de temperatura.

A dósis aún más fuertes los efectos son muy variables según los animales: un cochinillo de peso de 425 gramos recibió 2 gramos. 55. ó sea 6 gramos por kilo, y sucumbió al cabo de cuarentiocho horas, después de haber presentado los síntomas siguientes: disminución considerable de la temperatura, que una hora antes de la muerte era de 28°; astenia extrema, estado semi-comatoso, lentitud suma de la respiración, debilitamiento de los movimientos cardiacos, disminución de la sensibilidad; pérdida de 125 gramos de peso. En cambio, otro resistió á la dósis de 10 gramos por kilo después de haber perdido 225 gramos de su peso.

Con dósis sucesivas los efectos son igualmente variables; de dos cochinillos, uno recibió durante seis días consecutivos 3 gramos y el otro 8; el primero sucumbió el séptimo día, el segundo resistió y recuperó 195 gramos que había perdido. [1]

Introducido en el tubo digestivo, el benzonaftol atraviesa el estómago sin sufrir modificación y se descompone en el intestino en ácido benzoico y naftol beta El ácido benzoico se absorve rápidamente, se transforma en parte en el organismo en ácido hipúrico, y se elimina por los riñones bajo la forma de benzoatos é hipuratos alcalinos. Este proceso explica la acción diurética inmediata del benzonaftol: en mis experiencias el animal orinaba abundantemente antes que transcurrieran diez minutos con 5 centígramos; con 10 centígramos orinaba cinco y seis veces en el primer cuarto de hora.

El naftol beta se elimina en pequeña cantidad por los riñones; la mayor parte recorre en sustancia la vía intestinal y es expelida con las materias fecales, después de haber ejercido su acción antiséptica en todo este trayecto.

Es fácil comprobar *in vitro* la diferente acción del benzonaftol y del naftol beta sobre los microbios; un caldo ordinario de cultivo saturado con el primero no impide la reproducción del bacilo de Escherich; mientras que otro saturado con el naftol beta sí detiene ésta como la de cualquier otro microrganismo. Ahora bien, como el benzonaftol no se desdobla sino en el intestino, sólo en él ejercerá su acción microbicida.

En otros términos, el naftol beta es un *antiséptico gastro-intestinal* y el benzonaftol un *antiséptico intestinal*. (Gilbert).

La acción de estos dos cuerpos sobre el trabajo digestivo del estómago es también distinta, como resulta de experiencias que hice en el Laboratorio del Profesor Hayem sobre un perro provisto de una fístula gástrica; las resumiré en dos palabras para no alargar demasiado este artículo. El naftol beta modifica el trabajo químico del estómago, lo excita y lo acelera; el benzonaftol permite que este trabajo se verifique según su fórmula fisiológica (*).

A la dósis de 50 centígramos en el hombre, el benzonaftol no produce ninguna perturbación digestiva subjetivamente apreciable, ni ninguna modificación de las grandes funciones, aun cuando se repita esta dósis seis ú ocho veces por día, durante una ó varias semanas; sí es de notarse, en este último caso, un aumento de la cantidad de orina emitida en 24 horas proporcional á la dósis del medicamento.

El estudio comparativo de las inyecciones intravenenosas, hechas en la vena auricular del conejo, según la técnica del Profesor Bouchard, con la orina de los individuos, sanos ó enfermos, sometidos al benzonaftol, demuestra menor toxicidad urinaria, es decir, la realización de la antisepsia intestinal.

---

(1) Véase A. Gilbert et Dominici *in* Ivon et Berlioz Sur un nouvel antiseptique intestinale. (*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 11 de Noviembre de 1891).

(*) Véase A. Gilbert et Dominici *in* A. Gilbert, Le benzonaphtol. (*Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*.—Séance du 6 Mai 1892).

El benzonaftol ha hecho ya sus pruebas en la clínica. El Doctor Gilbert lo ha prescrito en su servicio de medicina á enfermos de enteritis simple, enteritis tuberculosa, obstrucción de las vías biliares, lesión grave de la célula hepática, nefritis y uremia. Sólo en la enteritis tuberculosa ha fracasado; verdad es que en tales casos ningún otro medicamento ha dado buenos resultados; en las diarreas simples, al contrario, ha producido siempre la curación.

El Doctor Legendre lo ha usado con buen éxito en las tiflitis y apendicitis, colitis simple ó disenteriforme constipación simple con estado saburral, etc. Dujardin-Beaumetz alaba también sus efectos.

La dósis diaria debe ser de 3 á 5 gramos y tomarse en *cachets* de 50 centígramos, á intervalos iguales, para que haya siempre cierta cantidad de antiséptico en todos los puntos de la mucosa intestinal. Su uso puede ser continuado largo tiempo sin acarrear ninguna perturbación patológica.

El benzonaftol es, pues, digno de tomar puésto en la terapéutica como el mejor antiséptico intestinal.

París, Mayo de 1893.

ANOMALIAS DEL APENDICE VERMICULAR

Por el Doctor C. Trujillo (de la Habana)

Nada tan frecuente como las anomalías del apéndice vermicular. Aparte de la longitud que es distinta en cada individuo, la posición que ocupa el órgano es sumamente variable.

En más de veinte y cinco disecciones hemos observado que aproximadamente *el tercio* de las veces el apéndice no se dirije hacia abajo y adentro, es decir que no gana el estrecho superior; en estos casos se encuentra situado en la cara posterior del ciego y tiene una dirección contraria á la que le asignan los clásicos. En una de nuestras disecciones la punta del apéndice tocaba la cara superior del hígado, ocupando por lo tanto no solamente la pared posterior del ciego, sino una gran parte de la pared posterior del colon. Esta anomalía es la que se observa más comunmente y debe preocupar al cirujano en los casos de intervención por una apendicitis.

Otras variedades de menos importancia son las que consisten en direcciones anómalas: no es raro por ejemplo, ver el apéndice dirigirse hacia arriba y adentro y ganar el ángulo que forma el ileon con el ciego, y dirigirse hacia arriba y á la derecha.

Las anomalías de volumen, apreciables, son raras y en todos nuestros casos no hemos encontrado diferencias muy grandes. En el niño el apéndice es mayor que en el adulto y en el curso del desarrollo fetal mucho más pronunciado, á punto de continuar la cavidad cecal. Estas diferencias son un hecho normal en el curso del desenvolvimiento ontógeno.

Aunque nosotros nos basamos en observaciones personales, debemos hacer constar que en los clásicos encontramos anotadas las variedades que hemos indicado. El siguiente párrafo que traducimos de *Huschke* (*) reasume perfectamente lo expuesto: «El mesenterio es algunas veces bastante largo para permitirle (al apéndice) *descender en la pelvis;* ó bien *él se dirije en línea recta por detrás del colon;* á veces su punta se tuerce hacia adelante y no hacia atrás, á la derecha y no á la izquierda, etc.»

(*) *Huschke*—Enciclopedie anatomique, traduite de l'alemán par Jourdan.—Tomo V, pág. 93.—Edición 1875.

«Autenrieth lo ha encontrado en una hernia inguinal, teniendo una longitud de cuatro pulgadas y tan grueso como el colon. Esto indicaba probablemente la persistencia del estado fetal, durante el cual el apéndice es tan grueso como el ciego y forma con él un solo cuerpo.»

París, Mayo de 1893.

ABCESO DE LA FOSA ILIACA

OBSERVACIÓN

Por el Doctor L. Razetti

N. N. de diez años de edad, sin antecedentes hereditarios, ni patológicos, pues es hijo de padres sanos y robustos, y él no ha padecido ninguna enfermedad digna de ser apreciada clínicamente, fué presentado á la consulta privada del Dr. Acosta Ortiz, con una adenitis inguinal doble supurada. El Dr. Acosta hizo la abertura franca de los abcesos con las reglas de antisepsia que prescribe la cirugía moderna.

Algunos días después, ya casi cicatrizadas las heridas, se presentó de nuevo el enfermo al mismo facultativo, quien encontrándose en presencia de una enfermedad más seria, como veremos más adelante, le aconsejó se trasladase al hospital. Fué entonces que lo examinamos por la primera vez, ocupando la cama Nº 3 de la sala San Simón en el servicio del Dr. Couturier.

El enfermo presenta la actitud de la coxalgia: flexión del muslo y rotación hacia fuera; imposibilidad de extender el miembro. La presión aún ligera, sobre cualquier punto de la cresta iliaca arranca gritos al enfermo; este dolor agudo se irradia á todo el miembro inferior correspondiente. La presión sobre el femur y la rodilla es dolorosísima. El mismo dolor se observa en la rodilla izquierda.

El examen directo de la fosa iliaca es impracticable por la agudeza del dolor que despierta la palpación. La fiebre es intensa; el termómetro sube en la tarde á más de 40° y en la mañana solo desciende á 39°.

Dada la edad del enfermo y el cuadro sintomático que antecede, formulamos el diagnóstico de *osteomielitis del ileon* y decidimos intervenir.

Cloroformizado el enfermo, practicamos una incisión paralela al pliegue de la ingle y dividimos capa por capa los tejidos hasta llegar al peritoneo que respetamos. Dejando á un lado el cuchillo introdujimos el dedo índice para explorar la situación y la naturaleza de la lesión. Al practicar esta maniobra una gran cantidad de pus salió por la abertura exterior. Un examen minucioso nos demostró que aquel pus no venía de un acceso sub-perióstico y que sólo se trataba de un abceso simple de la fosa iliaca sin participación osea. Se hizo un gran lavado antiséptico; se colocaron dos tubos de desagüe y un aparato algodonado como es de regla en toda la parotomía. Se continuaron lavados y curas antisépticas diarias hasta la curación. El enfermo ha salido del hospital completamente restablecido.

El interés clínico de este caso estriba sólo en la dificultad del diagnóstico diferencial entre la osteomielitis del ileon y el simple abceso de la fosa iliaca. En nuestro concepto el diagnóstico es imposible, en semejantes casos, antes de practicar la laparatomía, que por fortuna es el único tratamiento de ambas afecciones. La incisión *ancha* y *precoz* nos

pañadas de uremia, que amenazan con la insuficiencia de la eliminación renal.

A estos grandes grupos podrían añadirse ciertos estados enfermos favorecidos por la auto-intoxicación intestinal, como la fiebre gástrica, el acné, la forunculosis, las cefaleas habituales de los dispépticos, las jaquecas, etc.

Para llenar esta antisepsia debemos comenzar por establecer la dicta lactea, que es la que reduce al minimum los productos de la fermentación pútrida del intestino, y oponernos, por medio de sustancias introducidas en el medio intestinal, á las repululaciones microbianas y á la elaboración de ptomainas y otros muchos alcaloides que les es conexa.

Los náftoles son los antisépticos por excelencia del tubo intestinal; el más usado es el *naftol beta*, aunque el *naftol alfa* es más antiséptico y menos tóxico. Bouchard lo formula así:

Naftol beta finamente pulverizado . . . . . 0,50 centgs.
Salicilato de bismuto . . 0,25 centgs.

Mézclese y hágase un *cachet*.

Con tres *cachets* semejantes tomados á intervalos iguales, en las comidas, se obtiene una antisepsia suficiente en la mayoría de los casos; cuando no, se puede llegar hasta doce en las 24 horas. El salicilato de bismuto acompaña al naftol sólo para darnos idea del grado de antisepsia obtenido: si ésta se realiza las heces son verdes; si no, el hidrógeno sulfurado contenido en el intestino, producto de los microbios, forma un sulfuro de bismuto que da á aquellos una coloración negra.

Muchos compuestos de los náftoles, empezando por la naftalina, de donde derivan, han sido ensayados como antisépticos del intestino y abandonados uno tras otro.

En el Laboratorio de Terapéutica de esta Facultad he estudiado experimentalmente un nuevo cuerpo, introducido hace poco en la clínica por el Dr. A. Gilbert, el *benzonaftol* ó *benzoato de naftol beta*, que tiene indicaciones especiales y al cual contraeré el resto de este artículo.

***

El *benzonaftol* fué descrito por primera vez en 1869 por Maikopar con el nombre de *beta benzilnaftol*. Ivon y Berlioz han completado recientemente su estudio químico.

Se le obtiene calentando pesos iguales de cloruro de benzoílo y de naftol beta á 170° durante media hora y se le purifica en el alcohol sometiéndolo á varias cristalizaciones sucesivas. Su aspecto es el de un polvo blanquecino sumamente tenue, sin olor ni sabor, de solubilidad casi nula en el agua, algo más acusada en el alcohol y muy notable [casi 30 por 100] en el cloroformo.

Su toxicidad es muy débil; yo lo he administrado hasta á la dósis de 10 gramos por kilogramo de peso del animal sin determinar la muerte. He aquí el resultado de mis experiencias, hechas bajo la direción del Doctor A. Gilbert, profesor agregado.

Administrado á dósis muy débiles [15 á 20 centígramos por kilogramo] el benzonaftol produce en los cochinillos de India una diuresis rápida y abundante; á las dósis de 2 á 5 gramos por kilogramo la diuresis es más marcada y duradera y se observa además una notable disminución de peso y con frecuencia una ligera elevación de temperatura.

A dósis aún más fuertes los efectos son muy variables según los animales: un cochinillo de peso de 425 gramos recibió 2 gramos. 55. ó sea 6 gramos por kilo, y sucumbió al cabo de cuarentiocho horas, después de haber presentado los síntomas siguientes: disminución considerable de la temperatura, que una hora antes de la muerte era de 28°; astenia extrema, estado semi-comatoso, lentitud suma de la respiración, debilitamiento de los movimientos cardiacos, disminución de la sensibilidad; pérdida de 125 gramos de peso. En cambio, otro resistió á la dósis de 10 gramos por kilo después de haber perdido 225 gramos de su peso.

Con dósis sucesivas los efectos son igualmente variables; de dos cochinillos, uno recibió durante seis días consecutivos 3 gramos y el otro 8; el primero sucumbió el séptimo día, el segundo resistió y recuperó 195 gramos que había perdido. [1]

Introducido en el tubo digestivo, el benzonaftol atraviesa el estómago sin sufrir modificación y se descompone en el intestino en ácido benzoico y naftol beta El ácido benzoico se absorve rápidamente, se transforma en parte en el organismo en ácido hipúrico, y se elimina por los riñones bajo la forma de benzoatos é hipuratos alcalinos. Este proceso explica la acción diurética inmediata del benzonaftol: en mis experiencias el animal orinaba abundantemente antes que transcurrieran diez minutos con 5 centígramos; con 10 centígramos orinaba cinco y seis veces en el primer cuarto de hora.

El naftol beta se elimina en pequeña cantidad por los riñones; la mayor parte recorre en sustancia la vía intestinal y es expelida con las materias fecales, después de haber ejercido su acción antiséptica en todo este trayecto.

Es fácil comprobar *in vitro* la diferente acción del benzonaftol y del naftol beta sobre los microbios; un caldo ordinario de cultivo saturado con el primero no impide la reproducción del bacilo de Escherich; mientras que otro saturado con el naftol beta sí detiene ésta como la de cualquier otro microrganismo. Ahora bien, como el benzonaftol no se desdobla sino en el intestino, sólo en él ejercerá su acción microbicida.

En otros términos, el naftol beta es un *antiséptico gastro-intestinal* y el benzonaftol un *antiséptico intestinal*. (Gilbert).

La acción de estos dos cuerpos sobre el trabajo digestivo del estómago es también distinta, como resulta de experiencias que hice en el Laboratorio del Profesor Hayem sobre un perro provisto de una fístula gástrica; las resumiré en dos palabras para no alargar demasiado este artículo. El naftol beta modifica el trabajo químico del estómago, lo excita y lo acelera; el benzonaftol permite que este trabajo se verifique según su fórmula fisiológica (*).

A la dósis de 50 centígramos en el hombre, el benzonaftol no produce ninguna perturbación digestiva subjetivamente apreciable, ni ninguna modificación de las grandes funciones, aun cuando se repita esta dósis seis ú ocho veces por día, durante una ó varias semanas; sí es de notarse, en este último caso, un aumento de la cantidad de orina emitida en 24 horas proporcional á la dósis del medicamento.

El estudio comparativo de las inyecciones intravenenosas, hechas en la vena auricular del conejo, según la técnica del Profesor Bouchard, con la orina de los individuos, sanos ó enfermos, sometidos al benzonaftol, demuestra menor toxicidad urinaria, es decir, la realización de la antisepsia intestinal.

---

(1) Véase A. Gilbert et Dominici *in* Ivon et Berlioz Sur un nouvel antiseptique intestinale. (*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 11 de Noviembre de 1891).

(*) Véase A. Gilbert et Dominici *in* A. Gilbert, Le benzonaphtol. (*Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*.—Séance du 6 Mai 1892).

El benzonaftol ha hecho ya sus pruebas en la clínica. El Doctor Gilbert lo ha prescrito en su servicio de medicina á enfermos de enteritis simple, enteritis tuberculosa, obstrucción de las vías biliares, lesión grave de la célula hepática, nefritis y uremia. Sólo en la enteritis tuberculosa ha fracasado; verdad es que en tales casos ningún otro medicamento ha dado buenos resultados; en las diarreas simples, al contrario, ha producido siempre la curación.

El Doctor Legendre lo ha usado con buen éxito en las tiflitis y apendicitis, colitis simple ó disenteriforme constipación simple con estado saburral, etc. Dujardin-Beaumetz alaba también sus efectos.

La dósis diaria debe ser de 3 á 5 gramos y tomarse en *cachets* de 50 centígramos, á intervalos iguales, para que haya siempre cierta cantidad de antiséptico en todos los puntos de la mucosa intestinal. Su uso puede ser continuado largo tiempo sin acarrear ninguna perturbación patológica.

El benzonaftol es, pues, digno de tomar puésto en la terapéutica como el mejor antiséptico intestinal.

París, Mayo de 1893.

ANOMALIAS DEL APENDICE VERMICULAR

Por el Doctor C. Trujillo (de la Habana)

Nada tan frecuente como las anomalías del apéndice vermicular. Aparte de la longitud que es distinta en cada individuo, la posición que ocupa el órgano es sumamente variable.

En más de veinte y cinco disecciones hemos observado que aproximadamente *el tercio* de las veces el apéndice no se dirije hacia abajo y adentro, es decir que no gana el estrecho superior; en estos casos se encuentra situado en la cara posterior del ciego y tiene una dirección contraria á la que le asignan los clásicos. En una de nuestras disecciones la punta del apéndice tocaba la cara superior del hígado, ocupando por lo tanto no solamente la pared posterior del ciego, sino una gran parte de la pared posterior del colon. Esta anomalía es la que se observa más comunmente y debe preocupar al cirujano en los casos de intervención por una apendicitis.

Otras variedades de menos importancia son las que consisten en direcciones anómalas: no es raro por ejemplo, ver el apéndice dirigirse hacia arriba y adentro y ganar el ángulo que forma el ileon con el ciego, y dirigirse hacia arriba y á la derecha.

Las anomalías de volumen, apreciables, son raras y en todos nuestros casos no hemos encontrado diferencias muy grandes. En el niño el apéndice es mayor que en el adulto y en el curso del desarrollo fetal mucho más pronunciado, á punto de continuar la cavidad cecal. Estas diferencias son un hecho normal en el curso del desenvolvimiento ontógeno.

Aunque nosotros nos basamos en observaciones personales, debemos hacer constar que en los clásicos encontramos anotadas las variedades que hemos indicado. El siguiente párrafo que traducimos de *Huschke* (*) reasume perfectamente lo expuesto: «El mesenterio es algunas veces bastante largo para permitirle (al apéndice) *descender en la pelvis;* ó bien *él se dirije en línea recta por detrás del colon;* á veces su punta se tuerce hacia adelante y no hacia atrás, á la derecha y no á la izquierda, etc.»

(*) *Huschke*—Enciclopedie anatomique, traduite de l'alemán par Jourdan.—Tomo V, pág. 93.—Edición 1875.

«Autenrieth lo ha encontrado en una hernia inguinal, teniendo una longitud de cuatro pulgadas y tan grueso como el colon. Esto indicaba probablemente la persistencia del estado fetal, durante el cual el apéndice es tan grueso como el ciego y forma con él un solo cuerpo.»

París, Mayo de 1893.

ABCESO DE LA FOSA ILIACA

OBSERVACIÓN

Por el Doctor L. Razetti

N. N. de diez años de edad, sin antecedentes hereditarios, ni patológicos, pues es hijo de padres sanos y robustos, y él no ha padecido ninguna enfermedad digna de ser apreciada clínicamente, fué presentado á la consulta privada del Dr. Acosta Ortiz, con una adenitis inguinal doble supurada. El Dr. Acosta hizo la abertura franca de los abcesos con las reglas de antisepsia que prescribe la cirugía moderna.

Algunos días después, ya casi cicatrizadas las heridas, se presentó de nuevo el enfermo al mismo facultativo, quien encontrándose en presencia de una enfermedad más seria, como veremos más adelante, le aconsejó se trasladase al hospital. Fué entonces que lo examinamos por la primera vez, ocupando la cama Nº 3 de la sala San Simón en el servicio del Dr. Couturier.

El enfermo presenta la actitud de la coxalgia: flexión del muslo y rotación hacia fuera; imposibilidad de extender el miembro. La presión aún ligera, sobre cualquier punto de la cresta iliaca arranca gritos al enfermo; este dolor agudo se irradia á todo el miembro inferior correspondiente. La presión sobre el femur y la rodilla es dolorosísima. El mismo dolor se observa en la rodilla izquierda.

El examen directo de la fosa iliaca es impracticable por la agudeza del dolor que despierta la palpación. La fiebre es intensa; el termómetro sube en la tarde á más de 40° y en la mañana solo desciende á 39°.

Dada la edad del enfermo y el cuadro sintomático que antecede, formulamos el diagnóstico de *osteomielitis del ileon* y decidimos intervenir.

Cloroformizado el enfermo, practicamos una incisión paralela al pliegue de la ingle y dividimos capa por capa los tejidos hasta llegar al peritoneo que respetamos. Dejando á un lado el cuchillo introdujimos el dedo índice para explorar la situación y la naturaleza de la lesión. Al practicar esta maniobra una gran cantidad de pus salió por la abertura exterior. Un examen minucioso nos demostró que aquel pus no venía de un acceso sub-perióstico y que sólo se trataba de un abceso simple de la fosa iliaca sin participación osea. Se hizo un gran lavado antiséptico; se colocaron dos tubos de desagüe y un aparato algodonado como es de regla en toda la parotomía. Se continuaron lavados y curas antisépticas diarias hasta la curación. El enfermo ha salido del hospital completamente restablecido.

El interés clínico de este caso estriba sólo en la dificultad del diagnóstico diferencial entre la osteomielitis del ileon y el simple abceso de la fosa iliaca. En nuestro concepto el diagnóstico es imposible, en semejantes casos, antes de practicar la laparatomía, que por fortuna es el único tratamiento de ambas afecciones. La incisión *ancha* y *precoz* nos

parece lo más racional tanto en los casos de osteomielitis, como en los de psoitis, adenitis supuradas, etc., etc., combinada ó nó con la trepanación del ileon, que nosotros no empleamos, ni fué necesaria, pues la curación no se hizo esperar empleando sólo los lavatorios antisépticos.

Como tanto en el caso de osteomielitis del ileon, como en el simple abceso es muy dificil ó imposible percibir la fluctuación, signo patognomónico de las colecciones purulentas, el cirujano está obligado á diagnosticar la presencia del pus por los demás signos y no esperar para la intervención quirúrgica que el desarrollo del abceso sea suficiente para percibir la dicha fluctuación. En estos casos la espectación expone al enfermo á los peligros de una ruptura de la bolsa ó en la pelvis, ó en el peritoneo. El examen bajo el cloroformo puede ser útil en algunos casos difíciles pero no seguro; en el que sirve de objeto á estas líneas, fue imposible comprobar la fluctuación aún en el estado de relajación anestésica.

De modo pues que siempre que el cirujano se encuentre en presencia de un enfermo en el cual por sus antecedentes, la localización del dolor en la fosa iliaca, la flexión y rotación del muslo, la fiebre alta continua, etc., etc., sospeche la existencia de una colección purulenta, debe intervenir inmediatamente sin esperar la fluctuación para decidir la abertura, que debe ser tan extensa como sea posible.

En los casos de osteonmielitis debe practicarse desde el primer momento la trepanación del ileon, para asegurar la franca salida del pus y facilitar la lavatorios antisépticos. El tratamiento general debe preocuparnos mucho, lo mismo que la alimentación reparadora, pues como sabemos, estas afecciones casi siempre están sostenidas por un estado diatésico que es indispensable modificar con una terapéutica racional.

Abril de 1893.

NOTA.—El enfermo á que nos hemos referido en esta observación sigue gozando de una salud perfecta. Un régimen antiescrofuloso y la vida del campo han completado la curación.

Junio 30 de 1893.

UNIVERSIDAD CENTRAL

LECCIONES DE BACTEREOLOGIA

POR EL DR. JOSÉ G. HERNÁNDEZ

RECOGIDAS POR LOS BRES. JOSÉ A. CUEVAS Y JOSÉ H. CARDOZO

LECCION I

Clasificación, forma y reproducción de los microbios

1.—Definición de Bacteriología. 2.—Definición de microbio. 3.—Microbios vegetales. 4.—Por qué son vegetales? 5.—Microbios animales. 6.—Por qué son animales? 7.—Formas de los microbios. 8.—Cocus. Sus especies. 9.—Bacillus. Sus especies. 10.—Supirillus. 11.—Clasificación de Pasteur. 12—Otra clasificación de los microbios. 13.—Reproducción de los microbios. 14.—Sustancias producidas por los microbios. Diastasas. Ptomainas y toxinas. 15.—Observaciones.

(Continuación)

9.—Los *bacillus* son microbios que, como lo indica su nombre, tienen la forma de bastoncillos.

Estos microbios, lo mismo que los coccus, se deviden en varias especies:

1a—Los *bacillus de espacios claros*, que se distinguen de los demás, porque presentan de trecho en trecho partes que resisten á todos los medios de coloración conocidos hasta ahora y que por esto han recibido aquel nombre.

2a—Los *bacillus comma* ó *bacillus virgulla*, caracterizados por la figura de media luna ó de coma, (en latín comma, virgulla) como el bacillus del cólera asiático.

3a—Los bacillus que presentan un abultamiento considerable en una de sus extremidades, como el *bacillus del tétanos, (B. Nicolaieri)* descubierto por NICOLAIER.

Los *leptothrix* y los *cladothrix*, que se distinguen de los demás bacillus, no por su forma, sino por la manera de su colocación. Los *leptothrix*, que tienen la forma de largas cadenetas más ó menos onduladas, constituida por gran número de bacillus cortos y gruesos que se unen por sus extremidades; ejemplo: *leptothrix buccalis*, que se encuentra en la saliva. Los *cladothrix*, constituidos por una serie de bacillus que se diferencian de los anteriores en que están ramificados; ramificación que, como ya hemos dicho, no debe confundirse con la de los hongos.

10.—Los *spirillums*, microbios que tienen una forma un poco sinuosa y que también se llaman *vibriones*. Algunos creen que forman una variedad de los bacillus, ejemplos: *vibrio septicus de Pasteur, vibrio de* Metzchnikoff.

11.—PASTEUR, ha descubierto, por una parte, microbios que no pueden vivir en relación inmediata con el oxígeno que se encuentra en el aire y en solución en el agua, y, por otra, microbios que viven perfectamente bien en presencia de este gas. Los primeros han recibido el nombre de *anaerobios*; y los segundos el de *aerobios*. Tanto entre los *aerobios* como entre los *anaerobios*, hay algunos que pueden vivir de los dos modos, es decir, respirando el oxígeno del aire ó el que se encuentra en solución en el agua, ó el que se encuentra en estado *naciente*. Llamándose estos, *anaerobios* ó *aerobios facultativos* ó *aero-anaerobios* para distinguirlos de los demás que se llaman *aerobios* ó *anaerobios extrictos*.

12 Hay además otra clasificación de los microbios, según sus efectos, á saber:

1º—*Saprógenos* que producen la putrefacción;

2º—*Patógenos* que producen las enfermedades;

3º—*Cromógenos* que producen las sustancias colorantes; y

4º—*Fotógenos* que producen luz.

13 Los microbios se reproducen de dos maneras: por *endo esporulación* y por *artro esporulación*.

Para hacer comprender en que consisten estos dos modos de reproducirse las baterias, definiremos ante todo el *espórulo*, diciendo que es una granulación brillante, resistente á los medios ordinarios de coloración y que se observa, ya libre, ya en el interior mismo de los microbios.

En la reproducción por *endoesporulación*, el espórulo crece en el interior del microbio, rompe en seguida, según la opinión generalmente aceptada, las paredes de éste y desde entonces conserva una existencia independiente, pudiendo reproducir el microbio originario al encontrarse en circunstancias apropiadas. Este modo de reproducción lo poseen todos los microbios exceptuando los coccus.

En la reproducción por *artro esporulación*, que es el modo general de reproducción, si es un coccus, éste se alarga hasta llegar á tener uno de sus diámetros doble del otro y entonces se extrangula para dar nacimiento á dos coccus; si es un bacillus ó un spirillum se alarga hasta tener doble longitud de la anterior

y entonces, extrangulándose en su mitad, produce dos microbios, en cada uno de los cuales se notan varias prolongaciones protoplasmáticas llamadas *flagella*, (del latín flagellum azote) que también se ven en los coccus.

14 Las bacterias tienen la propiedad de segregar varios sustancias que les sirven, unas para efectuar las digestión de los principios nutritivos (secreciones *recrementicias*) y otras que son simplemente sustancias *excrementicias*.

Las primeras han recibido el nombre genérico de *diastasas*. Entre las seguudas anotaremos los siguientes nombres:

Ptomainas, (del griego *ptoma*, cadáver) descubiertas por SELMI en los cadáveres en descomposición;

Toxinas (del griego *toxicón*, veneno); y *Albúminas tóficas* ó *toxo-albúminas*.

Entre las diastasas merecen especial mención:

1a La *caseasa*, que digiere la *caseina*;

2a La *sucrasa*, que convierte la *sacarosa* ó azúcar de caña en *glucosa* ó azúcar de uva;

3a La *inversina*, que cambia el azúcar comun en el azucar llamado *invertido*.

4a La *amilasa* que transforma el almidón en azúcar.

Ahora bien, las diastasas, para efectuar las transformaciones arriba citadas, obran en virtud de la acción llamada *catalítica* ó de presencia.

15 El número de microbios contenido según las observaciones hechas por MIQUEL, en un metro cúbico de aire y en un litro de agua, es el siguiente:

AIRE

Parque de Montsouris	30.770
Calle de Rivoli	5.500
«Hotel Dieu»-Sala «San Christophe»	6.300
Servicio de Cirujía «La Pitié»	11.000

AGUAS

Fuente de la Vanne	54.000
Agua de las primeras lluvias	248.000
Bercy-entrada del Sena en la ciudad	4.800.000
Asnières-Salida del Sena	12.800.000
Agua de las cloacas de la ciudad	80.000.000

Como se vé por estas observaciones, el agua de las fuentes es la más pura.

Después de las grandes lluvias el aire queda casi purgado de microbios.

Para terminar esta lección haremos notar que el número de microbios, contenido en el aire, disminuye en razón inversa de la altura, á tal punto que, en Europa á la altura de 2000 metros, puede decirse que ya no existen bacterias.

(Continuará.)

SOCIEDAD DE MEDICOS Y CIRUJANOS

Sesión del 22 de mayo.—Presidencia del Dr. RÍSQUEZ.

Tratamiento de la tuberculósis ganglionar del cuello.

El DOCTOR ESCALONA.—He visto multitud de casos en los cuales el tratamiento arsenical á dosis misivas no ha dado ningún resultado; con excepción de uno en el que la administración de 120 gotas de licor de Fowler en las 24 horas, ensayando la práctica de Reclus, produjo la resolución de los ganglios.

El DOCTOR ACOSTA ORTIZ.—¿Estaban esos ganglios caseosos y había pléyade?

El DOCTOR ESCALONA.—En el caso que acabo de citar estaban caseosos los ganglios y existían además trayectos fistulosos que se cerraron después.

El DOCTOR ACOSTA ORTIZ.—La tuberculosis ganglionar es una afección refractaria á la terapéutica en general. He dado mucho el arsénico sin resultado; no me he atrevido á usar el éter yodoformado, tan recomendado, porque los dolores que producen las inyecciones son atroces.

El DOCTOR RISQUEZ.—Las he usado pero los enfermos no han podido soportarlas porque en realidad los dolores son terribles.

El DOCTOR HERRERA VEGAS.—La vaselina yodoformada no produce dolores tan agudos como el éter.

El DOCTOR ACOSTA ORTIZ.—La intervención quirúrgica es no solo inútil sino peligrosa, pues no se pueden preveer de antemano los límites de la operación.

Citó la valiente operación practicada en el Hospital Vargas por el Doctor Razetti, en un caso de tuberculosis ganglionar del cuello, en el cual fué herida la yugular interna. El enfermo se salvó, pero los resultados fueron mediocres.

El DOCTOR RIOS LLAMOZAS.—Una vez me ví precisado á suspender la operación por lo extenso de la lesión. Respecto del arsénico no lo he usado nunca.

El DOCTOR RISQUEZ.—Creo que con solo un caso que registre de curación el tratamiento arsenical, no debe despreciarse su empleo.

El DOCTOR ESCALONA.—Desalentado Reclus con los insucesos de la intervención quirúrgica, fué que ensayó con éxito en un caso el método arsenical.

Formas que afecta la disenteria entre nosotros; diagnóstico diferencial y tratamiento.

El DOCTOR RISQUEZ.—Mi parecer es que entre nosotros la disentería reviste tres formas: una *infecciosa*; otra *catarral*, y otra *paludosa*.

¿Cómo se distinguen estas afecciones? Su diagnóstico es difícil. Siempre que es epidémica podemos asegurar que es *infectiva* pues las disenterías esporádicas son *simples colitis catarrales*.

El DOCTOR HERRERA TOVAR.—Las disenterías palúdicas son tambien epidémicas en ciertas épocas del año.

El DOCTOR RISQUEZ.—Tenemos entonces como medio diagnóstico el resultado del tratamiento.

La disentería catarral tiene en tratamiento especial; la que no cede ni al tratamiento de esta forma, ni al de la forma infectiva, es paludosa.

La quinina es un valioso recurso para desenmascarar las formas larvadas del mal haciéndolo seguir ó desarrollar su curso ordinario.

La fiebre disentérica se caracteriza por la presencia de cámaras disentéricas durante el acceso de fiebre, cámaras que cesan con el acceso.

El DR. RÍOS LLAMOZAS.—En realidad en las disenterías palúdicas las cámaras no son iguales en las 24 horas y las disentéricas se parecen mucho á las enterorragias.

El DR. HERRERA TOVAR.—Y las cámaras de los intervalos, las no disentéricas, son como de espinacos.

El DR. RÍSQUEZ.—Como línea de conducta, la mía es: purgar al principio con cálomel ó un salino y luego doy ipecacuana. Si no cede á esto, pienso en el paludismo y doy quinina bajo la forma de *tanato de quinina* y polvos de Dower juntos.

El Dr. Ríos Llamozas.—Hay incompatibilidad entre el tanato y la ipecacuana.

El Dr. Risquez.—Usted tiene razón, químicamente hablando, pero en la práctica no existe esa incompatibilidad, al menos en sus buenos efectos.

El Dr. Escalona.—Yo uso con muy buenos resultados en la disentería infecciosa, después del purgante salino, 0,05 centígramos de iodoformo y otro tanto de opio, cada seis horas.

El Dr. Ríos Llamozas.—Yo uso la ipecacuana en cocimiento con raíz de saúco y unido al tártaro estibiado y al sulfato de soda; y en las formas enterorrágicas la ergotina asociada al opio.

El Dr. Couturier.—Los enemas de sulfato de soda con un poderoso irrigador dan muy buenos resultados.

El Dr. Herrera Tovar.—Siempre he usado 30 gramos de raíz de ipecacuana unidos á 30 gramos de fosfato de soda. Esto dado en tres tomas y luego polvos de Dower.

El Dr. Acosta Ortiz.—Las irrigaciones, bien hechas, abundantes, en posición genipectoral, de 3 á 5 litros, con permanganato de potasa al 1 por 3,000 están muy acousejadas.

Se levantó la sesión.

Dr. Villegas Ruiz. (Secretario.)

PRENSA EXTRANJERA

Tratamiento del tétanos traumático

Mr. Berger presentó á la Academia de Medicina de Paris, tres observaciones de tétanos traumático curado por medio de una intervención local enérgica.

En el primer caso, Mr. Carné practica la amputación del dedo al décimo nono día de un tétanos que había resistido al cloral; desde el día siguiente se comprobó una mejoría en los síntomas y el décimo tercio día después de la amputación, el enfermo estaba curado. Se trataba de una herida central que interesó la articulación de la primera con la segunda falanges del medio izquierdo; el tétanos se desarrolló trece días después de la herida.

El hecho de Mr. Darolles se refiere á un muchacho que sufrió una sección casi completa del pulgar interesando el hueso al nivel de la segunda falange producida por una sierra mecánica; diez y nueve días después del accidente se declara el tétanos y se agrava á pesar del cloral administrado á altas dósis; el décimo día Mr. Darolles extirpa la falange que estaba necrosada y desinfecta el foco traumático; al cabo de cuatro días todos los síntomas del tétanos han desaparecido.

El enfermo de Mr. Folet, después de un vasto desprendimiento de los tegumentos del miembro inferior producido por el paso de una rueda de coche, había presentado una especie de flegmon difuso gangrenoso que hacia el vigésimo día, estaba complicado de trismus, después de opistótonos con crisis. El tercer día aparición del tétanos; Mr. Folet abre, desagua, desinfecta todos los desprendimientos; los dias siguientes él mismo reitera las maniobras de decinfección bajo el cloroformo. Hacia el fin del tercer día se produce una disminución en los fenómenos tetánicos que desaparecen completamente el sexto día.

Mr. Berger se aprovecha de estos casos para examinar el valor del tratamiento local y particularmente de la amputación en el tratamiento del tétanos. Recuerda los numerosos hechos de curación después de la amputación ó de la extirpación del foco traumático, que han sido publicados recientemente; M. M. Brown y Vaillard citan dos en un reciente trabajo. Sobre once casos citados por Mr. Galmard en una tesis, hay ejemplos de curaciones debidas á las inyecciones de antitoxina, 4 habían sufrido la amputación, 3 intervenciones locales muy activas. Mr. Ferratón á comunicado á la Sociedad de Cirujía un nuevo caso de curación del tétanos después de la amputación; Mr. Berger agrega un nuevo caso inédito, comunicado por Mr. Roméy (de Bologne), de amputación seguida de curación y cita su estadística personal que comprende 15 casos de tétanos con 2 amputaciones que fueron las únicas que curaron.

La amputación, según él, obra suprimiendo el foco microbiano que vierte las toxinas en la economía: no basta para prevenir los efectos de la intoxicación tetánica efectiva, pero se opone á la absorción de nuevas dósis de veneno. De modo pues, que no nos debe causar extrañeza que en un cierto número de casos sea ineficaz. Se puede ver al tétanos declararse aún posteriormente á la amputación, cuando la introducción de las toxinas en la circulación ha precedido á ésta.

Por otra parte el éxito de la amputación no deberá atribuirse á las otras medicaciones: en la mayor parte de los casos el cloral había sido ineficaz.

En cuanto á las inyecciones antitóxicas, M. Berger duda que hasta el presente hayan producido la curación de un solo caso de tétanos. Se opoya sobre los hechos de M. M. Roux y Vaillard y cita una observación personal en la cual una mujer, que entró á su servicio con tétanos espontáneo, murió seis días después del principio del tratamiento dirigido con el mayor rigor por el mismo M. Roux. M. Berger cita además una carta de M. Treille, médico inspector del cuerpo de salud de las colonias, en que relata hechos que le han sido comunicados por M. Rougé, Jefe del servicio de salud en el Dahomey: éste ha tratado en el Dahomey dos casos de tétanos por la antitoxina sin éxito. Las inyecciones hechas preventivamente en cierto número de casos no han librado un solo herido de la muerte por el tétanos. Así, el valor preventivo de las inyecciones de antitoxina no es absoluto.

Es necesario considerar pues, que los éxitos obtenidos por la amputación en el tratamiento del tétanos son debidos á la operación.

¿Dentro de qué límites debe ser practicada la amputación en los casos de tétanos? M. Berger cree que es imposible dar sobre esto reglas precisas; es necesario apoyarse: 1º sobre la gravedad del tétanos; 2º sobre el mal éxito de las otras medicaciones; 3º sobre la importancia del miembro que sea necesario sacrificar; 4º en fin y sobre todo, sobre la gravedad de la herida y sobre las consecuencias que debe acarrear para el buen funcionamiento del miembro.

La amputación no agrava sensiblemente el pronóstico del tétanos. Los peligros de la clorofomización en semejante caso han sido exajerados; es bajo el punto de vista de la mutilación que es necesario colocarse para juzgar la cuestión de la amputación. Sobre este punto, M. Berger llega á la siguiente conclusión:

La amputación practicada en los tejidos sanos, pone el herido en las mejores condiciones para la curación del tétanos traumático. En los casos en que pueda ser ejecutada sin causar una mutilación demasiado extensa debe practicarse tan cerca como sea posible del principio de los accidentes; cuando por el hecho de una lesión traumática, la vitalidad y de buen funcionamiento de un miembro se encuentran gravemente comprometidos y que la cuestión de la amputación se plantée la aparición del tétanos traumático debe hacer inclinar la balanza del lado de ésta.

(*Rev. Gen. de Clinique et Thérapeutique*).

OPINION DE M. VERNEUIL

La curación del tétanos no es tan rara como lo cree Mr. Berger, aún en los casos más agudos, más graves, sobre todo si después de hechas las curas antisépticas se administra el cloral á altas dósis. A propósito de esto citaré una observación recojida por M. Camus, caso en el cual un tétanos muy grave, consecutivo á múltiples heridas, fué curado por una cura antiséptica muy cuidadosa y muy fuertes dósis de cloral.

M. Perier ha recojido dos observaciones, una curación y una muerte. M. Schwartz ha citado dos casos de curación, en esas formas lentas, es cierto. Yo notaré á propósito de esto que después que se emplea el cloral las formas crónicas son más frecuentes y que, por consecuencia, el pronóstico del tétanos se hace más favorable.

Dicho esto, llego á la cuestión de la amputación, de la cual es muy partidario M. Berger. Sobre esto he recojido todas las observaciones que he podido; he aquí mi estadística:

En tres observaciones de heridas de los miembros por aplastamiento, la amputación fué practicada de urgencia. A pesar de este tratamiento preventivo, hácia el 7º día despnés de la operación, el tétanos se declaró en estos tres enfermos y los tres murieron. Sobre un total ds 14 obseevaciones en las cuales fueron hechas aperaciones preventivas, diez enfermos murieron: cuatro solamente han sobrevenido, pero su curación puede ser atribuida al tratamiento médico enérgico que fué aplicado. No conozco sino un solo caso de tétanos complicando un lipoma ulcerado, que, ciertamente, fué curado por la ablación del lipoma.

Luego, basándome en todos los hechos bien analizados, se convendrá que yo tengo rázon para negar á la amputación el poder de curar el tétanos, y hasta para acusarla formalmente de agravar el mal en algunos casos.

No quiero que ustedes supongan que quiero proscribir en absoluto la amputación y disputar el valor y el interés de los casos citados por M. Berger.

Estando incuestionablemente establecido por los hechos que esta operación es á veces útil, á veces supérflua, á veces impotente, á veces nociva; que este método, como todos los otros, tiene sus indicaciones y sus contra indicaciones, mi único deseo es encontrar el modo de precisar los unos y los otros y protejer á los jóvenes cirujanos contra las precipitaciones operatorias. Luego, para obrar ó abstenerse, es indispensable establecer categorías entre los hechos diferentes y contradictorios.

(*Bulletin Médical*).

ERITROMELALGIA

M. H. Weiss ha presentado á la *Sociedad Imperio-Real de Médicos de Viena* una muchacha que desde hacía dos meses, se quejaba de dolores en los piés, y que ha sido tratada por reumatismos. En ambos lados se nota una viva rubefacción de las extremidades inferiores, que sube más arriba de los tobillos; la piel es sumamente sensible á un ligero tocamiento; por el contrario la presión fuerte es bien soportada y los movimientos de las articulaciones bastante libres. Existe una transpiración muy abundante de los piés y además, la misma rubefacción y la misma transpiración han aparecido últimamente en las manos. M. Weiss cree ver en esta enferma lo que nuevamente se ha descrito bajo el nombre de eritromelalgia.

M. Kaposi hace notar que el conjunto sintomático descrito por M. M. Senator y Gerhardt bajo el nombre de eritromelalgia, es conocido hace mucho tiempo y se encuentra con frecuencia. La hiperidrosis de la palma de las manos y de la planta de los piés con los síntomas que la acompañan (conjunto al cual se ha dado un nuevo nombre para hacer una nueva enfermedad) es una manifestación patológica secundaria de un estado general caracterizado por una disminución de la energía de la inervación vaso-motriz; esta perturbación se nota sobre todo en las partes más periféricas.

Se observa en los cloróticos y en los individuos en los cuales la energía cardiaca se ha debilitado; se le encuentra lo más á menudo en la juventud, hacia la pubertad, y también en los adultos, pero de una manera pasajera. Se trata siempre de una hiperemia pasiva y de una hiperidrosis igualmente pasiva. Los dolores lancinantes especiales resultan de una irritación de las terminaciones nerviosas de las papilas, y es esto lo que explica por que las presiones ligeras son dolorosas. M. Kaposi agrega que ha observado síntomas análogos cuando el plexo braquinal está dañado ó comprimido por una cicatriz; se trata entonces de una paresia vesicular. El concluye que la eritromelalgia no es una efección nueva y que ese cuadro sintemático ha podido ser colocado en el capítulo de las enfermedades que resultan de una energía insuficiente de la inervación vascular.—(*Bulletin Médical*).

MEDICINA PRACTICA

Procedimiento para la investigación del Bacilo de la Tuberculosis en los esputos

La investigación del bacilo tuberculoso en los esputos es una operación que el práctico está obligado á hacer diariamente. Esta investigación es el complemento necesaeio del diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. En muchos casos, en el período inicial de la afección, la comprobación del bacilo puede por sí sola aclarar todas las dudas.

Nos parece útil recordar cómo se debe proceder para encontrar este organismo de un modo simple y al alcance de todos los clínicos:

1º Se extiende sobre una lámina previamente esterilizada en la llama, una delgada y uniforme capa del esputo que se va á examinar.

Se deben escoger las partes espesas y amarillentas del esputo, salvo en los casos en que, para obtener una repartición más uniforme de los bacilos tuberculosos, se hubiera disuelto el esputo en:

(*a*) Agua esterilizada.

(*b*) Agua boricada concentrada hecha en el momento. Se agita la mezcla del esputo y el agua boricada; no se debe usar sino después de 24 horas; la disolución es perfecta y se conserva más de 8 días sin podrirse.

(*c*) Solución acuosa de carbonato de amoniaco.

(*d*) Lejía de soda.

2º Se fija la preparación pasándola tres veces por la llama.

3º Coloración.—Dos procedimientos:

I. Procedimiento rápido.—En caliente,

El Dr. Ríos Llamozas.—Hay incompatibilidad entre el tanato y la ipecacuana.

El Dr. Risquez.—Usted tiene razón, químicamente hablando, pero en la práctica no existe esa incompatibilidad, al menos en sus buenos efectos.

El Dr. Escalona.—Yo uso con muy buenos resultados en la disentería infecciosa, después del purgante salino, 0,05 centígramos de iodoformo y otro tanto de opio, cada seis horas.

El Dr. Ríos Llamozas.—Yo uso la ipecacuana en cocimiento con raíz de saúco y unido al tártaro estibiado y al sulfato de soda; y en las formas enterorrágicas la ergotina asociada al opio.

El Dr. Couturier.—Los enemas de sulfato de soda con un poderoso irrigador dan muy buenos resultados.

El Dr. Herrera Tovar.—Siempre he usado 30 gramos de raíz de ipecacuana unidos á 30 gramos de fosfato de soda. Esto dado en tres tomas y luego polvos de Dower.

El Dr. Acosta Ortiz.—Las irrigaciones, bien hechas, abundantes, en posición genipectoral, de 3 á 5 litros, con permanganato de potasa al 1 por 3,000 están muy acousejadas.

Se levantó la sesión.

Dr. Villegas Ruiz. (Secretario.)

PRENSA EXTRANJERA

Tratamiento del tétanos traumático

Mr. Berger presentó á la Academia de Medicina de Paris, tres observaciones de tétanos traumático curado por medio de una intervención local enérgica.

En el primer caso, Mr. Carné practica la amputación del dedo al décimo nono día de un tétanos que había resistido al cloral; desde el día siguiente se comprobó una mejoría en los síntomas y el décimo tercio día después de la amputación, el enfermo estaba curado. Se trataba de una herida central que interesó la articulación de la primera con la segunda falanges del medio izquierdo; el tétanos se desarrolló trece días después de la herida.

El hecho de Mr. Darolles se refiere á un muchacho que sufrió una sección casi completa del pulgar interesando el hueso al nivel de la segunda falange producida por una sierra mecánica; diez y nueve días después del accidente se declara el tétanos y se agrava á pesar del cloral administrado á altas dósis; el décimo día Mr. Darolles extirpa la falange que estaba necrosada y desinfecta el foco traumático; al cabo de cuatro días todos los síntomas del tétanos han desaparecido.

El enfermo de Mr. Folet, después de un vasto desprendimiento de los tegumentos del miembro inferior producido por el paso de una rueda de coche, había presentado una especie de flegmon difuso gangrenoso que hacia el vigésimo día, estaba complicado de trismus, después de opistótonos con crisis. El tercer día aparición del tétanos; Mr. Folet abre, desagua, desinfecta todos los desprendimientos; los dias siguientes él mismo reitera las maniobras de decinfección bajo el cloroformo. Hacia el fin del tercer día se produce una disminución en los fenómenos tetánicos que desaparecen completamente el sexto día.

Mr. Berger se aprovecha de estos casos para examinar el valor del tratamiento local y particularmente de la amputación en el tratamiento del tétanos. Recuerda los numerosos hechos de curación después de la amputación ó de la extirpación del foco traumático, que han sido publicados recientemente; M. M. Brown y Vaillard citan dos en un reciente trabajo. Sobre once casos citados por Mr. Galmard en una tesis, hay ejemplos de curaciones debidas á las inyecciones de antitoxina, 4 habían sufrido la amputación, 3 intervenciones locales muy activas. Mr. Ferratón á comunicado á la Sociedad de Cirujía un nuevo caso de curación del tétanos después de la amputación; Mr. Berger agrega un nuevo caso inédito, comunicado por Mr. Roméy (de Bologne), de amputación seguida de curación y cita su estadística personal que comprende 15 casos de tétanos con 2 amputaciones que fueron las únicas que curaron.

La amputación, según él, obra suprimiendo el foco microbiano que vierte las toxinas en la economía: no basta para prevenir los efectos de la intoxicación tetánica efectiva, pero se opone á la absorción de nuevas dósis de veneno. De modo pues, que no nos debe causar extrañeza que en un cierto número de casos sea ineficaz. Se puede ver al tétanos declararse aún posteriormente á la amputación, cuando la introducción de las toxinas en la circulación ha precedido á ésta.

Por otra parte el éxito de la amputación no deberá atribuirse á las otras medicaciones: en la mayor parte de los casos el cloral había sido ineficaz.

En cuanto á las inyecciones antitóxicas, M. Berger duda que hasta el presente hayan producido la curación de un solo caso de tétanos. Se opoya sobre los hechos de M. M. Roux y Vaillard y cita una observación personal en la cual una mujer, que entró á su servicio con tétanos espontáneo, murió seis días después del principio del tratamiento dirigido con el mayor rigor por el mismo M. Roux. M. Berger cita además una carta de M. Treille, médico inspector del cuerpo de salud de las colonias, en que relata hechos que le han sido comunicados por M. Rougé, Jefe del servicio de salud en el Dahomey: éste ha tratado en el Dahomey dos casos de tétanos por la antitoxina sin éxito. Las inyecciones hechas preventivamente en cierto número de casos no han librado un solo herido de la muerte por el tétanos. Así, el valor preventivo de las inyecciones de antitoxina no es absoluto.

Es necesario considerar pues, que los éxitos obtenidos por la amputación en el tratamiento del tétanos son debidos á la operación.

¿Dentro de qué límites debe ser practicada la amputación en los casos de tétanos? M. Berger cree que es imposible dar sobre esto reglas precisas; es necesario apoyarse: 1º sobre la gravedad del tétanos; 2º sobre el mal éxito de las otras medicaciones; 3º sobre la importancia del miembro que sea necesario sacrificar; 4º en fin y sobre todo, sobre la gravedad de la herida y sobre las consecuencias que debe acarrear para el buen funcionamiento del miembro.

La amputación no agrava sensiblemente el pronóstico del tétanos. Los peligros de la clorofomización en semejante caso han sido exajerados; es bajo el punto de vista de la mutilación que es necesario colocarse para juzgar la cuestión de la amputación. Sobre este punto, M. Berger llega á la siguiente conclusión:

La amputación practicada en los tejidos sanos, pone el herido en las mejores condiciones para la curación del tétanos traumático. En los casos en que pueda ser ejecutada sin causar una mutilación demasiado extensa debe practicarse tan cerca como sea posible del principio de los accidentes; cuando por el hecho de una lesión traumática, la vitalidad y de buen funcionamiento de un miembro se encuentran gravemente comprometidos y que la cuestión de la amputación se plantée la aparición del tétanos traumático debe hacer inclinar la balanza del lado de ésta.

(*Rev. Gen. de Clinique et Thérapeutique*).

OPINION DE M. VERNEUIL

La curación del tétanos no es tan rara como lo cree Mr. Berger, aún en los casos más agudos, más graves, sobre todo si después de hechas las curas antisépticas se administra el cloral á altas dósis. A propósito de esto citaré una observación recojida por M. Camus, caso en el cual un tétanos muy grave, consecutivo á múltiples heridas, fué curado por una cura antiséptica muy cuidadosa y muy fuertes dósis de cloral.

M. Perier ha recojido dos observaciones, una curación y una muerte. M. Schwartz ha citado dos casos de curación, en esas formas lentas, es cierto. Yo notaré á propósito de esto que después que se emplea el cloral las formas crónicas son más frecuentes y que, por consecuencia, el pronóstico del tétanos se hace más favorable.

Dicho esto, llego á la cuestión de la amputación, de la cual es muy partidario M. Berger. Sobre esto he recojido todas las observaciones que he podido; he aquí mi estadística:

En tres observaciones de heridas de los miembros por aplastamiento, la amputación fué practicada de urgencia. A pesar de este tratamiento preventivo, hácia el 7º día despnés de la operación, el tétanos se declaró en estos tres enfermos y los tres murieron. Sobre un total ds 14 obseevaciones en las cuales fueron hechas aperaciones preventivas, diez enfermos murieron: cuatro solamente han sobrevenido, pero su curación puede ser atribuida al tratamiento médico enérgico que fué aplicado. No conozco sino un solo caso de tétanos complicando un lipoma ulcerado, que, ciertamente, fué curado por la ablación del lipoma.

Luego, basándome en todos los hechos bien analizados, se convendrá que yo tengo rázon para negar á la amputación el poder de curar el tétanos, y hasta para acusarla formalmente de agravar el mal en algunos casos.

No quiero que ustedes supongan que quiero proscribir en absoluto la amputación y disputar el valor y el interés de los casos citados por M. Berger.

Estando incuestionablemente establecido por los hechos que esta operación es á veces útil, á veces supérflua, á veces impotente, á veces nociva; que este método, como todos los otros, tiene sus indicaciones y sus contra indicaciones, mi único deseo es encontrar el modo de precisar los unos y los otros y protejer á los jóvenes cirujanos contra las precipitaciones operatorias. Luego, para obrar ó abstenerse, es indispensable establecer categorías entre los hechos diferentes y contradictorios.

(*Bulletin Médical*).

ERITROMELALGIA

M. H. Weiss ha presentado á la *Sociedad Imperio-Real de Médicos de Viena* una muchacha que desde hacía dos meses, se quejaba de dolores en los piés, y que ha sido tratada por reumatismos. En ambos lados se nota una viva rubefacción de las extremidades inferiores, que sube más arriba de los tobillos; la piel es sumamente sensible á un ligero tocamiento; por el contrario la presión fuerte es bien soportada y los movimientos de las articulaciones bastante libres. Existe una transpiración muy abundante de los piés y además, la misma rubefacción y la misma transpiración han aparecido últimamente en las manos. M. Weiss cree ver en esta enferma lo que nuevamente se ha descrito bajo el nombre de eritromelalgia.

M. Kaposi hace notar que el conjunto sintomático descrito por M. M. Senator y Gerhardt bajo el nombre de eritromelalgia, es conocido hace mucho tiempo y se encuentra con frecuencia. La hiperidrosis de la palma de las manos y de la planta de los piés con los síntomas que la acompañan (conjunto al cual se ha dado un nuevo nombre para hacer una nueva enfermedad) es una manifestación patológica secundaria de un estado general caracterizado por una disminución de la energía de la inervación vaso-motriz; esta perturbación se nota sobre todo en las partes más periféricas.

Se observa en los cloróticos y en los individuos en los cuales la energía cardiaca se ha debilitado; se le encuentra lo más á menudo en la juventud, hacia la pubertad, y también en los adultos, pero de una manera pasajera. Se trata siempre de una hiperemia pasiva y de una hiperidrosis igualmente pasiva. Los dolores lancinantes especiales resultan de una irritación de las terminaciones nerviosas de las papilas, y es esto lo que explica por que las presiones ligeras son dolorosas. M. Kaposi agrega que ha observado síntomas análogos cuando el plexo braquinal está dañado ó comprimido por una cicatriz; se trata entonces de una paresia vesicular. El concluye que la eritromelalgia no es una efección nueva y que ese cuadro sintemático ha podido ser colocado en el capítulo de las enfermedades que resultan de una energía insuficiente de la inervación vascular.—(*Bulletin Médical*).

MEDICINA PRACTICA

Procedimiento para la investigación del Bacilo de la Tuberculosis en los esputos

La investigación del bacilo tuberculoso en los esputos es una operación que el práctico está obligado á hacer diariamente. Esta investigación es el complemento necesaeio del diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. En muchos casos, en el período inicial de la afección, la comprobación del bacilo puede por sí sola aclarar todas las dudas.

Nos parece útil recordar cómo se debe proceder para encontrar este organismo de un modo simple y al alcance de todos los clínicos:

1º Se extiende sobre una lámina previamente esterilizada en la llama, una delgada y uniforme capa del esputo que se va á examinar.

Se deben escoger las partes espesas y amarillentas del esputo, salvo en los casos en que, para obtener una repartición más uniforme de los bacilos tuberculosos, se hubiera disuelto el esputo en:

(*a*) Agua esterilizada.

(*b*) Agua boricada concentrada hecha en el momento. Se agita la mezcla del esputo y el agua boricada; no se debe usar sino después de 24 horas; la disolución es perfecta y se conserva más de 8 días sin podrirse.

(*c*) Solución acuosa de carbonato de amoniaco.

(*d*) Lejía de soda.

2º Se fija la preparación pasándola tres veces por la llama.

3º Coloración.—Dos procedimientos:

I. Procedimiento rápido.—En caliente,

El Dr. Ríos Llamozas.—Hay incompatibilidad entre el tanato y la ipecacuana.

El Dr. Risquez.—Usted tiene razón, químicamente hablando, pero en la práctica no existe esa incompatibilidad, al menos en sus buenos efectos.

El Dr. Escalona.—Yo uso con muy buenos resultados en la disentería infecciosa, después del purgante salino, 0,05 centígramos de iodoformo y otro tanto de opio, cada seis horas.

El Dr. Ríos Llamozas.—Yo uso la ipecacuana en cocimiento con raíz de saúco y unido al tártaro estibiado y al sulfato de soda; y en las formas enterorrágicas la ergotina asociada al opio.

El Dr. Couturier.—Los enemas de sulfato de soda con un poderoso irrigador dan muy buenos resultados.

El Dr. Herrera Tovar.—Siempre he usado 30 gramos de raíz de ipecacuana unidos á 30 gramos de fosfato de soda. Esto dado en tres tomas y luego polvos de Dower.

El Dr. Acosta Ortiz.—Las irrigaciones, bien hechas, abundantes, en posición genipectoral, de 3 á 5 litros, con permanganato de potasa al 1 por 3,000 están muy acousejadas.

Se levantó la sesión.

Dr. Villegas Ruiz. (Secretario.)

PRENSA EXTRANJERA

Tratamiento del tétanos traumático

Mr. Berger presentó á la Academia de Medicina de Paris, tres observaciones de tétanos traumático curado por medio de una intervención local enérgica.

En el primer caso, Mr. Carné practica la amputación del dedo al décimo nono día de un tétanos que había resistido al cloral; desde el día siguiente se comprobó una mejoría en los síntomas y el décimo tercio día después de la amputación, el enfermo estaba curado. Se trataba de una herida central que interesó la articulación de la primera con la segunda falanges del medio izquierdo; el tétanos se desarrolló trece días después de la herida.

El hecho de Mr. Darolles se refiere á un muchacho que sufrió una sección casi completa del pulgar interesando el hueso al nivel de la segunda falange producida por una sierra mecánica; diez y nueve días después del accidente se declara el tétanos y se agrava á pesar del cloral administrado á altas dósis; el décimo día Mr. Darolles extirpa la falange que estaba necrosada y desinfecta el foco traumático; al cabo de cuatro días todos los síntomas del tétanos han desaparecido.

El enfermo de Mr. Folet, después de un vasto desprendimiento de los tegumentos del miembro inferior producido por el paso de una rueda de coche, había presentado una especie de flegmon difuso gangrenoso que hacia el vigésimo día, estaba complicado de trismus, después de opistótonos con crisis. El tercer día aparición del tétanos; Mr. Folet abre, desagua, desinfecta todos los desprendimientos; los dias siguientes él mismo reitera las maniobras de decinfección bajo el cloroformo. Hacia el fin del tercer día se produce una disminución en los fenómenos tetánicos que desaparecen completamente el sexto día.

Mr. Berger se aprovecha de estos casos para examinar el valor del tratamiento local y particularmente de la amputación en el tratamiento del tétanos. Recuerda los numerosos hechos de curación después de la amputación ó de la extirpación del foco traumático, que han sido publicados recientemente; M. M. Brown y Vaillard citan dos en un reciente trabajo. Sobre once casos citados por Mr. Galmard en una tesis, hay ejemplos de curaciones debidas á las inyecciones de antitoxina, 4 habían sufrido la amputación, 3 intervenciones locales muy activas. Mr. Ferratón á comunicado á la Sociedad de Cirujía un nuevo caso de curación del tétanos después de la amputación; Mr. Berger agrega un nuevo caso inédito, comunicado por Mr. Roméy (de Bologne), de amputación seguida de curación y cita su estadística personal que comprende 15 casos de tétanos con 2 amputaciones que fueron las únicas que curaron.

La amputación, según él, obra suprimiendo el foco microbiano que vierte las toxinas en la economía: no basta para prevenir los efectos de la intoxicación tetánica efectiva, pero se opone á la absorción de nuevas dósis de veneno. De modo pues, que no nos debe causar extrañeza que en un cierto número de casos sea ineficaz. Se puede ver al tétanos declararse aún posteriormente á la amputación, cuando la introducción de las toxinas en la circulación ha precedido á ésta.

Por otra parte el éxito de la amputación no deberá atribuirse á las otras medicaciones: en la mayor parte de los casos el cloral había sido ineficaz.

En cuanto á las inyecciones antitóxicas, M. Berger duda que hasta el presente hayan producido la curación de un solo caso de tétanos. Se opoya sobre los hechos de M. M. Roux y Vaillard y cita una observación personal en la cual una mujer, que entró á su servicio con tétanos espontáneo, murió seis días después del principio del tratamiento dirigido con el mayor rigor por el mismo M. Roux. M. Berger cita además una carta de M. Treille, médico inspector del cuerpo de salud de las colonias, en que relata hechos que le han sido comunicados por M. Rougé, Jefe del servicio de salud en el Dahomey: éste ha tratado en el Dahomey dos casos de tétanos por la antitoxina sin éxito. Las inyecciones hechas preventivamente en cierto número de casos no han librado un solo herido de la muerte por el tétanos. Así, el valor preventivo de las inyecciones de antitoxina no es absoluto.

Es necesario considerar pues, que los éxitos obtenidos por la amputación en el tratamiento del tétanos son debidos á la operación.

¿Dentro de qué límites debe ser practicada la amputación en los casos de tétanos? M. Berger cree que es imposible dar sobre esto reglas precisas; es necesario apoyarse: 1º sobre la gravedad del tétanos; 2º sobre el mal éxito de las otras medicaciones; 3º sobre la importancia del miembro que sea necesario sacrificar; 4º en fin y sobre todo, sobre la gravedad de la herida y sobre las consecuencias que debe acarrear para el buen funcionamiento del miembro.

La amputación no agrava sensiblemente el pronóstico del tétanos. Los peligros de la clorofomización en semejante caso han sido exajerados; es bajo el punto de vista de la mutilación que es necesario colocarse para juzgar la cuestión de la amputación. Sobre este punto, M. Berger llega á la siguiente conclusión:

La amputación practicada en los tejidos sanos, pone el herido en las mejores condiciones para la curación del tétanos traumático. En los casos en que pueda ser ejecutada sin causar una mutilación demasiado extensa debe practicarse tan cerca como sea posible del principio de los accidentes; cuando por el hecho de una lesión traumática, la vitalidad y de buen funcionamiento de un miembro se encuentran gravemente comprometidos y que la cuestión de la amputación se plantée la aparición del tétanos traumático debe hacer inclinar la balanza del lado de ésta.

(*Rev. Gen. de Clinique et Thérapeutique*).

OPINION DE M. VERNEUIL

La curación del tétanos no es tan rara como lo cree Mr. Berger, aún en los casos más agudos, más graves, sobre todo si después de hechas las curas antisépticas se administra el cloral á altas dósis. A propósito de esto citaré una observación recojida por M. Camus, caso en el cual un tétanos muy grave, consecutivo á múltiples heridas, fué curado por una cura antiséptica muy cuidadosa y muy fuertes dósis de cloral.

M. Perier ha recojido dos observaciones, una curación y una muerte. M. Schwartz ha citado dos casos de curación, en esas formas lentas, es cierto. Yo notaré á propósito de esto que después que se emplea el cloral las formas crónicas son más frecuentes y que, por consecuencia, el pronóstico del tétanos se hace más favorable.

Dicho esto, llego á la cuestión de la amputación, de la cual es muy partidario M. Berger. Sobre esto he recojido todas las observaciones que he podido; he aquí mi estadística:

En tres observaciones de heridas de los miembros por aplastamiento, la amputación fué practicada de urgencia. A pesar de este tratamiento preventivo, hácia el 7º día despnés de la operación, el tétanos se declaró en estos tres enfermos y los tres murieron. Sobre un total ds 14 obseevaciones en las cuales fueron hechas aperaciones preventivas, diez enfermos murieron: cuatro solamente han sobrevenido, pero su curación puede ser atribuida al tratamiento médico enérgico que fué aplicado. No conozco sino un solo caso de tétanos complicando un lipoma ulcerado, que, ciertamente, fué curado por la ablación del lipoma.

Luego, basándome en todos los hechos bien analizados, se convendrá que yo tengo rázon para negar á la amputación el poder de curar el tétanos, y hasta para acusarla formalmente de agravar el mal en algunos casos.

No quiero que ustedes supongan que quiero proscribir en absoluto la amputación y disputar el valor y el interés de los casos citados por M. Berger.

Estando incuestionablemente establecido por los hechos que esta operación es á veces útil, á veces supérflua, á veces impotente, á veces nociva; que este método, como todos los otros, tiene sus indicaciones y sus contra indicaciones, mi único deseo es encontrar el modo de precisar los unos y los otros y protejer á los jóvenes cirujanos contra las precipitaciones operatorias. Luego, para obrar ó abstenerse, es indispensable establecer categorías entre los hechos diferentes y contradictorios.

(*Bulletin Médical*).

ERITROMELALGIA

M. H. Weiss ha presentado á la *Sociedad Imperio-Real de Médicos de Viena* una muchacha que desde hacía dos meses, se quejaba de dolores en los piés, y que ha sido tratada por reumatismos. En ambos lados se nota una viva rubefacción de las extremidades inferiores, que sube más arriba de los tobillos; la piel es sumamente sensible á un ligero tocamiento; por el contrario la presión fuerte es bien soportada y los movimientos de las articulaciones bastante libres. Existe una transpiración muy abundante de los piés y además, la misma rubefacción y la misma transpiración han aparecido últimamente en las manos. M. Weiss cree ver en esta enferma lo que nuevamente se ha descrito bajo el nombre de eritromelalgia.

M. Kaposi hace notar que el conjunto sintomático descrito por M. M. Senator y Gerhardt bajo el nombre de eritromelalgia, es conocido hace mucho tiempo y se encuentra con frecuencia. La hiperidrosis de la palma de las manos y de la planta de los piés con los síntomas que la acompañan (conjunto al cual se ha dado un nuevo nombre para hacer una nueva enfermedad) es una manifestación patológica secundaria de un estado general caracterizado por una disminución de la energía de la inervación vaso-motriz; esta perturbación se nota sobre todo en las partes más periféricas.

Se observa en los cloróticos y en los individuos en los cuales la energía cardiaca se ha debilitado; se le encuentra lo más á menudo en la juventud, hacia la pubertad, y también en los adultos, pero de una manera pasajera. Se trata siempre de una hiperemia pasiva y de una hiperidrosis igualmente pasiva. Los dolores lancinantes especiales resultan de una irritación de las terminaciones nerviosas de las papilas, y es esto lo que explica por que las presiones ligeras son dolorosas. M. Kaposi agrega que ha observado síntomas análogos cuando el plexo braquinal está dañado ó comprimido por una cicatriz; se trata entonces de una paresia vesicular. El concluye que la eritromelalgia no es una efección nueva y que ese cuadro sintemático ha podido ser colocado en el capítulo de las enfermedades que resultan de una energía insuficiente de la inervación vascular.—(*Bulletin Médical*).

MEDICINA PRACTICA

Procedimiento para la investigación del Bacilo de la Tuberculosis en los esputos

La investigación del bacilo tuberculoso en los esputos es una operación que el práctico está obligado á hacer diariamente. Esta investigación es el complemento necesaeio del diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. En muchos casos, en el período inicial de la afección, la comprobación del bacilo puede por sí sola aclarar todas las dudas.

Nos parece útil recordar cómo se debe proceder para encontrar este organismo de un modo simple y al alcance de todos los clínicos:

1º Se extiende sobre una lámina previamente esterilizada en la llama, una delgada y uniforme capa del esputo que se va á examinar.

Se deben escoger las partes espesas y amarillentas del esputo, salvo en los casos en que, para obtener una repartición más uniforme de los bacilos tuberculosos, se hubiera disuelto el esputo en:

(*a*) Agua esterilizada.

(*b*) Agua boricada concentrada hecha en el momento. Se agita la mezcla del esputo y el agua boricada; no se debe usar sino después de 24 horas; la disolución es perfecta y se conserva más de 8 días sin podrirse.

(*c*) Solución acuosa de carbonato de amoniaco.

(*d*) Lejía de soda.

2º Se fija la preparación pasándola tres veces por la llama.

3º Coloración.—Dos procedimientos:

I. Procedimiento rápido.—En caliente,

Año I-Mes IV Caracas: 15 de Julio de 1893 Número 7

GACETA MEDICA DE CARACAS

Director: DOCTOR L. RAZETTI

CUERPO DE REDACCION

MEDICINA: Dres. T. Aguerrevere Pacanins, N. Guardia, hijo, B. Herrera Vegas, P. Herrera Tovar. E. Meyer Flegel, J. M. Rios Llamozas, F. A. Risquez
CIRUJIA: Dres. P. Acosta Ortiz, A. Couturier, J. M. Escalona, M. Herrera, M. R. Ruiz, J. de D. Villegas Ruiz

Adminstrador: Bachiller Jesús G. Sucre

Tip. de vapor Guttenberg

GACETA MEDICA DE CARACAS

Caracas: 15 de Julio de 1893

ADVERTENCIA

Los señores suscritores que no hayan recibido el número anterior se servirán avisarlo al Administrador ó reclamarlo en la oficina del periódico, Sur 6, N. 29.

SUMARIO

LA SÍFILIS Y EL MATRIMONIO, *por el Dr. J. de D. Villegas Ruiz.*
LECCIONES DE BACTEREOLOGÍA, *por el Dr. José G. Hernández.*
SOCIEDAD DE MÉDICOS Y CIRUJANOS.
Dianóstico y tratamiento de la fiebre amarilla.
PRENSA EXTRANJERA.—*La seroterapia del tétanos.*
NOTAS.

LA SIFILIS Y EL MATRIMONIO

Por el Dr. J. de D. Villegas Ruiz

No es mi propósito contribuir con algo nuevo en el cursó de este desaliñado artículo; como que la índole de la materia y lo comenzante de mi carrera profesional no se prestan á tanto. Si deseo que las ideas que en él se encuentren sirvan de alerta á padres é hijos de familia, los más interesados y con seguridad los ménos penetrados, de la importancia social de *la sífilis en sus relaciones con el matrimonio.*

Discípulo del eminente Alfredo Fournier, tuve la fortuna, como muchos de mis actuales compañeros, de seguirlo paso á paso en el curso de sus brillantes disertaciones sobre la tesis que he elegido, no diré para desarrollar, diré más bien para medio resumir en este escrito.

Algunas observaciones personales me ha proporcionado la suerte en los tres años que llevo de ejercicio de la Medicina; ellas me han convencido de que nada tienen de exajeradas las ideas de nuestro maestro, asegurándonos más todavía, sobre las tremendas responsabilidades que gravitan sobre el médico, que por ligereza, negligencia ó error, da un fallo favorable al cliente, á quién la enfermedad, ó sus sospechas, traen á su gabinete de consultas.

De entre esas observaciones son ocho las que más impresión han hecho en nuestro espíritu. ¿Para qué especificarlas, si con más ó menos variantes en todas se trata de lo mismo?

Bochorno y desgracia de muchos seres, ausencia de la paz doméstica en muchos hogares, remordimientos de conciencia en muchos hombres, muda pero elocuente desesperación en muchas señoras . . .

En todos ha sido el marido el portador de la enfermedad, habiéndola adquirido seis, antes del matrimonio, y los dos restantes, más vergonzoso aún, después de casados.

Los abortos repetidos, los partos prematuros con algunas de sus terribles consecuencias, los fetos macerados, los niños sifilíticos, cuya cortísima existencia fué un martirio general, han sido forzosas deducciones de aquellos enlaces. El contagio de dos nodrizas quienes á su vez dieron la enfermedad la una á su propio hijo que murió y la otra á su marido. El contagio también de una señorita que agena á los peligros que la rodeaban no escaseaba sus inocentes y sinceras caricias á uno de los niños, su sobrino; contagio que ss verificó por un chancro del labio inferior, cuyas serias consecuencias estoy tratando en la actualidad, hé aquí más resultados aún de la sífilis, llevada como presente de bodas, consciente ó inconscientemente, á la infortunada mujer, á quién se ha elegido, ó por partícipe de una desgracia, ó por heredera de los frutos de una vida disipada . . .

Y, terminan aquí los desastres de la sífilis en el matrimonio? ¿Concluyen con esto las desgracias de dos seres cuya unión ha sido el punto de partida de una série de calamidades? Nó, que estos no son sino preludios de mayores desdichas en la generalidad de las veces. En efecto, las manifestaciones de la sífilis terciaria, casi siempre muy lejanas, constituyen la espada de Damócles suspendida en el porvenir de un matrimonio sifilítico—Desde la demencia, producida por una goma cerebral, hasta la ceguera completa, desde la ataxia locomotriz-pro gresiva, hasta la

Año I-Mes IV Caracas: 15 de Julio de 1893 Número 7

GACETA MEDICA DE CARACAS

Director: DOCTOR L. RAZETTI

CUERPO DE REDACCION

MEDICINA: Dres. T. Aguerrevere Pacanins, N. Guardia, hijo, B. Herrera Vegas, P. Herrera Tovar. E. Meyer Flegel, J. M. Rios Llamozas, F. A. Risquez
CIRUJIA: Dres. P. Acosta Ortiz, A. Couturier, J. M. Escalona, M. Herrera, M. R. Ruiz, J. de D. Villegas Ruiz

Adminstrador: Bachiller Jesús G. Sucre

Tip. de vapor Guttenberg

GACETA MEDICA DE CARACAS

Caracas: 15 de Julio de 1893

ADVERTENCIA

Los señores suscritores que no hayan recibido el número anterior se servirán avisarlo al Administrador ó reclamarlo en la oficina del periódico, Sur 6, N. 29.

SUMARIO

LA SÍFILIS Y EL MATRIMONIO, *por el Dr. J. de D. Villegas Ruiz.*
LECCIONES DE BACTEREOLOGÍA, *por el Dr. José G. Hernández.*
SOCIEDAD DE MÉDICOS Y CIRUJANOS.
Dianóstico y tratamiento de la fiebre amarilla.
PRENSA EXTRANJERA.—*La seroterapia del tétanos.*
NOTAS.

LA SIFILIS Y EL MATRIMONIO

Por el Dr. J. de D. Villegas Ruiz

No es mi propósito contribuir con algo nuevo en el cursó de este desaliñado artículo; como que la índole de la materia y lo comenzante de mi carrera profesional no se prestan á tanto. Si deseo que las ideas que en él se encuentren sirvan de alerta á padres é hijos de familia, los más interesados y con seguridad los ménos penetrados, de la importancia social de *la sífilis en sus relaciones con el matrimonio.*

Discípulo del eminente Alfredo Fournier, tuve la fortuna, como muchos de mis actuales compañeros, de seguirlo paso á paso en el curso de sus brillantes disertaciones sobre la tesis que he elegido, no diré para desarrollar, diré más bien para medio resumir en este escrito.

Algunas observaciones personales me ha proporcionado la suerte en los tres años que llevo de ejercicio de la Medicina; ellas me han convencido de que nada tienen de exajeradas las ideas de nuestro maestro, asegurándonos más todavía, sobre las tremendas responsabilidades que gravitan sobre el médico, que por ligereza, negligencia ó error, da un fallo favorable al cliente, á quién la enfermedad, ó sus sospechas, traen á su gabinete de consultas.

De entre esas observaciones son ocho las que más impresión han hecho en nuestro espíritu. ¿Para qué especificarlas, si con más ó menos variantes en todas se trata de lo mismo?

Bochorno y desgracia de muchos seres, ausencia de la paz doméstica en muchos hogares, remordimientos de conciencia en muchos hombres, muda pero elocuente desesperación en muchas señoras . . .

En todos ha sido el marido el portador de la enfermedad, habiéndola adquirido seis, antes del matrimonio, y los dos restantes, más vergonzoso aún, después de casados.

Los abortos repetidos, los partos prematuros con algunas de sus terribles consecuencias, los fetos macerados, los niños sifilíticos, cuya cortísima existencia fué un martirio general, han sido forzosas deducciones de aquellos enlaces. El contagio de dos nodrizas quienes á su vez dieron la enfermedad la una á su propio hijo que murió y la otra á su marido. El contagio también de una señorita que agena á los peligros que la rodeaban no escaseaba sus inocentes y sinceras caricias á uno de los niños, su sobrino; contagio que ss verificó por un chancro del labio inferior, cuyas serias consecuencias estoy tratando en la actualidad, hé aquí más resultados aún de la sífilis, llevada como presente de bodas, consciente ó inconscientemente, á la infortunada mujer, á quién se ha elegido, ó por partícipe de una desgracia, ó por heredera de los frutos de una vida disipada . . .

Y, terminan aquí los desastres de la sífilis en el matrimonio? ¿Concluyen con esto las desgracias de dos seres cuya unión ha sido el punto de partida de una série de calamidades? Nó, que estos no son sino preludios de mayores desdichas en la generalidad de las veces. En efecto, las manifestaciones de la sífilis terciaria, casi siempre muy lejanas, constituyen la espada de Damócles suspendida en el porvenir de un matrimonio sifilítico—Desde la demencia, producida por una goma cerebral, hasta la ceguera completa, desde la ataxia locomotriz-pro gresiva, hasta la

esclerosis en placas, desde las necrósis de los huesos largos, hasta las parálisis específicas, nos encontramos con una falange de espectros que se hierguen altaneros, y que si por desgracia entran en acción, hacen del hombre un ser inútil para sí mismo, para su familia y para la Sociedad.

Imaginémonos á ese hombre, como al único sostén de su mujer y de sus hijos, como al único agente productor en un hogar que consume más drogas que alimentos, é imaginemos en fin á ese hombre sin más patrimonio que una labor constante . . . Qué va á ser de esa familia? . . .

La sífilis, á más de ser pues, una enfermedad grave por sus consecuencias, tiene por caracteres principales: el ser eminentemente contagiosa; eminentemente crónica y trasmisible por herencia. Hé aquí porqué élla es incompatible con el matrimonio, estado social que requiere la mancomunidad de costumbres y las más estrechas relaciones.

La facilidad para adquirirla es sorprendente. Basta el contacto más ligero del producto específico con cualquiera superficie, denudada de su epidérmis ó de su epitelio, para que la infección se verifique produciendo el chancro.

El empleo de un objeto cualquiera usado por un sifilítico, sobre todo los objetos de mesa, la colilla de un cigarro, el puño de un bastón etc, etc; bastan para producir el contagio indirecto; así mismo un objeto de vestir, unas medias, unos guantes, unos zapatos abandonados por el enfermo y recogidos y usados por un individuo sano, exponen á éste á la adquisición de la enfermedad.

Recuerdo haber observado en el servicio del Profesor Fournier, en Saint-Louis, y entre las curiosidades de chancros que allí se ven, uno situado en una de las fosas nasales anteriores; situación que se explicó por el uso de un pañuelo en el que había escupido la amante del enfermo, afectada para entonces de condilomas guturales.

Qué decir ahora del contagio directo, tanto más inevitable y tanto más frecuente, cuanto que es el que se verifica de persona á persona?

No son estas poderosas razones que se oponen al matrimonio de un sifilítico?

Recuerdo también haber sido llamado para prestar mis cuidados á una joven señora, *quien aún no había cumplido* el encierro de su luna de miel! La impresión que me hizo su *boca de tapir*, producida por un enorme chancro del labio inferior, me fué difícil dominar . . . . Su marido estaba en pleno período secundario y jamás había ingerido un grano de mercurio!

Y sin embargo, serán estas reflexiones suficientes para hacernos partidarios del axioma francés. *«Avec la vérole il faut rester garçon?»* Excluiremos de la vida del hogar, de las delicias que en él se encierran, de los encantos del amor, de la dulce compañía de la esposa, de los placeres que los hijos proporcionan; privaremos en fin de la base de la honorabilidad social, á todo individuo afecto de la enfermedad de que nos ocupamos? Negaremos el matrimonio á todo sifilítico?

No! . . . . El sifilítico puede casarse. *Salvo muy raras excepciones*, la sífilis solo constituye *un impedimento temporal* para el matrimonio; el sifilítico, después de cierta *temporada de suficiente tratamiento*, de *suficiente depuración*, vuelve á un estado de salud, que si no es el primitivo, le permite por lo menos el ser apto para la doble cuanto honrosa misión de esposo y de padre de familia.

Cuales son pues las condiciones que debemos exigir á un sifilítico, que aspira á casarse y que nos viene á consultar si su estado es ó no asequible al matrimonio?

Con ellas podemos formar un programa, *programa indivisible*, cuyas cinco partes todas, *sin faltar una*, forman la base que sostiene al médico para *tolerar* el matrimonio.

Veamos esas condiciones:

1a *La vejez de la enfermedad.*—Es este un requisito que sirve como de eje á todos los demás. En efecto, la acción del tiempo es, si no modificadora, por lo ménos atenuadora de la diátesis; de aquí que mientras más antigua sea la sífilis, menos peligros ofrezca para el matrimonio.

La experiencia de nuestros maestros, veteranos de la sifiliografía, nos enseña las fases que han recorrido multitud de matrimonios sifilíticos, *no tratados*, en el curso de muchos años. En ellos, ó en casi todos, se observa la manifiesta tendencia de la enfermedad á hacerse inofensiva para los hijos. Así se ven los partos prematuros seguir á los abortos repetidos, los niños muertos seguir á su vez á los primeros, los niños sifilíticos, que viven poco tiempo, venir despues de estos, y á la larga, despues de un número de años, imprecisable, venir al mundo niños sanos y aún vigorozos.

Por regla general la sífilis, comienza á *ser vieja* de los cuatro años en adelante.

2a *Ausencia de accidentes específicos actuales.* Solo la ignorancia más crasa, ó la más abominable infamia podrán permitir á un individuo, portador de un chancro, de una placa mucosa, ó de otra manifestación cualquiera, sea ó no contagiosa, contraer matrimonio en condiciones semejantes. Y si muy cercanas y anteriores relaciones, lo hacen llevar consigo el gérmen de la enfermedad, que habrá de manifestarse al poco tiempo de casado, cuando se haya completado su natural incubación, entonces . : . ¡cuán cara le habrá de costar su última locura! . . .

3a *Cierto período de absoluta inmunidad después de las últimas manifestaciones de la enfermedad.*

Esto equivale á exigir *una tregua* á las manifestaciones, á exigir un *período de salud* tanto más valedero cuanta mayor sea su duración; período que atestigua que la agudeza de la diátesis está vencida ó por lo menos dominada.—Su valor es tanto mayor cuanto menos dependa de los beneficios del tratamiento.—Por regla general su duración, mínima *debe ser de un año y medio á dos años*, plazo que puede ser menor ó mayor aún, según responda el individuo al siguiente número del programa.

4a *Carácter no amenazante de la diátesis.*—La infección sifilítica tiene sus grados, hay sífilis benignas y sífilis malignas; y entre estas, hay algunas manifestaciones que por decirlo así, hacen al individuo que las ha presentado, *completamente inepto ó perjudicial* al matrimonio, á pesar de la energía del mejor tratamiento, á despecho de la edad misma de la enfermedad, de no presentar el enfermo accidentes específicos por mucho tiempo . . . tales son las *localizaciones oculares graves, los trastornos cerebrales y medulares* producidos por la sífilis; y á la cabeza de estos últimos *el más insignificante signo de tabes.*—En efecto, existe, como una misteriosa resistencia entre esas manifestaciones y el tratamiento mejor dirigido, resistencia que se nos revela por la tendencia que tienen aquellos *á recidivar*, más ó ménos tarde, más ó ménos pronto, pero siempre de una manera insidiosa, segura en el resto de la existencia.

Son estos los casos que más tacto, más experiencia y meditación exigen al médico, además de su ciencia, para resorverlos.

5a y última condición.

Un tratamiento específico suficiente.—Cual es este tratamiento, y en qué consiste su suficiencia?

Si fuera la sífilis una de tantas enfermedades que como vulgarmente se dice *se curan radicalmente*, nada más fácil entonces que contestar á la segunda parte de nuestra pregunta . . . Más, se cura radicalmente la sífilis? Nó. Esta es una afección que cuando se hace señora del organismo no lo abandona más; conviértese en implacable acreedora á quien le agradan los plazos largos, con pequeños abonos, para tener derecho cuando á bién lo tenga, al reclamo de la deuda!

La Terapéutica, al ocuparse de ella ha circunscrito su ideal á modificarla, á ponerla á raya, á atenuarla en sus efectos.

Sólo posée con tal fin dos agentes cuyo incontestable poder está fuera de duda; *el mercurio y el yoduro de potasio.* Sus buenos ó malos efectos no dependen sino de la manera de usarlos.

La sífilis, esencialmente crónica, amerita un tratamiento crónico también; enérgico y cuidadoso de que el organismo no se le habitúe, por temor de que no responda entonces á su acción.

De aquí el sistema de los tratamientos sucesivos, interrumpidos y alternados, con otro género de indicaciones tales como, los tónicos, los reconstituyentes que opongan una valla á las tendencias altamente debilitantes de la enfermedad.

La duración del plan específico debe ser, (hablamos generalmente) de *cuatro años largos;* la cantidad de mercurio absorbido en todo ese tiempo, por el organismo, y requerido como suficiente para dominar la enfermedad, debe oscilar entre dos y medio, y tres gramos del medicamento.

Como fácilmente se comprenderá esto no es matemático, como no lo es nada en Medicina. Todo hombre, penetrado de los secretos de esta Ciencia, habrá de calificar las condiciones de este programa como de muy relativas; pues sus bases pueden variar bastante, según los casos en que haya que hacer su aplicación.

Más, como para emitir un juicio necesitamos tener en qué fundarnos, tomémoslo por ahora, ya que es dictado y comprobado por hombres de experiencia, que ya en el ocaso de su vida, no han hecho otra cosa, en la larga jornada recorrida, que observar, estudiar y deducir, acumulando de esa manera rico caudal de conocimientos para bien y provecho de quienes los sucedan.

Julio de 1893.

UNIVERSIDAD CENTRAL

LECCIONES DE BACTEREOLOGIA

POR EL DR. JOSÉ G. HERNÁNDEZ

RECOGIDAS POR LOS BRES. JOSÉ A. CUEVAS Y JOSE H. CARDOZO

LECCION II

APARATOS PARA LA ESTERILIZACIÓN

1.—Autoclave.—2.—Horno de Pasteur

1.—Entre los aparatos para la *esterilización* citaremos como principales el *autoclave* y el *horno de Pasteur.* El primero de estos dos aparatos es una modificación de la marmita de PAPIN, por tanto solo sirve para esterilizar aquellos objetos que no sufran deterioro alguno bajo la acción sostenida del vapor de agua. El segundo esteriliza por la acción del calor seco, por lo que se le emplea para los objetos de cristal que no contengan líquidos.

El autoclave aparato inventado por CHAMBERLAND, es uno de los aparatos más empleados para la esterilización. Este aparato se compone de una vasija de cobre de paredes muy resistentes y sin soldadura, colocada sobre un hornillo que se calienta con gas ordinariamente. Esta vasija tiene una tapadera también de cobre, de un centímetro de espesor, provista de un manómetro metálico, una llave de escape y una válvula de seguridad. La tapadera se asegura á la vasija por medio de un sistema de tornillos que hay en el borde de ésta, tornillos que entran en las escotaduras que tiene aquella y á los que se adoptan tuercas de una forma especial que permiten la oclusión de la vasija. Para que esta oclusión sea más perfecta se coloca entre el borde de la vasija y su tapadera, un rodete de gutapercha mojada de antemano. Dentro de la vasija hay una cesta de fina malla de cobre que sirve para colocar los objetos que se quiere esterilizar.

Para esterilizar por medio del autoclave, se echa agua en la vasija hasta la altura de los pies de la cesta; en seguida se colocan en una pequeña cesta de alambre, los objetos que se quiere esterilizar; se lleva á la gran cesta del autoclave, se atornilla éste, teniendo cuidado de no atornillar la tapadera muy fuertemente y se dá fuego á los mecheros de gas que calientan el hornillo.

Abierta la llave de escape, se regula la válvula de seguridad y se tiene cuidado de apretar las tuercas conforme se vayan aflojando.—El objeto de abrir la llave de escape es dar salida al aire que se encuentra dentro del aparato, por que, teniendo el aire mayor capacidad calorífica que el vapor de agua, esto perjudica la exactitud del experimento, puesto que, á una temperatura menor que la deseada, el manómetro indicaría un grado de tensión mucho mayor que el que, á la misma temperatura, alcanzaría el vapor de agua puro.—Así, pués, se abre la llave de escape, empieza á calentarse el aparato, el aire que se encuentra dentro, se dilata, sale por la dicha llave, primero puro, despues alternando con pequeños chorros de vapor de agua que poco á poco se van haciendo más frecuentes, hasta que sale un chorro de vapor, contínuo, espeso que indica que debe cerrarse la llave. Se cierra ésta. Se espera que el manómetro señale la presión requerida, se tiene cuidado de conservar exactamente, por el tiempo necesario, esta misma presión, y para el efecto, se sirve uno de la llave del gas que calienta el aparato, cerrándola un poco cuando tiende á subir, abriéndola completamente cuando tiende á bajar.

Después que ha pasado el tiempo necesario para la esterilización, se apaga el gas, y se espera que baje la aguja del manómetro hasta 100° y entonces se vá destapando poco á poco la llave de escape, si acaso hubiere dentro del autoclave vasijas que contengan líquidos. La razón de esto es muy sencilla: si se destapara repentinamente, los tapones saltarían y todo el trabajo sería perdido.

Después que haya salido todo el vapor, se destapa el autoclave y se saca con pinzas de madera, los objetos ya esterilizados.

2º Otro de los aparatos para la esterilización es el *horno de Pasteur*, que como ya hemos dicho obra por medio del calor seco. Este aparato consta de un recipiente de hierro de doble pared colocado sobre un

hornillo. Este recipiente tiene un fondo movible atravesado por muchos agujeros que solo perforan la pared externa. De la pared externa se desprende una chimenea que tiene hacia su parte media un diafragma que se mueve por medio de una llave, y sirve para cerrar ó abrir la dicha chimenea. Dentro del recipiente hay una gran cesta de alambre.

El horno tiene además una tapadera con un agujero que permite la salida del aire enrarecido.

Para esterilizar objetos por medio del horno Pasteur se introducen en una pequeña cesta de alambre la cual se coloca dentro de la gran cesta del horno, se tapa éste y en seguida se encienden los mecheros que lo calientan teniendo cuidado de abrir antes la llave de la chimenea.

Al servirnos del horno Pasteur para la esterilización tenemos necesidad de un auxiliar; este es el algodón que por el color que toma en virtud del calor nos indica cuando está terminada ésta.

SOCIEDAD DE MÉDICOS Y CIRUJANOS

SESIONES DE LOS DÍAS 25 DE MAYO, Y 5 Y 26 DE JUNIO

Diagnóstico y tratamiento de la fiebre amarilla

El Dr. Razetti.—He querido llamar la atención de la sociedad acerca del diagnóstico de la fiebre amarilla porque me parece imposible diferenciar clínicamente en los dos primeros días el verdadero vómito negro de las formas graves del paludismo; y como cierto número de médicos sostiene que la quinina si no es perjudicial en la fiebre amarilla, al menos es inútil, sería importantísimo fijar un *signo clínico* que nos permitiera establecer, por lo menos al segundo día, un diagnóstico preciso y poder formular un tratamiento racional. Yo sostengo, y en esto sigo la opinión de respetabilísimos profesores de Caracas, que en el paludismo grave si no se instituye desde las primeras horas el tratamiento específico enérgico por la quinina á altas dosis, se expone el enfermo á las terribles consecuencias de una fiebre paludosa grave tratada sin quinina desde el primer momento.

He tenido oportunidad de tratar en mi clientela privada varios casos de fiebre paludosa grave, he visto otros en la clientela de algunos compañeros, y los buenos resultados obtenidos no se pueden atribuir sino á la energía y á la precocidad del tratamiento quínico. Por el contrario, he observado en El Valle un caso que terminó por la muerte y en el cual se había diagnosticado *fiebre amarilla* y se había instituido un tratamiento aquínico siguiendo el precepto de no dar quinina en el vómito negro.

En síntesis mi opinión es la siguiente: considero imposible el diagnóstico diferencial de la fiebre amarilla típica y la forma grave del paludismo que algunos llaman *fiebre paludosa amarilla;* creo que no existe ningún *signo clínico* que nos permita separar estas dos afecciones en su principio; opto en consecuencia por establecer en todos los casos dudosos el tratamiento específico del paludismo, porque obrando de otro modo me parece que exponemos la vida de nuestros enfermos. Esta será mi conducta mientras no se encuentre el medio de precisar el diagnóstico *clínicamente*.

Voy á leer dos observaciones, una que me pertenece como médico de cabecera y en la cual diagnostiqué *paludismo*, dí quinina y el enfermo curó.—Otra, en la cual dos distinguidos colegas de El Valle diagnosticaron *fiebre amarilla*, no dieron quinina y el enfermo murió.—

Quiero someter á la sociedad estos dos casos y quiero se me diga si en el segundo se trataba de fiebre amarilla ó de paludismo, diagnóstico este último que formulé al 4º día de la enfermedad cuando fuí llamado en consulta.

PRIMERA OBSERVACIÓN

N. N. mujer de 25 años de edad, soltera, perteneciente á la clase elevada de la sociedad, temperamento nervioso. Antecedentes patológicos: fiebre grave en el Brasil (amarilla?), ictericia en Caracas poco antes de la actual enfermedad.

Invasión: escalofrío inicial intenso, dolor de cabeza, dolor de cintura, inyección de las conjuntivas, fotofobia, pulso 120, temperatura 39° 5 C.

Diagnóstico: *fiebre paludosa.*—Administro 60 centígramos de sulfato de quinina y 50 de calomel en un *cachet.*—A las cuatro horas un purgante salino.

Segundo día: 38° 8 C., pulso 100, ligera congestión hepática, orina normal. Trat. 50 centígramos de sulfato de quinina cada 6 horas; mistura salina en los intervalos.

Tercer día: 38° 6, pulso 110, disminución notable de la orina sin albuminuria. El mismo tratamiento más una gota de solución de trinitrina al 1 8 cada ocho horas.

Cuarto día: temperatura 37° 8 C. en la mañana, 36°, 5 C. en la tarde. Restablecimiento de la función renal, desaparición de los síntomas, convalescencia, curación.

SEGUNDA OBSERVACIÓN

N. N. 28 años, hombre, agricultor, temperamento bilioso, fiebres paludosas como antecentes. Invasión: escalofrío intenso, dolor de cabeza, dolor de cintura, inyección de las conjuntivas, vómitos, temperatura 40° 5 C. pulso 120.—Diagnóstico del médico de cabecera: *fiebre amarilla.* Trat.: purgante salino; 50 centígramos de antipirina. Al día siguiente: repetición del purgante porque el primero fué arrojado en los vómitos; poción de jaborandi.

Tercer día: 38° 5 C. Se confirma el diagnóstico por otro médico llamado en consulta y se establece un tratamiento de: trementina, aceite y limón, champagne helado, fenacetina. En este día hubo vómitos negros y diarreas dal mismo color; albúmina en la orina; congestión hepática.

Cuarto día: soy llamado en consulta: encuentro: 38° 8 C., pulso 80, vómitos y diarrea negros, albuminuria, congestión hepática. Diagnóstico: *fiebre paludosa amarilla* y aconsejo quinina y antisepsia intestinal, champagne helado.

Quinto día: anuria, 38° 2 C., pulso 80. En la noche: 37° 5 C., pulso 70.—Trat.: trinitrina, cafeina, champagne y trementina.

Sexto día: gran agitación, pulso pequeño y frecuente, hipo, 39° 5 C. Flegmon del brazo (causado por una de las inyecciones hipodérmicas por no estar probablemente hecha la solución con agua esterilizada?) Los síntomas anteriores se acentúan y el enfermo muere en el colapso.

Ambos casos tuvieron el mismo principio y un desenlace muy distinto. ¿Podrá atribuirse en el segundo el término fatal á la no administración de la quinina desde el primer momento? (1)

El Dr. Herrera Tovar.—El paludismo y la fiebre amarilla son dos cosas diferentes. Freire en el Brasil, Carmona y Valle en Veracruz, Gibier en la Guayana, dicen que la fiebre amarilla tiene su bacilo especial diferente al del paludismo y cuyo bacilo reside en el tubo intestinal; pero Freire se muestra dudoso entre si la intoxicación se debe al bacilo mismo ó á sus secreciones.

El Doctor Razetti.—Mi proposición no se refiere á la fiebre amarilla en general sino á la que se observa en Caracas.

El Doctor Aguerrevere.—Son dos afecciones bien diferentes nuestra fiebre amarilla y las formas graves del paludismo; la primera es una afección eminentemente contagiosa y el paludismo no lo es. Nosotros tenemos epidemias de fiebre amarilla clásica. Sucede que muchas afecciones enteramente diferentes de la fiebre amarilla producen algunas veces vómitos negros. Yo he visto sarampión y escarlatina con vómitos negros, y he visto también la fiebre amarilla típica. Yo no reconozco lo que algunos llaman *fiebre amarilla paludosa.* Aparte de la fiebre amarilla lo que acepto es un síntoma que se llama por su aspecto vómito negro. Y distingo la fiebre amarilla en que siempre es epidémica, mientras que las formas graves del paludismo son aisladas.

El Doctor Ruiz.—Mi opinión es que entre nosotros no dá la fiebre amarilla; y que la llamada así no es otra cosa que la remitente biliosa, y se la tiene por contagiosa, porque todos los enfermos, al parecer contagiados, han tomado la enfermedad del mismo foco de infección al rededor del cual se encuentran.

El Doctor Aguerrevere.—Entonces ese paludismo se cura sin quinina, pues yo nunca la he dado contra la afección y mis estadísticas registran diez veces más de curados que de muertos. Recuerdo el caso único en que di quinina y perdí el enfermo.

El Doctor Ruiz.—En el Hospital Vargas he observado regular número de enfermos entrados como afectados de fiebre amarilla, y sinembargo, á pesar de ponerse en comunicación directa con los otros enfermos y con el personal de empleados, no he observado ningún caso, no diré de epidemia, ni aún de simple contagio.

Por lo que toca á la remisión del tercer día, propia de la fiebre amarilla, y que se observa en la fiebre de que nos ocupamos, no me convence; pués el carácter de todas nuestras fiebres es una tendencia marcada al colapso.

El Doctor Herrera Tovar.—Observó si eran extrangeros ó criollos los enfermos expuestos al contagio, y en el primer caso, si aquellos habrían sufrido la afección de antemano, ó lo que es lo mismo, si habían presenciado el desarrollo de tres epidemias, pués es sabido que en estas condiciones los individuos gozan de inmunidad.

El Doctor Ruiz.—Los enfermos del Hospital Vargas son de todos los países; muchos de los extrangeros eran recien llegados y no habían padecido la fiebre amarilla, ni aquí ni en otra parte.

El Doctor Rios Llamozas.—Creo que con la fiebre amarilla sucede una cosa análoga á lo que pasa con la disentería: las epidemias se confunden. Yo opino que entre nosotros hay fiebre amarilla típica, y fiebre paludosa amarilla y reconozco la remisión del tercer día como signo poderoso que distingue á la fiebre amarilla.

El Doctor Herrera Vegas.—En Caracas existe además de la fiebre amarilla típica, una forma grave del paludismo que se le asemeja mucho. La típica ataca de preferencia á los extrangeros; la otra á los nacionales revistiendo formas ictéricas, con hemorragias y albúmina en la orina.

El Doctor Meyer Flegel.—En Caracas se han presentado verdaderas epidemias de fiebre amarilla, tal fué la de 1884; pero creo que la fiebre de estos últimos tiempos, llamada por algunos amarilla, no es otra que la remitente biliosa. En apoyo de esto tengo un regular número de observaciones que demuestran la eficacia de la quinina. En ninguno de mis casos he observado contagio.

El Doctor Risquez.—Reconozco tres formas: *la fiebre amarilla clásica; la fiebre paludosa* y *la fiebre híbrida*, en la que los elementos paludoso y amarillo están combinados. El contagio es indiscutible en el tifus icterodes ó vómito negro. Entre otros casos de mi práctica puedo citar la observación de unos tetuanenses que habitaban un mismo circuito de la ciudad y todos fueron atacados por la fiebre amarilla, que dicho sea de paso, emplee el tratamiento sin quinina con mucho éxito. He tratado también en unión del Doctor Guardia hijo varios casos de fiebre en franceses, en los cuales el contagio me pareció evidente.

El Doctor Guardia, hijo.—En realidad el Doctor Rísquez y yo hemos tratado algunos casos de fiebre de apariencia amarilla en franceces no aclimatados, pero me permito recordarle que en todos los análisis que hicimos de la sangre encontramos el pigmento negro. Además recuerdo dos hermanos que trabajando juntos en la apertura de una zanja, cayó primero uno atacado de fiebre y al día siguiente el otro; ambos fueron asistidos por personas de su familia, extrangeros y como ellos, no aclimatados y en ninguno hubo contagio.

No puedo pués dudar que los casos de fiebre á que se refiere el Doctor Rísquez, fueron de fiebre paludosa y todos fueron tratados por la quinina y con buen éxito.

El Doctor Risquez.—He dicho que he reconocido en Caracas casos de *fiebre amarilla clásica*, otros de *fiebre paludosa hemorrágica* y otros de una *forma híbrida* de paludismo y tifus icterodes; y voy á decir como me conduzco yo para distinguirlas.

Dividamos primeramente el problema en dos partes (1):

1º Diagnóstico de uno ó más casos que se han visto evolucionar;

2º Diagnóstico de un caso en las primeras horas de la invasión.

1º La fiebre amarilla es una pirexia de marcha cíclica, con dos períodos perfectamente marcados y distintos: el primero de fiebre, dolor en la frente, cintura y piernas, rubicundez de las conjuntivas y la cara, constipación, á veces ansiedad epigástrica y vómitos biliosos, con 3 días de duración.

El Doctor Herrera Tovar.—Agrego la falta del catarro naso-bronquial.

El Doctor Risquez.—El segundo de temperaturas relativamente bajas, albuminuria, amarillez, vómitos negros, hemorragias, adinamia, pulso lento, que dura tambien como 3 días y los síntomas de

(1) Consultada la sociedad sobre este punto la opinión unánime fué que ambos casos eran de paludismo y que el tratamiento racional era la quinina.

(1) Véase *La Unión Médica*, 1885.

estos dos períodos son tan separados, y esta marcha, ese encadenamiento es tan típico que yo me atrevería á establecer como aforismos:

Toda pirexia que, en los primeros tres días presente amarillez, vómitos negros y albuminaria, no es una fiebre amarilla pura;

Toda pirexia que después del 3er día presente reacción febril de aspecto inflamatorio, no es una fiebre amarilla pura.

Sinembargo la fiebre amarilla puede terminar en el 1er. período constituyendo la *forma abortiva*, muy frecuente; puede evolucionar toda ella en menos de 6 días y es la *forma grave*, fulminante, que he visto muy rara vez; y puede prolongar su segundo período por 2 y 3 semanas y en la *forma tifoidea*, de la cual no he observado sino un solo caso.

Agréguese á lo dicho el *pulso decreciente* signo de gran importancia diagnóstica y las circunstancias etiológicas de raza, nacionalidad, aclimatación, localidad, epi ó endemicidad, y concluyamos que en la generalidad de los casos podrá decirse: esto fué fiebre amarilla; esto no fué.

2º El segundo problema es: ¿cómo se diagnóstica la fiebre amarilla en las primeras horas?

Ya esto es más difícil, principiando porque toda fiebre incipiente puede parecerse á la amarilla: las palúdicas, las eruptivas, algunas tíficas, las inflamaciones, la sinocal misma y hasta la efímera pueden parecérsele al comeezar, y yo retaría á cualquier práctico á que me indicare un solo signo diferencial seguro é inmancable en las primeras horas de cualquiera de las enfermedades mencionadas. Sinembargo, se me dirá que ese signo que se persigue no es tan importante como cuando se trata de distinguir la amarilla de una palúdica, porque en este caso, no administrando quinina se expondrá á grave riesgo la vida del paciente. Pues bien, yo sostengo que esa urgencia en administrar quinina, solo es tan grande en las perniciosas muy malignas, en cuyo caso fácil es reconocerlas desde el principio por las varias determinaciones que provoca sobre diversos órganos: hay en las perniciosas en que la quinina es urgente algo súbito, localizado, siderante que descubre desde el primer momento una determinación de la perniciosidad.

Yo niego que una paludosa capaz de confundirse con la amarilla incipiente, reclame el uso urgentísimo de la quinina. En tal caso tiene el médico tiempo para apelar al tratamiento eliminador, previo á toda indicación, los purgantes sobre todo, y las horas de esta acción le permitirán observar y decidir.

Y finalmente si todavía puede quedar alguna duda, el microscopio decidirá prontamente la cuestión. Una gota de sangre al microscopio: hay pigmento negro. ¿Quinina.—No hay pigmento? No quinina.

El Doctor Razetti.—El microscopio no es un medio clínico en la práctica civil.

El Doctor Risquez.—Con que se deplora y se discute que no hay un medio diferencial, que el diagnóstico es urgente, que la vida del enfermo está en peligro, que es necesario decidir si se da ó nó quinina, que debe buscarse ese medio diferencial; y se presenta ese medio, sencillo, rápido, más fácil que examinar una orina, y se contesta: *nó, porque eso no es clínico*, porque eso exige que yo vaya á casa con una gota de sangre sobre un vidrio á ponerlo bajo el microscopio? Nó, ese rechazo es lo que no es ni clínico, ni prudente, ni humanitario.

En resumen, mi conducta es esta:

Los casos que ya han evolucionado los conozco por la marcha que han seguido y las circunstancias etiológicas que los rodean.

Si el caso comienza con los caracteres de una fiebre amarilla y hay razones para creer que puede serlo, purgo, hago sudar y desinfecto el canal gastro-intestinal, bajando de paso la temperatura si fuere muy alta, con lo cual pueden trascurrir 6, 8, 12 ó más horas. Si, entretanto, me voy convenciendo de que es fiebre amarilla, sigo tratándola como tal; y si me queda alguna duda, examino la sangre, y si encuentro pigmento doy quinina, porque puede ser una paludosa ó una amarilla híbrida ó una amarilla pura en un impaludado, y de todos modos la quinina está indicada desde que hay pigmento.

Ahora si se me pregunta la razón de esa renuncia á dar quinina en la fiebre amarilla, contestaré: porque la quinina hasta donde sabemos, es específico solamente del paludismo, y porque la generalidad de los prácticos en la materia, han repetido lo que dijo Dutrouleau: «en la fiebre amarilla, la quinina si no es perjudicial, es por lo menos inútil.»

El Dr. Herrera Tovar.—Hay una particularidad entre el modo de invadir la fiebre amarilla y la paludosa. Generalmente la primera se declara de la noche á la mañana y la segunda del mediodía para abajo.

El Dr. Aguerrevere.—Lo que es el examen de la sangre al microscopio no me satisface mucho, porque aquí hay mucho paludismo y casi todas las sangres tienen pigmento.

Los Doctores Herrera Tovar y Herrera Vegas, mostraron varias curvas termométricas de casos de fiebre amarilla tratados sin quinina y todos con muy éxito.

Villegas Ruiz, (Secretario.)

PRENSA EXTRANGERA

La seroterapia del tétanos

Por M. Ch. Eloy

La cuestión del tétanos y su tratamiento fisiológico continúa á la orden del día. Hace pocos días, un cirujano de gran mérito, M. Berger, (1) se ocupaba de ella en una interesante comunicación á la Academia.

Desde luego, esta cuestión se relaciona con la más extensa de la *antisepsia por la hematoterapia*, de la cual hace más de un año resumí los principios en este mismo periódico (2). Se trata pués de un método de terapéutica general, del cual la seroterapia contra el tétanos es un caso particular. He ahí el motivo para empeñar á los prácticos, más terapeutistas que biologistas, á no ver con indiferencia un problema clínico y terapéutico de una importancia tan considerable.

I

¿Qué es el tétanos? Sobre este punto no hay desacuerdo.

Enfermedad infecciosa, el tétanos es causado por el microbio que Nicolaïer descubrió y que Kitasato enseñó á inocular.

Esta inoculación provoca con seguridad (Vaillard et Vincent) la infección tetánica después de un período incubatorio (3).

Por consiguiente: contagio, inoculabilidad, incubación, esta afección se desenvuelve y se trasmite como las otras enfermedades virulentas.

Sinembargo,—nada hay uniforme en biología,—su evolución presenta algunas particularidades.

Inoculado en los tejidos, el microbio tetanígeno, no posée el poder de multiplicarse allí indefinidamente. Desaparece; pero después de esta desaparición, el envenenamiento del organismo continua su curso.

Es que este microbio segrega una poderosa toxina. A dósis imponderables, esta toxina mata al estilo de un veneno de serpiente ó del veneno diftérico de Roux y Yersin; además su acción no se agota después que el microbio toxinógeno ha cesado de producirla.

Otra particularidad: Si por procedimiento de laboratorio se exoneran de esta toxina [4] los bacilos tetanógenos inoculados, no hay efectos tetánicos y los bacilos son destruidos aún antes de haber podido obrar. Esta toxina, letal para el organismo, es pués útil á la vitalidad del microbio.

En fin, tercera particularidad: inocúlese, simultáneamente, con los bacilos tetanógenos, una especie microbiana común y no patógena—el micro-bacillus prodigiosus, por ejemplo—; habrá herida supurante; el medio creado por esta asociación microbiana favorecerá el cultivo del bacilo de Nicolaïer, que se multiplicará, prosperará, y segregará toxinas rapidamente mortíferas.

De donde se deduce esta conclusión elegante en biología y fecunda en clínica: que el peligro de las inoculaciones tetánicas depende sobre todo de la asociación en las heridas de microbios inofensivos con el bacilo de Nicolaïer. «Sin ellos, según M. M. Vaillard y Roux, este no puede nada; con ellos, tiene tiempo de envenenar el organismo que lo abriga.»

II

En diciembre de 1890, M. M. Behring y Kitasato publicaban su primer trabajo sobre la inmunidad en la difteria y el tétanos [5]. La idea que los inspiraba era oportuna, después de las experiencias de M. M. Héricourt, Richet, Bertín, Picq y Tépine sobre el poder preventivo de la serosidad de animales naturalmente refractarios contra la infección tuberculosa.

Hasta entonces se había interpretado la inmunidad por la fagocítosis y la acción vital de las células. Se habia hablado de hábito del organismo á los venenos bacterianos . . . «Todo eso es pura retórica.» (Bouchard) (6). Es por el estado bactericida de la sangre, sea natural, adquirido ó aumentado, que es necesario interpretar esta inmunidad.

M. M. Behring y Kitasato se inspiraron en esta idea general y encontraron que la serosidad de un animal refractario al tétanos destruia *in vitro* y *in vivo* las toxinas segregadas por el bacilo tetanógeno. La serosidad posée, dicen éllos, un doble poder terapéutico: es *inmunisadora* y *curadora;* inyectada antes de la inoculación tetánica, *preserva* el organismo y lo hace inmune; inyectada á un animal ya tetánico y en inminente peligro de muerte, *cura* casi con seguridad.

Esto equivale á decir: he aquí una serosidad toxinicida; ella es anti-tóxica y anti-fermentecible. Esas virtudes corresponden, pero por analogía únicamente, á las de los agentes destructores de los gérmenes vivos, á los antisépticos y á los desinfectantes.

Kitasato y Behring habian partido de la vacunación preventiva y llegaban á la medicacion específica.

M. M. Zizzoni y Cantani, Roux y Vaillard comprobaron las propiedades vacunantes de la serosidad de los animales inmunizados y la potencia neutralizadora del veneno tetánico, *in vitro* y *in vivo*. Comprobaron tambien, en contra de las afirmaciones de Behring y Kitasato, que la inmunidad así conferida es temporal (7) y que disminuye después de once á catorce días. Demostraron también,—otro mentís á las afirmaciones de los primeros observadores,—que esta serosidad no es curadora, aún cuando se practique la inyección antes de la aparición de los accidentes tetánicos ó poco tiempo después de la inoculación del virus tetánico.

A estos mentises experimentales, M. M. Kitasato y Behring oponían hechos positivos.

Habían obtenido efectos curadores, el uno en el carnero y el caballo ya tetánicos; el otro en el ratón, igualmente en la potencia del tétanos confirmado y provocado por la introducción bajo la piel de astillas de madera cargadas de esporos tetánicos. [8].

En efecto, á fines del año de 1892 el estado de la cuestión era el siguiente: el poder inmunizador de la serosidad antitóxica, y la vacunación antitetánica estaban admitidos. Lo que se discuría era sobre el poder curador de esta serosidad contra el tétanos ya declarado. El reciente trabajo de M. M. Vaillard y Roux contiene elementos importantes y puede ser decisivos para la clausura de este debate.

Variando los modos de infección, sea con la toxina tetánica, sea con los esporos desprovistos de toxinas, trataron vigorosamente una serie de animales, por inyecciones de serosidad activa y desde la aparición de los síntomas tetánicos. Estas experiencias, tan juiciosamente conducidas, demostraron que es muy dificil curar el tétanos declarado en los animales. En el momento en que aparecen los primeros síntomas, la cantidad de toxinas elaborada es ya lo más amenudo suficiente para matar el animal. [9]

La alteración de las células nerviosas es ya profunda. La antitoxina no puede nada «contra un envenamiento ya hecho.»

Parece que estos datos experimentales no serán absolutamente estériles aplicados á la clínica. De ellos pueden deducirse las siguientes conclusiones terapéuticas:

En las formas graves del tétanos, nada ó poco hay que esperar del empleo de la serosidad antitóxica. Es demasiado tarde, las modificaciones nerviosas son ya irremediables.

En las formas lentas, algunas probabilidades de éxito, con la condición de ocurrir á sus propiedades toxinicidas antes de la producción, aquí más tardía, de esas lesiones nerviosas.

III

Dicho lo que antecede á manera de premisas, ¿cómo considerar en el momento actual el tratamiento médico del tétanos?

(1) Véase la *Gaceta Médica de Caracas*, número 6, página 50.

(2) Ch. Eloy—L'antisepsie par l' hematothérapie (*Rev. gen. de clinique et de thérapeutique*, 17 février 1892.)

(3) Vaillard et Vincent (*Academie des sciences*, 21 Janvier 1891.)

(4) Sánchez Toledo (*Soc. de biol.*, 20 de juin 1891.—Camara Pestana (*Eodem loco*, 27 de juin 1891.)

(5) Behring et Kitasato (Deutch. méd. Woch, diciembre 1891, número 49.)

[6] Bouchard [Congrés international de médicine de Berlin, 1890.]

(7) Vaillard [*Société de biologie*, 6 juin 1891.]—Zizzoni et Cantani (*Arch. ital. de biologie*, mais 1891.)

[8] Behring (*Das Tétanus heilserum* 1892.—Kitasato (*Zeits. L. hyg.*, avit 1892.]

[9] Roux y Vaillard (*Annales de l' Institut Pasteur* 1892 página 66.)

Las conclusiones de la *medicación curativa* de M. M. Vaillard y Roux, son formales é inmediatas:

La *antitoxina* es una *medicación preventiva* eficaz en los animales y á una dósis suficiente dada, inyectada al mismo tiempo que la toxina, ó poco tiempo después que ella, pero antes de cierto período, la detiene siempre un tétanos leve, con la condición de proporcionar la dósis exactamente al tiempo corrido entre el momento de la inoculación y el de la inoculación, con la condición también de quitar el hecho, pues de otra manera se vería la infección, dominada al principio, tomar de nuevo su curso. Por el contrario, resultados negativos en absoluto en las formas experimentales de marcha rápida.

En cuanto á la *medicación curativa*, es medio-eficaz. No se cura el tétanos declarado en los animales, sino instituyendo el tratamiento desde la primera manifestación tetánica.

He ahí lo que en los momentos actuales enseñan los datos de la medicina experimental á quienes los interrogan.

Los resultados de los ensayos clínicos están de acuerdo con los hechos del laboratorio.

Ningún éxito en el *tétanos grave de marcha rápida* en el hombre. La seroterapia no ha dominado el tétanos en individuos en los cuales la enfermedad había evolucionado en el espacio de dos ó seis días (Kitasato, Remy, Grancher, Poilliòn, Th. Anger, Letulle, Bagnisti.) (1) Se trataba del tétanos quirúrgico y del tétanos médico.

Contra el *tétanos de principio tardío y evolución lenta*, éxitos relativos, á veces completos: tales los casos señalados por Schwartz (curación del tétanos traumático por el método de Tizzoni); por Retter (inyección toxinicida practicada veinte días después del traumatismo) (2); tal el, más concluyente en razón de la autoridad clínica del cirujano parisiense, M. E. Schwartz, que lo ha observado: el tétanos traumático principió el cuarto día; se trató por el cloral y la antitoxina: curó. (3)

En cuanto á las curaciones constantes anunciadas por el M. M. Tizzoni y Cantani (8 casos, 8 éxitos), se refieren á tétanos de marcha lenta, susceptibles, como se sabe por experiencia, de curación espontánea. Además, según la aseveración de su compatriota, M. Albertoni, (de Bologne), se trataba de una serie excepcionalmente feliz, pues según parece, hay en el activo de la medicación de Tizzoni, casos desgraciados que no figuran en las estadísticas. (4)

¿Qué conclusión práctica puede deducirse de estos hechos?

¿Se prescribirá la seroterapia contra el tétanos y cuando debe emplearse?

He aquí como M.—M. Roux y Vallard responden á esta doble pregunta:

Se inyectará lo más pronto posible, desde la aparición de los primeros síntomas, una dósis suficiente de una seroidad muy activa. El segundo ó tercer día, repetición de las inyecciones. Tal debe ser actualmente una tentativa de *seroterapia curativa del tétanos*.

Esta medicación es racional, si se admiten los hechos experimentales. Por lo pronto y á pesar del éxito dudoso en los casos graves, es la única que responde á otros hechos, y al menos de neutralizar la toxina elaborada en el lugar de inoculación.

En cuanto á los casos de *contractura* [illegible] *tiza*, están indicados en presencia de una herida contusa, sospechosa y sucia de tierra.

Así, se puede coder á las jaciones [illegible] de M.—M. Roux y Vaillard, y á pesar de los casos desgraciados, más numerosos que los felices, hoy debe condenar esta medicación. Especialmente que es lo que queda en discusión, no se olvidará que ella no es un obstáculo al empleo de las medicaciones clásicas: cloral, solanine del sistema nervioso, etc., que no deben ser abandonados, según la opinión de M. Chouppe. [5]

La seroterapia del tétanos es un tratamiento en general inofensivo. Si no cura la enfermedad tampoco la agrava. Es preciso ensayarlo.

He ahí en conclusión lo que el momento actual es prudente y legítima. (*Rev. gén. de clinique et thérapeutique*, 31 de mayo 1893.)

[1] [illegible] *Schrift. d. medi. de Berlin*, febrero 1892. Schwarz. *Centralbl. F. Bakt. und Parasit.*, 1892, X.

[2] [illegible] Retter. *Das tetanus behandlung. de Berlin*.

[3] [illegible] *Centralbl. F. Bakt. und Parasit.*, [illegible]

[4] [illegible] Tizzoni y Cantani. *Centralbl. F. Bakt. und Parasit.*, [illegible] 1892.) Albertoni (*Thérapeut. médical*, sept. 1892, p. 65.)

[5] Chouppe (*Bull. méd.*, 26 de marzo de 1893.)

NOTAS

Los exámenes anuales de la Facultad de Medicina tendrán lugar en el presente año según el programa siguiente:

1º TERAPÉUTICA Y MATERIA MÉDICA: lunes 17 de Julio á las 8 a. m.—Profesor: *Doctor Elías Rodríguez.*

2º ANATOMÍA GENERAL: lunes 24 de Julio á las 8 a. m.—Profesor: *Doctor P. Acosta Ortiz.*

3º HISTOLOGÍA NORMAL Y PATOLÓGICA: lunes 24 de julio á las 3 p. m.—Profesor: *Doctor José G. Hernández.*

4º PATOLOGÍA GENERAL: martes 25 de Julio á las 8 a. m.—Profesor: *Doctor F. A. Risquez.*

5º MEDICINA OPERATORIA: martes 25 de Julio á 3 p. m.—Profesor: *Doctor S. Vaamonde Bleshois.*

6º PATOLOGÍA EXTERNA: miércoles 6 de Julio á las 8 a. m.—Profesor: *Doctor A. Vizcarrondo.*

7º QUÍMICA INORGÁNICA: miércoles 26 á las 3 p. m.—Profesor: *Doctor A. Friedensberg.*

Todos los exámenes serán presididos por el señor Rector, Doctor Elías Rodríguez.

—Hemos recibido el número 10 de *El Atenco Médico*, periódico que ha fundado en Barquisimeto nuestro estimado colega el Dr. José I. Arroyo. Le deseamos larga vida y buena cosecha de triunfos.

A LOS MEDICOS

Desde esta fecha se encontrará de venta en nuestro Establecimiento de Farmacia, las Inyecciones de Brown se quard (esperma y cerebrina), preparadas cada 15 días, y cuya esterilización perfecta se garantiza.

Botica del Doctor Díaz.

G. Schütt.

por preparados de hierro, quina, cola, estricnina y cafeina, á beneficio del cual los edemas desaparecieron por completo.

Entre tanto la jaqueca y las malas digestiones le mortificaban atrozmente y su salud se veía desmejorarse de un modo muy notable. Comía poco, digería mal, dormía difícilmente, enflaquecía y su color tomaba el tinte de una palidez enfermiza. Vomitaba con frecuencia, siempre estaba estítico; las orinas no obstante, se mantenian normales en cantidad, peso específico y composición.

Hacia los meses de abril y mayo como la jaqueca se repetía muy á menudo, cambió la antipirina de que había abusado tanto por la morfina, pero cada inyección le producía vómitos y un malestar que se prolongaba más de veinte á veinte y cuatro horas. Para entonces los dolores de cabeza eran tan tenaces, los vómitos tan frecuentes y el enflaquecimiento tan marcado, que llegó á temerse un principio de tuberculosis meningea, pensamiento que fué á poco rechazado al seguir la observación.

Para esa época, partiendo del principio, que el dolor de cabeza, los vómitos, lo culminante del cuadro sintomático, dependía de los males digestivos, se le impuso el tratamiento desinfectante intestinal (salol naphtol, salicilato de bismuto, magnesia), alimentación vegetal y láctea y algunos tónicos, sin resultado notable.

Hacia el 10 de junio, ya su estado no le permitió casi abandonar el lecho. Apetito escaso, digestión malísima, constipación tenaz; la morfina que se ponía por dósis de un centígramo para aliviar el dolor de cabeza, le producía vómitos frecuentes; apenas toleraba poquitos de café con leche: cualquier otro alimento se le agriaba en el estómago, le producían eruptos fétidos y con frecuencia arrojaba los alimentos, que había ingerido doce y hasta veinte horas antes. Había tenido por dos veces hematuria poco abundante pero de resto sus orinas conservaban caracteres normales. De noche frecuentemente le atacaba una dispnea no muy marcada pero suficiente para impedirle conciliar el sueño, más sin que el examen de los pulmones revelara la causa.

El hígado y el bazo se encontraban infartados.

Hacia el 12 ó 13 tuvo una epistaxis no muy abundante pero sostenida por más de veinticuatro horas.

El 16 se le presentaron signos de una doble congestión pulmonar, con su correspondiente tos y esputos de sangre que se acentuaron hacia el 17 y 18 y que fueron combatidos por amoniacales, cafeína, digital, ergotina y rubefacientes al pecho y espaldas. En estos días, y por la primera vez, la temperatura llegó á subir hasta 38° centígrados.

Entonces llamaron la atención las orinas por su coloración escasa y examinadas dieron una gravedad específica de 1,007, que se sostuvo hasta el fin, un poco de albómina y emisión en cantidad normal.

Examinada la sangre extraída por la picadura de un dedo en dos ocasiones distintas no se encontró pigmento negro, ni ninguna otra cosa extraña. Examinados los esputos tampoco dieron ningún dato positivo.

A beneficio del tratamiento para la congestión, ayudado de una inyección de morfina, con atrópina para calmar la dispnea, el 19 en la noche la mejoría era notable y el 20 había desaparecido casi completamente la congestión, no quedando sino la dispnea, en momentos muy acentuada, y el dolor de cabeza. Para la tarde del mismo día sobrevino un hundimiento de fuerzas, casi brusco, el pulso se hizo pequeñísimo, los sudores fríos se hicieron abundantes y fué preciso ponerle una inyección hipo-dérmica de extricnina y en la noche otra de atrópina con morfina. Desde este momento cayó en una calma notable, un estado semi-comatoso del cual salió para pedir agua ó decir alguna frase muchas veces incoherente. El pulso fué haciéndose más pequeño, la ineligencia embotándose, el hundimiento progresando hasta que á las 6 de la tarde, después de haberse sentado á pedir una nueva inyección de morfina que no llegó á ponérsele, tiró la cabeza hacia atrás, giró los globos oculares hacia arriba, cimbró el dorso en opistótono, como en un movimiento convulsivo tónico, y después de algunas respiraciones entrecortadas expiró.

Hasta aquí la relación del caso. Los diagnósticos que se han sostenido han sido los siguientes, partiendo todos de la existencia de una intoxicación.

1º Intoxicación palúdica.
2º Intoxicación lenta por la antipirina.
3º Intoxicación por nefritis.
4º Intoxicación de origen gastro intestinal.

Examinémoslos: 1º La intoxicación palúdica se admitió por el hecho de haber vivido, el paciente 8 ó 10 años atrás en un foco malárico y haber seguido habitando en Caracas, donde reina el paludismo bajo todas formas. Pero como no se notaron signos febriles de ninguna especie, ni había caracteres de caquexia polustre, ni el examen de la sangre reveló la presencia del pigmento, rechazamos este diagnóstico.

2º Aunque no conocemos los fenómenos propios de la intoxicación lenta por la antipirina no nos parece claro ni suficiente la explicación.

3º La nefritis se vino á mostrar en los últimos días y fué sin duda alguna secundaria; no nos explicó los accidentes del principio y no juzgamos por tanto que haya sido la nefritis la enfermedad principal.

4º Nuestro diagnóstico fué: Intoxicación por ptomainas de origen, gastro intestinal trayendo infarto del hígado é insuficiencia hepática; secundariamonte irritación de los riñones por la eliminación de las toxinas y nefritis consiguiente trayendo síntomas de uremia.

El Doctor Razetti manifestó, que habiendo observado que en Caracas se necesita mayor cantidad de cloroformo que en Europa para obtener la relajación anestésica le parece importante ocuparse de la investigación de las causas que puedan producir esa variante; que sus observaciones no son todavía suficientes para formular una opinión y que en consecuencia excita á sus colegas á recoger observaciones completas que puedan resolver el problema.

SESIÓN DEL 17 DE JULIO

Presidencia del Dr. Rísquez.

El Dr. Aguerreverre llamó la atención de la sociedad hacia la diferencia notable que existe entre las dosis que marcan los autores extranjeros para la administración del *cannabis indica* y el *acónito* y las que aquí deben usarse; considerando á las primeras como tóxicas entre nosotros. Las dosis marcadas por todos los modernos formularios para la administración del primero de estos agentes (*el cánnabis*) va de 10 á 50 centígramos por dósis, mientras que solo debemos emplearle á la *dósis de cinco centígramos* cada vez y *diez* por día; y con respecto al *acónito* es Fonssagrives quien señala una poción con cólchico y extracto de acónito á la dósis de *cincuenta centígramos* de cada uno contra el reumatismo, mientras que el extracto de acónito entre nosotros solo

debe usarse de *uno* á *dos* centígramos por dósis y de *diez* á *quince* por día.

Villegas Ruiz.—(Secretario.)

PRENSA EXTRANJERA

Fecundación durante el periodo puerperal

M. Kronig ha comunicado á la *Sociedad de partos de Leipzig* un caso curioso de fecundación. Una mujer de 22 años parió el 4 de julio de 1892 por la segunda vez; cuatro días después, es decir el 8 de julio, tuvo relaciones sexuales, relaciones que no se repitieron durante los tres meses subsiguientes. Esta mujer no volvió á tener más reglas y se encontró embarazada. En noviembre de 1892 sintió los primeros movimientos del feto y parió el 10 de marzo de 1893, es decir doscientos cuarenta y tres días después del parto, un niño bien desarrollado que pesaba 3.550 gramos.

No solamente el niño estaba bien desarrollado para una preñez tan corta, sino que la época de la concepción es del todo sorprendente. Se acepta, en general, que la ovulación cesa durante el embarazo y no recomienza sino hacia la época de las primeras reglas; es decir, al cabo de seis á ocho semanas. Si la ovulación no se hace en realidad sino después de este plazo, es necesario admitir que los espermatozoarios se conservan durante mucho tiempo en el organismo de la madre sin perder sus propiedades.

Por otra parte es difícil explicar como una caduca, que no había tenido todavía tiempo para renovarse, ha podido fijar y conglobar un óvulo. Este hecho demuestra que: 1º en 243 días, contados á partir del coito, es posible que un feto alcanze un desarrollo completo; 2º que el funcionamiento de los ovarios no se suspende completamente durante la preñez; 3º que los loquios no impiden la vitalidad de los espermatozoides; 4º que la ovulación y la menstruación son independientes; 5º que, en una mujer robusta, la regeneración de la mucosa uterina es sumamente rápida.

(*Centralbl.—J. Gynæk.*—Nº II).

MEDICINA PRACTICA

FORMULARIO de las DISPEPSIAS

(GRASET)

En la dispepsia atónica con dilatación media del estómago, tomar en cada una de las tres comidas un *cachet* conteniendo:

Naftol	0,20	centígrs
Benzo—naftol	0,30	»

una cucharada de café y de:

Agua	150	gramos
Sulfato de estricnina	0,05	centigrs

ó una cucharada de café de:

Agua	300	gramos
Acido clorhídrico	1	»

En los casos de dispepsia atónica y dolorosa, pueden ser empleados los mismos *cachets*, pero seguidos de una cucharada de:

Agua cloroformada saturada	150	cent. cub.
Agua de tilo	100	» »
Jarabe de flores de naranja	50	» »

ó de:

Agua	300	gramos
Bromuro de estroncio puro	20	»

ó de una píldora conteniendo:

Extracto grasoso de cáñamo indiano, quince milígramos.

En la dispepsia con vómitos, se puede entre otros medios, hacer tomar, antes de cada comida, una cucharada de agua cloroformada ó una cucharada de café de jarabe de morfina. Si es necesario, tomar en el intermedio de las comidas, una cucharada de café cada dos horas de:

Mentol	1	gramos
Alcohol	20	»
Jarabe	30	»

En la dispepsia con constipación pertinaz, se prescribirá en cada comida un *cachet*, conteniendo:

Cascara sagrada	0,25	centigrs

ó:

Naftol	0,20	centigrs
Magnecia calcinada	0,30	»

ó una cucharada de café de:

Azufre sublimado } partes iguales
Crema de tártaro } partes iguales
Magnesia calcinada } partes iguales

Y todas las noches al acostarse una píldora conteniendo:

Polvos de belladona } ā. ā.
Extracto de belladona } 0,01 centigr.

ó:

Polvos de belladona } ā. ā.
Extracto de belladona } ā. ā.
Podofilino } 0,01 centigrs

En los casos de dispepsia con diarrea, tomar en cada comida cuatro gotas de:

Gotas negras inglesas } ā. ā. gr
Gotas amargas de Beaumé } 5 . amos

ó un *chachet* conteniendo:

Benzonáftol } ā. ā.
Salicilato de bismuto } 0,25 centigrs

Y beber en los intervalos de las comidas por tragos, de tiempo en tiempo:

Agua	1	litro
Acido láctico	10	gramos

En la dispepsia ácida (hiperclorhídrica) al fin de cada una de los tres comidas y cada dos horas después de las dos principales comidas ó sea siete veces por día, tomar un paquete conteniendo:

Bicarbonato de soda	2	gramos
Creta preparada	1	»

En la dispepsia con anorexia el enfermo puede comer todo lo que digiera y lo que él desee. En la primera comida tomará:

Tintura de Kola } ā. ā.
Tintura de coca } 50 gramos
Acido cítrico 1 »

Y en cada una de las dos comidas una cucharada de vino de genciana ó una cucharada de:

Tintura de nuez vómica	5 gramos.
Gotas amargas de Beaumé	ā ā
Tintura de genciana	10 gramos.
Tintura de ruibarbo alcanforada	ā ā
Agua destilada de laurel cerezo	20 gramos.
Agua de menta	35 gramos.

Rundsch F. Pharmac.

TRATAMIENTO DE LAS NEURALGIAS

(*Dujardin-Beaumetz*)

Administración de los medicamentos *antitérmicos analgésicos*.

Para la jaqueca, dar la preferencia á la *antipirina*.

por preparados de hierro, quina, cola, estricnina y cafeina, á beneficio del cual los edemas desaparecieron por completo.

Entre tanto la jaqueca y las malas digestiones le mortificaban atrozmente y su salud se veía desmejorarse de un modo muy notable. Comía poco, digería mal, dormía difícilmente, enflaquecía y su color tomaba el tinte de una palidez enfermiza. Vomitaba con frecuencia, siempre estaba estítico; las orinas no obstante, se mantenian normales en cantidad, peso específico y composición.

Hacia los meses de abril y mayo como la jaqueca se repetía muy á menudo, cambió la antipirina de que había abusado tanto por la morfina, pero cada inyección le producía vómitos y un malestar que se prolongaba más de veinte á veinte y cuatro horas. Para entonces los dolores de cabeza eran tan tenaces, los vómitos tan frecuentes y el enflaquecimiento tan marcado, que llegó á temerse un principio de tuberculosis meningea, pensamiento que fué á poco rechazado al seguir la observación.

Para esa época, partiendo del principio, que el dolor de cabeza, los vómitos, lo culminante del cuadro sintomático, dependía de los males digestivos, se le impuso el tratamiento desinfectante intestinal (salol naphtol, salicilato de bismuto, magnesia), alimentación vegetal y láctea y algunos tónicos, sin resultado notable.

Hacia el 10 de junio, ya su estado no le permitió casi abandonar el lecho. Apetito escaso, digestión malísima, constipación tenaz; la morfina que se ponía por dósis de un centígramo para aliviar el dolor de cabeza, le producía vómitos frecuentes; apenas toleraba poquitos de café con leche: cualquier otro alimento se le agriaba en el estómago, le producían eruptos fétidos y con frecuencia arrojaba los alimentos, que había ingerido doce y hasta veinte horas antes. Había tenido por dos veces hematuria poco abundante pero de resto sus orinas conservaban caracteres normales. De noche frecuentemente le atacaba una dispnea no muy marcada pero suficiente para impedirle conciliar el sueño, más sin que el examen de los pulmones revelara la causa.

El hígado y el bazo se encontraban infartados.

Hacia el 12 ó 13 tuvo una epistaxis no muy abundante pero sostenida por más de veinticuatro horas.

El 16 se le presentaron signos de una doble congestión pulmonar, con su correspondiente tos y esputos de sangre que se acentuaron hacia el 17 y 18 y que fueron combatidos por amoniacales, cafeína, digital, ergotina y rubefacientes al pecho y espaldas. En estos días, y por la primera vez, la temperatura llegó á subir hasta 38° centígrados.

Entonces llamaron la atención las orinas por su coloración escasa y examinadas dieron una gravedad específica de 1,007, que se sostuvo hasta el fin, un poco de albómina y emisión en cantidad normal.

Examinada la sangre extraída por la picadura de un dedo en dos ocasiones distintas no se encontró pigmento negro, ni ninguna otra cosa extraña. Examinados los esputos tampoco dieron ningún dato positivo.

A beneficio del tratamiento para la congestión, ayudado de una inyección de morfina, con atrópina para calmar la dispnea, el 19 en la noche la mejoría era notable y el 20 había desaparecido casi completamente la congestión, no quedando sino la dispnea, en momentos muy acentuada, y el dolor de cabeza. Para la tarde del mismo día sobrevino un hundimiento de fuerzas, casi brusco, el pulso se hizo pequeñísimo, los sudores fríos se hicieron abundantes y fué preciso ponerle una inyección hipo-dérmica de extricnina y en la noche otra de atrópina con morfina. Desde este momento cayó en una calma notable, un estado semi-comatoso del cual salió para pedir agua ó decir alguna frase muchas veces incoherente. El pulso fué haciéndose más pequeño, la ineligencia embotándose, el hundimiento progresando hasta que á las 6 de la tarde, después de haberse sentado á pedir una nueva inyección de morfina que no llegó á ponérsele, tiró la cabeza hacia atrás, giró los globos oculares hacia arriba, cimbró el dorso en opistótono, como en un movimiento convulsivo tónico, y después de algunas respiraciones entrecortadas expiró.

Hasta aquí la relación del caso. Los diagnósticos que se han sostenido han sido los siguientes, partiendo todos de la existencia de una intoxicación.

1º Intoxicación palúdica.
2º Intoxicación lenta por la antipirina.
3º Intoxicación por nefritis.
4º Intoxicación de origen gastro intestinal.

Examinémoslos: 1º La intoxicación palúdica se admitió por el hecho de haber vivido, el paciente 8 ó 10 años atrás en un foco malárico y haber seguido habitando en Caracas, donde reina el paludismo bajo todas formas. Pero como no se notaron signos febriles de ninguna especie, ni había caracteres de caquexia polustre, ni el examen de la sangre reveló la presencia del pigmento, rechazamos este diagnóstico.

2º Aunque no conocemos los fenómenos propios de la intoxicación lenta por la antipirina no nos parece claro ni suficiente la explicación.

3º La nefritis se vino á mostrar en los últimos días y fué sin duda alguna secundaria; no nos explicó los accidentes del principio y no juzgamos por tanto que haya sido la nefritis la enfermedad principal.

4º Nuestro diagnóstico fué: Intoxicación por ptomainas de origen, gastro intestinal trayendo infarto del hígado é insuficiencia hepática; secundariamonte irritación de los riñones por la eliminación de las toxinas y nefritis consiguiente trayendo síntomas de uremia.

El Doctor Razetti manifestó, que habiendo observado que en Caracas se necesita mayor cantidad de cloroformo que en Europa para obtener la relajación anestésica le parece importante ocuparse de la investigación de las causas que puedan producir esa variante; que sus observaciones no son todavía suficientes para formular una opinión y que en consecuencia excita á sus colegas á recoger observaciones completas que puedan resolver el problema.

SESIÓN DEL 17 DE JULIO

Presidencia del Dr. Rísquez.

El Dr. Aguerreverre llamó la atención de la sociedad hacia la diferencia notable que existe entre las dosis que marcan los autores extranjeros para la administración del *cannabis indica* y el *acónito* y las que aquí deben usarse; considerando á las primeras como tóxicas entre nosotros. Las dosis marcadas por todos los modernos formularios para la administración del primero de estos agentes (*el cánnabis*) va de 10 á 50 centígramos por dósis, mientras que solo debemos emplearle á la *dósis de cinco centígramos* cada vez y *diez* por día; y con respecto al *acónito* es Fonssagrives quien señala una poción con cólchico y extracto de acónito á la dósis de *cincuenta centígramos* de cada uno contra el reumatismo, mientras que el extracto de acónito entre nosotros solo

debe usarse de *uno* á *dos* centígramos por dósis y de *diez* á *quince* por día.

Villegas Ruiz.—(Secretario.)

PRENSA EXTRANJERA

Fecundación durante el periodo puerperal

M. Kronig ha comunicado á la *Sociedad de partos de Leipzig* un caso curioso de fecundación. Una mujer de 22 años parió el 4 de julio de 1892 por la segunda vez; cuatro días después, es decir el 8 de julio, tuvo relaciones sexuales, relaciones que no se repitieron durante los tres meses subsiguientes. Esta mujer no volvió á tener más reglas y se encontró embarazada. En noviembre de 1892 sintió los primeros movimientos del feto y parió el 10 de marzo de 1893, es decir doscientos cuarenta y tres días después del parto, un niño bien desarrollado que pesaba 3.550 gramos.

No solamente el niño estaba bien desarrollado para una preñez tan corta, sino que la época de la concepción es del todo sorprendente. Se acepta, en general, que la ovulación cesa durante el embarazo y no recomienza sino hacia la época de las primeras reglas; es decir, al cabo de seis á ocho semanas. Si la ovulación no se hace en realidad sino después de este plazo, es necesario admitir que los espermatozoarios se conservan durante mucho tiempo en el organismo de la madre sin perder sus propiedades.

Por otra parte es difícil explicar como una caduca, que no había tenido todavía tiempo para renovarse, ha podido fijar y conglobar un óvulo. Este hecho demuestra que: 1º en 243 días, contados á partir del coito, es posible que un feto alcanze un desarrollo completo; 2º que el funcionamiento de los ovarios no se suspende completamente durante la preñez; 3º que los loquios no impiden la vitalidad de los espermatozoides; 4º que la ovulación y la menstruación son independientes; 5º que, en una mujer robusta, la regeneración de la mucosa uterina es sumamente rápida.

(*Centralbl.—J. Gynæk.*—Nº II).

MEDICINA PRACTICA

FORMULARIO de las DISPEPSIAS

(GRASET)

En la dispepsia atónica con dilatación media del estómago, tomar en cada una de las tres comidas un *cachet* conteniendo:

Naftol	0,20	centígrs
Benzo—naftol	0,30	»

una cucharada de café y de:

Agua	150	gramos
Sulfato de estricnina	0,05	centigrs

ó una cucharada de café de:

Agua	300	gramos
Acido clorhídrico	1	»

En los casos de dispepsia atónica y dolorosa, pueden ser empleados los mismos *cachets*, pero seguidos de una cucharada de:

Agua cloroformada saturada	150	cent. cub.
Agua de tilo	100	» »
Jarabe de flores de naranja	50	» »

ó de:

Agua	300	gramos
Bromuro de estroncio puro	20	»

ó de una píldora conteniendo:

Extracto grasoso de cáñamo indiano, quince milígramos.

En la dispepsia con vómitos, se puede entre otros medios, hacer tomar, antes de cada comida, una cucharada de agua cloroformada ó una cucharada de café de jarabe de morfina. Si es necesario, tomar en el intermedio de las comidas, una cucharada de café cada dos horas de:

Mentol	1	gramos
Alcohol	20	»
Jarabe	30	»

En la dispepsia con constipación pertinaz, se prescribirá en cada comida un *cachet*, conteniendo:

Cascara sagrada	0,25	centigrs

ó:

Naftol	0,20	centigrs
Magnecia calcinada	0,30	»

ó una cucharada de café de:

Azufre sublimado } partes iguales
Crema de tártaro } partes iguales
Magnesia calcinada } partes iguales

Y todas las noches al acostarse una píldora conteniendo:

Polvos de belladona } ā. ā.
Extracto de belladona } 0,01 centigr.

ó:

Polvos de belladona } ā. ā.
Extracto de belladona } ā. ā.
Podofilino } 0,01 centigrs

En los casos de dispepsia con diarrea, tomar en cada comida cuatro gotas de:

Gotas negras inglesas } ā. ā. gr
Gotas amargas de Beaumé } 5 . amos

ó un *chachet* conteniendo:

Benzonáftol } ā. ā.
Salicilato de bismuto } 0,25 centigrs

Y beber en los intervalos de las comidas por tragos, de tiempo en tiempo:

Agua	1	litro
Acido láctico	10	gramos

En la dispepsia ácida (hiperclorhídrica) al fin de cada una de los tres comidas y cada dos horas después de las dos principales comidas ó sea siete veces por día, tomar un paquete conteniendo:

Bicarbonato de soda	2	gramos
Creta preparada	1	»

En la dispepsia con anorexia el enfermo puede comer todo lo que digiera y lo que él desee. En la primera comida tomará:

Tintura de Kola } ā. ā.
Tintura de coca } 50 gramos
Acido cítrico 1 »

Y en cada una de las dos comidas una cucharada de vino de genciana ó una cucharada de:

Tintura de nuez vómica	5 gramos.
Gotas amargas de Beaumé	ā ā
Tintura de genciana	10 gramos.
Tintura de ruibarbo alcanforada	ā ā
Agua destilada de laurel cerezo	20 gramos.
Agua de menta	35 gramos.

Rundsch F. Pharmac.

TRATAMIENTO DE LAS NEURALGIAS

(*Dujardin-Beaumetz*)

Administración de los medicamentos *antitérmicos analgésicos*.

Para la jaqueca, dar la preferencia á la *antipirina*.

con interés patriótico toda idea que tienda al adelanto de las ciencias en Venezuela; y con el valioso concurso del actual Director general que no omitirá esfuerzos para lograr imprimir á estos institutos su verdadero carácter científico; y cuente además con mi humilde contingente, que aunque el más pobre de todos, es muy sincero.

Señores: A dos grandes conquistas del espíritu investigador del siglo XIX debe la ciencia los sorprendentes resultados obtenidos en nuestros días por la cirugía cerebral: las *localizaciones* y la *antisepsia*.

Los antiguos ignoraban que el cerebro fuera el sitio de las funciones psíquicas y lo consideraban como una glándula destinada á recoger todas las mucosidades del organismo y eliminarlas por la nariz. Esta extraña concepción comenzó á desvanecerse 510 años antes de nuestra era, cuando Alcmeon, un discípulo de Pitágoras, comprendió que había relaciones entre el cerebro y los sentidos. Más tarde Hipócrates considera el encéfalo en su libro de *morbo sacro* como el sitio del *pensamiento*, de la *percepción* y del *movimiento*. Galeno, que dió las primeras nociones científicas sobre la fisiología del sistema nervioso, colocaba las tres funciones principales del alma cada una en un ventrículo. Por mucho tiempo permaneció en pié la teoría de Galeno, con algunas modificaciones respecto á la localización de ciertas funciones. Así Nemesius colocaba la memoria en las partes posteriores del cerebro y San Agustín las consideraba como el sitio del movimiento. Después bajo la influencia de los árabes, en tiempo de Avicena, se llegó á una teoría más detallada en las localizaciones y cuando la escolástica cristiana tomó parte en el debate, la teoría de las localizaciones degeneró en un materialismo infantil y ridículo según la expresión de Albert.

Las primeras investigaciones verdaderamente científicas pertenecen á Flourens, quien haciendo la ablación del cerebro en los pájaros y en los mamíferos, comprobó que esta operación traía la abolición de la voluntad y de la percepción. A estas experiencias, que no puedo detallar en este momento por falta de tiempo, siguieron otras de renombrados experimentadores, hasta llegar á las célebres de Broca, Hitzig y Fritsch, Charcot y Pitres.

Hoy es un hecho comprobado que «si se pone á descubierto el cerebro de un animal vivo y se toca punto por punto con electrodos colocados uno cerca del otro, se encuentran ciertas regiones en las cuales la excitación provoca la contracción de ciertos grupos musculares determinados del lado opuesto del cuerpo; si se extirpa la porción de la corteza cerebral cuya excitación provoca la contracción de un grupo muscular, se observan después perturbaciones motoras particulares del lado de la extremidad correspondiente.»

«Combinando el método de excitación con el de extirpación se ha llegado á determinar sobre la superficie del cerebro una serie de regiones que se han designado con el nombre de *centros motores* ó más prudentemente bajo el de *regiones motrices de la corteza cerebral*.»

Estas regiones motrices están situadas, en el hombre, al nivel de las circunvoluciones centrales anterior y posterior, en el lóbulo paracentral (Charcot y Pitres.)

Para facilitar la explicación de los puntos ocupados por estas regiones motoras en la corteza cerebral exigí al señor Br. Lovera, Practicante Mayor del Hospital Militar, la reproducción de la lámina que ven Uds. aquí. Nada deja que desear el dibujo del señor Lovera, ni bajo el punto de vista de la exactitud anatómica, ni bajo el punto de vista de la belleza artística.

Estudiando la superficie del cerebro, observamos en primer lugar las circunvoluciones que la constituyen separadas por dos *sisuras* principales: la *sisura de Silvio* y la *sisura de Rolando*.

A los lados de la sisura de Rolando se encuentran dos circunvoluciones que forman el *lóbulo paracentral* y que se designan con los nombres de: *circunvolución frontal ascendente* y *circunvolución parietal ascendente*. Es en estas dos circunvoluciones que se encuentran los centros motores principales y que más nos interesan para interpretar los hechos que más adelante hemos de esclarecer.

Las experiencias practicadas en los animales vivos, y los hechos clínicos nos conducen á las conclusiones siguientes:

1º El tercio superior del lóbulo para-central encierra el centro motor del miembro inferior del lado opuesto;

2º El tercio medio está ocupado por el centro del miembro superior del lado opuesto;

3º El tercio inferior encierra el centro de los músculos inervados por el hipogloso y el facial inferior del lado opuesto;

4º La ínsula de Reil y la circunvolución frontal inferior constituyen la región motriz del lenguaje, y este centro esta situado en el hemisferio izquierdo.

Ahora bien: para determinar sobre el cráneo el sitio de todas estas regiones motrices, seguiremos las reglas dadas por Poirier en su excelente libro *Topographie cranio—cérébrale*.

El problema consiste en determinar dos líneas que corresponden á las dos sisuras: la *línea silviana* y la *línea rolándica*.—Para determinar la primera se fija el punto correspondiente al *fondo del ángulo naso—frontal* y de allí se tira una línea que llega á *un centímetro* del lambda, el cual está situado á 7 centímetros por arriba de la protuberancia occipital externa. Poirier llama esta línea *naso—lambdoidiana*.

Para determinar la *línea rolándica* se procede del modo siguiente: se reconoce y se traza el arco zigomático; se levanta sobre este arco una perpendicular que pasa al lado del trago, en la depresión pre—auricular, y se miden á partir del agujero auditivo externo 7 centímetros sobre esta perpendicular. Este punto es la extremidad inferior de la línea rolándica. Para la extremidad superior: se mide con cuidado la distancia que separa el punto del ángulo naso—frontal del inión ó sea la protuberancia occipital externa, siguiendo bien la sutura sagital; se toma la mitad de esta distancia á partir del punto nasal y se agregan 2 centímetros. Este punto es la extremidad superior de la línea y corresponde á la extremidad superior del surco de Rolando.

La determinación de estas dos líneas sobre el cráneo es suficiente para orientar al cirujano en todas las intervenciones, como es fácil convencerse observando la lámina.

Sentados estos principios generales de topografía cranio-cerebral, pasemos al objeto primordial de nuestra conferencia: *el tratamiento quirúrgico de la epilepsia traumática*.

En la cama número 16 de la sala de San José se encuentra un enfermo, cuya historia patológica, recogida por los señores Bachilleres Sucre y Pérez, es la siguiente:

Se trata de un hombre de 30 años, de profesión jornalero, constitución robusta y sin antecedentes patológicos ni hereditarios dignos de mención especial.

En el mes de julio de 1890, se ocupaba un día de limpiar un revolver; sostenía el arma con la mano izquierda, estando él sentado, y en el momento de acercar la cara para mirar por el cañón del rewolver, se escapó un tiro, y el proyectil penetró por el ángulo interno del ojo derecho. Inmediatamente cayó al suelo privado de conocimiento y en ese estado fué conducido al *Hospital Civil para Hombres*.

Los síntomas que presentaba entonces eran: herida penetrante del ojo derecho, con pérdida de los humores oculares, ligera hemorragia por la herida, equimosis y edema de los párpados, hemiplegia izquierda con hemianestesia del mismo lado y estado de coma completo. El coma desapareció á las 24 horas, pero persistieron por algunos días trastornos de la visión. A las 36 horas del accidente se presentaron síntomas de meningitis, que cedieron á un tratamiento apropiado. La hemiplegia y la hemianestesia fueron desapareciendo poco á poco y el enfermo abandonó el hospital con solo la pérdida del ojo derecho.

Algunos meses más tarde entró al mismo hospital con un chancro cuya naturaleza se ignora.

En febrero de 1892 entró al *Hospital Vargas* padeciendo *ataques epilépticos*. Un cirujano le propuso una intervención quirúrgica que rechazó, y abandonó el hospital.

El 14 de julio del corriente año entró de nuevo y fué colocado en el lugar que hoy ocupa en el Servicio de Cirugía. Los síntomas actuales son: ataques epileptiformes, dolor de cabeza permanente del lado derecho, insomnio, dolores lancinantes en las regiones temporal y occipital derechas, que se exasperan al inclinar la cabeza hácia adelante, atrás ó á la derecha, sordera derecha, entorpecimiento de la palabra.

Ante este cuadro sintomático y teniendo en cuenta los antecedentes, formulamos el diagnóstico siguiente: *epilepsia jacksoniana tardía de origen traumático por compresión limitada del hemisferio cerebral derecho*.

En el estado actual de nuestros conocimientos sobre las localizaciones cerebrales y en presencia de los hechos clínicos, podemos, con una seguridad casi matemática, conocer el punto lesionado de la corteza cerebral. En el caso presente, en que observamos accidentes convulsivos limitados á una mitad del cuerpo, consecutivos á una lesión traumática producida por un proyectil que ha penetrado en el cráneo, es forzozo deducir que existe una compresión limitada en el hemisferio del lado opuesto, que en nuestro enfermo es el derecho. ¿A qué punto de ese hemisferio está limitada la compresión? Hemos dicho anteriormente que los centros motores del miembro superior y del miembro inferior, están situados, el uno en el tercio medio de la circunvolución frontal ascendente y el otro en el tercio superior de la misma circunvolución. De modo que manifestándose los fenómenos convulsivos limitados al brazo y pierna izquierdos, es justo suponer que la compresión está limitada á la mitad superior del lóbulo paracentral, más próxima al centro del miembro superior; pues pasado el ataque epiléptico el enfermo conserva una parálisis del brazo izquierdo.

Los demás fenómenos que se observan son comunes á todas las compresiones cerebrales.

¿Qué tratamiento debemos oponer á semejante afección? El único racional es la supresión del agente compresivo, que en el caso de que nos ocupamos debe suponerse sea el proyectil.

La *craneotomía* se impone siempre que un cuerpo extraño, un tumor, una esquirla ósea etc., comprimiendo las membranas y el cerebro produzca fenómenos incompatibles con la vida normal del sujeto.

Entre nosotros la craneotomía es de reciente introducción en la práctica quirúrgica, no obstante que según Broca los hombres de la *época neolítica* la empleaban en el tratamiento de la epilepsia. Según nuestras investigaciones, el honor de la *primera* craneotomía típica practicada en Caracas, corresponde á mi ilustrado amigo el Doctor Acosta Ortiz, que obtuvo éxito brillante en un caso de compresión cerebral producida por una esquirla ósea (1).

De modo pues, que la craneotomía que voy á practicar en seguida será la segunda que se hace entre nosotros y será ésta la primera vez que se pone en práctica la perforación de la bóveda del cráneo para tratar una epilepsia traumática.

Hago incapié en estos datos históricos, para evitar que suceda mañana, cuando se escriba la historia de la cirugía de nuestros días, lo que sucede hoy con nuestros antepasados, á quienes se atribuyen triunfos y reveses, verdaderos ó falsos, pero que es imposible comprobar con documentos auténticos, porque nada dejaron escrito ó si escribieron algo, no publicaron el resultado de sus trabajos, y la única historia que merece fé es la que se basa en pruebas incontestables.

La operación que voy á practicar delante de vosotros y que se conoce con los nombre de *trepanación ó craneotomía* exije un malnual operatorio especial y una instrumentación especial también. En el curso de la intervención les haré notar los detalles del procedimiento, que encontrarán en todas las obras modernas de cirugía. Una condición es indispensable para evitar las graves complicaciones de la abertura del cerebro: una *antisepsia rigurosa* (2).

Agosto, 1893.

TRATADO DE MEDICINA LEGAL

POR EL

Doctor Juan Manuel Escalona

SECCION PRIMERA

Atentados á la vida ó la salud

CAPÍTULO I

Comprobación de la muerte

Código Civil. — Libro I. — Título XII. — Sección IV.

Art. 424. El único requisito que se necesita para la inhumación, es la orden de la primera autoridad civil de la parroquia, y los encargados de los cementerios, en ningún caso, podrán dejar de cumplir dicha orden.

Aquella autoridad no la expedirá *sin cerciorarse de la muerte*.

La autorización se dará en *papel común y sin retribución alguna*.

La inhumación tendrá efecto, 24 horas después de la muerte, salvo los casos prescritos por reglamentos especiales.

El a disposición comprende tanto los cementerios públicos como los particulares, con tal que respecto á los últimos se hayan satisfecho los derechos fijados

(1) Véase la *Gaceta Médica de Caracas*, Núm. 8.

(2) El resultado de esta operación aparecerá en uno de nuestros próximos números.

[illegible]

[illegible] Código Penal.—Libro II.—Título IV.—[illegible]

Art. 162. Los que violaren las sepulturas, profanaren cadáveres ó desenterraren, para [illegible] la memoria de los difuntos ó injuriar [illegible] serán castigados por tiempo de [illegible] además de ser obligados á la reparación [illegible] y á la restitución de los restos [illegible] á su costa.

Código de Procedimiento Criminal.—Libro I.—Título III.—Ley I.—

Art. 77. Los reconocedores, sobre la causa de la muerte, expresarán porqué medios y en qué tiempo más ó menos haya podido suceder; si por causa de envenenamiento ó las lesiones, ó si por otras concomitantes anteriores ó posteriores.

ARTICULO I

SIGNOS DE LA MUERTE

Nada hay que preocupe más, no solo al vulgo dado siempre al misterio, sino también al hombre de ciencia, y en especial al docto impartidor de la justicia, y al médico-legista encargado por ministerio de la ley, de buscar la verdad y hacerla resplandecer en medio las tinieblas de hechos que agitan la opinión pública, como los signos de la muerte real.

Mucho se ha discutido y se discute aún sobre la realidad y certidumbre de esos signos y se ha perseguido siempre, como ideal, según la expresión de Tourdes, un signo patognomónico, constante, indiscutible y cuya comprobación fuese fácil á todos. De aquí que unos le buscaran en la extinción de una función importante; otros, en una modificación orgánica.

Este espíritu de esclusivismo sintomatológico, oscurecía más el problema, hasta que analizando minuciosamente los diversos fenómenos del organismo, encontróse que la asociación de signos ó de caracteres era suficiente para fijar un diagnóstico cierto.

De modo diverso hanse calificado los signos de la muerte, para su estudio analítico, dividiéndolos en: *ciertos é inciertos; funcionales y orgánicos;* aquellos, suministrados por las funciones que caracterizan la vida, y éstos por las modificaciones que se producen en los órganos después de la muerte. En nuestro sentir, creemos que más práctico es dividirlos según el momento de su aparición, en: *inmediatos y tardíos*. Más, sin atenernos á ninguna división especial describiremos sucesivamente los signos que testifican la muerte real.

1º CESACION DE LOS LATIDOS DEL CORAZÓN.—Como lo ha comprobado en sus bellísimos estudios fisiológicos, el ilustre Claudio Bernard, (1) confirmando la magnífica expresión de Haller, de que el corazón es el *primum vivens et ultimum moriens*—este late aún después de la cesación completa y absoluta de las demás funciones. Así, su paralización es signo inequívoco de muerte, pudiendo admitirse con Bouchut, (2) que cesando los latidos del corazón cesan, durante veinte minutos, la muerte es cierta, aun cuando se haya valuado este lapso en su máximun para alejar toda probabilidad de error.

La cesación definitiva de la circulación, comprobada por la auscultación y por los diversos procedimientos empleados para este objeto, como introducción de una aguja fina y larga en el corazón, á través de la pared torácica; la ligadura de la última falange de un dedo; la abertura de una arteria superficial, la [illegible]

(1) Bernard.—*La Science expérimentale.*
(2) Bouchut.—*Traité de signes de la mort.*

[illegible] arteria de la retina, demostrada por el [illegible] oftalmoscópico, es un signo certísimo, como [illegible] del corazón trae la parálisis del aparato [illegible] y de las funciones del sistema nervioso.

[illegible] suministrarnos datos el *estado* [illegible] Independiente de la coagulación que se [illegible] á 6 horas después de la muerte, hay que [illegible] en cuenta los caracteres histológicos descritos [illegible] por Feltz y Tourdes, de cuyas conclu[illegible] podemos establecer: que la sangre sufre modificaciones que son indicios no solo de la realidad de la muerte, sino también de la fecha en que esta ha acaecido. Esas modificaciones son las siguientes:

1ª La persistencia de los glóbulos en pila, y de la forma numular en las primeras horas de la muerte.

2ª La desaparición de las pilas y la deformación de los glóbulos que se hacen rugosos y sembrados en la superficie de pequeñas granulaciones blancas, fluminosas, después de 12 horas de la muerte.

3ª La reunión en masas irregulares, de estos glóbulos alterados, mezclados, fundidos, con algunos [illegible] blancos distintos, después de 48 horas ó [illegible]

4ª La aparición de bastoncillos, cuya presencia constituye una de las faces de la destrucción, del 40 al 10 día, y

5º La disolución del líquido en granulaciones finas con glóbulos de grasa y cristales de formas diversas.

Solo nos resta decir, que ha de comprobarse la cesación de los latidos cardiacos por la auscultación repetida, varias veces, y con algunos minutos de intervalo, para darse cuenta exacta de las intermitencias. Así se evita todo error, puesto que hay casos, en que un síncope prolongado hace tan débiles las pulsaciones que pudiera creerse al corazón paralizado en absoluto.

2º CARA, ACTIVA, ASPECTO GENERAL.—Descaminado andaría el experto si buscase la *facies cadavérica* como signo de muerte real, pues si es verdad que de antiguo conságrase con ese nombre *(facies cadavérica facies Hipocratica)* la fisonomía *Sui-géniris* del ser que ha abandonada la vida tras largo penar, también es cierto que no se la encuentra en los que secumben por una afección aguda ó por causa de algún accidente. Sinembargo, al fijarnos en la fisonomía del cadáver, debemos dar gran importancia á la *palidez intensa y mortal, á la caída de la mandíbula*, y *á la abertura de los ojos y de la boca.*

Durante algún tiempo se confió demasiado en la expresión del rostro, y tratóse de buscar en esos rasgos últimos, una como clave para leer los sentimientos que se experimentaran en los momentos finales de la vida; mas, sería causa de error atenerse de modo absoluto á esa expresión, pues si es cierto que un ataque imprevisto da á la fisonomía las líneas todas del espanto, y ser tan profunda la emoción que persista y se vea *post mortem*—también y se encuentra, ese conjunto, delineando idéntico estado del ánimo, en individuos, que sucumbiendo por muerte natural, hayan librado cruda batalla con su efecto á la vida, ó con su conciencia alarmada ante lo desconocido, después de una existencia de disipación, ó de crímenes de esos, que escapan casi siempre al fallo de la ley. A pesar de todo, creemos, que la [illegible] de la fisonomía, ya que no nos suministre [illegible] signo de utilidad real, puede, unida á la [illegible] del cuerpo, darnos, á veces, luz sobre las circunstancias de la muerte.

Continuará.

UNIVERSIDAD DE [illegible]

LECCIONES DE BACTERIOLOGIA

POR EL DR. JOSÉ G. [illegible]

RECOGIDAS POR LOS DRES. JOSÉ L. CUEVAS Y JOSÉ L. [illegible]

LECCION III

APARATOS DE CULTIVO

Para los *cultivos* de los microbios se emplean muchísimos aparatos de algunos de los cuales hablaremos; estos son: 1º La *pipeta Pasteur*, tubo de vidrio de calibre delgado y que en una de sus extremidades ha sido enfilada á la lámpara y forma un tubo casi capilar, este tubo capilar está cerrado á la lámpara, cuando se va á hacer uso de la *pipeta* se rompe ésta extremidad y el líquido que se quiera tomar sube por capilaridad, pero si se quiere obtener mayor cantidad de líquido bastará hacer la succión por su extremidad libre lo cual se practica con la boca ordinariamente. Este sencillo instrumento puede recibir una modificación que lo hace aún más precioso; el tubo de diámetro mayor puede presentar en su trayecto un hinchamiento que sirve para recojer el líquido y evitar el peligro de que penetre en la boca del experimentador.

2º El *balón* que es un recipiente de cristal de vientre ancho y cuello delgado.

3º El *matras Pasteur* de la forma de un balón pero cuya boca está cerrada por un tapón esmerilado y que termina en un tubo delgado.

4º Los *tubos de ensayo ó probetas* que son tubos un poco anchos y que tienen una de sus extremidades cerrada.

Todos estos aparatos sirven perfectamente para cultivar los microbios aerobios (del cultivo de los anaerobios hablaremos al tratar de los [illegible] *tógenos)* pero como á veces los líquidos ya [illegible] dados no contienen una sola especie de bacterias [illegible] necesario recurrir á un procedimiento que las separe unas de otras.

KOCH descubre sus *placas* que son láminas de vidrio, que puestas bajo una campana de cristal pueden separar los microbios al ser sembrados, formando agrupaciones distintas entre sí pero formadas cada una de ellas por un mismo microbio. A estas agrupaciones se dá el nombre de *colonias*. Este aparato fué el primero que se empleó pero tenía el inconveniente de que habían de ser colocadas las placas sobre un aparador nivelado para que la capa de sustancia que las cubría fuera uniforme, y que no se podían estudiar bien al microscopio pues era necesario sacarlas de la campana.

PETRI descubre las cajas que llevan su nombre *(cajas de Petri)* que se componen de un fondo y una tapa de cristal, los bordes del fondo están dados al esmeril para que la oclusión sea más perfecta, estas cajas tienen la ventaja de que pueden ser llevadas á la platina del microscopio y estudiarse perfectamente y los microbios que las forman.

Para el *cultivo en sólido* emplean [illegible] *Roux* que son tubos de vidrio [illegible] *tas* pero de diámetro mayor, [illegible] nen en su parte cerrada como [illegible] del fondo un [illegible] sustancia vaya [illegible] trechadura [illegible]

Los [illegible] de cultivo [illegible] *tinas en agua.*

LECCION IV

MEDIOS DE CULTIVO

Los medios de cultivo son trasparentes y opacos, éstos, los opacos, son sólidos, aquellos se dividen en líquidos y semi-sólidos.

Los medios de cultivo líquidos son: líquidos del organismo, *leche, orina, plasma sanguíneo*, etc.; líquidos artificiales que llevan el nombre de *caldos* y que pueden ser: *caldos animales, vegetales y minerales*.

Los *caldos animales* se preparan con la carne de toda clase de animales y pueden ser *simples* ó *peptonizados*.

1º *Caldos simples*. Para prepararlos se toma 500 gramos de carne cuidadosamente desprovista de tendones y aponeurosis y se la pone á macerar en doble cantidad de agua á + 50° por espacio de treinta minutos. (Esta maceración puede hacerse también á frío teniéndola á 0° por espacio de veinte y cuatro horas.

La maceración se hace al baño María y se debe tener cuidado de que la temperatura del baño no suba más de lo necesario pues se coagularía la albúmina que contiene la carne y el caldo quedaría poco nutritivo.

Luego que ha terminado la maceración se cuela y se exprime la carne, se pesa el líquido y si no llega á la misma cantidad que tenía al principio se le agrega agua hasta igualarla; añádesele ½ p 8 de sal común y una traza de fosfato de potasa, ó de soda, se lleva en seguida al autoclave donde se deja por espacio de quince minutos á una temperatura de 100°. Pasado este tiempo se saca, se filtra, teniendo ciudado de humedecer el papel para evitar que pase la grasa que pueda contener el caldo á pesar de haber sido quitada junto con los tendones y aponeurosis, y luego se esteriliza en el mismo autoclave para pasar en seguida á llenar los envases, previamente esterilizados, que han de servir para los cultivos.

2º *Caldos peptonizados*.—Igual procedimiento que para el caldo simple pero añadiendo junto con el cloruro de sodio (sal común) y el fosfato de potasa ó de soda el 1 p 8 de peptona.

El fosfato que más se usa es el de potasa.

Los medios de cultivo semi-sólidos son dos: la gelatina y el agar-agar.

1º *Gelatina*.—Para preparar la gelatina se hace todo lo necesario para obtener un caldo hasta agregarle la sal, la potasa, (fosfato) y la peptona y entonces se le añade el 1 p 8 de gelatina muy bien lavada, se lleva al autoclave por quince minutos á + 100 y se filtra.

Para filtrar la gelatina hay dos procedimientos, el uno que es colarla por el *embudo de colar gelatina* que es un embudo de doble pared, y que comunica por un tubo con un depósito de agua caliente, lo que sirve para mantenerlo á una temperatura elevada para que no se solidifique la gelatina; y el otro humedecer el papel con agua caliente y filtrar la gelatina inmediatamente de sacarla del autoclave.

2º *El agar-agar*.—Se prepara lo mismo que la gelatina, pero añadiendo en vez de esta el agar-agar en la proporción de ½ p 8.

(Continuará).

PRENSA EXTRANGERA

Del salol líquido antiséptico

M. Paul Reynier ha llamado la atención de la *Sociedad de Cirugía* de París acerca de un punto de práctica quirúrgica que puede tener numerosas aplicaciones. Se trata de una propiedad del salol señalada por Meneki, Patein, Nicot, todos los químicos que han estudiado esta propiedad, pero que no han hecho sino indicarla sin haberla utilizado. He aquí esta propiedad:

A la temperatura relativamente baja de 40 á 42°, el salol entra en fusión. Se hace líquido; su liquefacción es tan completa que se le puede fácilmente inyectar con una jeringa de Pravaz y hacerlo pasar por la aguja de esta jeringa.

Esta liquefacción persiste por debajo del grado de temperatura que se ha necesitado para hacer entrar el salol en fusión. El cuerpo puede conservarse líquido durante quince ó veinte minutos, tiempo bastante suficiente para manejarlo. Además el salol puede inyectarse sin peligro á esta temperatura. Enfriándose, el líquido se consolida en masa ó se amolda en el vaso ó en la cavidad, en la cual se ha hecho la cristalización.

El salol ofrece además otra propiedad, hasta ahora no señalada. Se había notado que se combinaba con un cuerpo, el alcanfor; pero esta propiedad del salol de unirse á otras sustancias es mucho más extensa; si se mezcla el salol al iodoformo, el salol al aristol, y se calienta, se ve que la mezcla de estos diferentes sustancias se hace líquida, fácilmente inyectable, y se consolida al cabo de cierto tiempo en masa, en la cual los diferentes cuerpos mezclados están íntimamente unidos, cristalizan separadamente y conservan sus propiedades respectivas.

Hemos inyectado de este salol líquido, sea solo ó unido al idoformo ó al aristol en diferentes trayectos fistulosos, ó en cavidades purulentas, en las cuales el salol se cristalizó, se disgregó y se absorbió poco á poco, llegando á aceptizar la cavidad ó el trayecto.

De modo que ha sido ensayado en las adenitis tuberculosas supuradas, pero no abiertas, en trayectos fistulosos concecutivos á adenitis, y sobre un gran número de enfermos su empleo ha sido seguido de curación. Hemos igualmente obtenido la cicatrización de fístulas consecutivas á la resección costal por lesiones tuberculosas, fístulas que habían resistido á otros tratamientos.

Lo mismo, llenando de este salol iodoformado cavidades oseas, resultado de abcesos tuberculosos limitados, ó de ablación de secuestros, hemos, gracias á esta cura que obstruye enteramente la cavidad, provocado, en un tiempo relativamente corto, la curación sin supuración. Estas inyecciones de salol líquido nos parecen siempre contra-indicadas en las cavidades purulentas abiertas por un orificio estrecho. La masa que forma el salol enfriándose, como no se disocia si no muy lentamente, constituye masas vitrificadas que hacen el papel de cuerpo extraño, y que son eliminadas sin haber aseptizado la bolsa. En fin, nosotros hemos utilizado este salol líquido iodoformado como cura sobre suturas cutáneas. Al cristalizarse, forma por encima de las heridas un verdadero vernis aséptico que las proteje. Ahora que se ensaya la traumaticina para hacer curas adhesivas, es de esperarse que el salol pueda reemplazar la traumaticina con ventajas como vehículo de sustancias antisépticas.—(*Bulletin Médical*.)

Tratamiento de la adenitis aguda

(Courtin)

La inflamación aguda de los ganglios linfáticos comprende dos formas: el infarto ganglionar y la adenitis supurada.

En el tratamiento de la adenitis aguda cuatro elementos sintomáticos reclaman la atención del médico: 1º la puerta de entrada del elemento infeccioso; 2º el elemento infeccioso mismo; 3º el estado general del enfermo; 4º el ó los ganglios.

Es de la mayor importancia investigar el punto preciso de la invasión, pues el tratamiento antiséptico de la puerta de entrada puede bastar en ciertos casos para dominar el proceso de supuración del ganglio.

Reconocida esta puerta de entrada y si el médico es llamado en el período de infarto ganglionar, deberá, por todos los medios, aseptizar el punto original. ¿Se trata de una dermatosis? Es necesario aplicar sobre las escoriaciones cutáneas compresas boricadas cubiertas de tafetán gomado, y las pomadas antisépticas de iodoformo ó ácido salicílico serán empleadas después; las curas serán repetidas de modo que se permita la eliminación de los líquidos producidos por la afección cutánea.

Si se trata de una superficie muco-cutánea, los labios, el glande, la vulva, la antisépsia podrá obtenerse por los mismos procedimientos.

Si se encuentra uno en presencia de ulceraciones situadas al nivel de las mucosas, cavidad bucal, laringe, intestino, vagina, uretra, mucosa bronquial, es bueno proceder de acuerdo con la región que se va á tratar.

En la cavidad bucal y en la laringe se puede emplear, con provecho, una mixtura compuesta de:

Acido fénico		4 gms.
Tintura de eucaliptus	}	āā
Glicerina	}	20 gms.
Agua		460 »

que se mezcla con una porción igual de agua caliente para gargarismos ó lociones de la boca.

La desinfección de la vagina se obtiene muy bien con el empleo de una solución de veinte y cinco centígramos de sublimado en un litro de agua caliente en inyecciones; las soluciones de permanganato de potasa á un gramo por mil, constituyen una buena antisepsia de la mucosa uretral; en fin, los vapores de ciertas esencias como la esencia de eucaliptus, verbena, los vapores del guaiacol, pueden hasta cierto punto, aseptizar la mucosa bronquial.

Tales son los medios que siempre deberán emplearse cuando se tenga que tratar un infarto ganglionar agudo; en muchos casos bastarán para detener los progresos de la absorción por las vías linfáticas é impedir su llegada á los ganglios; como consecuencia de estos tratamientos se ve algunas veces que el infarto retrocede y la curación se efectúa sin producir supuración.

El elemento infección debe entrar en mucho en la elección de tal ó cual aplicación terapéutica.

Todos los elementos infecciosos que pueden determinar el infarto ganglionar son virulentos, pero ¿su virulencia pone al cirujano en condiciones de recurrir en todos los casos á los mismos medios terapéuticos?

¿La inoculación por picadura anatómica del vibrión séptico ó del líquido de la pústula maligna, debe inspirar las mismas preocupaciones que la inoculación de pneumococus ó del bacterium coli?

Si el cirujano, en estos últimos casos, puede usar los métodos antisépticos, en los primeros, al contrario, debe usar del [illegible] damente los tejidos, [illegible]

En fin, el estado del [illegible] importancia. Se comprende que [illegible] ser la misma en un sujeto vigoroso [illegible] hombre debilitado y enfermo (diabético, alcohólico etc).

A pesar de los medios antisépticos y [illegible] el ganglio ha supurado. Entonces la conducta del cirujano debe obedecer á múltiples condiciones. Si el foco es vasto, si el tejido conjuntivo está invadido, es necesario, después de haber incindido, lavar anchamente con el licor de Van Swieten. Hecho esto, si se encuentra él ó los ganglios punto de partida de la supuración, es necesario puncionarlos, vaciarlos, después rasparlos minuciosamente, después de lo cual será bueno aseptizarlos con una solución de sublimado y aún cauterizarlos con el hierro candente.

Se ha propuesto además destruir completamente los ganglios supurados. Este método dá buenos resultados con la condición de quitar toda la masa y destruir completamente los focos infectados. He aquí como aconsejo yo proceder:

El mejor método sería la enucleación de todos los ganglios infectados; lo más amenudo es inaplicable. En estas condiciones, M. Nelaton dá el consejo de abrir con una ancha incisión la serie de ganglios indurados, incindirlos sucesivamente y dislacerarlos con la sonda acanalada, de manera de evacuar el pus que encierran en su centro.

Yo me permitiré de hacer una simple crítica al método de M. Nelaton. La dislaceración con la sonda acanalada no me parece suficiente para los ganglios que han supurado francamente, y para los que han sufrido el infarto preparatorio, me parece inútil. El agente infeccioso encuentra en el ganglio un medio de cultura, de modo que si él ha evolucionado, es necesario, por todos los medios posibles, desalojarlo, y el método de raspado y de inyecciones de sublimado me parece suficiente. Para prevenir y detener la infección en los ganglios simplemente infartados, creo preferible, después de hecha la incisión recomendada por M. Nelaton, que pone á descubierto la región ganglionar, dislacerar los ganglios infartados con la punta del cauterio actual, á fin de esterilizar el parenquima ganglionar, verdadero terreno de cultura del agente infeccioso.

(*Bulletin Médical*).

SOZAL

Además del alumnol (naftolsulfato de aluminio), existe entre los antisépticos, otra sal de aluminio, el sozal ó parafenolsulfato de aluminio. Este cuerpo se presenta bajo la forma de cristales fácilmente solubles en el agua, la glicerina y el alcohol. Las soluciones son perfectamente claras y trasparentes, en tanto que las del alumnol son fluorescentes. Con el percloruro de hierro, el sozal da una coloración azul. Estos dos cuerpos precipitan la albúmina; el precipitado se disuelve en un exceso de [illegible]. Reducen las sales de plata, el permanganato de potasa y el ácido crómico. MM. Girard y [illegible] han encontrado que el sozal bajo el punto de vista antiséptico es muy vecino del lysol. Se le emplea en solución al uno por ciento.

(*Therap. Blatter*, número 5).

LECCION IV

MEDIOS DE CULTIVO

Los medios de cultivo son trasparentes y opacos. [illegible] los opacos, son sólidos, aquellos se dividen en líquidos y semi-sólidos.

Los medios de cultivo líquidos son: líquidos del organismo, *leche, orina, plasma sanguíneo*, etc.; líquidos artificiales que llevan el nombre de *caldos* y que pueden ser *caldos animales, vegetales y minerales*.

Los *caldos animales* se preparan con la carne de toda clase de animales y pueden ser *simples* ó *peptonizados*.

1º *Caldos simples*. Para prepararlos se toma 500 gramos de carne cuidadosamente desprovista de tendones y aponeurosis y se la pone á macerar en doble cantidad de agua á + 50° por espacio de treinta minutos. (Esta maceración puede hacerse también á frío teniéndola á 0° por espacio de veinte y cuatro horas.

La maceración se hace al baño María y se debe tener cuidado de que la temperatura del baño no suba más de lo necesario pues se coagularía la albúmina que contiene la carne y el caldo quedaría poco nutritivo.

Luego que ha terminado la maceración se cuela y se exprime la carne, se pesa el líquido y si no llega á la misma cantidad que tenía al principio se le agrega agua hasta igualarla; añádesele ½ p 8 de sal común y una traza de fosfato de potasa, ó de soda, se lleva en seguida al autoclave donde se deja por espacio de quince minutos á una temperatura de 100°. Pasado este tiempo se saca, se filtra, teniendo cuidado de humedecer el papel para evitar que pase la grasa que pueda contener el caldo á pesar de haber sido quitada junto con los tendones y aponeurosis, y luego se esteriliza en el mismo autoclave para pasar en seguida á llenar los envases, previamente esterilizados, que han de servir para los cultivos.

2º *Caldos peptonizados*.—Igual procedimiento que para el caldo simple pero añadiendo junto con el cloruro de sodio (sal común) y el fosfato de potasa ó de soda el 1 p 8 de peptona.

El fosfato que más se usa es el de potasa.

Los medios de cultivo semi-sólidos son dos: la gelatina y el agar-agar.

1º *Gelatina*.—Para preparar la gelatina se hace todo lo necesario para obtener un caldo hasta agregarle la sal, la potasa, (fosfato) y la peptona y entonces se le añade el 1 p 8 de gelatina muy bien lavada, se lleva al autoclave por quince minutos á + 100 y se filtra.

Para filtrar la gelatina hay dos procedimientos, el uno que es colarla por el *embudo de colar gelatina* que es un embudo de doble pared, y que comunica por un tubo con un depósito de agua caliente, lo que sirve para mantenerlo á una temperatura elevada para que no se solidifique la gelatina; y el otro humedecer el papel con agua caliente y filtrar la gelatina inmediatamente de sacarla del autoclave.

2º *El agar-agar*.—Se prepara lo mismo que la gelatina, pero añadiendo en vez de esta el agar-agar en la proporción de ½ p 8.

(Continuará).

PRENSA EXTRANGERA

Del salol líquido antiséptico

M. Paul Reynier ha llamado la atención de la *Sociedad de Cirugía* de París acerca de un punto de práctica quirúrgica que puede tener numerosas aplicaciones. Se trata de una propiedad del salol señalada por Meneki, Patein, Nicot, todos los químicos que han estudiado esta propiedad, pero que no han hecho sino indicarla sin haberla utilizado. He aquí esta propiedad:

A la temperatura relativamente baja de 40 á 42°, el salol entra en fusión. Se hace líquido, su licuefacción es tan completa que se le puede fácilmente inyectar con un jeringa de Pravaz y hacerla pasar por la aguja de esta jeringa.

Esta licuefacción persiste por debajo del grado de temperatura que se ha necesitado para hacer entrar el salol en fusión. El cuerpo puede conservarse líquido durante quince ó veinte minutos, tiempo bastante suficiente para manejarlo. Además el salol puede inyectarse sin peligro á esta temperatura. Enfriándose, el líquido se consolida en masa ó se amolda en el vaso ó en la cavidad, en la cual se ha hecho la cristalización.

El salol ofrece además otra propiedad, hasta ahora no señalada. Se había notado que se combinaba con un cuerpo, el alcanfor; pero esta propiedad del salol de unirse á otras sustancias es mucho más extensa; si se mezcla el salol al iodoformo, el salol al aristol, y se calienta, se ve que la mezcla de estos diferentes sustancias se hace líquida, fácilmente inyectable, y se consolida al cabo de cierto tiempo en masa, en la cual los diferentes cuerpos mezclados están intimamente unidos, cristalizan separadamente y conservan sus propiedades respectivas.

Hemos inyectado de este salol líquido, sea solo ó unido al idoformo ó al aristol en diferentes trayectos fistulosos, ó en cavidades purulentas, en las cuales el salol se cristalizó, se disgregó y se absorbió poco á poco, llegando á aceptizar la cavidad ó el trayecto.

De modo que ha sido ensayado en las adenitis tuberculosas supuradas, pero no abiertas, en trayectos fistulosos concecutivos á adenitis, y sobre un gran número de enfermos su empleo ha sido seguido de curación. Hemos igualmente obtenido la cicatrización de fistulas consecutivas á la resección costal por lesiones tuberculosas, fistulas que habían resistido á otros tratamientos.

Lo mismo, llenando de este salol iodoformado cavidades oseas, resultado de abcesos tuberculosos limitados, ó de ablación de secuestros, hemos, gracias á esta cura que obstruye enteramente la cavidad, provocado, en un tiempo relativamente corto, la curación sin supuración. Estas inyecciones de salol líquido nos parecen siempre contra-indicadas en las cavidades purulentas abiertas por un orificio estrecho. La masa que forma el salol enfriándose, como no se disocia si no muy lentamente, constituye masas vitrificadas que hacen el papel de cuerpo extraño, y que son eliminadas sin haber aseptizado la bolsa. En fin, nosotros hemos utilizado este salol líquido iodoformado como cura sobre suturas cutáneas. Al cristalizarse, forma por encima de las heridas un verdadero vernis aséptico que las proteje. Ahora que se ensaya la traumaticina para hacer curas adhesivas, es de esperarse que el salol pueda reemplazar la traumaticina con ventajas, cómo vehículo de sustancias antisépticas.—(*Bulletin Médical.*)

Tratamiento de la adenitis aguda

(Courtin)

La inflamación aguda de los ganglios linfáticos comprende dos formas: el infarto ganglionar y la adenitis supurada.

En el tratamiento de la adenitis aguda cuatro elementos sintomáticos reclaman la atención del médico: 1º la puerta de entrada del elemento infeccioso; 2º el elemento infeccioso mismo; 3º el estado general del enfermo; 4º el ó los ganglios.

Es de la mayor importancia investigar el punto preciso de la invasión, pues el tratamiento antiséptico de la puerta de entrada puede bastar en ciertos casos para dominar el proceso de supuración del ganglio.

Reconocida esta puerta de entrada y si el médico es llamado en el período de infarto ganglionar, deberá, por todos los medios, aseptizar el punto original. ¿Se trata de una dermatosis? Es necesario aplicar sobre las escoriaciones cutáneas compresas boricadas cubiertas de tafetán gomado, y las pomadas antisépticas de iodoformo ó ácido salicílico serán empleadas después; las curas serán repetidas de modo que se permita la eliminación de los líquidos producidos por la afección cutánea.

Si se trata de una superficie muco-cutánea, los labios, el glande, la vulva, la antisépsia podrá obtenerse por los mismos procedimientos.

Si se encuentra uno en presencia de ulceraciones situadas al nivel de las mucosas: cavidad bucal, laringe, intestino, vagina, uretra, mucosa bronquial, es bueno proceder de acuerdo con la región que se va á tratar.

En la cavidad bucal y en la laringe se puede emplear, con provecho, una mixtura compuesta de:

Acido fénico		4 gms.
Tintura de eucaliptus	} āā	
Glicerina	}	20 gms.
Agua		460 »

que se mezcla con una porción igual de agua caliente para gargarismos ó losiones de la boca.

La desinfección de la vagina se obtiene muy bien con el empleo de una solución de veinte y cinco centígramos de sublimado en un litro de agua caliente en inyecciones; las soluciones de permanganato de potasa á un gramo por mil, constituyen una buena antisepsia de la mucosa uretral; en fin, los vapores de ciertas esencias como la esencia de eucaliptus, verbena, los vapores del guaiacol, pueden hasta cierto punto, aseptizar la mucosa bronquial.

Tales son los medios que siempre deberán emplearse cuando se tenga que tratar un infarto ganglionar agudo; en muchos casos bastarán para detener los progresos de la absorción por las vías linfáticas é impedir su llegada á los ganglios; como consecuencia de estos tratamientos se ve algunas veces que el infarto retrocede y la curación se efectúa sin producir supuración.

El elemento infección debe entrar en mucho en la elección de tal ó cual aplicación terapéutica.

Todos los elementos infecciosos que pueden determinar el infarto ganglionar son virulentos, pero ¿su virulencia pone al cirujano en condiciones de recurrir en todos los casos á los mismos medios terapéuticos?

¿La inoculación por picadura anatómica del vibrión séptico ó del líquido de la pústula maligna, debe inspirar las mismas preocupaciones que la inoculación de pneumococus ó del bacterium coli?

Si el cirujano, en estos últimos casos, puede usar los métodos antisépticos, en los primeros, al contrario, debe usar del [illegible] los tejidos [illegible].

En fin, el estado [illegible] importancia. Se comprende que [illegible] ser la misma en un sujeto vigoroso [illegible] hombre debilitado y enfermo (diabético, alcohólico etc).

A pesar de los medios antisépticos [illegible] el ganglio ha supurado. Entonces la conducta del cirujano debe obedecer á múltiples condiciones. Si el foco es vasto, si el tejido conjuntivo está invadido, es necesario, después de haber incindido, lavar anchamente con el licor de Van Swieten. Hecho esto, si se encuentra él ó los ganglios punto de partida de la supuración, es necesario puncionarlos, vaciarlos, después rasparlos minuciosamente, después de lo cual será bueno aseptizarlos con una solución de sublimado y aún cauterizarlos con el hierro candente.

Se ha propuesto además destruir completamente los ganglios supurados. Este método dá buenos resultados con la condición de quitar toda la masa y destruir completamente los focos infectados. He aquí como aconsejo yo proceder:

El mejor método sería la enucleación de todos los ganglios infectados; lo más amenudo es inaplicable. En estas condiciones, M. Nelaton dá el consejo de abrir con una ancha incisión la serie de ganglios indurados, incindirlos sucesivamente y dislacerarlos con la sonda acanalada, de manera de evacuar el pus que encierran en su centro.

Yo me permitiré de hacer una simple crítica al método de M. Nelaton. La dislaceración con la sonda acanalada no me parece suficiente para los ganglios que han supurado francamente, y para los que han sufrido el infarto preparatorio, me parece inútil. El agente infeccioso encuentra en el ganglio un medio de cultura, de modo que si él ha evolucionado, es necesario, por todos los medios posibles, desalojarlo, y el método de raspado y de inyecciones de sublimado me parece suficiente. Para prevenir y detener la infección en los ganglios simplemente infartados, creo preferible, después de hecha la incisión recomendada por M. Nelaton, que pone á descubierto la región ganglionar, dislacerar los ganglios infartados con la punta del cauterio actual, á fin de esterilizar el parenquima ganglionar, verdadero terreno de cultura del agente infeccioso.

(*Bulletin Médical*).

SOZAL

Además del alumnol (naftolsulfato de aluminio), existe entre los antisépticos, otra sal de aluminio, el sozal ó parafenolsulfato de aluminio. Este cuerpo se presenta bajo la forma de cristales fácilmente solubles en el agua, la glicerina y el alcohol. Las soluciones son perfectamente claras y trasparentes, en tanto que las del alumnol son fluorescentes. Con el percloruro de hierro, el sozal dá una coloración azul. Estos dos cuerpos precipitan la albúmina; el precipitado se disuelve en un exceso de [illegible]. Reducen las sales de plata, el permanganato de potasa y el ácido crómico. M.M. Girard y [illegible] han encontrado que el sozal bajo el punto de vista antiséptico es muy vecino del lysol. Se le emplea en solución al uno por ciento.

(*Therap. Blatter*, número 5).

TRATADO DE MEDICINA LEGAL

POR EL

Doctor Juan Manuel Escalona

SECCION PRIMERA

Atentados á la vida ó la salud

Comprobacion de la muerte

Los principales signos son los siguientes:

A.—Depresión flacidez del globo ocular. Inmediatamente después de la muerte, y como consecuencia de la cesación de la circulación, efectúase la depresión de los ojos. Más tarde, cuando se han evaporado ya los líquidos y, sobre todo, el humor acuoso, comienza á notarse la flacidez. Estos son dos signos ciertísimos de la muerte, pues no hay estado mórbido, ni revolución alguna en el organismo humano que sea capaz de producir tales fenómenos.

B.—Insensibilidad de la conjuntiva y de la córnea trasparente: pérdida del brillo de los ojos y de los medios trasparentes. La presencia de la insensibilidad de la conjuntiva y de la córnea podría ser una prueba irrefragable, de la abolición de toda vitalidad, si no se encontrase también en la anestesia y en la asfixia incompleta. A la pérdida del brillo puede dársele alguna importancia á pesar de que subsiste doce horas después de la muerte.

C.—Dilatación de la pupila. En el momento de la muerte la pupila se dilata hasta alcanzar un diámetro de 5 á 6 milímetros. Coincide siempre con la relajación de los esfínteres. Aunque algunas afecciones cerebrales y la belladona, tengan la propiedad de producir esta dilatación; tomando esto en cuenta, podemos asegurar, que es este uno de los signos más seguros y más fáciles de comprobar. Bouchut en su trabajo, «*Traité des signes de la mort*» insiste mucho sobre él, dándole gran valor.

D.— Inmovilidad y deformación del iris. La comprobación de este segundo signo, durante las primeras horas de la muerte, es difícil si no imposible, pero más tarde es de importancia real. Una ó dos horas después de la muerte el iris se hace insensible y permanece inmóvil, comenzando su deformación tan pronto como disminuye la dilatación, y se manifiesta por completo cuando se ha producido la depresión del globo ocular.

Aparte los signos ya enumerados, podemos encontrar también otros que nos sirvan de apoyo y de comprobación, para el diagnóstico inequívoco de la muerte. Dos ó tres horas de acaecida ésta, la esclerótica adquiere una coloración amarillenta, que se va haciendo más oscura en un solo punto, hasta transformarse en una mancha azulada ó negruzca. El sitio de preferencia de esta mancha es el lado externo de los ojos. En seguida se forma sobre el lado interno otra mancha idéntica. Estas van aumentándose y aproximándose hasta unirse y formar un segmento de elipse de concavidad inferior.

El origen de estas manchas es la desecación de la esclerótica, que deja ver entonces, por trasparencia, el pigmento de la coroides.

Desde la agonía, muchas veces, nótase sobre la córnea una mancha tenue á manera de tela que empaña el brillo de los ojos y constituida por el epitelio reblandecido y disgregado. En la retina se observan los fenómenos *post mortem* estudiados minuciosamente por Bouchut, tales como: *decoloración del fondo de los ojos; desaparición de la papila del nervio óptico; vacuidad completa de la arteria central de la retina; ausencia intermitente de las venas retinianas, y decoloración gris de la coroides.*

9o. APERGAMINAMIENTO DE LA PIEL.—Este fenómeno se produce al cabo de tres horas á lo menos ó de doce horas á lo más en los puntos que quedan al descubierto, y es debido á la desecación de la piel, sea porque los líquidos que contiene se han evaporado por ausencia de la epidermis, sea porque han sido rechazados al interior por el frote ó por la compresión. Cuando se han producido escoriaciones en vida, esos puntos después de la muerte toman un tinte amarillento y el dermo se hace seco, duro y difícil de seccionar. También prodúcese el mismo fenómeno en los puntos que han sufrido la compresión, como se ve en el cuello de los ahorcados y de los extrangulados, y en los sitios en que se han dado fricciones fuertes como en los asfixiados. Puede encontrarse además el apergaminamiento en los lugares en que la epidermis es demasiado fina y delicada.

10.—RIGIDEZ CADAVÉRICA—Desígnase con este nombre, la inflexibilidad que se manifiesta en el cadáver á cierto período de la muerte y debida á un estado particular del sistema muscular. Varias teorías se han emitido para explicar la rigidez cadavérica.

Tourdes, sostiene que el músculo se acidifica después de la muerte, del mismo modo que después de esfuerzos violentos, y que tal vez, sea esta su reacción habitual encubierta por los líquidos alcalinos en que están embebidos. Al detenerse la circulación, la acidez predomina y se produce entonces la coagulación de la miosina, que es la materia albuminosa que llena la fibra. Esta materia coagulable, se encuentra en el músculo vivo en estado de solución concentrada, que, después de la muerte, pasa al estado de grumos. Cuando se extrae por expresión esta sustancia del músculo, pierde la facultad de hacerse rígido, y adquiere de nuevo su flacidez, cuando el amoniaco satura al ácido ó la fibra se desorganiza.

Brown-Séquard, combatiendo la teoría de la coagulación, y comprobando, por medio de experiencias, que la rigidez es intermitente, que aparece y desaparece repetidas veces en un mismo músculo, y que, movilizándole constantemente no se manifiesta la rigidez, ó se hace desaparecer seccionando la médula ó excitando las raíces anteriores, admite que por éstas se trasmiten á la periferia las influencias inhibitorias de los centros nerviosos y, por consiguiente, la rigidez cadavérica sería la consecuencia de una modificación nerviosa especial del músculo.

Finalmente, Herzen afirma que la fibra muscular se contrae bajo la influencia de exitantes mecánicos y químicos, excepción hecha de la electricidad, que no obra sino por intervención de los nervios, y demuestra, que la contracción se produce por la presencia del ácido sarcoláctico ú otro producto de la desasimilación muscular. Así, tomando algunas gotas extraídas por expresión de un músculo muy fatigado, y depositándolas sobre un músculo sano y en reposo, se presenta en éste una contracción prolongada, y que se limita al punto puesto en contacto con el líquido. La rigidez cadavérica se debería, según esto, al contacto del músculo con los productos de desasimilación no arrastrados por la circulación ya paralizada.

Tales son las diversas teorías expuestas para explicar la rigidez cadavérica; mas, sería necesario conocer el mecanismo íntimo de la rigidez muscular durante la vida, para obtener datos verdaderamente positivos, sobre su producción.

La rigidez cadavérica comienza de dos á cinco horas después de la muerte, se generaliza de dieciocho á veinticuatro horas, disminuye luego, para cesar definitivamente de treinta y seis á cuarenta y ocho

horas. Diversas circunstancias hacen variar la intensidad de la rigidez, su duración y la época de su aparición; es más rápida en los viejos y en los individuos debilitados por enfermedades, es tardía en los jóvenes, en los que perecen de muerte violenta y en los asfixiados por el óxido de carbono. Con una temperatura seca y fría, se prolonga, mientras que se acorta su duración con un calor húmedo. La invasión se hace por grados, comenzando por la mandíbula inferior, el cuello, y luego las otras partes; sin embargo, este orden no es constante. La rigidez invade los músculos en la situación que ocupan en el momento en que son relajados; pero como la relajación «se dirije desigualmente sobre los diversos músculos que tienen entre sí una acción antagonista, el cadáver puede conservar ciertas posiciones que revelan algún movimiento, en tanto que no choquen con las leyes de la pesantez.» Esto puede darnos la clave en los casos oscuros de homicidio, en los que se han tomado por el criminal todas las precauciones para encubrir el delito simulando un suicidio. Así, se ve colocar el arma con que se ha cometido el crimen, en las manos de la víctima. Sólo en el caso en que esa arma haya sido fuertemente agarrada durante la vida, puede quedar completamente fija, hasta el punto de ser muchas veces difícil separar los dedos para quitarla; en el caso contrario, cuando el arma ha sido colocada después de la muerte, aunque la mano esté cerrada, no se mantiene sólidamente, escapándose al más ligero movimiento.

Podría confundirse la rigidez con la coagulación, si el estado de los tejidos, en este caso, no se distinguiese fácilmente, y basta, como signo distintivo, flejar las articulaciones, en las que se oye entonces un ruido comparable al producido por el resquebrajamiento de pedazos de hielo ó de cristales pequeños y delgados.

(*Continuará*).

UNIVERSIDAD CENTRAL

LECCIONES DE BACTERIOLOGIA

POR EL DR. JOSÉ G. HERNÁNDEZ

RECOGIDAS POR LOS BRES. JOSE A. CUEVAS Y JOSE H. CARODOZO

LECCION IV

(Continuación).

Los líquidos orgánicos se preparan de la menera siguiente:

Leche.—Se toma la cantidad necesaria de leche fresca, pónese á hervir, se deja enfriar y luego se saca con una pipeta, teniendo cuidado de que no salga con grasa y se lleva al autoclave á la temperatura de + 115°, y se deja en él durante 10 minutos.

Orina.—La orina, que debe ser sacada de la vejiga por medio de la sonda, se lleva al autoclave á la misma temperatura y por el mismo tiempo que la leche.

Sangre.—Este líquido debe ser tomado de una sangría en un envase esterilizado, y luego se dejará en reposo hasta que se forme el coágulo; el suero se tomará para hacer los cultivos.

Los *caldos minerales* se componen de agua con sales de potasio, sodio, etc. en solución. El más empleado es el que lleva el nombre de *caldo Pasteur*, que está compuesto de agua de azúcar, carbonato de amoniaco, cenizas de levadura de cerveza y sales de potasio y de sodio.

Los medios de cultivo sólidos ópacos más usuales son: la *papa*, los *huevos* y el *pan*.

Papas.—Se prepara de la manera siguiente: se corta en rebanadas de 2½ centímetros de largo por 2 de ancho, las cuales se introducen en los tubos de *Roux*; humedézcanse enseguida con agua: ésta, al caer, se depositará en la *cámara de agua*.

Huevos.—Se toma uno, se hace endurecer, se desvide, teniendo cuidado de extraer la yema, y luego se separa en capas que, así preparadas, sirven para hacer cultivos.

Pan.—Se prepara de la manera siguiente: se corta en rebanadas que se introducen en los tubos de Roux y allí se esteriliza.

LECCION V

MODO DE HACER LOS CULTIVOS

Tómese con la mano izquierda el envase que contiene la sustancia en que se va á hacer el cultivo é inclinando la boca del mismo hasta formar con el horizonte un ángulo de 45°, se destapa, quitando el algodón, ya con el meñique y la palma de la mano derecha, ya con los dedos anular y tercero de dicha mano. El primero de estos dos modos de operar es el más ventajoso, pues preserva el algodón del polvo y de los microbios que están en suspensión en el aire. El objeto de inclinar la boca del envase es impedir que estos mismos microbios, obedeciendo á la ley de la gravedad, caigan en la sustancia.

Después de haber hecho lo que dejamos indicado, se toma un alambre de platino engastado en una varilla de cristal y, después de haberlo esterilizado calentándolo hasta el rojo, se toma con la punta del platino la sustancia que se quiere sembrar.

Para hacer la siembra, en los medios de cultivo sólidos, se conocen dos métodos, que son: el de *punción* y el de *estriación*. Para el primero, se dirije el alambre perpendicularmente á la superficie de la sustancia, y con un golpe seco y nervioso se introduce y se vuelve á sacar. Para el segundo, se coloca el tubo en la posición que ya hemos indicado, se introduce la punta del alambre hasta el fondo sin rozar la sustancia y, á partir de allí, se hace una estría, apoyando la punta contra la superficie libre de ésta. Este último método es el que se emplea para la siembra en los medios sólidos opacos.

Después de hacer los cultivos es necesario llevar los envases á un lugar donde haya una temperatura constante; llévanse, pues, á la *estufa* de ARSONVAL. Llámase así un aparato de cobre, de doble pared con una puerta de cristal, cristal que es doble para evitar la irradiación del calor: esta puerta está cubierta por un paño negro que dá al interior la oscuridad necesaria para la reproducción de los microbios. Esta estufa, que es auto reguladora, se llena de agua que tenga ya la temperatura requerida y se da fuego á los mecheros de gas que están en la parte inferior; hacia la parte lateral de la estufa hay un tambor del cual parten dos tubos, uno horizontal y el otro vertical; por el primero, que está en comunicación con la llave del gas, entra el gas, llena el tambor, que está obturado por la parte interior por una membrana delgada de caucho y de allí pasa al tubo vertical que está puesto en comunicación con los mecheros.

Año I—Mes XII Caracas: 15 de Marzo de 1894 Número 23

GACETA MEDICA DE CARACAS

Director: DOCTOR L. RAZETTI

CUERPO DE REDACCION

MEDICINA: Dres. T. Aguerrevere Pacanins, N. Guardia, hijo, B. Herrera Vegas P. Herrera Tovar. E. Meyer Flegel, J. M. Rios Llamozas, F. A. Risquez
CIRUJIA: Dres. P. Acosta Ortiz, A. Couturier, J. M. Escalona, M. Herrera, M. R. Ruiz, J. de D. Villegas Ruis

Administrador: Doctor Jesús G. Sucre

Tip. de vapor Guttenberg

SUMARIO

DE LA AMBLIOPIA ALCOHÓLICA, *por el Dr. Carreyó Luces*
GANGRENA DEL ESCROTO Y PENE; ALBUMINURIA.—INCLUSIÓN DE LOS TESTICULOS EN LA CAVIDAD ABDOMINAL—CURACIÓN, *por el Dr. J. M. Escalona.*
OBSTETRICIA—*Preñéz y mal de Bright—Tratamiento de las rupturas uterinas*—PRENSA EXTRANGERA—*Trasmisión de la tuberculósis por la leche.*
NOTAS.

OFTALMOLOGIA

CLINICA PARTICULAR DEL DR. CARREYO LUCES

De la ambliopía alcohólica

Señores:

El enfermo que acabamos de ver ha venido á consultarme, porque hace ya algunos días que nota que su vista disminuye repentinamente, que mira los objetos como envueltos en una bruma que se hace menos intensa en la mañana y en la tarde, mientras que en la duración media del día se oscurece casi completamente, según su propia frase; molestándolo algunas veces la luz cuando es muy viva. En efecto, ni la agudeza visual, ni la visión para la lectura son normales, la primera no llega sino á deseifrar 1/6 de la escala métrica de Wecker, con ambos ojos, en cuanto á la segunda es imposible, sin anomalía de la refracción, ni correjida la presbicia con los vidrios convexos de 0,50 y de 1 dioptria, á juzgar de su apariencia que demuestra que su edad fluctuará entre 45 y 50 años.

Como fenómenos generales se queja de insomnio, hace ya algunos días que no tiene apetito y padece de vómitos matutinos, no diarios, pero sí de vez en cuando, la digestión es irregular, así algunos veces es acosado por una diarrea pertináz y otras por constipación prolongada. El temblor de las manos como ustedes han podido notar es muy marcado y él asegura que las siente más á plomo en toda la duración del día que en la mañana al levantarse. La percepción de los colores se hace mal, presentando un escotoma cromático fijo, al punto de no saber distinguir el color de las monedas; al examen oftalmoscópico la papila está decolorada más de lo fisiológico en su lado temporal y un poco nebulosa. Con la ligera reseña de estos síntomas fácilmente comprenderán ustedes que tratamos de una ambliopía alcohólica.

Ahora bien, ustedes me permitirán que les hable en general de esta intoxicación, dejando de un lado el caso clínico que ha motivado esta conferencia, para ocuparnos en seguida del tratamiento que juzguemos oportuno instituir.

La intoxicación alcohólica como ustedes saben, puede ser aguda ó crónica, desecharemos la forma aguda, no encontrando en la literatura oftamológica sino un sólo caso citado por los autores, de desórdenes oculares en que por error fué administrada á un enfermo de fiebre tifoidea, una enema de alcohol á 80 grados, ocasionando un delirio y la pérdida completa de la visión, Bouchard, nos relata el caso en sus «Auto-intoxicaciones.» Fijaremos nuestra atención y estudiaremos la forma de intoxicación crónica; Mackenzie, en 1840, fué el primero en hablar de esta afección, pero no atribuyendo la ambliopía al alcohol sino más bien al tabaco; en seguida otros oculistas ingleses, Nettleship, Hutchinson, continuaron los estudios de Mackenzie; atribuyendo á la ambliopía la misma causa que su antecesor; pero no pasó mucho tiempo sin que los trabajos de los oftalmologistas ingleses, franqueando la barrera de la Mancha atrajeran la curiosidad de los clínicos franceses, entre ellos Scichel, que colocado del lado de la opinión inglesa, fija la cantidad de 20 granos de tabaco diarios como suficiente para producir la intoxicación; muy pronto otros observadores empezaron á llamar la atención sobre el alcohol, y la generalidad convino que era á este agente que se debía más comunmente la vulgaridad de la afección, sin negar al tabaco la posibilidad de producir por si solo la enfermedad; así las cosas, mientras que la opinión inglesa se fijaba en el tabaco y la francesa creía descubrir la causa en el alcohol, de Graefe, en Alemania se situaba en un justo medio y atribuía á ambos agentes la causa del mal: la etiología pues como ustedes ven á fuerza de ser extensa se oscurecía, no ya hoy que sabemos que puede ser

producida por ambas causas separadamente, como por multitud de otras sustancias, como así lo prueban las ambliopías saturninas, químicas, etc., etc. El hecho casi constante de que los bebedores reincidentes son grandes fumadores, ocasionó el motivo de la confusión en los primeros días de la investigación científica; pero la paciencia esperimental ha desenredado el hilo del cáos patológico, y si algunos autores describen las dos enfermedades juntas, la mayoría á cada una le cede su lugar y la estudia aisladamente; como prueba de tal necesidad es el caso que hoy nos obliga á hablarles de este asunto, pues el sugeto, tema de esta lección, es más bien, según él mismo lo confiesa, más dado á las libaciones alcohólicas que al exceso del tabaco.

Etiología. — Según las estadísticas de Horner, Galezowski, etc., casi el ½ p 8 de enfermos que asisten á las clínicas oftalmológicas, son por dolencias de este género; los hombres son más comunmente atacados, como es fácil de imaginárselo, pues son ellos los que más á menudo se dan á este vicio; la edad en que ordinariamente se manifiestan los desórdenes es de 40 a 50 años, como en nuestro sugeto. El alcohol bajo cualquiera de sus formas ó preparaciones que se use, sobre todo si se toma diariamente, sin la necesidad de pasar por la embriaguez, el hecho sólo de rendir homenaje á Baco consuetudinariamente, es suficiente para desarrollar en un tiempo más ó menos largo la ambliopía. El haschisch, bebida usual en Oriente, asegura Alí, produce un escotoma central, análogo al del alcohol, con la particularidad de ser unilateral; nosotros detenemos nuestro juicio respecto al hecho de la unilateralidad. Preguntándonos por qué la ambliopía ha de fijarse en un solo ojo, cuando obedece á una causa tóxica generalizada, qué privilegio tiene el otro ojo congenere para ser respetado?

Anatomía patológica.—Los estudios anatomo-patológicos en las ambliopías por intoxicaciones son enteramente modernos, iniciados por Samelsonh, en 1882, cuyos resultados han sido comprobados posteriormente por Vossius, Bunge, Nettleship y Uhthoff, quienes han evidenciado que se trata de una destrucción de las fibras nerviosas acompañada á veces por la formación de células granulosas; se ha notado también, el espesamiento de los tabiques que la vaina *piale* suministra al nervio óptico; en varios casos las asteraciones anatomo-patológicas no se han observado sino en la región retro-bulbar de los nervios ópticos, con la particularidad de estar afectado en un mismo individuo, un nervio más que el otro, fenómeno completamente otro de la unilateralidad de que habla Alí, en la intoxicación por el haschisch que presupone persistente, mientras que aquí la anatomía patológica, denuncia la afección en cantidad comparativa, pero sin excluir; signo que á nuestro ver no indica, sino el estado de progreso destructivo de la afección, cosa enteramente distinta á la afirmación clínica del autor árabe á que nos hemos referido, el hecho histológico no creemos pues que confirme el hecho clínico. Lo verídico es que la alteración de los nervios en estas ambliopías por intoxicaciones, siempre ataca los dos nervios de neuritis intersticial, y se limita á los haces centrales del nervio de donde parten las fibras destinadas á la mácula lutea, no siendo imposible que á la larga en algunos casos, sino en todos, invada la neuritis todo el espesor del nervio óptico y acarree una atrofia total del nervio, produciendo la pérdida de la visión, como abontece en las otras atrofias originarias de otras causas.

La marcha lenta de la degeneración intersticial, permitiéndole larga vida al tegido nervioso, antes que la proliferación conjuntiva lo ahogue completamente, explica los casos felices en que bajo un tratamiento bien dirigido el mal se detenga, obteniéndose en muchos casos la curación completa; como así también el silencio que hasta hace algunos años guardaba el examen oftalmoscópico, conservándose en una actitud negativa, era que se ignoraba la profundidad de la lesión; pero ya hoy gracias á los estudios histológicos que han alertado á los oftalmologista, se la ha esperado en su marcha decendente hasta aparecer en la papila, y ser descrita como haremos cuando tratemos de los síntomas

Síntomas. La enfermedad en general empieza como ustedes han oído la narración de nuestro enfermo; al principio una niebla espesa cubre los ojos, la visión á distancia se acorta y de cerca se hace imposible, así verán ustedes que á menudo el enfermo se queja de no poder leer, todos éstos trastornos son producido pors un escotoma central, que ustedes me han visto militar, valiéndome de un pedacito de papel montado en una varilla negra, y haciéndolo correr de la circunsferencia al centro del campimetro, hasta que el papel entrara en la sombra, que es ya la región del escotoma; este escotoma no se hace absoluto mientras que la sensibilidad retiniana no sea abolida. Uno de los síntomas más constantes y de más fácil medio de estudiarse es la percepción de los colores; el escotoma cromático es patognomónico: el rojo aparece gris, más bien negrusco, el verde, gris claro y el violeta, azul; para medir el escotoma cromático es necesario hacer uso del campimetro, entonces ustedes obtendrán un trazado oval de eje horizontal, más estendido hacía fuera del punto de fijación que hacía dentro: esta alteración de los colores aumenta haciendo fijar á los enfermos en un objeto brillante; Wecker, en su «Terapéutica ocular» relata, que durante la comuna en París, muchos de los guardias nacionales iban á consultarle admirados de ver plateada la cúpula de los Inválidos; otro desórden cromático tan importante como el anterior, es la persistencia de la imágen de los colores en la retina, así, cuando el enfermo se fija en un color y en seguida se fija en otro, continúa viendo el primer color que fijó durante algún tiempo. El campo visual es normal, no siendo imposible encontrar su disminución en algún caso aislado como el que refiere Bock.

La mydriásis es frecuente, más bien la regla general como hemos podido comprobarlo en nuestro caso, Uhthoff, en gran número de alcohólicos que ha observado, ha encontrado en 2, 5. por 100 desigualdad en las pupilas, en otros debilitada la reacción luminosa y en un solo caso el signo de Argyll Roberstson, Galezowski, en la ambliopía mixta del alcohol y del tabaco, cuenta entre los síntomas la desigualdad pupilar, pero atribuyéndolo á la forma mixta de la intoxicación; ignoramos el proceso en virtud del cual en un mismo individuo sospechado de intoxicación debida á los dos agentes de que hemos hablado, puedan los ojos separadamente, el uno, ser tabágico, y el otro alcohólico, es decir: el uno en la miosis y el otro en la mydriasis; caprichos de la clínica: observación que al no ser relatada por el respetado profesor ya citado, se haría duro creerlo, pero habiendo nosotros seguido sus lecciones por algún tiempo, conocemos la seriedad de sus investigaciones. El nystagmus ha solido encontrarse algunas veces, acompañado de neuritis múltiples y de parálisis bilateral del oculo motor externo, como en los tres casos de que nos habla Thomson; á éstas parálisis incipientes debe obedecer la diplopía mortificante que algunos ambliópicos experimentan.

El examen oftalmoscópico era silencioso, habíamos dicho al tratar de él incidentalmente, pero esto es al comienzo de la afección, mientras la degeneración del nervio óptico en su evolución decendente, no gana su terminación intra-ocular para presentar una pupila nebulosa, sucia, más blanca en su mitad externa, cuyos límites están velados confundiéndose con el resto de la retina, con las venas centrales, tortuosas, presentando excepcionalmente pequeñas manchas hemorrágicas, ó ligeras dilataciones varicosas en el trayecto de su longitud, ó á veces el aspecto de una retinitis difusa de poca intensidad.

Diagnóstico diferencial. Apesar de que los síntomas que hemos enumerado son típicos de la amblopía alcohólica, es importante conocer algunos detalles que nos permitan destacar en claro la enfermedad, no sea que algún descuido de observación la confunda con otra producidas por diversas intoxicaciones, ó con alguna neuritis retrobulbar no toxica, ó con desórdenes de la atrofia papilar de origen tabético; y rara vez con alguna hemorragia de la retina: la amblopia alcohólica es siempre binocular, la glucosúrica no afecta ordinariamente sino un ojo; con sólo el examen de la orina, la presencia del azúcar nos pondrá en posesión de la verdad: en la nicotínica, la inspección de las pupilas es un auxilio de gran valor, si están contraídas debemos desechar el alcoholismo, en que por el contrario la dilatación es la regla. En la neuritis retro-bulbar la alteración visual es monocular, ó media gran distancia entre la aparición de la enfermedad en un ojo y los primeros trastornos del mismo mal en el otro, el desarrollo en este caso es brusco, mientras que en la forma alcohólica ó nicotínica es lento y progresivo, como lo asegura Fœrster; en la forma aguda de la neuritis retrobulbar, los enfermos se quejan además de dolores para ejecutar los movimientos laterales de los ojos, lo que no existe en ninguna forma toxica. En la atrofía papilar del nervio óptico, rara vez empiezan los dos ojos al mismo tiempo, la marcha es lenta y la confusión no puede tener lugar sino en la época preatáxica, pero con un poco de atención, algún otro fenómeno ocular de la misma época, puede ser puesto en evidencia; más tarde las manifestaciones generales no se harán esperar, como son la ausencia de los reflejos rotulianos y los dolores lancinantes etc., etc. Las hemorragias retinianas que rara vez se observan durante las ambliopías alcohólicas, serán interpretadas oportunamente, porque son de muy poca extensión, aisladas y situadas al lado de las venas que están dilatadas y á gran distancia de la papila y jamás en la región de la mácula, de resto, la presencia del escotomo es ya una gran presunción en favor del diagnóstico del alcoholismo.

El pronóstico no es desagradable, mediante un tratamiento apropiado y suspensión completa de las bebidas alcohólicas á lo menos, si la curación no es completa en algunos casos desesperantes, la detención del mal es posible conservándose una visión bastante normal; las recidivas ordinariamente son más alarmantes y pueden ocasionar fatales consecuencias que comprometan mas la visión para el porvenir.

Tratamiento. Suspensión brusca de las bebidas alcohólicas en general, régimen lacteo; como ésta dieta no puede ser tolerada por muy largo tiempo, debe alternarse con una alimentación sustanciosa y reparadora, cuando renazca el apetito y la función estomacal sea correcta, para combatir el insomnio 2 gramos de bromuro de potasio, de una sola vez dos horas antes de acostarse, habitualmente ocasionan un sueño tranquilo, la misma sal de estroncio puede emplearse al principio si la irritabilidad del estómago es muy intensa, el yoduro de potasio á la dósis de 3 á 4 gramos diarios, durante algún tiempo, es de gran utilidad, la estricnina en inyecciones hipodérmicas en las sienes alternativamente, el nitrato á la dósis de 1 milígramo diario es el que preferimos: la hidroterapia es un heróico ayudante del tratamiento, así como la electricidad, en forma de corrientes contínuas, al través de los nervios ópticos: cuando la enfermedad ha cedido completamente ó va, casi en vía de desaparecer, aconsejamos el uso por algún tiempo de una cucharadita de las de café antes de cada comida, del jarabe siguiente: Rp. Sulfato de estricnina 5 centígramos, Pirosfosfato de hierro 2 gramos, ácido fosfórico 16 gramos, jarabe de gengibre 120 gramos. Los colirios y extracción de sangre, creyendo éstos medios sin ningún efecto, no los usamos en nuestra práctica.

Setiembre de 1893.

Como corolario de nuestra lección añadiremos algunas líneas más; en el mes de Enero fuimos llamados en consulta con el señor Doctor Basalo, por el señor Doctor Guardia hijo, á exigencia de la familia, la cual puso en conocimiento á este último, de que nosotros habíamos tratado ya ántes, á dicho enfermo de una afección de los ojos. El caso era tan claro conocidos los antecedentes, que no tuvimos ninguna dificultad en diagnosticar que estábamos en presencia de un ataque de alcoholismo crónico que revestía una forma cerebro meningea, con pérdida absoluta del conocimiento y contractura permanente de los miembros y musculos de la masticación. Al decir de la familia, el enfermo había recobrado ya la visión y abandonó hacía algunos días el régimen que le habíamos trazado, volviendo á su vida corriente, tomando en la mesa el vino que ordinariamente acostumbraba! Pero ya conocemos, cuales son éstas dósis en quienes han tenido semejantes habitos! y aunque no hubiera habido exceso, sabemos que cantidades normales de alcohol son suficiente para hacer durar por largo tiempo los fenómenos de intoxicación crónica, como lo asegura Meynert, de Viena. Prescribimos el bromuro de potasio y el cloral en dósis suficiente; así como una enema purgante, quedando nuestro plan curativo sin efecto, pues el enfermo murió el tercer día después del ataque.

Marzo de 1894.

CLINICA QUIRURJICA

GANGRENA DEL ESCROTO Y PIEL PENE; ALBUMINURIA, INCLUSIÓN DE LOS TESTICULOS EN LA CAVIDAD ABDOMINAL.

CURACION

Observación:—N. N, de 22 años de edad, natural de Barcelona, de profesión jornalero, y accidentalmente alistado en el Ejército Nacional, de temperamento linfático; entró al Hospital Militar, siendo yo entonces Jefe de servicio en la sección 1a de dicho Establecimiento, el 20 de febrero de 1893.

En los antecedentes de este enfermo, no pesa

ninguna mácula patológica, ni hereditaria ni adquirida; por consiguiente, nada de sífiles, ni de tuberculósis, ni de alcoholismo, etc.

La salud hasta la época actual ha sido completa, salvo algunos accesos de fiebre palúdica de forma intermitente, que hace cinco años no se han repetido.

A su entrada al servicio, presenta los fenómenos siguientes: Restos de un edema considerable del escroto y piel del pene, gangrena de ambos órganos, que en los puntos en donde la placa se ha desprendido, deja ver los testículos denudados por completo, interesada en el esfacelo la hoja visceral de la vajinal; y en el pene los cuerpos cavernosos al descubierto.

Llamóme la atención lo extenso del proceso y su rapidez, pués solo databa de cinco días.

Del examen del enfermo, obtuve los datos siguientes: estando en el Cuartel sintió sobre el escroto y pene, una picazón insoportable, que lo hizo creer fuera producida por *pediculus pubis* ó por *pediculus corporis*, registróse cuidadósamente y no encontró ningún parásito; entonces se lavó bien las partes con agua fría y un poco de alcohol, el prurito desapareció; como á las ocho de la noche del mismo día, volvió la sensación de comezón, y con un nuevo lavatorio, calmó. A las cinco de la mañana volvió, con mayor intensidad, que no alivió una prolongada afusión de agua alcoholizada, y aumentóse hasta el extremo de obligarle á rascarse fuertemente; examinándose con cuidado notó entonces en algunos puntos del escroto y del pene, grupos de flictenas, que al romperlas con la uña, dejaban escapar un líquido amarillo pálido. Rotas todas las vesículas el prurito desapareció. El resto del día lo pasó bien, pero ya en la noche, sintió malestar y *«peso en sus partes»*, y vió que tanto el escroto como el pene, estaban considerablemente aumentados de volúmen, y sintió calor, tensión y sensación de constricción en la raíz del pene y al nivel de ambos anillos inguinales. En la mañana del segundo día, apareció en la parte inferior del escroto y sobre la cara anterior del pene una gran mancha roja, que á las pocas horas, se hizo morada, y que fué creciendo rápidamente hasta invadir todo el órgano, hacia el quinto día, que fué trasladado al Hospital.

Como tratamiento preventivo, para detener la la invasión mayor de la gangrena, se desprendieron inmediatamente todas las porciones esfaceladas, y se envolvieron los testículos y el pene, en una cura antiséptica, renovada cada cinco horas, con irrigaciones prévias de una solución caliente á 37° de biyoduro de mercurio al 1 para 10.000

Al interior se prescribieron tónicos y estimulantes.

Así permaneció el enfermo durante ocho días, hasta que todas las porciones esfaceladas desaparecieron.

La amplia superficie denudada que dejara la caída de las escaras, estaba ya sembrada de mamelones carnosos, y era marcadísima su rápida tendencia á la cicatrización.

Los testículos se presentaban cubiertos por la albujínea, dislacerada en algunos puntos, y congestionada; estaban sensibles al más ligero contacto; el epidídimo denudado por completo.

Temeroso de que órganos de tal importancia, fuesen asiento de un proceso patológico que los degenerara, é hiciera inútiles para lo sucesivo, y no pudiendo además, permanecer por largo tiempo sin una cubierta que los protegiera, pues del escroto nada existía, y de los muslos no era posible tallar dos colgajos que les dieran holgado revestimiento, imaginé entonces, hacer la *inclusión de los testículos, en la cavidad peritoneal*, y procedí desde luego sin pérdida de tiempo, á practicar una operación que creí de urgencia; le día 10 de marzo.

He aquí el manual operatorio, empleado por mí en este caso. Después de una antisepsia rigurosa de la piel y de todos los órganos situados en esa región, manteniendo envueltos el pene y los testículos en compresas empapadas en una solución de sublimado al 1 para 2.000, practique dos incisiones laterales y paralelas á ambos canales inguinales; corté luego, capa por capa, hasta llegar al canal inguinal y escindí éste en los dos tercios de su extensión, perpendicularmente á sus fibras. Después de un ligero raspado de la albugínea, y desprendimiento del cordón, con todos sus elementos, fuí resbalándolos suavemente, hasta colocarlos inmediatamente debajo del peritonéo; desecada luego esta membrana, en una extensión suficiente, obturé con ella el orificio interno del canal, suturándola á sus bordes á manera de un tapón, luego suturé con catgut el canal inguinal, reduciendo su calibre, é inmediatamente se cerró la herida exterior con crin de Florencia.

Para cubrir la ancha superficie denudada que quedó después del esfacelo, tallé dos colgajos triangulares, de la piel de los muslos; los deslizé, y uní por una sutura que partió de la raiz del pene hacia abajo, siguiendo la parte media, hasta juntarse con el rafe perineal. Luego disequé circularmente la piel que había quedado como á centimetro y medio del pubis, la deslizé y la suturé á la de éste. Todo se cubrió con una cura antiséptica rigurosa.

Marzo 2.—Dolor en el punto correspondiente á el ocupado por los testículos. Ambas glándulas se percibían por un ligero abultamiento de la pared abdaminal; son accesibles al tacto, y la presión exagera el dolor. La temperatura asciende á 38°, se ordenan aplicaciones frías á la región; una inyección de morfina (0,01) cada tres horas, y 0,50 centígramos de sulfato de quinina.

Marzo 3.—La peritonitis continúa localizada, y se ordena el mismo tratamiento.

En los días subsiguientes, hasta el 8 de marzo, los fenómenos inflamatorios fueron disminuyendo; el levantamiento de la pared abdominal desapareció por completo.

Marzo 10.—No existe ningún síntoma inflamatorio.

La reunión de las superficies se hizo por primera intención. Solo se ha notado la orina con un olor amoniacal muy pronunciado y bastante turbia, dejando al reposarse un gran sedimento.

Marzo 13.—A pesar del buen estado del enfermo, se presenta: edema de los párpados, abotagamiento de la cara, las orinas muy fétidas y escasas. Examinadas se encuentran cargadas de albúmina. Diagnosticóse una *Albuminuria*.

Se sometió al enfermo á un tratamiento conveniente, sobre todo al régimen lácteo.

El proceso Albuminúrico duró un mes, en cuyo trascurso los síntomas fueron disminuyendo y entró el enfermo en convalescencia.

Durante este tiempo presentáronse en varios puntos, multitud de abcesos de fijación.

La convalescencia del enfermo fué rápida; las funciones genitales adquirieron su más absoluta normalidad, erección completa y persistente, eyaculación fisiológica.

APRECIACIONES

En esta observación se presentan hechos dignos de estudio: la intensidad y rapidez del doble proceso patológico: inflamación y gangrena, esta que no se limita simplemente al escroto, sino que invade y destruye las cubiertas más próximas al testítulo, dejando á ambos glándulas, como si la operación se hubiese iniciado por una orquitis; la albuminuria,

que da lugar á sospechar la propagación de la infeción al riñón por la vía ascendente, el y resultado operatorio.

La noción etiológica de la infección domina por completo toda la historia del caso, se la encuentra en cada una de las faces del proceso y en las afecciones que la complican.

Indudablemente, que las rasgaduras de la piel del escroto y del pene, abriendo las redes sanguinea y linfáticas, dieron entrada á gérmenes patógenos, abundantísimos, pues, sabido es lo apropiado que es ésta región genital por sus arrugas, sinuosidades, y pelos para ser asiento de innumerables colonias de micro-organismos, y sabemos, además, que nuestros Cuarteles son verdaderos focos de infección por el desaseo total que reina en éllos.

Introducidos pues los gérmenes patógenos y encendida la inflamación en los tejidos, el edema inflamatorio se hizo intensísimo por la virulencia de la infección; la circulación se interrumpió, debida al obstáculo mecánico producido por la tensión de los tejidos por la infiltración, y apareció la gangrena, consecuencia obligada de la inflamación del escroto. La rapidéz del proceso, fué debido á la intensidad de la infección. Por lo general el esfacelo se detiene en la vaginal, sin interesarla; y en el caso de que se trata se mortificaron ambas hojas de la serosa. Las afecciones de la vaginal son casi siempre secundarias, y dependen de un proceso iniciado en la glándula misma. ¿Como pues, ha podido desaparecer en esta invasión? La noción etiológica de la infección también nos explica fácilmente éste fenómeno. Con toda probabilidad, se hizo en la vaginal una solución de continuidad, que sirvió de entrada á los micro-organismos, produciéndose así en la serosa misma un verdadero cultivo, y de aquí la propagación á toda élla de la gangrena.

La albuminuria que complica más tarde la convalescencia ¿es debida á una lesión renal, con degeneración del órgano, ó es simplemente el resultado de un proceso infectivo que ha llevado al torrento circulatorio elementos que produzcan modificaciones cualitativas y cuantitativas de los principios albuminoides de la sangre? ¿Será la presencia de la albúmina en la orina, el testimonio de una nefritis infecciosa ascendente ó simplemente de una albuminuria pasagera, producida por una hiperenmia renal? El resultado clínico puso de manifiesto que sólo se trataba de una albuminaria pasajera, mejor dicho: de una nefritis ligera. La sintomatología escasa, porque no se observó en el enfermo, ni anasarca, ni derrames en las cavidades serosas; sólo edema de los párpados de la cara, y de los maleolos, confirma esta aserción. Aún cuando por la naturaleza de la enfermedad, bien pudiera haberse sospechado la existencia de una nefritis infecciosa ascendente, la terminación rápida del mal, la ausencia de fiebre, alejan por completo tal creencia. Además las lesiones renales en estos casos son profundas y persistentes, y terminan siempre por la esclerosis del riñón, por la degeneración amiloidea, ó por la supuración del órgano.

Toda afección, infecciosa, que deprime y quita al organismo sus grandes energías vitales de reacción contra la invasión morbosa, presentan como fenómeno constante la albuminuria pasajera, con hiperemia activa del riñón, y con lesiones renales bien acusadas.

Por lo que toca al resultado operatorio, sin complicaciones quirúrgicas de ningún género, es la manifestación más expléndida del poder de la antisepsia, que permite á la cirujía moderna extender sin temor alguno, á todos los órganos su bienhechora intervención.

El manual operatorio que hemos empleado en este caso, lo someteremos al juicio de nuestros ilustrados colegas, Doctores Pablo Acosta Ortiz, Luis Razetti y Alberto Couturier. Lo creemos de utilidad práctica, para casos idénticos, que si raros, no serán por eso excepcionales, por cuanto el resultado clínico ha sido altamente satisfactorio.

Minuciosamente hemos investigado la bibliografía sobre la materia, y no hemos encontrado ningún caso igual, ni un tratamiento quirúrgico aproximado. En la literatura médico-quirúrjica de Venezuela nada hemos hallado que indique que tal operación se haya practicado aquí. Abstracción hecha de las clínicas extranjeras, no vacilamos pues, en reclamar, desde luego, la prioridad de la intervención quirúrgica, y del procedimiento operatorio en nuestra patria: así lo hicimos ante la *Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas*, en su sesión del lunes 12 del corriente.

DR. JUAN M. ESCALONA.

Caracas: 15 de marzo de 1894.

OBSTETRICIA

PREÑEZ Y MAL DE BRYGHT

El *Dr. Herman*, (1) opina que las mujeres embarazadas son suceptibles de presentar dos afeciones diferentes de los riñones. En un caso, se trata de una enfermedad muy aguda, en lo cual los síntomas prodrómicos faltan ó no duran sino algunas horas, ó algunos días á lo más. Se observa sobre todo en las primíparas, y acarrea á menudo la muerte del feto. Se acompaña de una extrema disminución de la orina. La úrea se encuentra en pequeñísima cantidad, pero la orina contiene mucha albúmina. Las convulsiones se presentan á intervalos muy cortos. Si la enfermedad toma un curso favorable, la cantidad de orina aumenta al mismo tiempo que la proporción de úrea que contiene. Si la excreción de úrea no se restablece, el pronóstico se hace rápidamente fatal. En esta forma es muy raro que la enfermedad pase al estado crónico.

La otra forma de la afección renal se presenta en personas de más edad, sobre todo en las múltiparas. Durante semanas y aún meses, se pueden observar síntomas prodrómicos. El niño sucumbe á menudo. Generalmte la cantidad de orina está aumentada: hay mucha albuminuria, pero sin embargo, menos considerable que en el caso precedente. Lo mismo sucede con la cantidad de úrea. Después de la expulsión de los anexos, se produce temporalmente una diuresis y una eliminación de úrea abundantes. Cuando este fenómeno es muy marcado, la albuminuria casi siempre disminuye ó desaparece y la enferma recobra la salud. Cuando, al contrario, el fenómeno es poco marcado, la albuminuria persiste y nos encontramos en presencia de un mal de Bright crónico. En esta forma de la enfermedad se presentan algunas veces convulsiones, pero el hecho es raro. La existencia de una retinitis albuminúrica agrava el pronóstico. Si la presión intra-abdominal

producida por ambas causas separadamente, como por multitud de otras sustancias, como así lo prueban las ambliopías saturninas, químicas, etc., etc. El hecho casi constante de que los bebedores reincidentes son grandes fumadores, ocasionó el motivo de la confusión en los primeros días de la investigación científica; pero la paciencia esperimental ha desenredado el hilo del cáos patológico, y si algunos autores describen las dos enfermedades juntas, la mayoría á cada una le cede su lugar y la estudia aisladamente; como prueba de tal necesidad es el caso que hoy nos obliga á hablarles de este asunto, pues el sugeto, tema de esta lección, es más bien, según él mismo lo confiesa, más dado á las libaciones alcohólicas que al exceso del tabaco.

Etiología. — Según las estadísticas de Horner, Galezowski, etc., casi el ½ p 8 de enfermos que asisten á las clínicas oftalmológicas, son por dolencias de este género; los hombres son más comunmente atacados, como es fácil de imaginárselo, pues son ellos los que más á menudo se dan á este vicio; la edad en que ordinariamente se manifiestan los desórdenes es de 40 a 50 años, como en nuestro sugeto. El alcohol bajo cualquiera de sus formas ó preparaciones que se use, sobre todo si se toma diariamente, sin la necesidad de pasar por la embriaguez, el hecho sólo de rendir homenaje á Baco consuetudinariamente, es suficiente para desarrollar en un tiempo más ó menos largo la ambliopía. El haschisch, bebida usual en Oriente, asegura Alí, produce un escotoma central, análogo al del alcohol, con la particularidad de ser unilateral; nosotros detenemos nuestro juicio respecto al hecho de la unilateralidad. Preguntándonos por qué la ambliopía ha de fijarse en un solo ojo, cuando obedece á una causa tóxica generalizada, qué privilegio tiene el otro ojo congenere para ser respetado?

Anatomía patológica.—Los estudios anatomo-patológicos en las ambliopías por intoxicaciones son enteramente modernos, iniciados por Samelsonh, en 1882, cuyos resultados han sido comprobados posteriormente por Vossius, Bunge, Nettleship y Uhthoff, quienes han evidenciado que se trata de una destrucción de las fibras nerviosas acompañada á veces por la formación de células granulosas; se ha notado también, el espesamiento de los tabiques que la vaina *piale* suministra al nervio óptico; en varios casos las asteraciones anatomo-patológicas no se han observado sino en la región retro-bulbar de los nervios ópticos, con la particularidad de estar afectado en un mismo individuo, un nervio más que el otro, fenómeno completamente otro de la unilateralidad de que habla Alí, en la intoxicación por el haschisch que presupone persistente, mientras que aquí la anatomía patológica, denuncia la afección en cantidad comparativa, pero sin excluir; signo que á nuestro ver no indica, sino el estado de progreso destructivo de la afección, cosa enteramente distinta á la afirmación clínica del autor árabe á que nos hemos referido, el hecho histológico no creemos pues que confirme el hecho clínico. Lo verídico es que la alteración de los nervios en estas ambliopías por intoxicaciones, siempre ataca los dos nervios de neuritis intersticial, y se limita á los haces centrales del nervio de donde parten las fibras destinadas á la mácula lutea, no siendo imposible que á la larga en algunos casos, sino en todos, invada la neuritis todo el espesor del nervio óptico y acarree una atrofia total del nervio, produciendo la pérdida de la visión, como abontece en las otras atrofias originarias de otras causas.

La marcha lenta de la degeneración intersticial, permitiéndole larga vida al tegido nervioso, antes que la proliferación conjuntiva lo ahogue completamente, explica los casos felices en que bajo un tratamiento bien dirigido el mal se detenga, obteniéndose en muchos casos la curación completa; como así también el silencio que hasta hace algunos años guardaba el examen oftalmoscópico, conservándose en una actitud negativa, era que se ignoraba la profundidad de la lesión; pero ya hoy gracias á los estudios histológicos que han alertado á los oftalmologista, se la ha esperado en su marcha decendente hasta aparecer en la papila, y ser descrita como haremos cuando tratemos de los síntomas

Síntomas. La enfermedad en general empieza como ustedes han oído la narración de nuestro enfermo; al principio una niebla espesa cubre los ojos, la visión á distancia se acorta y de cerca se hace imposible, así verán ustedes que á menudo el enfermo se queja de no poder leer, todos éstos trastornos son producido pors un escotoma central, que ustedes me han visto militar, valiéndome de un pedacito de papel montado en una varilla negra, y haciéndolo correr de la circunsferencia al centro del campimetro, hasta que el papel entrara en la sombra, que es ya la región del escotoma; este escotoma no se hace absoluto mientras que la sensibilidad retiniana no sea abolida. Uno de los síntomas más constantes y de más fácil medio de estudiarse es la percepción de los colores; el escotoma cromático es patognomónico: el rojo aparece gris, más bien negrusco, el verde, gris claro y el violeta, azul; para medir el escotoma cromático es necesario hacer uso del campimetro, entonces ustedes obtendrán un trazado oval de eje horizontal, más estendido hacía fuera del punto de fijación que hacía dentro: esta alteración de los colores aumenta haciendo fijar á los enfermos en un objeto brillante; Wecker, en su «Terapéutica ocular» relata, que durante la comuna en París, muchos de los guardias nacionales iban á consultarle admirados de ver plateada la cúpula de los Inválidos; otro desórden cromático tan importante como el anterior, es la persistencia de la imágen de los colores en la retina, así, cuando el enfermo se fija en un color y en seguida se fija en otro, continúa viendo el primer color que fijó durante algún tiempo. El campo visual es normal, no siendo imposible encontrar su disminución en algún caso aislado como el que refiere Bock.

La mydriásis es frecuente, más bien la regla general como hemos podido comprobarlo en nuestro caso, Uhthoff, en gran número de alcohólicos que ha observado, ha encontrado en 2, 5. por 100 desigualdad en las pupilas, en otros debilitada la reacción luminosa y en un solo caso el signo de Argyll Roberstson, Galezowski, en la ambliopía mixta del alcohol y del tabaco, cuenta entre los síntomas la desigualdad pupilar, pero atribuyéndolo á la forma mixta de la intoxicación; ignoramos el proceso en virtud del cual en un mismo individuo sospechado de intoxicación debida á los dos agentes de que hemos hablado, puedan los ojos separadamente, el uno, ser tabágico, y el otro alcohólico, es decir: el uno en la miosis y el otro en la mydriasis; caprichos de la clínica: observación que al no ser relatada por el respetado profesor ya citado, se haría duro creerlo, pero habiendo nosotros seguido sus lecciones por algún tiempo, conocemos la seriedad de sus investigaciones. El nystagmus ha solido encontrarse algunas veces, acompañado de neuritis múltiples y de parálisis bilateral del oculo motor externo, como en los tres casos de que nos habla Thomson; á éstas parálisis incipientes debe obedecer la diplopía mortificante que algunos ambliópicos experimentan.

El examen oftalmoscópico era silencioso, habíamos dicho al tratar de él incidentalmente, pero esto es al comienzo de la afección, mientras la degeneración del nervio óptico en su evolución decendente, no gana su terminación intra-ocular para presentar una pupila nebulosa, sucia, más blanca en su mitad externa, cuyos límites están velados confundiéndose con el resto de la retina, con las venas centrales, tortuosas, presentando excepcionalmente pequeñas manchas hemorrágicas, ó ligeras dilataciones varicosas en el trayecto de su longitud, ó á veces el aspecto de una retinitis difusa de poca intensidad.

Diagnóstico diferencial. Apesar de que los síntomas que hemos enumerado son típicos de la amblopía alcohólica, es importante conocer algunos detalles que nos permitan destacar en claro la enfermedad, no sea que algún descuido de observación la confunda con otra producidas por diversas intoxicaciones, ó con alguna neuritis retrobulbar no toxica, ó con desórdenes de la atrofia papilar de origen tabético; y rara vez con alguna hemorragia de la retina: la amblopia alcohólica es siempre binocular, la glucosúrica no afecta ordinariamente sino un ojo; con sólo el examen de la orina, la presencia del azúcar nos pondrá en posesión de la verdad: en la nicotínica, la inspección de las pupilas es un auxilio de gran valor, si están contraídas debemos desechar el alcoholismo, en que por el contrario la dilatación es la regla. En la neuritis retro-bulbar la alteración visual es monocular, ó media gran distancia entre la aparición de la enfermedad en un ojo y los primeros trastornos del mismo mal en el otro, el desarrollo en este caso es brusco, mientras que en la forma alcohólica ó nicotínica es lento y progresivo, como lo asegura Fœrster; en la forma aguda de la neuritis retrobulbar, los enfermos se quejan además de dolores para ejecutar los movimientos laterales de los ojos, lo que no existe en ninguna forma toxica. En la atrofía papilar del nervio óptico, rara vez empiezan los dos ojos al mismo tiempo, la marcha es lenta y la confusión no puede tener lugar sino en la época preatáxica, pero con un poco de atención, algún otro fenómeno ocular de la misma época, puede ser puesto en evidencia; más tarde las manifestaciones generales no se harán esperar, como son la ausencia de los reflejos rotulianos y los dolores lancinantes etc., etc. Las hemorragias retinianas que rara vez se observan durante las ambliopías alcohólicas, serán interpretadas oportunamente, porque son de muy poca extensión, aisladas y situadas al lado de las venas que están dilatadas y á gran distancia de la papila y jamás en la región de la mácula, de resto, la presencia del escotomo es ya una gran presunción en favor del diagnóstico del alcoholismo.

El pronóstico no es desagradable, mediante un tratamiento apropiado y suspensión completa de las bebidas alcohólicas á lo menos, si la curación no es completa en algunos casos desesperantes, la detención del mal es posible conservándose una visión bastante normal; las recidivas ordinariamente son más alarmantes y pueden ocasionar fatales consecuencias que comprometan mas la visión para el porvenir.

Tratamiento. Suspensión brusca de las bebidas alcohólicas en general, régimen lacteo; como ésta dieta no puede ser tolerada por muy largo tiempo, debe alternarse con una alimentación sustanciosa y reparadora, cuando renazca el apetito y la función estomacal sea correcta, para combatir el insomnio 2 gramos de bromuro de potasio, de una sola vez dos horas antes de acostarse, habitualmente ocasionan un sueño tranquilo, la misma sal de estroncio puede emplearse al principio si la irritabilidad del estómago es muy intensa, el yoduro de potasio á la dósis de 3 á 4 gramos diarios, durante algún tiempo, es de gran utilidad, la estricnina en inyecciones hipodérmicas en las sienes alternativamente, el nitrato á la dósis de 1 milígramo diario es el que preferimos: la hidroterapia es un heróico ayudante del tratamiento, así como la electricidad, en forma de corrientes contínuas, al través de los nervios ópticos: cuando la enfermedad ha cedido completamente ó va, casi en vía de desaparecer, aconsejamos el uso por algún tiempo de una cucharadita de las de café antes de cada comida, del jarabe siguiente: Rp. Sulfato de estricnina 5 centígramos, Pirosfosfato de hierro 2 gramos, ácido fosfórico 16 gramos, jarabe de gengibre 120 gramos. Los colirios y extracción de sangre, creyendo éstos medios sin ningún efecto, no los usamos en nuestra práctica.

Setiembre de 1893.

Como corolario de nuestra lección añadiremos algunas líneas más; en el mes de Enero fuimos llamados en consulta con el señor Doctor Basalo, por el señor Doctor Guardia hijo, á exigencia de la familia, la cual puso en conocimiento á este último, de que nosotros habíamos tratado ya ántes, á dicho enfermo de una afección de los ojos. El caso era tan claro conocidos los antecedentes, que no tuvimos ninguna dificultad en diagnosticar que estábamos en presencia de un ataque de alcoholismo crónico que revestía una forma cerebro meningea, con pérdida absoluta del conocimiento y contractura permanente de los miembros y musculos de la masticación. Al decir de la familia, el enfermo había recobrado ya la visión y abandonó hacía algunos días el régimen que le habíamos trazado, volviendo á su vida corriente, tomando en la mesa el vino que ordinariamente acostumbraba! Pero ya conocemos, cuales son éstas dósis en quienes han tenido semejantes habitos! y aunque no hubiera habido exceso, sabemos que cantidades normales de alcohol son suficiente para hacer durar por largo tiempo los fenómenos de intoxicación crónica, como lo asegura Meynert, de Viena. Prescribimos el bromuro de potasio y el cloral en dósis suficiente; así como una enema purgante, quedando nuestro plan curativo sin efecto, pues el enfermo murió el tercer día después del ataque.

Marzo de 1894.

CLINICA QUIRURJICA

GANGRENA DEL ESCROTO Y PIEL PENE; ALBUMINURIA, INCLUSIÓN DE LOS TESTICULOS EN LA CAVIDAD ABDOMINAL.

CURACION

Observación:—N. N, de 22 años de edad, natural de Barcelona, de profesión jornalero, y accidentalmente alistado en el Ejército Nacional, de temperamento linfático; entró al Hospital Militar, siendo yo entonces Jefe de servicio en la sección 1a de dicho Establecimiento, el 20 de febrero de 1893.

En los antecedentes de este enfermo, no pesa