

GACETA MÉDICA

DEL NORTE

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA, CIRUJÍA Y FARMACIA

DEDICADA Á LA DEFENSA DE INTERESES CIENTÍFICO-PROFESIONALES EN GENERAL

Y ÓRGANO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Época tercera

BILBAO 10 de Octubre de 1899

Año V—Número 55

CRÓNICA

La estrella que buena ó mala, dió á un mi muy querido amigo y colega la titular de uno de los pueblos más genuinamente vascos de esta provincia, ha sido la que también me trajera á él buscando por el reposo, alguna mejoría á mis males.

Necesitada mi salud no de medias suelas y tacones como vulgarmente se dice, sino más bien de ellos y hasta de gomas, puntera, contrafuerte y demás que en puridad de concepto indican necesidad de completa bota nueva, aquí estoy vegetando durante este mes en que el tiempo se complace en ser dulce y suave confirmando así una vez más lo tradicional en las otoñadas de esta región. Como las novedades siguen vendiéndose muy caras, á falta de otras notas os pintaré este **medio rural**. Una gran plaza ó circo de muy limitado horizonte, cuyas gradas, todas bañadas del sol la constituyen cerrada cadena de peladas montañas; luz en todo asiento, buen aire por todas partes, agua que es néctar... En el ruedo, ved, en cambio, caserones que vacilan, mucho perro, cesante por razonada huelga de liebres que no dan cara; mucho niño desnudo y sucio; calandrias que no pasan, chimbos que ya se retiraron, sordas (chochas) que aún no han venido; ruiseñores que parecen estar de muda, arroyos que no murmuran porque ni los hay; ni un barreno de cantera en derredor, imperceptible el silbido de la locomotora que muere á varios kilómetros antes, sólo allá lejos, un tenue resplandor de Altos Hornos... no podéis figuraros qué plácida esta calma, qué profuudo

é inmenso es este silencio! A buen seguro que el terapeuta Weir-Mitchell debió pasar por aquí y al observar la falta de neurasténicos, por inactividad completa del espíritu, vínole al suyo, la idea de su célebre tratamiento de la neurastenia grave. Un medio como este en que escribo es, indudablemente, de indiscutible eficacia contra todo nervosismo, contra toda extremada fatiga del cerebro.

—¿A qué más servirnos este buen aire de las montañas? No lo sé. Lo que sí certifico es que en estos mismos días he visto morir aquí tuberculoso á un sujeto de cincuenta años que de há tiempo habitaba solitario caserío emplazado en tan envidiosa colina que para sí la quisiera el más encopetado señor necesitado de higiénico sanatorio. Mas todo se explica: el aire sólo no basta á hacer milagros, y la **higiene rural**, por abusiva confianza en el buen medio y por lamentable olvido del remedio, deja aquí mucho que desear. A falta de aire y de luz allá en la población la ventana es ventana; aquí, porque sol y oxígeno abundan, apenas si la ventana es ranura; allí el hombre abusa del café, aquí el varón se enfrasca en el vino á su mujer vedado: y ésta nada considerada por nadie, pare, cría, labra y laya consumiendo en corto espacio de tiempo una existencia que, á buen seguro, es más bella y humana en cualquier población á la misma edad comparada...

Añadid á esto inveteradas mañas, prejuicios tradicionales contra los cuales tiene que estrellarse el médico, la *sola y única* fuerza personal que lucha en su desarraigo. Así veis reinar, como en sus mejores tiempos, el *sano tiréta*, la *gangallena* y *beguiscona* como grandes procedimientos terapéuticos; aplicar la boñiga de vaca como inmejorable en quemaduras; rechazar obstinadamente la revacunación; retener á sus difuntos el mayor tiempo posible en la casa y suspirar todavía por aquellas sepulturas en las iglesias; no juzgar provechosa la visita médica si no se recetare; tener por antesala del caserío el inmundo pozo verdinegro; huir del agua para limpieza del cuerpo, siendo epidémica esta verdadera hidrofobia o hibromanía, que hace que al enfermo apenas se le mude de ropa más que en caso de que viniere á visitarle otro médico...

Ah! pero la fe es viva, eso sí. El tifus renace en casi todas las otoñadas, á pesar de que el jergón de paja de todo fallecido se quema *supersticiosamente* al aire libre en camino ó sendero que haya *cruz*... A cambio de ninguna farmacia, y de *una sola* escuela, existen dos parroquias con su correspondiente cementerio cada una para mayores *comodidades* del vecindario.

—El trabajo rudo de la mujer que á veces predisponga al aborto

ú otras diversas circunstancias que á la mortalidad infantil concurren hacen que aquí sea casi una industria la cría de expósitos, explotación mutua de las partes contratantes: porque si poco pierde la Diputación con los dos reales diarios que paga, menos, en cambio, pierde el niño con dar á veces una sífilis, ó la nodriza con matar al infante por falta material de medios á su cuidado. ¡Oh! ¡qué hermosa la higiene entre montañas no abiertas aún al túnel ni al demoniaco hilo conductor de la electricidad!

Dado en la Villa Anteiglesia de L... en su mes de vendimias.

DR. LESMES.

HIGIENE

El alcoholismo y sus relaciones con la herencia, por Reid.—En la literatura médica, lo mismo que en la literatura general, se ven frecuentemente atribuidos algunos fenómenos postnatales á la intemperancia de los padres. Especialmente la alienación mental, la epilepsia y la dipsomania, parece que tienen este origen.

Gran número de estadísticas prueban sobre el papel al menos, que padres alcohólicos tienden á tener hijos alcohólicos, ó bien descendientes alienados, epilépticos ó neuróticos.

¡Ved lo terrible que es el alcoholismo! claman, que castiga en los niños la intemperancia de los padres.

Sin embargo y apesar de estar convencido de que el alcoholismo es una plaga social, Reid opina que no está todavía probado que la embriaguez paternal ó de los antepasados, afecte á los descendientes, de la manera descrita generalmente.

Está fuera de duda que los descendientes de alcohólicos son en general muy intemperantes y frecuentemente, alienados, epilépticos ó neuróticos, pero el atribuir estos males á la poca energía de los padres, atribuida á la herencia es confundir el *post hoc* con el *propter hoc*.

En toda tendencia irresistible á la alcoholización dos factores son necesarios: el uno innato, el otro adquirido. El factor innato es la capacidad de poder deleitarse con las sensaciones que produce al alcohol en altas dosis. Es un factor necesario porque nadie se embriaga, si no es capaz de gozar las delicias que le proporciona el estado de embriaguez. Esta capacidad de gozar del alcohol es comparable,

á la capacidad innata, de gozar del azúcar, de la sal ó del tabaco. El segundo factor necesario á la alcoholización es la memoria, el recordar las delicias que el sujeto ha experimentado en ocasiones semejantes, del mismo modo que un individuo recuerda con placer el bienestar que le ha producido una inyección de morfina, por ejemplo. Es un factor necesario porque nadie tiene el apetito irresistible del alcohol sin haberlo experimentado. El factor innato es transmisible de los padres á los hijos; por la misma razón que los padres de gran altura, tienden á tener hijos del mismo tamaño, ó que la belleza de los padres hace presumir en favor de la de sus hijos, por esa misma razón un hombre capaz de gozar profundamente con el alcohol, tiende á tener hijos que tengan esa semejanza particular. El factor adquirido, nadie puede decir que es transmisible, porque nadie osaría sostener que un niño pueda acordarse de sensaciones provocadas por sus padres antes de su nacimiento.

Decir que los niños son borrachos porque bebieron sus padres es afirmar la transmisión de un carácter adquirido. Pero la cuestión de los caracteres adquiridos es una de las más estudiadas hoy en día y á pesar de haberse registrado en este sentido los reinos animal y vegetal ninguna información seria se ha dado aún sobre este punto.

A priori pues es muy improbable que los efectos adquiridos por el alcoholismo sean transmitidos y antes de admitir esta idea es necesario pedir una prueba formal. La compilación de estadísticas probando que los padres alcohólicos tienden á tener hijos alcohólicos, demuestra simplemente que la capacidad de gozar del alcohol es transmisible, esto es indudable por las razones ya expuestas. Esto no prueba como banalmente se ha creído, que la capacidad aumenta en el niño á consecuencia la intemperancia de los padres, así como tampoco prueba que esta capacidad se aumentaría ó disminuiría por la abstinencia de los padres. La prueba siendo enteramente negativa no prueba nada. De todos modos no prueba que los descendientes estén afectados por la intemperancia de sus padres.

Reid discute cuatro proposiciones de importancia capital en el estudio general de la herencia alcohólica.

Variación de gustos por el alcohol.—La primera de estas proposiciones es la gran diferencia de gustos que existen entre distintos individuos. Algunos son tan aficionados á la bebida que se dan á ella sin medida desde su primera experiencia con el alcohol. En este rango se recluta el ejército de bebedores. Si algunos de entre ellos, llevan una existencia sobria, es porque no pueden proporcio-

narse la bebida, este es el caso de los salvajes, ó porque, por el ejercicio de una voluntad de hierro, resisten á la tentación y este es el caso de algunos abstinentes. Para otros individuos la bebida no tiene gran atracción y la intoxicación por el alcohol ninguna. Entre estos extremos se encuentra toda la gama de los bebedores. La teoría corriente pero errónea, es que en general, los hombres son sobrios ó alcohólicos, no según la violencia de sus deseos, sino más bien según la restricción que ellos se impongan.

Un poco de reflexión demuestra que esta hipótesis está muy lejos de la verdad en general. Considerémonos nosotros mismos:

La mayor parte de entre nosotros no somos abstinentes y estamos por consiguiente expuestos diariamente á la tentación.

¿Por qué no somos alcohólicos? ¿Es porque resistimos con voluntad de hierro al deseo de la intoxicación ó es porque no nos deleitamos con las sensaciones que ésta produce? La respuesta es segura: somos sobrios porque no somos tentados por la intoxicación y no porque combatimos sin cesar un deseo impetuoso.

Pero pensemos un poco en el gran número de individuos á quienes todos conocemos, que colocados en las mismas condiciones que nosotros han arruinado su cuerpo y alma, moral, física, material y socialmente, dándose á la bebida, y entonces reconoceremos la verdad de esta proposición, que así como los individuos difieren entre sí bajo muchos puntos de vista, lo mismo difieren en su gusto por el alcohol y que generalmente hablando los individuos son sobrios ó ebrios según el grado de intensidad de sus deseos insaciables y no según el poder de resistir á la tentación.

Las cualidades tóxicas del alcohol.—La segunda proposición es que el alcohol es un veneno; inútil insistir. El alcohol envenena tanto más cuanto mayor sea la cantidad ingerida y más intoxicada en general, precisamente á aquellos que en él encuentran mayor deleite. Gran número de descendientes de éstos mueren jóvenes por falta de cuidados y de alimentación y si hubieran vivido, hubieran mostrado por el alcohol la misma afición que sus generadores.

Diferencia según la raza.—Del mismo modo que los individuos difieren en sus tendencias á la alcoholización, difieren las naciones y las razas. Se puede convencer fácilmente. Es notorio que los indios y sud-europeos son generalmente muy temperantes, que los del norte de Europa no lo son tanto y que los salvajes lo son tan poco, que si tienen oportunidad se envenenan y perecen con el alcohol.

La dipsomania de razas inversamente proporcional á la familiarización.—La cuarta proposición es, que las razas á la inversa de los individuos, tienen el deseo del alcohol en proporción inversa del gusto que tuvieron anteriormente con él, en otros términos cuanto más comercio con el alcohol tuvo una nación en el pasado, tanto más inclinada á la temperancia se halla en la actualidad. A primera vista esta proposición no aparece tan verdadera como las precedentes pero no lo es menos. Los sud-europeos y judíos que son los más temperantes del mundo se familiarizaron con el alcohol antes que todos los pueblos del mundo. Cierta civilización es necesaria para la fabricación del alcohol aun en soluciones diluidas, y la civilización de la Europa del sur es muy antigua. Sus más antiguas historias y fábulas nos indican que aquellas naciones estaban muy civilizadas y que cultivaban la viña.

Las civilizaciones del Egipto, de la Siria, de la India y de la China, son más antiguas aún pero en estas regiones el uso del alcohol estuvo prohibido durante largo tiempo, por sus leyes y por su religión. Mientras que la Europa del sur estaba muy civilizada, los pueblos emigrantes del norte, que se hallaban todavía en la edad de piedra, no debían tener los utensilios necesarios para la fabricación del alcohol.

Al final de su historia podemos observar que estos pueblos bebían grandes cantidades cuando se les presentaba ocasión, pero ésta era muy rara, porque hacían su alcohol, hidromel, etc., con productos alimenticios actualmente muy raros entre los salvajes de los climas fríos.

El alcoholismo debió estar por estas razones muy restringido y solamente los sacerdotes y los jefes y los que poseyeran alguna fortuna podían aprovisionarse de alcohol.

Los salvajes del Nuevo Mundo, América, Australia y Polinesia, que no han fabricado nunca el alcohol, ni aun en soluciones muy diluidas, cuando se les presenta la ocasión, gozan del alcohol con tal intensidad que beben hasta la extinción. Otros salvajes, como los africanos, que lo mismo que los del norte de Europa, fabricaban el alcohol en soluciones más ó menos diluidas y en cantidades, limitadas, aunque más alcohólicos que los europeos, lo son menos que los del Nuevo Mundo, y son capaces de sobrevivir y crecer aun cuando dispongan de grandes cantidades de alcohol de fuerte graduación, esto sucede con los negros de América. Parece pues que podemos deducir de los hechos precedentes que los diferentes pueblos del mundo se inclinan al uso del alcohol en proporción estrictamente inversa á la experiencia racial del mismo.

Los efectos adquiridos por la intemperancia no son transmisibles.—Si es verdad que los individuos difieren en su capacidad de gozar del alcohol, que el alcohol es un veneno, que envenena más á aquellos que más han abusado y que las razas que primeramente lo conocieron son las que menos lo desean, se sigue como consecuencia lógica, que los efectos adquiridos por la intemperancia no son transmisibles, en otros términos, que la embriaguez de los padres no hace desear en los niños inclinaciones á la bebida tanto más grandes cuanto mas ebrios fueran sus padres. Si la afición al alcohol fuera creciendo de generación en generación, la nación más dada á la embriaguez sería aquella que más hubiere usado de ella, hecho absolutamente contrario á la observación. Es claro por consecuencia que los efectos adquiridos por el alcoholismo no son transmisibles, por lo menos en la pretendida transmisión del placer insaciable de beber que produce el darse completamente al alcohol.

Las reformas temperantes en práctica.—Dos métodos de reformas temperantes se hallan en práctica. Uno el plan de la naturaleza; la eliminación de los bebedores y por consiguiente el aniquilamiento de la capacidad de gozar del alcohol. El otro método de la temperancia, la eliminación de la bebida. Los dos métodos son completamente antagónicos. Mas es necesario recordar que en la naturaleza la cesación de selección es siempre seguida por la vuelta al tipo antepasado. Una raza que hubiera sufrido la evolución alcohólica regresaría pues al tipo antiguo, en el cual la tendencia á beber era más grande, si la selección alcohólica fuera suspendida como lo proponen los temperantes. Las dos reformas son doblemente antagonistas no sólo porque el plan de los temperantes pone en descrédito al plan de la naturaleza, sino porque además destruye los resultados adquiridos. El plan de la naturaleza tiene ya muy buenos resultados en su activo. Todos los pueblos antiguamente alcohólicos son sobrios en la actualidad y tanto más sobrios cuanto más aficionados fueron al alcohol. Este plan de disminución de los malos se ha operado también en otros terrenos.

Así por ejemplo, el opio, narcótico mortal, está en uso en la india hace centenares de años. Se emplea en la China desde hace doscientos años. Se ha introducido en Birmania hace cuarenta ó cincuenta años. Actualmente ningún indio lo toma en exceso ni parece desearlo.

Los chinos lo toman en grandes cantidades, si bien un gran número de ellos lo usan moderadamente. Pero los birmanes lo toman en gran exceso y mueren en tal número, que los ingleses que go-

biernan el país se han visto obligados á prohibirlo á los naturales del país mientras lo permiten á otros pueblos. Lo mismo se ha visto obligado en hacer con el alcohol en el Canadá. Además toda raza que haya sido castigada largo tiempo por una enfermedad predominante y mortal, tienen más poder contra ella, por ejemplo los negros con respecto á la malaria y los europeos relativamente á la tuberculosis.

El plan de los reformadores temperantes ha sido puesto en práctica durante un lapso de tiempo más corto que el de la naturaleza y escala menos grande, pero el tiempo bastante para darnos indicaciones válidas.

Tenemos conocimiento que cerca de cinco mil años de esfuerzos temperantes en la realidad han sido cinco mil años de desastres. Conocemos gran número de leyes dictadas en todos los países donde el alcohol era abundante y sus constantes modificaciones nos indican su poco valor.

En algunos países budistas ó mahometanos las leyes de temperancia han dado resultado durante largos lapsos de tiempo pero éstas han sido sostenidas por sistemas religiosos crueles y fanáticos cuyos sectarios pueden ser considerados como bárbaros que hacen sus evoluciones fuera del eje de la humanidad. Si se considera que nosotros no podemos desterrar los medios de producción ni garantizar una permanencia inmortal en las leyes humanas, no es sorprendente que el esfuerzo temperante haya resultado vano hasta ahora, por la fuerza de regresión que se le opone naturalmente; es cierto que si un éxito permanente se puede esperar en este orden de cosas, nadie si no las leyes de la naturaleza pueden obtenerlo.

● R. DE P.

MEDICINA PRÁCTICA ●

Septicemia gaseosa de origen puerperal. (Por el Dr. Doleris. *Hospit. Boucicaut.*) (1)—Siembras hechas con sangre del corazón sobre gelosa inclinada dieron colonias de colibacilos y de estreptococo. Los ensayos de cultivo anaerobio en la gelatina no dieron otros resultados que la formación de colonias de estreptococos.

(1) Conclusión del anterior número 54.

En resumen los cultivos de la serosidad de la pelvis y de la sangre del corazón revelaban en conjunto la existencia de una asociación del estreptococo puógeno y del bacterium coli commune.

Inmediatamente después de la autopsia, se había inoculado debajo de la piel de un cobayo una porción de la serosidad pelviana, y debajo de la piel de otro cobayo un fragmento del tejido uterino gangrenado.

El primero de estos animales murió al cabo de doce horas. La autopsia no reveló ninguna de las lesiones causadas por el vibrión séptico; ni edema gaseoso en el punto de inoculación ó en otro punto distinto, ni coloración negruzca en los músculos. El peritoneo del animal encerraba una serosidad fétida que, al examen microscópico y á la siembra sobre gelosa, no descubría sino un gran número de bacilos movibles que presentaban los caracteres del bacterium coli commune, y algunos otros bacilos gruesos y cortos análogos á los que habían sido hallados en el líquido pelviano de nuestra enferma.

El segundo cobayo no sobrevivió á la inoculación más allá de veinticuatro horas. No presentaba tampoco ni edema gaseoso, ni modificación del color de los músculos. El peritoneo no contenía líquido alguno; pero había un poco de serosidad en el tejido celular de la región inguinal izquierda. Esta serosidad encerraba numerosos bacilos con todos los caracteres morfológicos del bacterium coli commune, salvo que algunos de ellos no se decoloraban por el procedimiento de Gram.

De todo lo que acabo de exponer puede colegirse que la cavidad peritoneal y la circulación general habían sido invadidas, en nuestra paciente, por el estreptococo puógeno y también por ciertas bacterias del intestino, particularmente por el colibacilo.

¿Cabe atribuir á estos microbios todos los accidentes á los cuales había sucumbido nuestra enferma? Por mi parte, no me atrevería á afirmarlo. Verdad es, como todos sabemos, que Chiari ha creído deber atribuir un caso de gangrena gaseosa al solo bacterium coli commune, y verdad es también que, en la actualidad, admítase que esta afección puede depender de otros agentes patógenos fuera del vibrión séptico. Esto sin embargo, no deja de continuar llamando nuestra atención el hecho de que, por medio de la inoculación en el cobayo, no hemos podido reproducir el edema gaseoso, y que la serosidad pelviana de esa mujer contenía un microbio que presentaba grandes semejanzas con el vibrión séptico de Pasteur, pero no consiguiendo ya desarrollarse ni por el cultivo, ni por la inocula-

ción, destruido acaso por la concurrencia micróbica. No insistiremos sobre esta hipótesis, que nos es imposible apoyar en argumentos suficientemente probatorios. No sería, por lo demás, la primera vez que se hubiera visto al vibrión séptico asociado á otros microbios patógenos. Nicolaier ha señalado su presencia en las llagas al mismo tiempo que la del tétanos; Veillon ha encontrado, en un caso de gangrena del antebrazo, el vibrión séptico, asociado al estreptococo puógeno.

Habréis echado de ver y sin duda cuánto me esfuerzo para contenerme y para permanecer prudente en las especulaciones á que la exposición de este hecho debía naturalmente arrastrarme. Séame permitido deciros, sin embargo, que, á pesar de los resultados negativos del cultivo, yo no puedo—en lo que concierne á los anaerobios sépticos—dejar de hacer hincapié en los hechos observados inmediatamente después de la abertura del cadáver. Es indudable que en la serosidad peritoneal había un organismo filamentosamente característico y bacterias sépticas que yo conozco por haberlas amplia y pacientemente estudiado en una época en que la técnica era todavía muy elemental. Cultivábamos esos microorganismos en elementos líquidos y, en lo posible, privados de oxígeno: su vida era efímera tan luégo como les era devuelto el contacto con el aire. De otra parte, en el caso que acabo de relataros, nosotros no hemos usado, como cultivo anaerobio, sino de la picadura profunda sobre gelosa. ¿Es esto suficiente para considerar el resultado negativo como absoluto? Por mi parte, creo que no.

Lo que es incontestable, lo que no ofrece ninguna duda, es que la investigación y el cultivo de los anaerobios exigen manipulaciones difíciles y delicadas, que desgraciadamente no han podido ser ejecutadas aquí. Y, de otro lado, la septicemia gaseosa es actualmente bastante conocida para que tengamos algún derecho á atribuirla al microorganismo considerado como su agente patógeno.

En suma, dejando en el estado en que se encuentra la disertación bacteriológica puedo afirmar que hemos tenido en presencia una septicemia de índole excepcional, casi sin hipertemia, con envenenamiento rápido grave, sin pus para cuya producción—hablo de la septicemia—se asociaron diversos microbios, entre los cuales encontramos el estreptococo, agente ordinario de la infección vulgar, el colibacilo, agente de las infecciones tardías, á menudo agónicas, y ciertas bacterias sépticas que aparecen rápidamente en contacto con el aire y que son los más terribles agentes de la descomposición de los tejidos.

¿Cuál es la conclusión que puede sacarse de estos hechos? Desde el punto de vista clínico y obstétrico propiamente dicho, no añadiré una palabra más á lo que llevo expuesto. La enferma en realidad no nos pertenecía; condujéronla á nosotros ya parida, sin haber expulsado aún la placenta á pesar de las tentativas (¡y qué tentativas!) de extracción manual que os he relatado, y estando ya tocada y penetrada, sin ninguna clase de duda, por el veneno que debía llevarla á la tumba.

Nosotros llevamos á cabo después esa extracción que no se había obtenido antes, y desinfectamos los órganos accesibles en la medida de nuestra posibilidad. Es indudable que el mal era ya entonces profundo y rebasaba los límites que puede alcanzar la antisepsia externa.

¿Conocemos actualmente una medicación susceptible de contrarrestar este género de intoxicaciones? La seroterapia ¿nos hubiera dado un resultado favorable? Yo estimo que no, si bien es verdad que no he hecho ningún ensayo de ella. ¿Por qué? Porque los sueros diversos, que, en rigor, pueden ser utilizados contra la acción de microbios idénticos (no digo similares), como tal ó cual suero antiestreptocócico contra tal ó cual estreptococo, no tienen nada que hacer contra los vibriones de la putrefacción y de las septicemias graves.

Hé aquí un campo de investigaciones que merece, sin embargo, ser cultivado, y el día en que esos microorganismos y el mismo colibacilo puedan ser combatidos por una seroterapia apropiada, un nuevo é importante progreso habrá sido realizado en el tratamiento de las infecciones puerperales.

(La Semana Médica.)

CLÍNICA INFANTIL

Gangrena localizada séptica.—El día 13 de Julio último se presentó en el consultorio de niños del Hospital Civil, N. N., de cuatro años, bien constituida, de temperamento linfático y sin antecedente alguno.

Presentaba ligero movimiento febril, quebrantamiento general y laxitud en el desempeño de todas las funciones; síntomas todos atribuidos por la madre al *encono* de una picadura de alfiler en la mano derecha sufrida cuatro días antes. Separado el apósito que la

cubrir, compuesto de un trapo, de cuya calidad, hilo, secuidarán mucho, pero en cuya limpieza no pararán mientes, se descubre el tercer dedo rojo é hinchado, despidiendo olor gangrenoso y presentando una uña casi desprendida, debajo y alrededor de la cual sale un humor fetidísimo; arrancada aquélla, casi sin dolor, se descubre una ulceración fomentosa de un color gris pálido, rodeada de una zona rojiza de infiltración. Tanto el pulpejo del dedo que está casi péndulo, como el molde de la uña, parecen corresponder á un dedo de adulto.

Se diagnosticó de pintura infectada, fagedenismo. En su vista se practica una abundante irrigación con agua de sublimado al 1 % y se cauteriza con la solución acuosa de cloruro de zinc al 10 % dejando aplicado un trozo de algodón hidrófilo, empapado en cloruro de zinc al 5 %.

Día 17.—No se ha conseguido con el tratamiento empleado otra cosa que detener el avance de la gangrena; la misma cura.

Día 20.—En vista de que continúan los síntomas de malestar, de infiltración, dolor y fetidez, habiendo además avanzado algún tanto la gangrena, se procede á la cauterización con el botón del termo; iodoformo después, gasa iodofórmica y venda.

Día 23.—No se ha dominado el mal; la ulceración es poco más pequeña que una moneda de cinco céntimos. En su vista se raspa con la cucharilla de Volkman y se trata la llaga sangrante con el termo.

Día 26.—Desde este día la ulceración toma carácter normal, y se moderan los síntomas de infiltración, habiendo desaparecido todo rastro de la gangrena.

Esta pequeña historia clínica pone de manifiesto, en primer término, la total ignorancia del público de los preceptos asépticos y antisépticos. Hora es ya, al cabo de cuarenta años, que los médicos, instructores y propagadores inconscientes de las verdades y errores que dominan en la práctica médica de su tiempo, procurasen extirpar del vulgo los antiguos conceptos quirúrgicos, haciendo campaña sin cuartel al trapo de hilo y á los ungüentos, sustituyéndolos por la mucha agua hervida y por la colada, al menos, de toda sustancia que se haya de poner en contacto de cualquier lesión traumática; sí, aun contra aquellas que parecen haber dejado intacta la piel.

El vulgo tarda mucho en la asimilación de ideas; pero cuando lo hace se arraigan tanto en él, que es preciso aún mayor esfuerzo del que se precisara para su apropiación, para extirparlos. Contribuyen á esto, la índole de la medicina y de las masas. Pero en asunto como el de la antisepsia, que ha llegado ya al estado

de verdad conquistada, mucho se puede y debe hacer para que el público siga el precepto quirúrgico como precepto de fe.

En segundo lugar, demuestra el caso historiado, la resistencia al tratamiento y la necesidad de extirpar toda la parte infectada, persiguiendo al germen, *bibrión séptico*, hasta su más recóndito albergue.

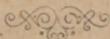
Lo mismo en la gangrena circunscrita, que en la progresiva y fulminante (gangrena gaseosa), la terapéutica debe tender á la eliminación del agente patógeno, extirpándolo. Y digo extirpando y no destruyendo porque es muy difícil esto último y relativamente fácil lo primero. Es cierto que sólo se consigue esto mutilando, pero ante un proceso mortal casi siempre ¿qué vale la amputación de parte de un miembro y aun del miembro entero?

En nuestro caso, muy circunscrito por fortuna, no hubiéramos conseguido la curación tan pronto y á tan pequeña costa (pérdida de la mitad del pulpejo y asiento de la uña por supuesto) si con la cucharilla no hubiéramos arrastrado, no sólo al germen sino partes sanas. Puede objetarse que si las aplicaciones del cloruro hubieran sido más concentradas y si el termo hubiera obrado más tiempo consiguiéramos la curación; pero esto está muy bien para dicho y hecho á posteriori. Nosotros sabíamos la índole del mal, y conocíamos las escaras producidas por los agentes empleados y sin embargo tuvimos que apelar á otro medio mas enérgico.

En las otras dos clases de gangrena se impone un pronto diagnóstico y una intervención inmediata consistente siempre en la amputación algún tanto más alta del sitio ó punto focal.

Nada digo de la sintomatología puesto que sus síntomas más son de visión que de descripción: basta saber que acompaña á las gangrenas un estado especial general y local que indica á todo médico por impérito que sea la gravedad de la lesión, á cuyo estado ha de añadirse, como patognomónico, el olor de putrefacción.

APARICIO.



BACTERIOLOGÍA

Bacterias pyogenas

IV

(Continuación)

Bacillus coli.—El colibacilo, bacteria de historia muy reciente (1885) es una de las que más han llamado la atención en la bacteriología médica y esta importancia la debe principalmente á dos razones:

1.^a Queriendo la Escuela de Lyon identificar el bacilo de Eberth y el colibacilo, ha llamado poderosamente la atención sobre ésta y ha dado lugar á un gran número de trabajos.

2.^a Se ha visto que el colibacilo, considerado como un saprófito banal, huésped constante del organismo ocasiona frecuentemente disturbios patológicos.

Fué descubierto por Escherich el año 1884 en las materias fecales de los recién nacidos.

En 1885 publicó una memoria este mismo autor (*Fortsch. der. Med.*) y á partir de este momento los trabajos sobre esta bacteria han sido numerosísimos y en ellos han tomado parte los bacteriólogos más eminentes.

El bacillus coli, que existe en el intestino en estado normal, puede en ciertas circunstancias producir pus, sobre todo en los abscesos que tienen por asiento las vecindades del tubo digestivo (abscesos pelvianos), los del hígado, y puede producir meningitis, etc.

El pus formado por esta bacteria es de color blanco de aspecto cremoso é inodoro, carácter importante que le distingue del pus de otros abscesos pelvianos.

Se puede afirmar que el colibacilo se halla en todas partes fuera del organismo humano, lo encontramos en las aguas superficiales que existen cerca de las grandes poblaciones, y en la superficie del suelo.

En el hombre sano se le encuentra como ya hemos indicado en el intestino y aparece en él algunos minutos después de haber nacido, en las proximidades del intestino grueso. En el adulto se le halla en toda la longitud intestinal, estómago y recto, se encuentra con mayor abundancia aún al nivel del intestino duodeno.

En el estado patológico se le encuentra en las enteritis infecciosas (cólera nostras y aun el asiático) diarreas coleriformes ciertas epi-

demias de disentería, hernias extranguladas, peritonitis con ó sin perforación, afecciones hepáticas, infartos del estómago é intestinos, en ciertos casos de neumonía y pleuresía supurada, meningitis purulenta, y en ciertas endocarditis, metritis, salpingitis, etc. El colibacilo es un agente bastante frecuente de las infecciones cada-
véricas.

Morfología.—El bacillus coli es una de las bacterias más polimorfos que existen y prueba evidente de ello es, que puede afectar desde la forma del coccus hasta el filamento arrollado, formando una espiral. En las culturas jóvenes la forman elementos ovalados, cuyo centro es brillante. Más tarde toman la forma de bastones de diferente longitud y llegan á la forma filamentosa, en las culturas se encuentra frecuentemente bacterias nabiformes.

Cuando el bacilo no está coloreado se aparece en la extremidad del bastoncillo un punto refringente que no es otra cosa que un pseudo esporo. Esta bacteria posee pestañas vibrátiles en pequeño número, situadas en la extremidad del bastoncillo y á las que debe su movilidad.

Culturas.—En el caldo se reproduce con asombrosa rapidez á la temperatura de 37°, formando una película irisada en la superficie. Al cabo de dos ó tres días la cultura presenta un olor fétido, con desprendimiento abundante de amoníaco.

Gelatina.—No la líquida. En la forma de picadura se presentan pequeñas esferas blancas que aparecen al cabo de 24 horas, el trazado de la picadura presenta los bordes dentados y amenudo termina por pequeñas esferas alineadas separadas las unas de las otras, la superficie del tubo se recubre de una substancia grisácea de contornos festoneados que cubre toda la superficie del tubo al cabo de algunos días.

Gelosa y Suero.—Mancha azulada al principio con contornos policíclicos festoneados é invasión rápida de la superficie de gelosa.

Algunas veces se producen bolas de gas en el espesor de la gelosa.

En el vacío.—La gelosa coloreada con sulfoindigotato sódico, ó tornasol, es rápidamente docolorada y se forman en la gelosa gran cantidad de bolas de gas.

En el suero presenta los mismos caracteres.

Patata.—Al principio se forma una capa de color amarillo claro (pajizo). Al cabo de cierto tiempo esta capa presenta el aspecto de puré de guisantes (rasgo característico de esta bacteria) volviéndose después de un color oscuro.

Esta cultura es saliente de bordes redondeados, su superficie parece húmeda constantemente.

En ciertos casos esta capa no tiene color y es transparente presentando el aspecto de hielo.

En la cultura en placas presenta varias fases distintas á saber:

A. *Colonias profundas*.—Pequeños granos redondeados discoides de color blanco amarillento.

B. *Colonias superficiales*.—Presentan dos formas distintas:

1.^a Pequeños discos de contornos irregularmente redondeados, azulados y translucidos por transparencia. A un débil aumento se observa que la colonia se halla estriada en forma radial ó concéntrica aparece frecuentemente una forma de cabello muy fino y ondulado en vez de la forma estriada.

2.^a Variedad tifimórfica. Colonias de bordes irregulares y dentados muy refringentes y azulados.

En las placas de gelosa presenta el mismo aspecto que en el tubo con invasión rápida de la placa bordes festoneados, etc., etc.

Principales propiedades biológicas.—El colibacilo es tan pronto muy móvil como inmóvil según las muestras, es anaerobio facultativo.

Se colora por todos los colores básicos de anilina. No toma el Gram. Coagula la leche, hace fermentar la lactosa y enrojece rápidamente las culturas de gelosa lactosada al tornasol, da la reacción del indol.

Las culturas filtradas son poco tóxicas en general, exaltan la virulencia del bacilo tífico y contienen una toxina pyretógena.

Inoculación.—Animal de elección el conejo de Indias, luégo el conejo.

La inyección en el peritoneo produce la muerte al cabo de 24 horas, con formación de falsas membranas, fibrino-purulentas. Fuerte catarro intestinal con descamación é hinchamiento de las placas de Peyer, hemorragias circunscritas.

Bazo aumentado de volumen. En la pleura. Pus á las 24 horas, con pleuresía hemorrágica y falsas membranas pleurales abundantes.

Inyección hipodérmica. Formación (no siempre) de flemones cuya intensidad puede regular el pronóstico. Gilbert y Li6n, Thoinot et Masselin han determinado lesiones nerviosas y parálisis por inyección de culturas de bacillus coli.

Bacilo de la fiebre tifoidea.—El bacillus del tífus abdominal fué simultáneamente descubierto por Kock y Eberth en el bazo y los ganglios mesentéricos, el año de 1880. En 1884 Gaffki determinó

su importancia en el génesis del tifus y desde este momento los trabajos que sobre él se han hecho han sido numerosísimos y todos los más notables bacteriólogos lo han estudiado con entusiasmo y han procurado hallar el medio de distinguirlo del colibacilo con el cual se confunde fácilmente pues presenta todas sus reacciones y caracteres, hasta el punto de que algunos opinaban, que era el mismo bacilo en estados distintos de virulencia, únicamente el eminente maestro Widal halló un medio de distinción característico, que se conoce con el nombre de reacción aglutinante ó reacción del suero diagnóstico de Widal.

No os hablaré de ella puesto que todos la conocéis por haberse publicado en todas las revistas médicas, y me limitaré hacer una sucinta relación de los caracteres más salientes de esta bacteria tan importante y que tantos trabajos ha originado.

Citemos á la ligera los nombres de los que más se han distinguido en estos trabajos y empezemos diciendo que M. Servoles quiso identificar esta enfermedad con una afección que en veterinaria se conoce con el nombre de fiebre tifoidea y que presenta como caracteres salientes la estupefacción de los sujetos y la coloración de las mucosas, de un color rojo caoba en el período de la invasión. Nocard en 1888 demostró que estas dos afecciones eran completamente distintas. (*Recueil de veterinaire*, 1888.)

Colze, Feltz, Hallier y Rechlinghausen se ocuparon remotamente de esta bacteria pero á Eberth pertenece la gloria de haber hecho los primeros trabajos serios sobre ella, que la encontró estudiando los cortes (aclarados por el ácido acético) del bazo, ganglios linfáticos, placas de Peyer, hígado, riñones, etc. de 24 enfermos tíficos, encontrando esta bacteria principalmente en el bazo formando masas de microbios y más tarde se corroboró en sus ideas encontrándolas y coloreándolas con violeta de methylo en raspados hechos en los mismos órganos de tíficos. Kock y Meyer en Alemania, Coats y Crooke en Inglaterra observaron también la presencia de estas bacterias en esos órganos.

Después Gaffki fué el primero que aisló y cultivó sobre gelatina y diversos medios el bacilo descubierto por Eberth y su nombre se unió al primero, tomando la bacteria desde entonces el nombre de Eberth-Gaffki con que se la conoce.

Numerosos son los trabajos hechos después y puede decirse que todos los bacteriólogos notables han escrito algo sobre esta bacteria y citaremos de nuevo á Widal que dió la reacción característica de la que ya hemos hablado.

El bacilo de la fiebre tifoidea produce supuraciones fuera del intestino, frecuentemente en el período de convalecencia y aun después de la curación de la enfermedad. Su sitio predilecto es el periostio y las serosas, sin embargo se ha observado la presencia del bacilo de Eberth, en los abscesos de la pared abdominal, en los osteomielitis de los huesos largos (tibia especialmente) hallándose casi siempre asociado al staphylococcus aureus, que se puede considerar como específico de esta enfermedad.

El bacilo de Eberth Gaffki habita en la sangre, el bazo, ganglios mesentéricos etc. de los tíficos al principio de la enfermedad, se los encuentra también en ciertas aguas de las que se le ha aislado muchas veces.

Morfología.—Todo lo que hemos dicho acerca del bacillus coli podríamos repetir aquí pues los caracteres de distinción de estas dos bacterias son muy pocos, el bacilo de Eberth es también polimorfo en sus culturas, extremadamente movable y en general su forma es la de un pequeño bastón redondeado en sus extremidades á veces, más largo que ancho una milésima de milímetro de ancho por 3 ó 4 de largo su movimiento es debido á flagellus que se hallan en las extremidades y el cuerpo del bacilo, son largos y retorcidos sobre sí mismos. Existen las mismas formas filamentosas nabiforme, etc. del colibacilo y presenta como éste espacios claros en el cuerpo del bacilo ó sus extremidades.

Culturas.—El caldo á 37 grados se enturbia primero aclarándose después dejando en el fondo un precipitado blanco desprendimiento de amoniaco fácil de hacer constar introduciendo una varilla de vidrio impregnada en el ácido clorhídrico (desprendimiento de vapores blancos).

Gelatina.—No la líquida. En la forma de picadura, disco muy delgado en la superficie. A lo largo del trazado se forma una estría dentada, en el fondo pequeñas colonias puntiformes.

En estría.—Velo delgado azulado translúcido extendiéndose poco á partir del punto sembrado.

Gelosa y suero.—No presenta caracteres particulares.

Patata.—Exactamente igual que el bacillus coli, cultura de aspecto barnizado, carácter inconstante pero muy bueno, mancha de color marrón claro.

No coagula la leche generalmente, la gelosa lactosada al tornasol. Queda azul casi siempre.

Placas.—Aspectos diferentes según la cantidad de bacilos sembrada.

Si hay muchos bacilos, innumerables y pequeñas colonias parecidas á gotas de aceite, muy juntas las unas de las otras, la superficie de la placa aparece empañada.

Si la siembra es poco numerosa colonias de color amarillo sucio sin grandes caracteres, de forma de lente biconvexa y se encuentran en la capa inferior ó bien entre la gelatina.

Rara vez se encuentra la colonia clásica del bacilo de Eberth cuya descripción es la siguiente:

Colonias irregularmente circulares de bordes dentados, irregulares y delgados, muy refringentes y de color azulado por refracción, con un débil aumento estas colonias presentan el aspecto de una montaña de hielo.

Propiedades biológicas.—Mobilidad extrema. Aerobio y anaerobio. Temperatura mejor para su desarrollo 37°.

No da generalmente la reacción del indol.

Se colora bien por todos los colores de anilina. No toma el Gram.

No hace fermentar la leche ni la gelosa lactosada, éste carácter le diferenciaría del bacilus coli si fuera fijo en los dos.

Se le puede cultivar en caldos fenicados al 10 %.

Inoculación.—Animales de elección el conejo, el ratón y conejo de indias.

Inyección intraperitoneal.—Septicemia muerte rápida (24 horas) con formación de falsas membranas. Ascitis.

Inyección subcutánea.—Septicemia con muerte mucho más lenta.

Inyección intrapleural.—Septicemia muerte rápida con pleuresia sero-hemorrágica.

Los bacilos se encuentran en los ganglios mesentéricos, bazo é hígado y en la sangre del corazón si la muerte ha sobrevenido rápidamente.

(Se continuará).

Coccus.

DE LA RISA

La risa con sus expresiones asociadas y su significación en los estados patológicos.—Un alumno de la Escuela nacional del Louvre, el doctor Sr. J.-M. Raulin, acaba de consagrar su tesis inaugural al *Estudio anatómico, psico-fisiológico y patológicos sobre la risa y los exhilarantes*. Á pesar de su silueta original, ese estudio no es en realidad una tentativa inédita ó completa-

mente nueva en la Facultad de medicina de París, donde D.-P. Roy defendió en otro tiempo un *Tratado médico-fisiológico sobre la risa*, cuya edición definitiva fué publicada (en francés) en 1814. Desde aquella época, muchos trabajos han visto la luz relativos á esta materia; en todos ellos se ha inspirado el señor Raulin para escribir una monografía que reviste positivo interés para el médico, para el psicólogo y para el artista, y que constituye el trabajo más completo de la risa estudiada desde los puntos de vista anatómico, fisiológico y semiológico.

Hé aquí el cuadro trazado para resumir las expresiones asociadas de la risa:

Lineas fundamentales	Lineas secundarias						
		<i>Risa voluntaria, incompleta, falsa.</i>					
Cigomático mayor	a) conjunto	Orbicular palpebral inferior.					
		<table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>completamente</td> <td><i>Risa espontánea, benévola, verdadera.</i></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>ligeramente</td> <td><i>Sonrisa.</i></td> </tr> </table>	{	completamente	<i>Risa espontánea, benévola, verdadera.</i>	{	ligeramente
	{	completamente	<i>Risa espontánea, benévola, verdadera.</i>				
	{	ligeramente	<i>Sonrisa.</i>				
		Orbicular palpebral inferior					
		b) unilateralmente	<i>Sonrisa burlona.</i>				
		Buccinador	<i>Risa irónica.</i>				
		Buccinador y fibras profundas del orbicular de los labios	<i>Risa reforzada.</i>				
		Palpebrales superior é inferior y el canino	<i>Risa de desprecio.</i>				
		Dilatador del ala de la nariz (perfumes)	<i>Risa voluptuosa.</i>				
	Transverso de la nariz	<i>Risa lasciva.</i>					
	Frontal	<i>Risa de asombro, de sorpresa.</i>					
	Abajador del labio inferior	<i>Risa reforzada.</i>					
	Cigomático menor						
	Cejal						
	Elevador propio del labio superior	<i>Sonrisa tris.</i>					
	Risorio	<i>Sonrisa ó rictus ligero.</i>					
	Orbicular palpebral inferior	<i>Sonrisa de los ojos.</i>					

En la vida normal, la risa puede ser considerada como la manifestación del placer y de la alegría; pero á menudo es también el revelador de la desorganización mental y, en ciertos casos patológicos, constituye un signo sumamente expresivo.

Para dar una idea de la importancia semiológica de la risa, nada mejor podríamos hacer que reproducir las conclusiones que ha sacado el señor Raulin de esta parte de estudio:

Sobreviniendo en la parálisis del séptimo par, bajo la influencia de la excitación artificial del cigomático mayor, puede pasar por el precursor de la contracción facial generalizada (Duchenne).

El retorno rápido de la fuerza tónica en el cigomático mayor paralizado y privado de su contractilidad eléctrica anuncia generalmente su contractura inminente.

En estos casos de contracturas cigomáticas, es precisamente cuando el sujeto ríe de veras, que su mímica presenta una apariencia grave.

En la atrofia muscular progresiva de la infancia, es también un excelente signo premonitorio; entonces es ejecutado únicamente por el buccinador y por el risorio de Santorini, y las mejillas se aplanan.

Es no menos típica en la parálisis labio-gloso-laríngea.

Crichton-Browne dice que el síntoma físico primitivo de la parálisis general consiste en el temblor de las comisuras de los labios y de los ángulos externos de los ojos. Esta risa es amenudo unilateral ó disociada (Joffroy, Paret, Jourdin Pierret): la cara se encuentra dislocada hacia la risa y el lloriqueo; sólo la boca es la que ríe; el macizo óculo-frontal permanece impassible.

No solamente el acceso de risa evoluciona con grandes analogías según el ritmo convulsivo de la epilepsia (Brissaud, Féré, Luigi Frigerio), sino que en la epilepsia franca las crisis de risa, yendo desde el aura hasta la *exhausción*, pueden reemplazar todos los otros accidentes espasmódicos y constituir de por sí solas el cuadro del mal comicial. Hay que notar también que, en el caso de accesos mixtos, durante los períodos de tratamiento bromurado ó arsenical de Renaut, las crisis de risa se vuelven cada vez más frecuentes á expensas de los ataques convulsivos.

La risa, al igual que el bostezo, debe ser considerada amenudo como un *medio de defensa* del organismo, un *fenómeno compensador viniendo en auxilio de la hematosis* y provocando inspiraciones. Entre esos casos típicos, recuerdo—dice el señor Raulin—los que he visto sobrevenir á seguida de hemorragia ó de principio de asfixia en sujetos epilépticos.

Como el temor excesivo produce la ansiedad, inmoviliza la inspiración en la angustia y puede, por vaso-constricción, provocar el síncope, concíbese que la risa sea el mejor *revulsivo* del miedo y se produzca de ordinario á seguida de él.

Como la epilepsia parcial es siempre sintomática, en la forma parcelar sistematizada, el aura motriz de la risa ó bien la misma risa tienen el valor de un síntoma de localización.

La risa se halla casi fatalmente ligada al espasmo rítmico histérico que afecta la forma saltatoria, pues se trata de convulsiones de forma alegre sistematizada que dan origen á determinados gestos y posturas combinados de la cara, del tronco y de los miembros.

En los sujetos que se encuentran en estado de hipnosis, existen las más de las veces una *zona ideógena* de la risa: la situación de esta zona es variable (Pitres).

La sonrisa muda, la risa, la risa á medias, el sarcasmo, la burla, la mímica de ironía de la boca y de los ojos suministran una de las materias más frecuentes de las alucinaciones de la vista y del oído en los casos de delirios crónicos: la causa de ello reside evidentemente en la inquietud y en la susceptibilidad siempre despierta de esos enfermos recelosos y vanidosos.

En tanto que la *sonrisa sardónica* constituye de ordinario el síntoma de un estado cerebral que confina con el estupor, la risa completa anuncia más bien un estado de excitación. Ya indique lo uno ó bien lo otro, la aparición de la risa patológica es siempre de un pronóstico desfavorable.

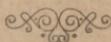
Lo mismo en el idiota que en el niño de muy tierna edad, es un reflejo que puede no estar relacionado con ninguna idea determinada.

Como un enfermo presenta risas consideradas como incoercibles, hay que probar de diagnosticar si se trata de tic ó de espasmo crónico: la risa es una corea que la costumbre y la voluntad pueden llegar á dominar, al paso que el individuo espasmódico se halla absolutamente á merced de su risa.

Fuera de las psicosis, la risa espasmódica de ciertos hemipléjicos y de los pseudo-bulbares no es más que un episodio particular de la tendencia general al espasmo.

El facial no posee núcleos ni filetes diferentes para el lloro y para la risa: de ahí la expresión de risa y llanto á la vez que presenta la cara en la enfermedad de Charcot.

(*La Semana Médica.*)



CLÍNICA TERAPÉUTICA

El cinnamato sódico en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. — A. Man publica en el *Medical Record* el resultado de experiencias hechas en el tratamiento de la tuberculosis, por las inyecciones intravenosas de soluciones acuosas de cinnamato de sosa. Esta substancia, parece que puede ser inyectada en la circulación sin peligro alguno. Su primer efecto terapéutico es el producir un aumento considerable de las células blancas de la sangre. Se puede dar cuenta del aumento de los leucocitos poco tiempo después de la inyección del medicamento; este cambio de los elementos figurados de la sangre llega á su máximo al cabo de 24 horas y desaparece completamente á las 48 horas.

Los capilares de las zonas enfermas se dilatan y se llenan de un gran número de leucocitos. Estos leucocitos parece que se juntan formando una barrera alrededor de las areolas afectadas. Basta muy poco tiempo para que este fenómeno pueda apercibirse á simple vista. Después de un mes ó dos, las granulaciones empiezan á formarse y las substancias necrosadas que componían la masa tuberculosa son absorbidas. El tejido de granulación toma su lugar. Finalmente las partes enfermas se rellenan de tejido conjuntivo. Puede resumirse este proceso diciendo que el resultado del tratamiento es producir una activa inflamación cuyo resultado es una cicatrización.

En cuanto á los signos subjetivos que se pueden observar en los enfermos son, según el autor, todos los del mejoramiento que producen los tratamientos higiénico y climatérico, solamente que en este caso estos signos favorables se producen más rápidamente.

Las pequeñas cavidades, que muestran la formación del tejido cicatricial son completamente obliteradas. La fiebre y los sudores nocturnos desaparecen frecuentemente á las tres semanas; el enfermo siente pronto que una sensación de bienestar sucede á su decaimiento, al mismo tiempo que sus fuerzas aumentan. Uno de los primeros síntomas de mejora es el cambio de la expectoración mucopurulenta en mucosa disminuida fuertemente.

La duración del tratamiento es de tres meses en general, puede prolongarse á cinco meses y á veces á un año entero.

Las dosis usadas son soluciones acuosas de cinnamato de sosa absolutamente puro que contienen de 1 á 5 % de substancia activa.

Es indispensable comenzar el tratamiento con dosis débiles de 1 $\frac{0}{100}$, sobre todo en los casos en que los enfermos tienen fuertes hemorragias, que les debiliten. La dosis debe ser aumentada progresivamente. Se comienza por inyectar una dosis débil al 1 $\frac{0}{100}$ (0 c. c., 06 aproximadamente) después se aumenta la dosis $\frac{1}{100}$ de grano (0 gramos, 00 65) luégo á $\frac{1}{3}$ de grano (0 gramos 22).

Las inyecciones deben de ser repetidas cada 48 horas, pero á veces vale más hacerlas á dosis más fuerte y darlas dos ó tres veces por semana. Es de una gran importancia el no servirse sino de soluciones muy puras. Se tendrá cuidado al dar las inyecciones de tomar todas las precauciones antisépticas necesarias, puede efectuarse la punción, en la vena mediana ó en la cefálica, se debe dejar un vendaje durante algún tiempo después de la punción. El autor dice haber obtenido brillantes resultados pero el tratamiento está contraindicado cuando existen cavernas considerables y cuando el enfermo tiene una fuerte fiebre.

R. DE P.

SECCIÓN VARIA

La Academia de Medicina de Bélgica ha sido autorizada por el ministro de Agricultura y de Trabajos públicos del reino para que discután en sesión pública el asunto concerniente al uso del tabaco en los jóvenes de dieciséis años.

6229

Los americanos hacen un consumo de quinina verdaderamente asombroso.

Los datos oficiales de las oficinas de estadística del tesoro, establecen que se han importado el año último á los Estados Unidos 1.539.056.750 granos de quinina.

Siendo nula la exportación de este artículo esta cantidad de quinina ha debido ser consumida en el país lo que representa cerca de 20 granos 1 gramo 50 de quinina por habitante de los Estados Unidos.

Es necesario añadir que el ejército americano de Cuba consume además 125.000.000.

(Nouvelles Remedés.)