

GACETA MÉDICA

DEL NORTE

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA, CIRUJÍA Y FARMACIA

DEDICADA A LA DEFENSA DE INTERESES CIENTÍFICO-PROFESIONALES EN GENERAL

Y ÓRGANO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Época tercera

BILBAO 10 de Abril de 1899

Año V—Número 43

CRÓNICA

Á los empíricos y tradicionales hermanos Cosme y Damián, nuestros únicos representantes celestiales hasta la fecha, la medicina puede añadir hoy un verdadero científico que, entre los genios de la moral, interceda por ella. Entre los santos que figuran en la nueva promoción como dignos de los honores perpetuos del calendario nos encontramos con **un santo médico**: el italiano San Antonio María Zaccaria (1503-63) natural de Cremona en donde ejerció entre sus paisanos pobres después de haber cursado sus estudios en la Universidad de Pavía que le confirió el título de doctor. Quiera Dios, pues, que en lo sucesivo, por la falta que nos hace, contemos en las regiones celestes con un verdadero compañero que mire algo más por nosotros.

—Aunque todavía el tiempo no me ha permitido saborear las excelencias (que sin duda serán muchas) del nuevo libro del señor Rodríguez Pinilla, me parece poder predecir que su aparición es oportuna y de real utilidad. **Mentiras convencionales de la Medicina** se intitula el libro, y á fe que por lo fáciles que somos los médicos á dar por sabido lo que sabemos que ignoramos, no ha de faltar materia en obra de tal índole.

Ved aquí, en efecto, á propósito del célebre **proceso Bianchini**, médico judicial, lo que no pudiera haberse escrito por periódico alguno al no existir entre nosotros tan mentiroso convencionalismo que es decir falsedades tan verdaderas; y sin embargo, el *Figaro*, cosmopolita por ser parisién, dice así en estilo *ultra boulevardier*: «Lo

más chocante de esto es el número de médicos que han asistido á Bianchini. Cinco, por lo menos, y *á pesar de ellos Bianchini vive todavía!* Seguramente que este hombre nació en buena luna. Es verdad que cada médico le impuso diferente tratamiento y acaso los remedios se neutralizaron entre sí. Hubo quien diagnosticó una *congestión cerebral*, quién una variedad de *influenza*. Hasta se pensó por un momento en abrirle el cráneo! Esta operación carece hoy de importancia: se abre el cráneo, se mira lo que hay dentro, y si no se ve nada, vuelta á cerrar... Por fin, se ha llegado á saber que Bianchini estaba *envenenado*, si bien antes de ser oficial esta comprobación el hombre tuvo tiempo de morir hasta diez veces... ¿Contra quién guardar su resentimiento? En la actualidad sólo le falta la prueba del fuego. *Escapó brillantemente del veneno primero, y en seguida de los cinco médicos!*»

¿Cree el lector que resucitado Molière nos satiriza más en persona? ¿No es verdad que bien necesitamos de un santo compañero que interceda por nosotros? En efecto, el proceso en cuestión encierra el peritaje en un caso de **intoxicación por la atropina**. Brouardel, decano de la Facultad, en París; Vibert, médico legista y Ogier, director del Laboratorio de toxicología basan dicha intoxicación en la triada sintomática de *dilatación pupilar, sequedad de la garganta y alucinaciones*. Ante aserto tal de eminencias, sin duda, respetabilísimas, los doctores Charcot, hijo, y Gilles de la Tourette, también conocidos en el mundo científico, perseveran en afirmar la *imposibilidad de diagnosticar el envenenamiento por la atropina*, salvo el caso de existir idea preconcebida ó presunción en el médico. Sin embargo, la esposa de Bianchini, presunta autora del envenenamiento ha sido condenada á cinco años de trabajos forzados. ¿Es legal tal condena? ¿Es lógica? No puede caber la duda de que tal fallo, como otros muchos, haya podido ser basado en una equivocación, en un convencionalismo, en una colosal mentira?

—La idea de constitución médica como ambiente etéreo que penetrando en todos los males á todos imprimiera sello pronóstico y norma de tratamiento es hermosa intuición de nuestra secular medicina. Noticias de París, Londres, Bruselas, Madrid dan como cierta actualmente la **constitución estacionaria gripal**, ya desde hace años también avecindada entre nosotros. Pues bien, lector, ya que de mentiras convencionales hablara, no quiero dejar de recordar aquí que la primera noticia que de la grippé tuve en mi carrera fué la de una mentira también, á tal punto que bendiciendo al gran Broussais yo no veía en ella otra cosa que un invento de descamisados, una es-

pecie de *canard* de médicos sin clientes que á falta de mejor cosa discurrieron ese *coco*. Mas ¡vive Dios! que el fundador de la escuela fisiológica no debió nunca pasar la influenza en lo cual yo, simple cronista, aun no fundador, le llevo ventaja. Por dónde entró su microbio no lo sé; mas lo que sí afirmo es que éste, burlando esa policía interior (como llamaría Duclaux á los leucocitos) de mí no resistente organismo, se ha dignado por unos días moler mi cuerpo, quebrantar mi ánima, y por ende diferir una vez más la puntual aparición de nuestra GACETA. Tened, pues, muy en cuenta nuestras mentiras para saber diferenciarlas. No imitéis á Broussais en el definir, y menos á mí, en lo de enfermar. Afirmad la grippe, aun á pesar de tal maestro, sin que tengáis necesidad para ello, de apelar á sufrirla. Y que el santo Antonio María sea con vosotros.

DR. LESMES.

HIGIENE

Movimiento de la población en Francia en 1898

La mortalidad ha sido muy débil 751,019 defunciones en lugar de 841,000 media de los diez años anteriores. Natalidad siempre decreciente, 859,607 nacimientos ó sea 6,479 menos que en el año anterior cuyo número también fué mayor en su precedentes.

El balance como se ve es poco brillante, porque la debilidad de la mortalidad es una excepción, mientras que el decrecimiento de nacimientos es constante. La proporción de natalidad es en Francia de 22,4 por 1.000 habitantes, mientras es de 34 por 1.000 en Inglaterra, y en Austria, Italia y Alemania 38 por 1.000.

Es necesario hacer notar, como pequeña compensación que la mortalidad desde 1895 ha mejorado bajando de 22,4 por 1.000 en el 95, á 20,2 por 1.000 en el 96 y 19,6 en el 97.

(*Nouveaux Remedés.*)

R. P.



El consumo de carnes tuberculosas bajo el punto de vista de la salud pública

Mr. Jos Delcroix, Médico veterinario de Nassogne (Bélgica) se ocupa de esta cuestión tan importante hoy día en su artículo que

con este mismo epígrafe publica *Le Progrés Veterinaire* y dice lo siguiente: «Las dos cuestiones que sin duda ninguna, han emocionado más á los sabios y á los poderes públicos son el estudio de la tuberculosis y los medios de evitarla.

Yo opino que las carnes que provienen de animales tuberculosos, son peligrosas, tanto bajo el punto de vista de su manejo, como bajo el de su consumo.

Se ha establecido en efecto:

1.º Que la tuberculosis del hombre y de los animales son idénticas.

2.º Que el contagio por las vías digestivas es posible.

Las experiencias de los sabios que se han ocupado especialmente de este asunto dan las pruebas de estos dos principios.

El profesor Chauveau ha demostrado experimentalmente que el buey se infecta fácilmente con virus tuberculoso tomado del hombre. Pero como ha dicho el mismo profesor en el congreso de París de 1891, para el estudio de la tuberculosis en el hombre, el criterio experimental no puede ser apreciado más que bajo un punto de vista: del hombre al animal.

Es evidente que esto es suficiente para demostrar esta identidad pues si el hombre infecta fácilmente al buey, la recíproca se impone necesariamente.

El sabio profesor ha dividido sus experiencias en tres clases. Nosotros nos ocuparemos de una de ellas: aquella en la que la infección ha sido realizada por ingestión de materia tuberculosa en las vías digestivas.

Tres sujetos semejantes, infectados con materia tuberculosa bovina han llegado á ser tuberculosos.

Otros tres sujetos á los que no se hizo tragar nada no adquirieron la tuberculosis.

Otros animales que comieron materia virulenta proveniente de lesiones humanas, adquirieron igualmente la tuberculosis, y en la autopsia, era imposible reconocer las lesiones provocadas por el virus tomado sobre el buey, de aquellas que procedían de virus tomado sobre el hombre.

Estas lesiones presentaban todas los mismos caracteres. También se ha tratado de esta cuestión: ¿La carne del animal infectado es virulenta? Según los calculos del profesor Arloing, que ha analizado las experiencias hechas sobre el particular, resulta que la carne de animales tuberculosos ha infectado $\frac{1}{6}$ de casos y ha tuberculizado los sujetos inoculados en la proporción de un diez por ciento.

Esta cifra es ya considerable más si se considera que los bacillus están irregularmente repartidos en los músculos que se inyectan, que el jugo de una porción sumamente pequeña, es aún virulento, se comprenderá fácilmente que esta cifra de diez por ciento es inferior á la realidad.

Resulta que el uso de las carnes frescas tuberculosas es un peligro permanente para la especie humana.

Por humanidad pues se puede prohibir el uso de estas carnes y creo que las razones aducidas son suficientes para pedir esta medida radical. ¿Tal peligro no debe ser atacado por todos los medios posibles?

Debemos decir aquí que es verdaderamente una desgracia el ver á los gobiernos tolerar el envenenamiento de la especie humana en tan grande escala. Es un asesinato legal tanto más punible cuanto es más lento.

Sin embargo no se puede negar que esta prohibición es una pérdida sensible de substancias alimenticias que se podían repartir entre las clases menesterosas, de las que se olvida complacientemente la existencia. Pero no podemos hacer ingerir á estos seres un veneno ciertamente mortal bajo el pretexto de alimentarlos.

Sería un crimen inhumano é indigno de un país civilizado.

En este gran duelo existente entre los sabios para resolver esta cuestión en bien de todos, yo creo que la victoria estará de la parte de aquellos que quieren dejar libre el consumo de animales tuberculosos pero á condición de que estas carnes hayan sufrido la cocción completa.

Es de toda evidencia, que una carne bien hervida está perfectamente esterilizada, ninguna duda existe. Esta cocción para ser perfecta se ha de hacer á 115°, por consiguiente se debe hacer en los mataderos y en aparatos especiales.

La existencia de estos aparatos es la que yo sueño para todos los mataderos públicos.

La existencia de estos aparatos, es necesaria visto el aumento de la tuberculosis y sería muy útil á la agricultura.

Una bestia esterilizada puede dar al agricultor un rendimiento de 100 francos.

¿Qué se puede retirar de la esterilización de un animal tuberculoso?

- 1.º Carne cocida esterilizada, comparable á la carne del cocido.
- 2.º Jugo de carne, muy nutritivo comparable al extracto de (Bovril).
- 3.º Huesos.

4.º Grasa muy buscada por los fabricantes de margarina.

Por este procedimiento los trabajadores encontrarían á precio muy económico, un alimento sano y substancioso.

Los gastos de instalación se elevarían á 5.000 francos.

Hasta aquí el articulista francés, nosotros teniendo en cuenta la importancia de esta cuestión la trataremos haciéndola aplicable á nuestro país.

(*Le Progrés Veterinaire.*)

R. P.

BIOLOGÍA

Semeiología

Exploración clínica renal por medio de la glicosuria floridzica. (Dr. Achard, *Acad. des Scienc.* de París, Enero 99.) La inyección de floridzina en la piel determina, cuando el riñón está sano, una glicosuria experimental. Según observaciones de Klemperer, comprobadas muchas de ellas con autopsias, esta glicosuria no se produce si el riñón está lesionado: de aquí un nuevo método ó prueba de exploración que no excluye, por lo demás, los otros medios exploratorios del riñón.

Para esto (previamente asegurados de que el sujeto no tiene glicosuria expon-tánea) inyéctase la floridzina, á la dosis mínima de cinco miligramos, y se investiga el azúcar en la orina metódicamente recogida á partir del momento de la inyección. Cuando los riñones son indemnes el azúcar pasa á la orina durante unas tres horas variando su cantidad entre 0,50 gramos á 2,50 gramos. En la mayoría de casos en que el cuadro sintomático hace suponer un mal funcionamiento en los riñones, la glicosuria suele faltar ó es en muy mínima cantidad.

M. V.

CIRUJÍA

El drenaje en las fracturas del maxilar inferior por E. Ribas y Ribas

Generalmente en las fracturas del maxilar inferior rásgase la mucosa, poniendo en comunicación el foco de fractura con la cavidad bucal, más ó menos amplia según sea aquélla pero siempre extensa en las conminutas por arma de fuego. La saliva baña de continuo el foco traumatizado y origina flógosis en los

tejidos próximos y en ocasiones septicemia aguda, infección purulenta ó bien el absceso formado en el foco de fractura, invade y diseca regiones próximas y aun llega á extenderse hasta el pericardio (enfermo de Abraham).

Delante de una fractura del maxilar inferior, aun si es conminuta, debe obrarse sin precipitación y *saber esperar* (salvo en casos excepcionales). La contención y el drenaje son los dos puntos capitales que deben ponerse en práctica y hasta me atrevo á decir que el drenaje tiene más importancia y es más urgente por los peligros á que expone la falta del mismo. Como sólo es mi intención hacer resaltar la necesidad del drenaje paso por alto la contención y demás cuidados que requiere toda fractura del maxilar inferior. Que el foco de fractura en comunicación con la cavidad bucal es un foco séptico nadie lo duda; que la desinfección por los lavados es cosa corriente de todos es sabido; pero las prácticas exclusivas de lavados de la cavidad bucal resultan ilusorias que si lavan en el momento de practicarlos, inmediatamente el foco de fractura está en contacto con la saliva que retiene en sus anfractuosidades (si es conminuta sobre todo) y la sepsis surge nuevamente si por acaso el lavado *limpio*; aparte que es bastante difícil hacer un buen lavado, por la constricción de las mandíbulas que impide entre y salga por la misma abertura con facilidad el líquido empleado; inconveniente que se ha tenido presente en la construcción de los distintos aparatos de contención, haciendo una escotadura en la parte superior de los mismos, como en la simple placa de corcho y cautchú, ó dejando orificios bastante amplios, como en el aparato de Liston y Nasmyth ó aparato de Cunnig pero si estas modificaciones son indispensables para la alimentación del enfermo resultan de poca monta para la antisepsia del foco de fractura, que, únicamente será cierta con un buen drenaje practicado en sitio declive.

Una de las conquistas más positivas de la Cirujía, es el *drenaje* y aun hoy, los prácticos se esfuerzan en buscar los sitios de elección ya que de todos es sabido no basta colocar uno ó varios tubos de goma; precisa que drenen y esto es más difícil de lo que á primera vista parece; casos hay donde solamente con un estudio completo de la lesión y perfecto conocimiento anatómico de la región, será posible hacer buen *drenaje*.

Los que vemos continuamente enfermos de cirujía apreciamos la importancia de lo expuesto; cuántas y cuántas veces hemos visto una misma lesión (sobre todo articulares), curarse rápidamente unas y prolongarse otras y aun desesperar del éxito y todo debido al drenaje inteligente en el primer caso, ciego y rutinario en el segundo.

El drenaje es indispensable en las fracturas del maxilar inferior con abertura del foco de fractura en la cavidad bucal, y su necesidad sube de punto en las conminutas con extenso foco y amplia comunicación; sólo adoptando sistemáticamente tal práctica, veremos desaparecer las linfangitis, adeno-flemones supra-hioideos descritos por Frelat, Weber y Dobeau y las infecciones generales ya apuntadas de curso variable y que dependen de la gravedad de la herida, septicidad de la boca y de la resistencia orgánica. Es la aplicación de una ley general de cirujía: el drenaje se impone siempre que una herida esté en comunicación con una cavidad séptica.

Una abertura en el suelo de la boca á través de la región supra-hioidea basta para colocar un tubo drenaje y asegurar un buen desagüe del foco de fractura. Práctica seguida por mi querido y eminente maestro el Dr. Esquerdo en cuya clínica he apreciado el valor de tan sencillo proceder.

Basta haber visto un individuo fracturado del maxilar inferior 5 ó 6 días después, á quien se le ha practicado tan sólo la contención de los fragmentos, para recordar con repulsión su fisonomía, cara inmóvil, babeando de continuo, tumefacta la región sublingual, fetidez extraordinaria etc. Practíquese el drenaje, tal como hemos indicado, y como por encanto la cara se anima, cesa el continuo saliveo y la linfangitis desaparece rápidamente.

El drenaje sublingual debe pues practicarse siempre, tanto más estando al alcance de todos por no requerir habilidad ninguna y siendo tan asequible vale la pena no hagamos correr peligros al enfermo que aun descontados nos queden las molestias del continuo saliveo que afecta profundamente lo moral del individuo.

(*Rev. de Medic. Cir. y Farmacia*).

MEDICINA PRÁCTICA

Cornezuelo de centeno en el tratamiento de la malaria crónica.—*A. Jacobi*. Comunica al congreso de la asociación climatológica americana (Septiembre del 98) el resumen de experiencias personales durante un espacio de 40 años, presentando las conclusiones siguientes:

1.º Hay casos de fiebre intermitente crónica con tumefacción del bazo que han resistido á la acción de la quinina, arsénico, azul de metyleno, eucaliptus y piperina y sobre los que ha tenido influencia el cornezuelo.

2.º La acción constrictora del cornezuelo se manifiesta después de un tiempo más ó menos largo, en todos los casos en que la tumefacción esplénica no es muy inveterada, ni establecida de una manera estable.

3.º Los accesos desaparecen antes que la disminución del volumen del bazo sea muy acusada.

4.º La marcha de la temperatura después de la administración del centeno cornezuelo es irregular, sobrevienen exacerbaciones de tiempo en tiempo; pero en regla general estas elevaciones no son acompañadas del escalofrío.

5.º Las plasmodias parece que tardan en desaparecer de la sangre más tiempo del que tardan cuando la quinina da buenos resultados; pero la presencia de algunas de ellas no impide el que los en-

fermos se encuentran bastante bien, gracias á la acción bienhechora del cornezuelo que hace desaparecer los accesos.

6.º Si la afección está complicada con dolores locales se recurrirá al empleo de las aplicaciones de hielo ó duchas frías; si no dan resultado se empleará la termoterapia. La hiperplasia crónica será sometida al tratamiento del ioduro de hierro: en cuanto á los disturbios gástricos se emplearán los eméticos purgantes, y los estomacales.

Apoyándose sobre un gran número de experiencias en las que el autor ha ensayado con éxito el cornezuelo, se cree autorizado á afirmar que muchos casos rebeldes á todo tratamiento curaron con éste. Á veces se encuentran casos en los que la temperatura se eleva aun apesar de haberse servido con éxito de este tratamiento, en estos casos se deberán combinar el empleo del cornezuelo con el de la quinina ó bien del cornezuelo y del arsénico. En los casos de fiebre intermitente crónica, con hydremia y tumefacción del bazo poco acusada, el centeno cornezuelo, provoca á veces el primer escalofrío y la fiebre este efecto se debe atribuir á la acción constrictora del centeno cornezuelo que obra sobre el bazo y arroja de él las plasmoidias que pasan al torrente circulatorio.

(The Philade. med. Journ.)

Sopa de malta en el tratamiento de las afecciones gastro-intestinales en los niños de pecho.—He aquí cómo Keller prepara la sopa de malta que recomienda á los niños de pecho atacados de las infecciones arriba indicadas.

50 gramos de harina de trigo son desleídos en un tercio de litro de leche de vaca, y se pasa esta mezcla por un tamiz. Por otra parte 100 gramos de extracto de malta se disolverán en dos tercios de litro de agua á 50º centígrados añadiendo una solución de carbonato de potasa al 11 %, 10 C. C. de solución de carbonato, esta solución se mezclará con la primera y se someterá el todo á la ebullición.

El autor ha obtenido muy buenos resultados aun en los casos en que se trataba de afecciones muy graves, el mismo autor publicará una obra sobre el particular en la que explicará la razón científica de este tratamiento. Esta obra aparecerá en breve.

(Berlin, Klin, Wchuschrft.)

Sobre el abuso de los analgésicos.—Los Doctores Knapp y Greenleaf de Boston, han llamado últimamente la atención sobre el abuso que hacen las mujeres nerviosas de los diversos analgésicos

que se encuentran *actualmente en moda* y sobre los accidentes de intoxicación que pueden resultar.

Mr. Greenleaf cree que la acetanilida es tóxica á la dosis de 1,50 gramos durante las 24 horas.

Sin embargo el Dr. Knapp cita el caso de una señora joven que padecía de un tumor cerebral que había tomado durante un año un kilogramo de fenacetina á la dosis de 1,10 á 5 gramos diarios, sin fenómenos de intoxicación, en otro caso la enferma tomó la misma cantidad de antipirina sin ningún inconveniente.

Nosotros dice el que comenta la noticia no conoceremos nunca todos los misterios de la idiosincrasia.

DR. TRISMEGISTUS.

(*Nouveaux Remedes.*)

MEDICINA INFANTIL

Dos casos de espina bífida.—Con los números de orden 1005 y 1040 se encuentran anotadas dos historias clínicas de dos niños asistidos en el Consultorio público y gratuito del Hospital Civil, cuya sección de niños está á mi cargo.

Las dos historias son iguales por cuya razón haré la de uno de ellos.

En el mes de Enero último se presentó un niño de cuatro meses sin antecedente paterno alguno é igualmente respecto á la madre, la cual ni durante la gestación ni antes ni después de ella ha presentado fenómeno alguno que llame la atención.

El niño nació á término y con el desarrollo y peso normales.

En la región dorso lumbar, línea media, presentaba un tumor sexil, del tamaño de una naranja, indoloro, liso, fluctuante y trasparente á la iluminación lateral: la piel era normal en un todo.

Desde el nacimiento hasta el día en que me fué presentado, el tumor había crecido algo según manifestación de la madre, la cual habiendo oído á su médico que aquello podía ser operado venía decidida al consultorio respecto á la necesidad y urgencia de la intervención.

En este estado de ánimo, al hablarla de la gravedad del caso (pues son muy contados los niños que curan espontáneamente y los que viven largos años portadores de tal tumor) de la necesidad de intervención más ó menos tardía y de la inocuidad de la punción aspiradora, seguida de inyección, la madre prestó su consentimiento y se procedió sin grandes esperanzas de resultado á la pequeña operación.

Bajo proceder aséptico, se hizo una punción en la parte media del tumor, as-

pirando 30 gramos de una serosidad limpia, clara, trasparente, líquido encéfalo raquídeo, en suma.

Con la misma jeringa aseptizada de nuevo se inyectan 10 gramos de la solución siguiente:

Iodo	1 gramo
Ioduro potásico	4 >
Agua destilada.	120 >

Pasados 2 minutos próximamente se extrae del total contenido del quiste (serosidad y líquido de inyección, 30 gramos, hecho lo cual se coloca un apósito ligeramente compresivo, compuesto de gasa yodofórmica, algodón aséptico y venda.

Nada hay pues, hasta este punto que llame la atención; enfermo y tratamiento son de una vulgaridad aplastante, pero á esto ordinario y corriente se agregó con harta sorpresa mía y no menor disgusto la sospecha de que los niños se morirían sin salir del consultorio. No me hubiera chocado, aunque no me hubiera sido grata, la muerte de uno de los niños porque estaba tan débil, y era tan poquita cosa que bien puede decirse pertenecía á los que dice el vulgo que se les mata de un soplo; pero el que se ha historiado sí porque tenía todas las trazas de niño robusto y sano.

El hecho ocurrió del modo siguiente: al colocar el niño en decúbito prono para la punción, empezó á llorar con un grito potente normal como correspondía á su edad y las circunstancias porque iba átravesando, pero este grito fué haciéndose en el curso de la intervención, más débil, ronco, entre cortado, espasmódico en suma, acompañándose de una rapidez y poquedad del pulso alarmante; al mismo tiempo la cara se puso pálida como cianótica, casi de agonía.

Este cuadro fué igual en los dos niños, induciéndome esto á su publicación, puesto que ni durante la aspiración más ó menos completa (no se recomienda la aspiración de todo el líquido) ni aun en la estirpación del saco con lo cual se pierde todo el líquido á pesar de los cuidados más minuciosos, he leído, ni tengo noticias de este cuadro aterrador.

Quizá haya ocurrido á alguno y vista su inocuidad no le haya dado importancia; yo sin embargo creo que la tiene, puesto que, según ví en estos dos enfermos, nada tendría de particular que en otra ocasión y por otro colega se haga la aspiración é inyección asegurando á la familia su inocuidad y se encuentre con el niño muerto entre los brazos.

En resumen dos casos de espina bífida de tumor sexil, en los cuales fué acompañada la inocente aspiración é inyección de un cuadro en extremo alarmante debido á mi juicio á una falta repentina de presión cerebro bulbar.

Asistencia hospitalaria del sarampión.—El Dr. Variot publica en *Journal de Clinique et Thérapeutique Infantiles* un artículo á este respecto.

En un viaje que hice á Londres el año 1889, llamó mi atención, dice, no encontrar en los hospitales departamento alguno en el cual se diera asistencia á los niños afectos de sarampión. Preguntando á nuestros colegas ingleses cuál era la causa de esta falta me contestaron: desde hace bastantes años existe una ley emanada del Parlamento por la cual se prohíbe la hospitalización de los sarampioneros.

sos, pues es cosa comprobada que el sarampión es de mucha más gravedad en el Hospital que en la ciudad.

Ignoro si esto hoy está aún en vigor, pero después de esta visita he visto que la mortalidad en el Hospital Tronman es mayor, en un tercio casi, que fuera del asilo.

Todos los médicos de Hospitales han podido comprobar este aserto y las estadísticas de M. Comby durante los años 1882, 83, 84 y 86, lo comprueban de un modo concluyente.

El contingente de mortalidad hospitalaria aportado por esta exantema puede evaluarse en un tercio más que el acusado por las estadísticas municipales.

De esto se deduce que sería mucho más conveniente dotar á las familias menesterosas de recursos bastantes á combatir el mal impidiendo así su hospitalización.

Es cosa comprobada que en las familias pudientes el sarampión no es enfermedad de cuidado, se le llama pequeño sarampión por su habitual benignidad.

La causa ordinaria de muerte es la bronconenmonía y esta complicación es mucho más frecuente en el Hospital, donde, á pesar de los mejores deseos no puede combatirse el hacinamiento.

Laboratorio de radioscopia del Hospital Trousseau.
Foco de pneumonia central, inaccesible en un todo, á la percusión y á la auscultación, en una niña de nueve años y medio, descubierto por el examen radioscópico.—(Por Variot y Chiclot.)

El diagnóstico clínico de la pneumonia central en el niño presenta algunas veces grandes dificultades; no solamente los signos de auscultación y percusión faltan sino que también la expectoración típica, que constituye un síntoma patognomónico en la edad adulta y aun en el niño.

La hipertermia con aceleración á más poco acentuada de la respiración, con dolor vago irradiado bien diferente del verdadero punto de costado del adulto; el embarazo gástrico, y la postración que se observan no son siempre síntomas suficientes para establecer el diagnóstico de pneumonia.

Á veces se duda varios días, hasta la baja de temperatura, hasta la defervescencia.

En tales circunstancias el examen radioscópico nos presta más ayuda que ningún otro género de exploración, pues él nos permite percibir con los ojos el foco de condensación que escapa á la percusión y á la auscultación.

La radioscopia, como han demostrado los señores Bouchard y Beclère, en Francia, nos pone de manifiesto más ó menos distintamente diferencias de densidad pulmonar ya sea en la tuberculosis, ya en la pneumonia. En los casos habituales de pneumonia los signos físicos y los síntomas son tan evidentes que no se necesita comprobación radioscópica.

Por el contrario, en casos como el que vamos á discutir, la radioscopia es indispensable, tanto para precisar el diagnóstico como para señalar el sitio de la lesión; ventajas sólo aportables por el nuevo método de exploración debido á Röntgen.

C. Angele, de nueve años y medio de edad, ingresa el 18 de Febrero último en la Sala Triboulet, número 7, servicio de M. Variot en el Hospital Trousseau.

Según los datos aportados por la madre, esta niña se encuentra enferma desde hace cinco días; la afección empieza por un ligero dolor de cabeza con malestar. La niña había experimentado, además dolores vagos en la base del tórax. Desde esto la enfermedad tose y ha perdido el apetito.

Á su entrada en el Hospital se queja de un dolor ligero en la base del tórax. La inapetencia continúa; la lengua es blanca, saburrosa: ha tenido ligera diarrea la víspera.

Temperatura de la tarde 39° C.

La percusión y auscultación no dan signo alguno ni para mí ni para el interno de servicio, M. Licard: son en un todo negativas.

Se notan ligeras vesículas de herpes en la comisura bucal izquierda y debajo del labio inferior. Esta erupción especial coincidiendo con la hipertermia señalada, nos hacen presumir que se trata de un caso de pneumonia central, á pesar de que la respiración no aporta dato alguno.

En la siguiente mañana la temperatura baja á 38, el 20 de Febrero á la tarde á 37, desde entonces sigue normal.

El 21 de Febrero es llevada la niña al laboratorio de radiografía.

Examinada con un tubo Mouret muy luminoso no se percibe nada: puesto otro menos huminoso de Chabot Villar, da una sombra como el tamaño de un duro, situada en la parte media del pulmón derecho.

Es sabido con cuánta rapidez se reabsorben los exudados pneumónicos en el niño; á esto se debe, sin duda alguna, la pequeñez de la sombra encontrada: el foco de pneumonia ya en regresión no podía ser mayor pues hay que tener en cuenta que el examen ha sido hecho 48 horas después de la defervescencia.

De cualquier modo, hemos adquirido con la radioscopia un medio de investigación preciso del cual carecíamos.

En Diciembre último ya había podido comprobar otro foco pneumónico no descubierto por la auscultación y percusión.

¿Cuál es el valor terapéutico del gargarismo?—(*München Medicin. Wochenschrift.*)—¿El gargarismo es un procedimiento terapéutico racional? ¿Alcanza ó consigue el objeto que se propone? Tal es la cuestión que el señor Lacuger se propone resolver experimentalmente. Á nadie escapará la alta importancia de esta cuestión, pues el gargarismo es siempre ensalzado tanto por el médico como por el público.

Con el gargarismo nos proponemos poner en contacto una sustancia medicamentosa con la mucosa bucal amigdalina y faríngea. ¿Este contacto se consigue realmente? una experiencia fácil de realizar puede darnos la contestación. Hágase una gárgara con una solución colorante y examínese después la mucosa. Estas experiencias no dan resultado alguno positivo: en una misma persona se ve unas veces coloreada la mucosa y otras no. El autor ha visto algunas veces colorearse la pared posterior de la faringe mientras las amígdalas han permanecido sin colorearse. Mas como este proceder es por demás incierto, el autor lo ha modifica-

do del modo siguiente: con un pincel de algodón hidrófilo empapado en una solución de metileno embadurna las amígdalas, é inmediatamente manda hacer un gargarismo con agua pura. La cantidad de materia colorante es suficiente para dar el color azul á un vaso de agua pura; el agua del gargarismo si se ha puesto en contacto de las amígdalas debe salir coloreada. En numerosas experiencias se ha visto que el agua del gargarismo sale clara, es decir que no se ha puesto en contacto con la mucosa coloreada, á pesar de que algunas veces el examen demuestra que las amígdalas y la pared posterior de la faringe están coloreadas. El autor hace una contra experiencia, embadurna la base de la lengua y la úvula y el agua del gargarismo se tiñe de azul. Otra experiencia: con un pulverizador pulveriza la lengua, la úvula y las amígdalas con polvos de almidón é inmediatamente manda hacer un gargarismo con glicerina iodada; la lengua y la úvula se colorean, las amígdalas no; dedúcese de esto que el gargarismo no llega nunca ni á las amígdalas, ni á la faringe. Mas ¿cómo explicar entonces que algunas veces después de los gargarismos colorantes se encuentran aunque ligeramente coloreadas las amígdalas, y la faringe? El autor cree que depende de algunas gotas que caen después del gargarismo cuando éste ha sido menor de 15 segundos. ¿Cómo, pues, debe suplirse el gargarismo? con el embadurnamiento de las partes que se quiere atacar, por medio de un tapón de algodón empapado en la sustancia medicamentosa.

No he tenido curiosidad en comprobar la verdad de las experiencias arriba descritas, pero aun creyendo, como creo en la verdad de ella, considero muy difícil que este proceder terapéutico (á la par que los revulsivos) del gusto de las gentes y de los médicos que á diario los prescribimos, caiga en el olvido á que tales experiencias le condenan.

APARICIO.

CLÍNICA TERAPÉUTICA

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Resumen hecho por su presidente don Filomeno Soltura, en la terminación del debate sobre este tema. (Sesión del 3 de Febrero de 1899.)

La hidroterapia fría en las enfermedades infecciosas

SEÑORES ACADÉMICOS:

Tres asuntos á cual más importantes van tratados en esta modesta Academia y que por sí solos justificarían la necesidad de su existencia, como quiera que con la extensión dada á su debate se han

conseguido dos resultados: uno el tratar de disminuir la morbilidad y mortalidad en la villa y otro unificar criterios profesionales antes distanciados.

Me refiero á las infecciones puerperales tratadas por el señor Gil y Gorroño, la desinfección en general expuesta por el señor Arístegui y el objeto de este resumen por el señor Ledo.

Las opiniones emitidas sobre el tratamiento por el agua fría de las infecciones han descansado, unas, en la acción fisiológica del frío como hipotermizante y tónico general que modifica el curso de la enfermedad, haciéndola benigna y otras, fundándose en que considerando la fiebre, como una defensa general del organismo, sólo debe intervenir con los medios antepíséticos, cuando la hipertermia amenace la vida.

En apoyo de la opinión primera, se han aducido estadísticas comparativas de diversas epidemias ocurridas en Inglaterra, Francia y Alemania con la escarlatina, fiebre tifoidea, sarampión y neumonías infecciosas, entre los tratamientos por la quinina, alcohol, antipirina, ácido salicílico, digital y el agua fría, resultando favorables á ésta.

Los partidarios de la segunda, han manifestado que la antitermia sistemática es perjudicial, como lo prueban los hechos experimentales, pues abrevian la muerte y ocultando el incendio, impiden observar al médico el curso que lleva la enfermedad.

Además; se añadió por algunos, que aun admitiendo la necesidad, en casos dados, de intervenir contra la hipertermia, era peligroso el empleo del agua fría, en atención al choque que recibe el sistema nervioso y el corazón. En cuanto á las estadísticas, se expusieron desconfianzas en ellas, pues las hay para todos gustos. Tantos curan ó mueren en una epidemia de fiebre tifoidea, por ejemplo, empleando el agua fría, como los tratamientos antiguos.

Descendiendo al detalle del empleo del agua fría en baño general, también se han observado regateo en los grados de temperatura; mientras unos aceptaron el procedimiento de Brand en su pureza, otros llegaban á subir la temperatura de 24° á 32° resultando ya templados.

¶ Como se ve de esta diversa apreciación del asunto, el problema á resolver es el siguiente:

¿Conviene al proceso curativo de las enfermedades infecciosas el combatir la fiebre?

Considerada la cuestión en principio, la contestación sería afirmativa, como quiera que dirigiendo la acción contra las causas que la

determinan, se obtendría la curación del enfermo; pero será negativa, si los medios empleados se limitan á producir el descenso de la temperatura.

Del examen de las diferentes doctrinas que acerca de la fiebre se han emitido, se observan dos deducciones sacadas para su tratamiento; una considerándola como un grave peligro que debe removerse y otra, por el contrario, que ve en ella una defensa general del organismo, que habrá de respetarse.

Liebermeister con su famosa trilogía, Liten y otros han sido los que con sus exageraciones de peligro en el aumento de calor, difundieron entre los médicos las aficiones antitérmicas de todos géneros.

Bouchard y Charrín, partiendo de la opinión de que siendo la inflamación una defensa local de la economía que sabe sacrificar una parte del organismo para salvar su totalidad, se inclinan á creer que la fiebre es una defensa general y por consiguiente no debe perturbarse.

Antes de enumerar lo que el método experimental (la clínica y el laboratorio) y las estadísticas nos dicen, no está demás, el que enuncie las clases de fiebre que hay, según los teorías de ésta.

Todas estas teorías clínicamente consideradas pueden clasificarse en dos grupos: nerviosas y hemáticas.

Pertenece al primer grupo la fiebre que en ocasiones aparece con el histerismo, corea, epilepsia y delirium tremens debida á trastornos funcionales de la corteza cerebral. Las lesiones del centro nervioso de origen traumático dan lugar á hipertermia con la particularidad de que cuando la lesión es unilateral la temperatura se acentúa más en el lado contrario á la lesión.

La pirexia de origen reflejo es más frecuente de lo que se cree. En fracturas simples, cólicos hepático y renal así como en ciertas quemaduras exentas todas de infección, se advierte la hipertermia.

Ciertas sustancias orgánicas en putrefacción, fermentos hidrolíticos y alcaloides como la veratrina, cocaína, atropina y estrignina producen irritando el sistema nervioso, la calentura.

La fiebre ocasionada por un exceso de trabajo físico es también aséptica y de origen nervioso.

La variedad de fiebre hemática es, á no dudar, la más grave é importante, puesto que es debida á la presencia en la sangre de las toxinas micróbicas que actúan sobre los tejidos acelerando su desasimilación y en el sistema nervioso y muscular intoxicándolos hasta producir la digeneración granulograsienta de sus células.

Pasando al terreno experimental y estadístico en los que ha sido tratado el asunto, expondré los trabajos extractados que se han presentado en las sesiones de Julio y Agosto de 1894 celebradas en Bristol por la Asociación Médica Británica y en el Congreso décimo-cuarto alemán de Medicina de Abril de 1896 en Wiesbaden.

En Bristol expuso M. W. Hale White de Londres.

1.º Que se halla probado que en varias fiebres hemáticas y por consiguiente infecciosas, además de la toxina piretógena, hay un álcali venenoso que ataca al sistema nervioso. Tal sucede con el carbunco, en el cual existe una albumosa que ocasiona la fiebre y un álcali el edema y coma; en la difteria y endocarditis maligna sucede algo parecido.

2.º En el tratamiento de la fiebre debe distinguirse entre la hiperpirexia y la simple pirexia, pues la primera da 84 % de muertes y debe ser combatida por los baños fríos con energía y de ninguna manera con los medicamentos antitérmicos que no merecen confianza alguna. En cuanto á la segunda, debe respetarse, á fin de que con su descanso no engañe al médico creyendo en una mejoría y no impidiendo en que la otra toxina acarree la muerte insensiblemente.

3.º Los únicos medicamentos antitérmicos que deben emplearse son los que obran sobre la causa de la enfermedad, como la quina, los mercuriales y salicilatos en los intermitentes, fiebre sifilítica y reumatismo infeccioso.

4.º En la fiebre tifoidea la balneación fría se impone por ser muy provechosa no sólo como antitérmico, que es lo de menos, sino porque obra de una manera específica por hoy inexplicable.

En el congreso citado presentaron unos trabajos los Srs. Kast de Breslau y Unverricht de Magdeburgo cuyas conclusiones son:

1.º Que la fiebre es una defensa del organismo en las enfermedades infecciosas, porque favorece la leucocitosis. Muchas bacterias, tales como la carbunco, gonocócica, tuberculosa neumocócica, no soportan temperaturas elevadas.

2.º Bastantes infecciones siguen su curso, en ocasiones, sin hipertermia, tales como el tífus afebril y la neumonía en los viejos, y no son por eso menos graves.

3.º El descenso de la temperatura que se obtiene con los medicamentos, no hace desaparecer en manera alguna, los demás síntomas, antes bien perjudican en su evolución. Hecho el experimento de dar antipiréticos ó colocar en habitaciones frías, á conejos infectados con estafilococos, su muerte es más pronta y en cambio duran diez ó doce días abandonados á los esfuerzos de su organismo

4.º Son muy exagerados los extragos atribuidos á la hipertermia: Ni la desasimilación orgánica es tan grande, ni las tan temidas degeneraciones cardiacas y nerviosas como supuso Siten, tienen lugar antes de nueve á diez días de fiebre alta, no siendo tampoco cierto el que la sangre pierda su alcalinidad.

5.º Cuando la hipertermia se hace peligrosa para el sistema nervioso y corazón debe usarse el baño frío con preferencia á los medicamentos.

6.º Los únicos medicamentos antipiréticos que deben usarse son la quinina en las intermitentes y el salicilato sódico en el reumatismo.

7.º Refiriéndose á la fiebre tifoidea, cabe recordar la cifra muy elevada de mortalidad de 20,7 % señalada por Ries sobre un número de 377 tifoideos sometidos al tratamiento salicilado; la de Mauri de 12,03 % exclusivamente tratados por la antipirina y 8,6 % con el agua fría. Las estadísticas inglesas y francesas relativas á la escarlatina y fiebre tifoidea dan un resultado análogo.

Ahora bien: para dilucidar el problema propuesto sobre la utilidad ó no de la fiebre al proceso curativo de las enfermedades infecciosas, faltan hoy condiciones en la ciencia para apreciarla con exactitud. Mientras no se consiga con el conocimiento mejor de las toxinas que envenenan, aislar los fenómenos infecciosos, de los de la hipertermia, no es posible asegurar si es ó no una defensa del organismo.

Todos hemos apreciado en la práctica la falta de relación de la hipertermia con el pulso, disnea, alteraciones sanguíneas y del encéfalo. ¡Cuántas veces con temperaturas elevadas las perturbaciones citadas no han sido más graduadas que con bajas! Esto indica que en las enfermedades infecciosas casi siempre lo accesorio, es la elevación de temperatura y lo principal, la infección venenosa, pues la hipertermia sola, rara vez mata.

En su consecuencia, sea ó no la fiebre una defensa del organismo, el uso de los medicamentos autotérmicos no está justificado, salvo aquellos que obran sobre la causa de la infección. En este caso se hallan, como sabéis, la quinina, mercurio y ácido salicílico que combaten las fiebres intermitentes, sífilítica y reumática atacando á los organismos inferiores que son su causa.

Sólo á título de nervinos pueden usarse con gran prudencia.

El agua fría por su acción fisiológica tónica general más que la antitérmica, está probado que es muy útil en las infecciones porque aumenta la resistencia del organismo y favorece la leucocitosis acrecentando el poder antitóxico del suero sanguíneo, á la vez que elimina las toxinas.

Su empleo debe ser prudente y no sistemático salvo en la fiebre tifoidea en la que está reconocido su buen resultado por estadísticas numerosas.

¿Cómo debe emplearse el agua fría? Siempre que no haya contraindicaciones por parte del corazón, sudor ó debilidad extrema del enfermo, es posible el baño, á las afusiones frías y la sábana mojada y empleando, según el procedimiento de Brand á 24° C. é ir bajando durante él, á 20° ó 18°, según la susceptibilidad del enfermo ó gravedad de la infección.

Todo lo que sea subir los grados ha dado resultados negativos y ha sido la causa principal del descrédito de la hidroterapia fría. Así mismo, hay que recurrir á ella con la oportunidad debida.

La hidroterapia fría en las enfermedades infecciosas, mientras otros medios tales como la sueroterapia y la anteseptis hecha en las puertas de entrada de la infección, no adquieran mayor desenvolvimiento, es á no dudar el único agente que ayuda á la naturaleza en estas enfermedades.

Aquí debiera terminar este resumen: pero ya que la discusión ha versado particularmente basándose en la fiebre tifoidea, hoy reinante en forma epidémica en la villa, no puedo resistir á la idea de exponer el detalle de su tratamiento por la hidroterapia fría, seguido en el hospital de Necker en París servicio de Mr. Dieulafoy, por si lleva el convencimiento á los adversarios y tibios de la confianza que inspira.

Hospital de Necker. Desde hace algunos años Mr. Dieulafoy no muy partidario del agua fría, vistas las estadísticas comparativas hechas en varias epidemias de diversa gravedad, empleando los tratamientos antitérmicos medicamentosos y aun el agua á temperaturas más superiores que 24° C., se halla hoy instituido como tratamiento único el agua fría, según el procedimiento de Brand llevado de una manera sistemática, en atención á que no puede predecirse de esta enfermedad, si llevará un curso regular ó el enfermo no podrá resistir tanto tiempo como el que dura, la intoxicación unida á una temperatura elevada.

Con el fin de establecer el plan hidroterápico lo más antes posible se adopta como principio para el diagnóstico que todo enfermo que tenga cefalalgia, abatimiento de fuerzas, insomnio, epistaxis, inapetencia, temperatura con tendencia progresiva creciente llegando por la tarde á 39° C. y presente la reacción de Widal el suero sanguíneo, es calificado de tifoideo, sin esperar á que se presenten las manchas rasáceas y el ascenso del calor á 40° C. ó más.

Se coloca una bañera en el cuarto del enfermo cerca de la cama con

agua á 24° C. y se tiene preparada una infusión de te con cognac.

Se le sumerge en él al enfermo completamente desnudo, fricciónándole el cuerpo y los miembros, pero respetando el abdomen. Se va añadiendo lentamente agua fría, hasta que el termómetro baje á 22°, 21° ó 20°, según los casos. A medida que se añade una cantidad de agua, se retira de la bañera otra igual, para evitar la impresión brusca de escalofrío que aparece, si se llega de repente ó poco menos, á 20° C. El enfermo debe estar en el baño un tiempo variable, según su susceptibilidad, que varía entre cinco y diez minutos ó más. En la cabeza se le ponen compresas de agua fría.

Terminado el baño ó antes, si el escalofrío se presentara, se le saca de él, sin enjugar el cuerpo para envolverlo en una manta de algodón y no de lana, dándole á continuación á beber la taza de infusión con el cognac.

El baño se repite cada tres ó cuatro horas, según que la temperatura exagerándose lo exija. Así es que, si se observa que el estado general es bueno, no hay síntomas nerviosos y la temperatura no pasa de 40° C. y si la manera de ascender después del baño, no es rápida, nos limitaremos á dar cuatro baños al día, dos por la mañana y dos por la noche. Por el contrario, si la temperatura, á pesar del baño, es elevada y hay tendencia á la ataxo-adinamia, casos los más terribles, es preciso dar el baño á 20° C. y bajar á 18°.

Según el curso que siga la enfermedad, se continúa con la balneación disminuyendo el número de los baños y elevando su temperatura, para convertirlos en baños tónicos á 32° C.

No hay necesidad de cambiar el agua de la bañera en cada baño, salvo el caso de haberse ensuciado el agua por orinas, heces fecales ó desaseo de la persona. Basta renovarla cada 24 horas.

En el intervalo de los baños, es útil dejar compresas empapadas en agua fría en el vientre del enfermo, renovándolas, si no estuviere dormido.

Este medio unido á la leche en gran cantidad, las lavativas borricas frías y ligeros purgantes dados con la leche al comenzar, constituyen la base del tratamiento de la tifoidea.

No hay más contraindicaciones del baño que las ya enumeradas y por lo tanto antes de darlo debe examinarse bien el pulso y corregirlo con los medios apropiados, si estuviere alterado gravemente.

No debe tenerse en cuenta para nada la bronquitis, hemorragias etc. para dejar de dar el baño.

En cuanto al tratamiento sintomático de cefalea etc. se usarán los medios conocidos.

Con estos medios, la mortalidad del hospital Neker ha oscilado entre 5 y 9 % según la gravedad mayor ó menor de las epidemias.

Acción fisiológica de la hidroterapia especialmente de la fría

Resumen de la conferencia dada sobre este tema en la Academia de Ciencias Médicas por D. Manuel Mocoora. (Sesión del 17 de Febrero.)

Cada aplicación de un procedimiento hidropático es sentida por los nervios cutáneos sensitivos con una excitación, cuya intensidad puede ser muy varia mayor ó menor, según la temperatura del agua, según la extensión de la superficie, según la duración, según la fuerza mecánica, según la impresionabilidad del individuo etc. etc. Con relación á la temperatura será mayor cuanto más nos alejemos de la zona indiferente de Winterniz, ya en sentido ascendente ya en el descendente. Con relación á la extensión de la superficie; será mayor cuanto mayor sea la porción de la piel á que se aplique. Será mayor cuanto más brusco sea el cambio de temperatura y mayor la duración del procedimiento y mayor cuanto mayor sea la acción mecánica y cuanto mayor sea la susceptibilidad individual. Esta excitación es transmitida á los órganos nerviosos centrales produciendo en ellos un efecto excitante ó deprimente según sea la intensidad y calidad del excitante.

Acción fisiológica sobre los sistemas nerviosos centrales. La causa de este efecto excitante ó deprimente de las aplicaciones frías ó calientes, la debemos buscar en la modificación que experimentan los vasos cerebrales, puesto que la hiperemia cutánea va seguida de anemia cerebral y al contrario.

Influencia en la inervación muscular. Todos están conformes en que la fuerza muscular aumenta con los baños fríos y disminuye con los calientes. Los experimentos más exactos sobre el particular los debemos á Vinaj y á Waggiora, los cuales con el ergografo de Mosso vieron que después de la aplicación fría aumentaba el número de contracciones, éstas eran más enérgicas y la curva gráfica del cansancio se presenta mucho más despacio sucediendo todo lo contrario con las calientes, deduciendo de esto que el frío aumenta la aptitud funcional de los músculos y el calor la deprime siendo su causa la excitación sentida por los nervios sensitivos cutáneos, y transmitida ó los órganos nerviosos centrales y desde aquí por vía refleja á las vías molosas y principalmente á las modificaciones que

determina en la inervación vascular y por ésta en la seplección de sus vasos. Esta influencia es con relación á los músculos estriados, de aquí á la de los lisos.

Sobre los vasos sanguíneos, la presión de la sangre y sobre el pulso. Cada aplicación hidropática fría sobre la piel va seguida primitivamente de una disminución del riego sanguíneo en dicho punto, motivado por la contracción de las fibras circulares de sus vasos, pudiendo llegar á la atresía cuando es muy intensa y duradera la acción fría. Esta contracción es mucho mayor al principio y es debida 1.º á la acción del frío sobre los vasos sanguíneos y 2.º de una manera refleja á la excitación que produce el frío en los nervios sensitivos.

Á esta anemia arteriosa (esguenna) sigue al cabo de poco tiempo una hiperemia secundaria, la cual cuando el frío es moderado es debida á la excitación de los vasos dilatadores, y cuando es intenso y persistente á la sobre-irritación y parálisis de los constrictores.

En la dilatación producida por los primeros no hay disminución del tono muscular, pero en la dilatación producida por parálisis de los coustrictores va acompañada de la pérdida de dicho tono, es decir que la primera es una hiperemia activa y la segunda una congestión pasiva, acumulándose la sangre en mayor cantidad y volviendo al corazón con más lentitud por disminución de tono vascular, en una palabra se produce una hiperemia venosa; diferenciación capital que nos da la clave del por qué del efecto tónico en un fin moderado y del por qué de un efecto contrario con su intenso.

Como consecuencia del aumento de tensión de los vasos en toda la perifería, sobreviene un aumento en todo el sistema aórtico y en la presión de toda la sangre, que pueda llegar á 20 milímetros de mercurio (Winterniz) aumento de presión que dura en las demás arterias aun cuando se haya producido la dilatación secundaria, debida á que ha aumentado el tono de los vasos pasa con más rapidez la sangre de las arterias á los capilares y á las venas y vuelve por la vis á tergo más enérgica y más rápidamente al centro circulatorio; el que se ve obligado á contraerse con más energía aumentando de esta manera la presión sanguínea. Este efecto puede no presentarse cuando se produce al mismo tiempo en otro territorio del cuerpo una dilatación vascular capaz de equilibrar la disminución producida por la contracción vascular. Cuando la acción del frío es muy intensa ó duradera produce un descenso de la presión sanguínea debido á su acción paralizante sobre el todo vascular (hiperemia pasiva) y sobre la acción cardiaca.

La influencia del frío sobre el corazón se hace notar 1.º por la aceleración del pulso á la que sigue una disminución que llega á ser ments frecuente que antes de su aplicación. El efecto acelerador es tanto más sensible cuanto mayor sea la lentitud antes del baño, dejando de presentarse en todo estado febril ó no en que haya tal aceleración antes del baño. La causa es, el efecto térmico sobre el tono vascular y sobre el calibre de los vasos, que activando la circulación estimulan á que se contraiga con más rapidez, pero luégo es efecto reflejo que el oscilante frío ofrece sobre los nervios inhibitorios del corazón hace que las contracciones sean más lentas.

FARMACIA

Farmacología

Composición del sagradol.—Es el extracto de la cáscaraagrada desprovisto de su sabor amargo: sabido es que esta planta contiene 2% de quinina. (*Pharm. Centrlnh.*)

¿Qué es la tropona?—La tropona es un abluminoide vegetal, se presenta bajo la forma de un polvo amarillo claro, bastante seco y estable al aire, insoluble en los disolventes usuales, olor y sabor poco agradables. Esta preparación contiene algunas sustancias protéicas.

El análisis hecho por Aufrecht demuestra que esta sustancia contiene por 100 gramos la siguiente composición:

Agua	8,25 gramos
Substancias proteicas	87,58 >
Substancias solubles en el éter	0,26 >
Substancias no nitrogenadas	2,33 >
Substancias minerales	1,30 >

Las sustancias minerales están compuestas por fosfatos y sales de cal. La tropona sometida á la digestión del jugo gástrico se peptoniza casi por completo.

Reacción para hacer constar la presencia del cloroformo en toxicología.—Mr. Leyda utiliza una reacción que descansa en la formación del ácido rosólico. (Coloración roja calentando con la resorcina y un álcali.) Esta reacción puede servir de dosificación colorimétrica.

Para licor testigo utiliza una solución de hidrato de cloral, 4 gra-

mos de hidrato de cloral para 1.000 de agua (corresponde 1 gramo de cloroformo por litro de agua.)

Para su uso se diluye esta solución al décimo, de modo que 1 c. c. corresponde á 0,001 de cloroformo.

10 c. c. de esta solución, son calentados á 80° en un todo, con 2 c. c. de una solución de resorcina y 1 c. c. de una solución de sosa al 20 %. Al cabo de 10 minutos aparece una coloración rosa que debe persistir durante 12 horas.

La coloración es rojo fuerte con 10 c. c., rosa con 5 c. c. rosa oscuro con 1 c. c.

Se puede pues hacer constar la presencia del cloroformo en soluciones al 1: 10.000.

Para encontrarlo en los órganos éstos son tratados por el ácido tártrico y destilados por una corriente de vapor de agua. La cantidad de cloroformo ingerido pasa generalmente en los primeros 20 c. c. de agua.

Se extiende este líquido obtenido hasta 50 c. c. y se emplean 10 c. c. de este líquido para la dosificación, la coloración obtenida es comparada con la del licor testigo para juzgar la cantidad de cloroformo existente.

(Sharn. Centralblath)

Tintura de encalíptus para enmascarar el olor de la formalina.—He aquí la fórmula de esta solución.

Formol (4 40 %)25 gramos
Tintura de eucaliptus 5 "
Alcohol	C. S. para hacer 200 "

Esta solución contiene un olor agradable y cada cucharada contiene 0,25 gramos de formol puro.

(Pharm Journ. a. Trausac)

Trifenina.—(Propionylfenetidina.) Se produce haciendo calentar una mezcla de parafenetidina y de ácido propiónico. Es un polvo blanco, inodoro, brillante y cristalino, de un gusto ligeramente amargo.

Se funde á 120° centígrados y se disuelve en 2,000 veces su volumen de agua. Se emplea á la dosis de 0,50 á 1 gramo, bajo la forma de sellos. La dosis diaria no debe pasar de 3 gramos.

Según Gaude, la trifenina es un antipirético seguro y un rápido antineurálgico.

(Pharnae Zeitung)

R. P.