

## XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

### SECCIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

**Papel de la neuroglia en la evolución de los tumores y de las inflamaciones.**—Si el tejido neuróglia y el tejido nervioso tienen un origen común, ha podido establecerse, sin embargo, un verdadero antagonismo latente entre ellos. Esta lucha constituye la nota dominante de la historia anatomo-patológica de la neuroglia en los diferentes procesos inflamatorios y degenerativos del sistema nervioso central. El método de Weigert para la coloración de la neuroglia, así como la fijación en el líquido de Flemming con coloración por una triple mezcla tintórea, me han permitido estudiar las modificaciones morfológicas de la neuroglia en los procesos patológicos. En las afecciones del sistema nervioso, como en la mielitis y la encefalitis agudas, se produce una proliferación rápida de la neuroglia, precedida por la riqueza de cromatina en el núcleo, por la aparición de muchos nucleolos, por la división del núcleo y la turgencia del protoplasma celular, que se colorea de una manera bastante intensa por el azul policromo.

Inmediatamente después, las células se multiplican considerablemente; no sólo es mayor su número, sino que pueden alcanzar dimensiones considerables, como se ve en la vecindad de los focos de reblandecimiento cerebral. En algunas mielitis agudas he encontrado, en la sustancia blanca, nódulos inflamatorios, constituidos esencialmente por células neuróglia. Si la inflamación de la médula y del cerebro tiene una marcha subaguda ó crónica, se opera entonces un cambio esencial en la morfología de las células neuróglia; disminuyen de volumen después de haber dado nacimiento á un número más ó menos considerable de fibrillas neuróglia.

Así, la mayor parte de los focos antiguos de inflamación en la médula y en el cerebro están constituidos esencialmente por una

filtración de fibrillas neuróglícas, cuya densidad varía con la duración de la inflamación. Todas las lesiones agudas que comprometen de una manera grave la vitalidad de la célula nerviosa (anemia consecutiva á la ligadura de la aorta abdominal, arrancamiento de los nervios periféricos), se acompañan de una reacción proliferativa de las células neuróglícas. Después de la ligadura de la aorta abdominal, he visto la karioquinesis de las células neuróglícas. En los procesos crónicos de los centros nerviosos, en los que se trata á menudo de una degeneración ó destrucción primitiva de las células ó fibras nerviosas, se forman progresivamente fibrillas neuróglícas que ocupan el lugar de los elementos que han desaparecido. Pero en la mayor parte de estos casos he podido comprobar que la neoformación fibrilar es precedida por la formación de verdaderas células neuróglícas que alcanzan muchas veces proporciones gigantes. Esto ocurre en los focos de degeneración ascendente y descendente consecutivos á la compresión de la médula. Mientras más antigua es la degeneración, más numerosas son las fibrillas, y su aspecto es más ondulado. En los procesos crónicos difusos, en que la destrucción de las fibras nerviosas es lenta y progresiva, como en el caso de la esclerosis en placas, se ve en la parte central y antigua del foco una cantidad muy grande de haces fibrilares, y en la periferia, astrocitas. En las degeneraciones crónicas sistematizadas (tabes, enfermedad de Friedreich, amiotrofia Charcot-Marie), se observa igualmente un aumento de fibrillas neuróglícas que constituyen una especie de red, en la que se encuentran muy pocos núcleos.

En la tabes puede estudiarse bien, con el método de Weigert, el trayecto de las fibrillas neuróglícas, y se puede observar que son muy numerosas en las raíces posteriores, que penetran en la substancia blanca de los cordones posteriores, que están en pequeño número en el límite de las zonas esclerosadas y que aumentan hacia su parte central. Además forman un haz radiado más compacto que en el estado normal, que se dirige hacia la parte media de las astas posteriores, en lugar del haz nervioso que ha desaparecido. En la enfermedad de Friedreich, las fibrillas onduladas están más condensadas las unas sobre las otras que en la tabes. En las degeneraciones antiguas y sistematizadas de los cordones posteriores, el elemento dominante de la esclerosis es la masa fibrilar.

Las cavidades medulares limitadas por la neuroglia, reconocen

muchos orígenes: Primero. Hay cavidades medulares que resultan de la fusión de la substancia gris anterior (arterio-esclerosis, polio-mielitis anterior crónica por reblandecimiento). Segundo. Cavidades medulares bajo la dependencia de la dilatación del canal del epéndimo (hidromielitis). Tercero. Cavidades que resultan de la dilatación del canal del epéndimo y de sus divertículos, con hiperplasia considerable de la neuroglia periepéndimaria y de las células que tapizan el canal. La cavidad central puede dar nacimiento á cavidades secundarias, ya en las astas posteriores, ya más raras veces en los cordones posteriores. Todas estas cavidades tienen su punto de partida en una proliferación de la neuroglia que rodea el epéndimo, y cuya causa se encuentra en la misma médula. Cuarto. Cavidades de origen extramedular, que tienen su asiento principal en las astas posteriores y que dependen de la fusión del tejido neuróglico hiperplasiado de dichas astas. A estas cavidades, de origen paqui-meningítico, he dado el nombre de siringomielia secundaria.

*Conclusiones.*—1.<sup>a</sup> Siempre que hay una alteración rápida de las células nerviosas, aparece una cantidad más ó menos considerable de verdaderas células neuróglicas, las cuales pueden desaparecer después de haber formado la substancia fibrilar.—2.<sup>a</sup> Mientras más antigua es la lesión destructiva del parénquima nervioso, mayor número de fibrillas neuróglicas existen y menor número de células. Estas últimas tienen el mismo carácter que en el adulto, es decir, que no presentan verdaderas prolongaciones protoplasmáticas, sino que simplemente están atravesadas por las fibrillas.—3.<sup>a</sup> Las fibrillas de nueva formación siguen el trayecto de las fibras nerviosas y de sus colaterales.—4.<sup>a</sup> La armonía de nutrición entre el tejido nervioso y el tejido neuróglico se mantiene probablemente por la secreción de una substancia que la célula nerviosa elabora para sostener el equilibrio nutritivo de los elementos que constituyen los centros nerviosos.

*Dr. G. Marinesco.*

\* \* \*

**Resistencia de los glóbulos rojos en el estado normal y patológico.**—Se han propuesto diversos métodos para apreciar la resistencia de los glóbulos rojos. El que ha merecido el asentimiento de todos, es debido al profesor Hamburger, y consiste en investigar

cómo se comportan los hematíes en presencia de soluciones salinas de diversas concentraciones.

La resistencia es variable, según las diversas sales que se empleen, pero conviene servirse del cloruro de sodio.

El estudio del fenómeno de la alteración de los glóbulos rojos y de la hemólisis definitiva demuestra, según los trabajos de H. de Vries, que el método, para ser completo, no debe limitarse exclusivamente á notar el grado de la solución salina, en la cual la hemoglobina empieza á difundirse. Esta simple comprobación sería insuficiente.

Si se quiere seguir el fenómeno en todas sus manifestaciones, el mejor método técnico será el que nos haga conocer:

1.º La alterabilidad del glóbulo rojo, denunciada por su dilatación progresiva, desde el momento en que su forma no ha sido alterada en la solución salina (equilibrio osmótico), hasta el momento en que su dilatación se acompaña de la difusión de la hemoglobina.

2.º La difusión de la hemoglobina, indicada, según el método de Hamburger, por la aparición del tinte revelador en una solución salina dada.

3.º La hemólisis verdadera, es decir, la desaparición progresiva de los glóbulos rojos, materia colorante y estroma. Sólo los métodos de numeración pueden hacernos conocer esta parte del fenómeno.

La aplicación á la patología no podrá emprenderse hasta que hayan sido resueltas las múltiples dificultades que se oponen aún á la realización de estas diversas técnicas. Los trabajos de Fulloni han patentizado la extrema variabilidad de la difusión de la hemoglobina, según los procedimientos puestos en práctica, y que nosotros también hemos comprobado.

Creemos, por lo tanto, que, en la actualidad, todo el debate debe recaer sobre la cuestión de técnica. La adopción de un método único tendría por efecto ofrecer resultados comparativos.

*Dr. H. Vaquez,  
de Paris.*



## Prensa y Sociedades médicas

**Hipertermia extraordinaria.**—El *Dr. González Alvarez*: Voy á tener el gusto de manifestar á grandes rasgos un caso clínico de gran importancia, rarísimo en uno de sus detalles, y casi exclusivamente sobre este detalle es donde quiero llamar la atención.

Se trata de un colegial de doce años, bien desarrollado, sano, sin antecedente alguno y de temperamento nervioso, que el día 29 de Abril tuvo un poco de frío á las doce del día; tuvo después calentura, y cuando fuí á verle á las seis de la tarde estaba infiebril. No encontrando localización ni causa que me explicara la fiebre, la atribuí á absorción de toxinas por fermentaciones anormales en el tubo digestivo, y prescribí un tratamiento de magnesia efervescente, anunciando la posibilidad de que se tratara de intermitentes. Aquel día, la temperatura máxima fué de 38°,5 C., y á las seis de la tarde no tenía fiebre.

Al siguiente día no ocurrió nada; el día 1.º de Mayo y el 2 ocurrió lo propio; pero el día 3 sufrió un ligero ataque de frío y tuvo después fiebre de 40°, que desapareció á las cinco de la tarde. En vista de ello, diagnosticué de fiebre cuartana y prescribí la quinina.

Transcurrieron sin novedad los días 4, 5 y 6, y el día 7 repite un tercer acceso, á las doce del día, con altura termométrica de 43°,5.

El día 11 tuvo el cuarto acceso, que principió á las once y cincuenta minutos de la mañana, con ligero frío, sin vómitos y llegando la máxima á 44°,5 C., para terminar á las tres y media de la tarde. Envié al niño á Carabanchel de Arriba, y con el uso conveniente de la quinina pasaron los días 15 y 19, en los que tocaba accesos, sin que éstos se presentaran, é igualmente los días 20, 21 y 22, en el cual, por la tarde, vino á Madrid, pasando la noche bien; mas al día siguiente (23) le dió otro acceso, alcanzando la cifra de 45° y manteniéndose en ella una media hora. Este acceso terminó á las cuatro, y á la una y cuarenta tenía 37°,5, á la una y cuarenta y cinco 37°, á las dos y diez 40°, á las dos y cincuenta..... toda la columna del termómetro, que marca 46°,5 C., á las tres y veinte 42°,6, y á las cuatro 37°, momento en el que le extraigo unas gotas de sangre. A las cuatro tenía 43°,4, y á las cuatro y cuarenta y cinco 46°,5.

Estas temperaturas se tomaron con cuatro termómetros, los cuatro comprobados, de la casa Casella, de Londres, y dos franceses. Debe advertirse que cuando alcanzó las más altas temperaturas, el niño escuchaba un cuento que le leían y hablaba con las personas que le rodeaban, y sólo había gran rubicundez del semblante, integro completamente su cerebro, el pulso no pasó de 108 pulsaciones, pequeño, sin irregularidad de ningún género, y en el último acceso

del día 24 hubo ligeros ataques de polignea, sin que en los pulmones y corazón se hallase absolutamente nada. Duraban menos de medio minuto. Otro dato es que en uno de los últimos accesos de alta temperatura no había orinado desde antes del acceso, y orinó unos 400 gramos de orina clarísima, como la que solemos llamar histérica.

Además de la importancia que este caso encierra para mí por las alturas inusitadas y casi inauditas que alcanzó la fiebre, hay otros puntos dignos de estudio. ¿Qué padece este niño? Clínicamente, no puede pensarse más que en un *paludismo*, pues la fiebre solo últimamente ha dejado de ser cuartana, siendo antes bien regular.

Con el cambio de aires se cortaron los accesos. Hay la falta de algunos síntomas, como el infarto del bazo, que no he podido apreciar, y que la orina no es la que suele haber después de una combustión orgánica tan enérgica, tan exagerada; que ese organismo no ha protestado, no ha habido esos delirios y comas que siguen á las fiebres altas. ¿Cómo este niño con 46°,5 no ha sufrido encefalopatía térmica? Yo creía en ésto formalmente, pero este caso, con temperaturas muy por encima de las que normalmente producen las encefalopatías, me hace dudar. No es, por tanto, la sangre demasiado caliente la que las produce, porque aquí la integridad cerebral era completa; es, pues, otra la causa de la encefalopatía. ¿Son las toxinas hijas del bacilo que produce la infección? Indudablemente, como en ocasiones todos hemos observado, y más en los niños, en casos en que no hay nada de fiebre vienen, sin embargo, los trastornos de la intoxicación cerebral.

Es de advertir que cuando el acceso pasaba, el niño quedaba bien y comía, levantado, con muy buen apetito; pero ¿cómo se explica, existiendo un paludismo de tanta importancia que ese bazo no se infartara? No encuentro la explicación sino en el mismo hecho de que no exista la infecciosidad especial del paludismo y que quizá venga luego.

Podía pensarse (no en granulia, únicos casos clínicos en los que vemos temperaturas altas, aunque no como éstas); pero sí, al ver aquella orina blanca, abundante en agua, en una fiebre histérica. Quise entonces analizar la sangre y tomé dos preparaciones, una durante el acceso, con cuarenta y tantos grados, en la cual se encontraron todos los géneros de las *plasmoidias* en diferentes períodos de su evolución. En esta primera dominaba más el período de segmentación, presentando manchas redondeadas y completamente fusionadas.

En la segunda preparación se veían entre las pilas de glóbulos rojos, plasmoidias, unas en forma de bizcocho, otras ovales con varias divisiones en la periferia, como festoneadas ó en su centro; las había de forma semilunar con seis ó siete divisiones, ya en su forma primitiva, ya segmentado ó irregular su borde, había una sola con flagellum; y lo que más dominaba en esta preparación, tomada después de dos horas de la apirexia, eran las que estaban ya en el

grado de gran división de sus granulaciones centrales, constituyendo masas muriformes. El número de granulaciones en cada plasmodia no era mayor de 14.

No cabe duda de que se trata de un paludismo, de forma ó tipo cuartana, puesto que los micrógrafos aseguran que la división de las *plasmodias* en la fiebre no cuartana es superior á 12, mientras en ésta casi siempre no pasa de esta cifra. En la preparación que os describo, y podéis ver en la platina del microscopio, que os muestro, las mayores segmentaciones no pasan de 14, y había, como he dicho, algunas diferentes de las que corresponden á la cuartana, y ésto explica la irregularidad de la fiebre en estos dos últimos días en que la cuartana se ha hecho atípica, y así lo demuestra también el estado de la sangre.

Creo, pues, que se trata de un paludismo que presenta de extraordinario temperaturas tan altísimas, que yo no hubiera creído jamás sin protesta grave del organismo, si no las hubiera tomado con cuatro termómetros de confianza absoluta; y es también notable que á pesar de esas alturas térmicas ni hay infarto del bazo ni anemia. Existiendo el germen de este paludismo en la casa que el niño habita ó cerca de ella, puesto que desaparecieron los accesos con el viaje á Carabanchel y reaparecieron en cuanto volvió á Madrid, ¿por qué sus hermanos no padecen, y eso que en el mismo cuarto, que es muy grande, duerme otro niño también? Pregunta es ésta de las que quedan sin contestación.

(*Real Acad. de Med. de Madrid*).

\*  
\* \*

**Inyecciones intersticiales de vaselina.**—*M. Stein* presenta á una enferma del servicio del Dr. von Bergmann, á la cual ha conseguido corregir perfectamente—merced al método de Gersuny—una deformidad de la nariz, resultante de una caída antigua sobre la cara.

Con este motivo, el orador ha instituido una serie de experimentos sobre el ratón, el conejo y el perro, destinados á investigar si la parafina es tóxica en sí y si las inyecciones intersticiales de esta substancia exponen á la producción de embolias pulmonares, complicación de la cual el Dr. Pfannenstiel ha publicado un caso.

En lo que concierne al primer punto, el Dr. Stein ha podido asegurarse de que, con tal que se emplee un producto absolutamente puro, no hay ningún peligro de intoxicación; así, por ejemplo, en un ratón que pesaba 15 gramos ha podido inyectar sin inconveniente 5 gramos de parafina, ó sea la tercera parte del peso del cuerpo. Cuanto á las embolias pulmonares, basta para evitarlas no picar una vena; para ello, hay que tener el cuidado de hacer un pliegue en la piel, y de no adaptar la jeringa á la aguja sino cuando no sale sangre por esta última; el fracaso del Dr. Pfannenstiel le parece atribuible á que la inyección había sido hecha en pleno tejido

muscular y sin que se hubiese tomado la precaución de levantar la piel.

Por lo que respecta al destino ulterior de la parafina abandonada de este modo en el organismo, el orador cree que se reabsorbe poco á poco, pero siendo reemplazada por tejido conjuntivo, de suerte que la persistencia del resultado plástico resulta asegurada; lo que le confirma en esta opinión, es el hecho de que, cualquiera que sea el punto de fusión (que puede ser muy variable) de la parafina empleada, la consistencia del nódulo aumenta ó disminuye poco á poco, según los casos, tanto, que al cabo de un mes es siempre á poca diferencia análoga á la del cartilago.

*M. Eckstein* comunica las observaciones de dos enfermos tratados por el mismo método, en el servicio del Dr. J. Wolff, por causa de fisuras palatinas, acarreado trastornos del lenguaje; ha podido observar en tal caso que la inyección de vaselina en el velo del paladar y en la úvula da resultados menos favorables que la inyección en la pared posterior de la faringe, teniendo esta última por objeto el producir una pequeña tumefacción que se aplica contra el velo.

Desde el punto de vista de la técnica, mientras que el Dr. Gersuny emplea hasta 50 cc. de parafina, el Dr. J. Wolff no ha rebasado nunca la dosis de 6 cc. 4. La parafina dura es difícil de inyectar, á causa de su rápida solidificación; además, á veces determina—en los animales en experimentación—la necrosis de la piel suprayacente; con todo, la parafina parece preferible á la vaselina, á juicio del orador, cuando se trata de llenar alguna pérdida de substancia, de reconstituir una nariz, etc.

*M. Stein* no puede aprobar las inyecciones intersticiales en la pared posterior de la faringe; el producto inyectado, cuya marcha es imposible seguir, puede difundirse al mediastino, en razón á las lagunas del tejido conjuntivo de la región; por lo demás, las inyecciones en el velo dan muy buenos resultados contra las fisuras palatinas, de lo cual ha podido asegurarse el orador en un caso.

(*Soc. berl. de Med.*)

\*  
\*  
\*

**Cardiopatías latentes. Muerte súbita en el ejército.**—*Monsieur Kelsch* lee sobre esta cuestión un trabajo que resumimos en esta forma:

Consideradas desde el punto de vista de la localización de las lesiones las cardiopatías latentes que se observan de cuándo en cuándo en el ejército, y que son á menudo la causa de muertes súbitas, pueden distribuirse en tres grupos: la hipertrofia del corazón, con ó sin recargo adiposo de este órgano, con ó sin alteración aparente de sus fibras; las degeneraciones valvulares; finalmente, las lesiones aórticas con ó sin alteraciones concomitantes de las válvulas ó de los orificios.

¿Cuál es la naturaleza de estas diferentes cardiopatías, en cuyo

desarrollo una información minuciosa ha demostrado que ninguna parte correspondía al reumatismo?

La idea más sencilla que se presenta es la de incriminar las fatigas y las vicisitudes de la profesión militar. Sabido es, en efecto, que el exceso habitual de trabajo arroja á la economía una cantidad considerable de materias extractivas y de residuos de desasimilación que, no pudiendo ser eliminados á medida de su producción, ejercen, en virtud de su naturaleza tóxica, una acción irritante y nociva sobre la endoarteria, así como sobre los músculos vascular y cardíaco.

Pero si esta interpretación es aplicable á ciertos enfermos, la verdad es que no lo es á la mayor parte de ellos. Estos son sujetos jóvenes que luchan desde hace poco tiempo con las pruebas de la vida militar, y si bien el esfuerzo ha sido la causa ocasional de la muerte, en realidad no se le puede considerar como un factor suficiente de la enfermedad.

Hay que invocar entonces, para explicarla, una estimulación morbosa ejercida sobre el aparato cardiovascular por venenos procedentes de fuera, y entre los cuales el alcohol figura en primera línea, ó bien por agentes infecciosos, ó bien aún por los productos de su secreción.

No pudiendo ser incriminado el alcohol, según el orador, sino en dos ó tres de sus enfermos, acaba por atribuir—mediante el sistema de eliminación—á las infecciones anteriores una acción preponderante, si no exclusiva, en el génesis de las cardiopatías y de la arterioesclerosis, que causan á veces la muerte de los soldados.

La dotientería, las fiebres eruptivas, la difteria, la grippe, son, de todas las enfermedades infecciosas, las que dejan más fácilmente sobre el corazón y los vasos lesiones duraderas.

Las alteraciones rudimentarias que las infecciones diversas son susceptibles de dejar en el aparato cardiovascular, no evolucionan fatalmente hacia la degeneración; para que tengan consecuencias temibles, es necesario el concurso de causas coadyuvantes, tales como los esfuerzos sostenidos y reiterados, las fatigas habituales, el exceso de trabajo ú otro cualquiera. Pues bien; estos múltiples factores se encuentran reunidos en la vida militar más que en ninguna otra profesión.

Las marchas de preparación (*entraînement*), tan saludables para un organismo sano, se convierten en estimulantes morbosos para esos corazones, ya marcados con el estigma patológico. Lesiones cardiovasculares apenas esbozadas, reciben con ello una impulsión funesta, que las empuja á la actividad patógena. Unas veces evolucionan y realizan su obra de destrucción en el silencio, hasta el día en que se descubren con la rotura aórtica ó con el paro del corazón; otras veces se revelan temprano por crisis de disnea ó de palpitaciones dolorosas, de estenocardia, de taquicardia, etc.

De este conjunto de hechos el orador infiere que las cardiopatías no reumáticas distan de ser raras en el ejército, y que son en él una

causa de mortalidad relativamente frecuente; en estos últimos años ha podido recoger unos 30 casos de esta índole.

En todos ellos, la evolución de la lesión ha sido bastante silenciosa para permitir al sujeto atacado de ella dedicarse al cumplimiento de sus deberes, hasta el día en que, haciendo un esfuerzo brusco ó sostenido llevando la tensión arterial á un grado incompatible con la débil resistencia del corazón ó de la aorta degenerados, la muerte ha sido su consecuencia por dilatación aguda del primero ó por desgarró de las tónicas de la segunda.

(*Acad. de Med. de Paris*).

\*  
\* \*

#### **Tubos de gelatina. Sutura de los nervios y de los tendones.—**

El método conocido con el nombre de «tubulización de los nervios» (Vanlair)—y que consiste en asegurar, en los casos de sutura á distancia, la regeneración de las fibras nerviosas en una buena dirección por medio del empleo de tubos de hueso decalcificado—, sin dejar de ser muy racional en principio, deja empero que desear en la práctica, porque los tubos de que se trata se reabsorben á veces con harta rapidez y porque es imposible precisar de antemano la época en la cual se hará semejante absorción. El uso de tubos de drenaje en magnesio, preconizado el año último por el Dr. Payr, asistente de la clínica quirúrgica en la Facultad de medicina de Gratz, no parece que responda tampoco á todos los desiderata, pues el magnesio experimenta, ya al cabo de unos cuantos días, una fragmentación más ó menos acentuada, y la rapidez de su reabsorción varía con el grosor del tubo, con la circunstancia de que en ciertos casos no pueden emplearse tubos gruesos sin exponerse á que sobrevengan trastornos locales. Fundado en todo ésto, el Dr. Lotheissen, privatdocente de cirugía en la Facultad de medicina de Innsbruck, ha probado de reemplazar el hueso decalcificado y el magnesio por la gelatina endurecida en una solución de formol á 2 por 100. Los tubos de gelatina son conservados en alcohol á 96°, y pueden ser esterilizados previamente por medio del calor seco; sin inconveniente soportan la temperatura de 110° á 120° durante dos horas, y sólo á 140° es cuando se vuelven quebradizos. El formol tiene por efecto retardar la licuación de la gelatina á la temperatura del cuerpo; los experimentos *in vitro* y en los animales, han evidenciado que después de un endurecimiento de veinticuatro horas, la gelatina no se disuelve sino al cabo de un mes; tratada por el formol durante cuarenta y ocho horas, resiste seis semanas; después de una permanencia de setenta y dos horas en el mismo líquido, la reabsorción no se efectúa hasta los dos meses.

Sobre siete casos de sutura tendinosa ó nerviosa, en los cuales el Dr. Lotheissen ha tenido hasta ahora ocasión de ensayar el procedimiento de referencia, ha habido seis veces curación sin ningún accidente; en el séptimo enfermo, la reunión por primera intención fracasó, y el tubo se licuó en el espacio de cuatro días.

Nuestro colega estima que el empleo de los tubos de gelatina es susceptible de prestar buenos servicios en calidad de medio protector, hasta en la sutura directa de los nervios. De otra parte, el uso de esos tubos parece particularmente indicado en los casos de herida simultánea de los tendones de los flexores superficial y profundo, á nivel de la raíz de los dedos; en tal ocurrencia, no es raro observar que después de la cicatrización los dos tendones no pueden ya funcionar aisladamente, por consecuencia de adherencias que han contraído entre sí, accidente que podrá ser evitado con facilidad rodeando uno de los tendones de una vaina de gelatina.

Por lo que respecta á la suturas tendinosas, el Dr. Lotheissen recomienda que se eche mano de tubos que hayan permanecido cuarenta y ocho horas en la formalina; cuanto á la sutura de los nervios, hay que someter los tubos de drenaje á la acción del formol durante setenta y dos horas; y finalmente, en los casos de pérdida de substancia nerviosa, en que la regeneración necesita más de dos meses, será prudente prolongar el endurecimiento de la gelatina durante seis á siete días.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\* \*

**Reconocimiento del aceite de sésamo.**—El Dr. Tambon propone substituir el reactivo Camoin (ácido clorhídrico adicionado de azúcar de caña), que da en algunos casos resultados inciertos, por otro que sólo difiere de aquél en que la glucosa pura y cristalizada reemplaza al azúcar de caña; este reactivo se compone de 100 centímetros cúbicos de ácido clorhídrico y de tres ó cuatro gramos de glucosa, y se conserva largo tiempo sin alteración.

Para servirse de él se mezcla en un tubo de ensayo con tapón esmerilado, siete ú ocho centímetros cúbicos de reactivo y 15 cc. de aceite; se agita y se calienta hasta principio de ebullición; si el aceite ensayado contiene aceite de sésamo, se produce una coloración rosa con reflejo violeta, que pasa rápidamente al rojo cereza. No se observa coloración alguna con el aceite puro.

Con este reactivo se puede descubrir la presencia de 1 á 5 por 100 de aceite de sésamo; la coloración rosa aparece entonces, al cabo de unos minutos. La coloración es inmediata si el aceite citado se encuentra en la proporción del 10 por 100.

Tiene, además, este reactivo la ventaja de que la coloración es bastante persistente, mientras que con el reactivo Camoin la coloración pasa rápidamente al negro.

(*Jour. de Pharm. et de Chim.*)

\*  
\* \*

**Lavativas frías. Fiebre tifoidea.**—Desde los trabajos de Juhel-Rényon concédese generalmente poca importancia á las lavativas frías en el tratamiento de la fiebre tifoidea. Pues bien; á juzgar por la experiencia del Dr. Lemoine, profesor de clínica médica en la

Facultad de medicina de Lila, el disfavor en que ha caído ese medio terapéutico no está en manera alguna justificado. Al mismo tiempo que reconoce que la balneoterapia fría constituye el tratamiento de preferencia de la dotientería, nuestro colega estima que en los casos en que la aplicación del método de Brand es imposible (clientela en el campo, clases pobres), conviene recurrir á las lavativas de agua fría. Sin embargo, en vez de inyectar en el recto agua á la temperatura de 10° á 15°, como se hace de ordinario, el Dr. Lemoine prefiere servirse de agua hervida y dejada enfriar hasta los 18° ó 20° solamente, ante el temor de provocar contracciones intestinales seguidas de cólicos dolorosos, susceptibles de facilitar las perforaciones. Las lavativas son administradas cada tres horas y, en caso necesario, cada dos horas por medio de un bock-inyector—que no debe colocarse á más de 50 centímetros de altura con relación al plano de la cama—y de una cánula rectal que se introduce á una profundidad de 20 centímetros. Se hace pasar cada vez dos litros de líquido, teniendo el cuidado de proceder muy lentamente y de interrumpir de vez en cuando la corriente, con el fin de no someter el intestino á una dilatación harto considerable.

De los ensayos instituidos por el Dr. Lemoine en 32 casos de fiebre tifoidea, resulta que esas irrigaciones del intestino hacen bajar la temperatura más rápidamente que los baños; sin embargo, su acción á este respecto no es tan duradera como la de la balneación. En efecto, el descenso térmico alcanza su máximo veinte á treinta minutos después de la lavativa, pero media hora más tarde la temperatura vuelve á encontrarse en el mismo punto que antes. A pesar de esta insuficiencia de la acción antipirética de las lavativas frías, los enfermos sometidos á este modo de tratamiento presentan, en general, una hipertermia menos acentuada que aquéllos á quienes se hace tomar baños; el conjunto de su curva termométrica ofrece menos oscilaciones y la afección sigue una marcha más regular. Es que las lavativas actúan no solamente rebajando la temperatura, sino también desinfectando el intestino; estando el paciente tendido en la posición horizontal y la cánula introducida á una profundidad de unos 20 centímetros aproximadamente, el líquido penetra muy arriba y barre todo el intestino grueso. Así, nuestro colega opina que estas irrigaciones son muy superiores á las lociones frías y á las envolturas frías, las cuales fatigan á menudo al enfermo sin procurarle la menor ventaja.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**La gastroenterostomía.**—En este trabajo, M. V. Chlumsky resume los progresos realizados durante estos dos últimos años en el dominio de la gastroenterostomía, tomando como base las intervenciones practicadas durante ese lapso de tiempo en la clínica del Dr. Mikulicz.

Sobre 78 enfermos que habían sido operados de gastroenteros-

tomía, 21 murieron en el transcurso del primer mes; 20 estaban atacados de una afección maligna y uno sólo de una estrechez benigna. Estos resultados son, con poca diferencia, análogos á los que han sido obtenidos durante el mismo período en las clínicas de los Doctores Czerny, Eiselsberg y Carle, al paso que la estadística publicada por el Dr. Albert da una mortalidad más elevada.

Como causa de defunción, la neumonía figura señalada 10 veces, y no es inútil notar que esta complicación es igualmente frecuente cuando la operación es practicada con la anestesia local. Cuando toda una serie de neumonías sobrevienen en poco tiempo, podría tratarse entonces—según el autor—de una verdadera epidemia; de aquí que el Dr. Chlumsky insista sobre la importancia de las medidas que hay que tomar para impedir el enfriamiento de los enfermos en la mesa de operación. El atribuye á esas precauciones, especialmente al empleo del termóforo, una disminución sensible del número de los accidentes pulmonares.

Siete operados sucumbieron á una peritonitis consecutiva cuatro veces á una perforación intestinal en torno del botón de Murphy. En un caso, una pequeña hemorragia de la pared estomacal determinó el desenlace fatal. Por último, las otras defunciones fueron debidas á la inanición; ninguna fué acarreada por la regurgitación del contenido intestinal en el estómago.

Cinco enfermos presentaron, durante el período post-operatorio, los signos de una obstrucción intestinal transitoria de diversa índole. Las más de las veces constituía el obstáculo la torsión del asa intestinal fijada en el estómago, torsión provocada á su vez por la fijación de esta asa en una mala dirección.

Entre los sujetos que habían sufrido la reabertura del abdomen, uno sólo sobrevivió.

Cuanto al procedimiento operatorio empleado por el Dr. Mikulicz, tratábase, á excepción de un caso, de la gastroenterostomía anterior, según el método de Wölfler. Una vez fué practicada la gastroduodenostomía á causa de una acodadura del píloro, ocasionada por una brida cicatricial. En 23 enfermos, la gastroenterostomía fué combinada inmediatamente con una enteroanastomosis entre las extremidades intestinales aferente y eferente; esta operación fué seguida cuatro veces de muerte.

En lo que concierne al botón de Murphy, fué aplicado en 52 casos con 17 muertes, de las cuales cuatro por perforación, al paso que la mortalidad en los sujetos tratados por medio de la sutura no fué sino de tres sobre 26. El autor estima, por consiguiente, que el uso del botón de Murphy es peligroso, y que es preferible atenerse, en cuanto sea posible, á la sutura.

En la última parte de su trabajo, el Dr. Chlumsky, después de haber enumerado los distintos procedimientos operatorios propuestos durante los cinco últimos años, discute las reglas que deben de presidir para escoger la intervención. Ante todo, estima que la gastroenterostomía tiene que ser preferida á la yeyunostomía,

preconizada recientemente por el Dr. Maydl. Entiende, además, que hay que practicar la resección cada vez que se sospecha la existencia de un cáncer, á riesgo de extirpar una simple úlcera callosa; pero que hay que limitarse á una intervención puramente paliativa cuando se trata de tumores muy extensos, aun cuando pareciese posible su extirpación. Cuanto á la piloroplastia, en su concepto se halla raras veces indicada. Tampoco es partidario de la gastroenterostomía profiláctica cuando el neoplasma no ha producido todavía una estrechez pilórica en el momento de la intervención.

Como tratamiento post-operatorio, los enfermos, en el servicio del Dr. Mikulicz, son alimentados durante los cuatro ó cinco primeros días con ayuda de pequeñas cantidades de líquidos alimenticios y por medio de enemas nutritivos. Los alimentos sólidos no les son permitidos sino á partir de la segunda semana, contrariamente á la práctica seguida con buen éxito por el Dr. Roux (de Lausana). Pasada la segunda semana, el régimen no exige ya ninguna precaución particular.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)

\*  
\*\*

**Hemicorea preparalítica.**—*M. Raymond:* A propósito de un trabajo del Dr. Boinet (de Marsella), lee un informe, que resumiremos en estos términos:

La hemiplegia cerebral orgánica traduce una interrupción de la vía motriz en su trayecto encefálico cortico-peduncular. Puede complicarse con fenómenos morbosos que indican una irritación de esta misma vía. Entre estos fenómenos figura la hemicorea, la cual puede ser pre ó post-paralítica. En su trabajo, el Dr. Boinet ha referido dos observaciones, que da como ejemplos de la primera de estas variedades.

Uno de esos hechos es relativo á una hemicorea izquierda de desarrollo brusco, sobrevenida sin ataque, y que fué seguida en breve tiempo de una atrofia muscular considerable limitada á los miembros del lado izquierdo, sin hemiplegia, propiamente dicha, pero con asimetría facial correspondiente. A pesar de esta ausencia de parálisis motriz, el Dr. Boinet no ha vacilado en tomar este caso como un ejemplo de hemicorea preparalítica, no vacilando tampoco en atribuir la atrofia muscular á una degeneración del haz piramidal.

Esta observación, según el Dr. Raymond, representa un hecho atípico que se sale del cuadro ordinario de la hemicorea preparalítica; la falta de parálisis motriz subsiguiente, así como la ausencia de contractura permanente en el lado invadido por la atrofia muscular, hacen poco verosímil la hipótesis de una degeneración del haz piramidal. La atrofia muscular, á la vez precoz y muy acentuada, sobrevenida en los miembros del lado izquierdo, no puede ser invocada como una prueba de esa degeneración.

La lesión de que dependen esas atroñas musculares precoces de los hemiplégicos radica indudablemente en la zona motriz, en la substancia subyacente, ó bien aún en el tálamo óptico.

Hechos de este género, considerados como fenómenos que excluyen la hipótesis de una compresión y de una irritación directa del haz piramidal, militan en pro de la teoría sostenida por Kahler y Pick, por Nothnagel, von Monakow, etc., según la cual la patogenia de la hemicorea y de la hemiatetosis podría ser formulada de la manera siguiente:

Un foco, hemorrágico ú otro, situado en la parte posterior del tálamo óptico ó en otra cualquiera región contigua á la porción cortico-peduncular de la vía motriz, ejerce sobre los centros motores corticales una irritación centrípeta que, reflejada sobre el haz piramidal, provoca por vía refleja los desórdenes motores coreiformes ó atetósicos. Pero, para que sea ésto así, es aun necesario que esta irritación pueda propagarse á lo largo de las fibras piramidales, es decir, que no haya interrupción completa de estas fibras. Concíbese, pues, muy bien el desarrollo de la hemicorea en un caso de lesión de foco intracerebral, sin hemiplejia consecutiva.

La segunda observación relatada por el Dr. Boinet es una nueva prueba de la frecuencia de la asociación de la hemiatetosis con la hemicorea.

El enfermo á quien se refiere presentaba, al igual que el primero, una asimetría facial con depresión de la mejilla izquierda, una desviación de la lengua á la derecha y una atrofia muscular bastante acentuada de los miembros del lado derecho, los cuales eran el centro de los trastornos coréicos y atetósicos.

El carácter atípico de estas dos observaciones hace lamentar la ausencia de las autopsias, únicas que hubieran podido demostrar de una manera indiscutible la topografía de las lesiones de referencia.

(*Acad. de med. de Paris*).

\*  
\* \*

**La malaria.**—Las recientes adquisiciones concernientes á la etiología del paludismo, han suscitado en estos últimos años toda una serie de expediciones científicas destinadas á dilucidar, en los países mismos donde aquél ejerce los mayores daños, ciertos puntos aún oscuros de la historia de esa temible enfermedad. Los Doctores H. E. Annet, J. E. Dutton y J. H. Elliot, que habían sido enviados al Bajo Níger por la Escuela de Medicina tropical y de parasitología médica de Liverpool, á fin de investigar los medios profilácticos más eficaces para combatir la malaria en esas regiones de la Guinea inglesa, dan cuenta, en el presente trabajo, de los resultados de su misión.

Un primer punto—acerca del cual el Dr. Koch había ya llamado la atención—parece definitivamente demostrado, á saber: que los europeos se contagian principalmente por el intermedio de los niños

indígenas, casi todos infectados. Así, el informe que nosotros resumimos insiste sobre la necesidad de no establecer las habitaciones indígenas, sino á media milla por lo menos de todo establecimiento europeo.

Si se quiere atacar al mismo parásito directamente, puede intentarse alcanzarlo, ora durante su permanencia en la economía del huésped intermediario, el hombre (en el momento del período de incubación ó durante la afección), ora cuando ha invadido el huésped definitivo, el mosquito del género *Anopheles*, impidiendo que este insecto pique, ó destruyéndolo en una cualquiera de las fases de su desarrollo (huevo, larva, adulto).

La quinina constituye el único medio conocido hasta hoy para atacar al parásito, una vez que se ha establecido en el organismo humano. Lógico parecería, pues, usar de ese medicamento *larga manu*. Pero si se considera, de una parte, la promiscuidad en que viven europeos é indígenas en el Oeste africano, y, de otra parte, la frecuencia del hematozoario en la sangre de los niños de menos de diez años, se reconocerá sin vacilar que, para que la administración de la quinina como medicación profiláctica pudiera dar la medida de su eficacia, sería indispensable someter á ella á la totalidad de la población indígena; pero es poco verosímil que ésta sea bastante inteligente y bastante dócil que quiera sujetarse á una medida semejante.

En el huésped definitivo, el *Anopheles*, es donde hay más probabilidades de poder combatir con buen éxito al parásito del paludismo. Sin embargo, no tiene nada de fácil el evitar las picaduras de ese insecto, pues los parasiticidas y las fumigaciones, tan á menudo preconizados, no han prestado nunca servicios positivamente eficaces; cuanto á las casas cuyas puertas y ventanas están provistas de una red para impedir que el insecto penetre en el interior de la habitación, en realidad son procedimientos insuficientes é ilusorios, no menos, por lo demás, que los clásicos mosquiteros; para convencerse de ello, basta recordar las costumbres de los europeos, quienes buscan por la noche el fresco sentados en sus verandas ó azoteas, con lo cual no hacen otra cosa que renunciar al beneficio de los mosquiteros en el momento preciso en que el insecto presenta su máximum de actividad.

Y siendo ésto así, los autores creen que la exterminación del parásito podría obtenerse mediante la destrucción de los lugares donde el *Anopheles* deposita sus huevos. Esos sitios son más ó menos fáciles de reconocer y de atacar, según los casos. Encuéntraseles en las numerosas charcas que se forman en la estación de las lluvias en torno de las habitaciones y de las factorías europeas; bastaría practicar la nivelación del terreno y asegurar su drenaje por medio de algunos canalitos para eliminar este origen de contagio. Por desgracia, este procedimiento no es muy aplicable á las canteras que se encuentran en la contigüidad de casi todas las aldeas indígenas, aparte de la zona de terrenos pantanosos propia-

mente dichos, y de donde los negros sacan los materiales para la construcción de sus viviendas; el medio más sencillo para obviar estos inconvenientes, consistiría en prohibir el acceso á esos terrenos cuando se hallan situados á poca distancia de un barrio europeo. Como la conservación de los caminos y veredas es cosa desconocida en Guinea, compréndese que las aguas pluviales se acumulen allí fácilmente en charcas que constituyen otros tantos focos de infección, pues los Dres. Annet, Dutton y Elliott han hallado siempre en ellas gran cantidad de larvas; en esos puntos, sólo un drenaje bien dirigido y cuidadosamente entretenido aportaría el remedio. Por último, en las regiones accidentadas, es igualmente necesario vigilar atentamente, durante la estación seca, los riachuelos y torrentes, y asegurar el libre curso de sus aguas.

En resumen, en concepto de los autores, el fin esencial que importa alcanzar en Guinea es evitar el estancamiento de las aguas, sea cual fuere su origen.

(*The Thompson Yates Laboratories*).

\*  
\*  
\*

**Albuminuria intermitente.**—*M. Lenoir*: Comunica 24 casos de albuminuria intermitente, ó mejor, ortostática, pues en casi todos los sujetos desaparecía cuando el enfermo se hallaba en posición horizontal. De diez á treinta años de edad, todos esos individuos eran pobres de carnes, dispépsicos, y presentaban un ligero grado de dilatación del estómago y de congestión del hígado, al mismo tiempo que una disminución de la presión arterial. Fuera de la albuminuria, en ninguno de ellos se notaba signo alguno de nefritis. Todos han curado sin complicación de ninguna especie; en las mujeres, el embarazo ha evolucionado normalmente y hasta ha parecido tener una acción suspensiva sobre la albuminuria. Trátase, pues, ahí de un tipo clínico especial de albuminuria intermitente ó funcional. Sin embargo, no basta la intermitencia para afirmar la benignidad de la afección, y hay que basarse en el conjunto de los signos clínicos para formular un pronóstico favorable.

*M. Pierre Merklen*: Importa no confundir la albuminuria ortostática funcional con la albuminuria ortostática nefrítica. La primera depende, á mi juicio, de una atonía vascular ó vasomotora; la hipotensión arterial observada en gran número de sus enfermos por el Dr. Lenoir, viene en apoyo de semejante hipótesis. Trátase, en suma, de una afección sin gravedad, que nunca evoluciona como una nefritis, según lo que resulta de mis observaciones. De ahí que no me sorprenda que una mujer atacada de albuminuria ortostática funcional pueda llevar á buen término varios embarazos sin presentar ninguna complicación renal; mucho más: el hecho señalado por el Dr. Lenoir, parece demostrar que la gravidez interrumpe el fenómeno albuminúrico. Este hecho es sumamente interesante desde el punto de vista de la patogenia, y sobre todo de la práctica médica.

*M. Méry:* Por mi parte, he observado albuminuria intermitente en un enfermo que acababa de tener una parotiditis. En este caso, la excreción del azul se hacía de una manera alterada, cíclica. La crioscopia mostraba igualmente una disminución de la permeabilidad. Tratábase, pues, verosíblemente, de una albuminuria intermitente nefrítica y no de una albuminuria intermitente esencial.

*M. Pierre Merklen:* En unión del Dr. Claude he referido ya en otra ocasión los resultados del examen crioscópico de los orines de un cierto número de enfermos atacados de albuminuria ortostática funcional, y entre ellos, de dos hermanos. En todos ellos el riñón se mostró de todo en todo suficiente. En cambio, este órgano mostrábase ligeramente insuficiente en un hecho de albuminuria ortostática, consecutiva á una nefritis escarlatinosa.

(*Soc. méd. de los Hosp. de París*).

\*  
\* \*

**Poder desinfectante de las pinturas murales.**—Deycke, Heimes y Bosco habían demostrado ya que ciertos colores y barnices usados en la pintura de los muros poseían una acción antiséptica.

Jacobitz, continuando estas investigaciones, ha experimentado con distintos colores, los cuales ha puesto en contacto más ó menos prolongado con diversas especies de microbios. El procedimiento que ha seguido es muy sencillo: cubrió con una capa de pintura placas de madera y de cemento, á las cuales, después de secas, aplicó con pincel ó algodón el caldo de cultivos microbianos. Las superficies así tratadas han sido expuestas á la luz ó conservadas en la obscuridad, según los casos, y los ensayos hechos con intervalos variables.

Los mejores resultados han sido obtenidos con los colores de porcelana esmaltada, sobre los cuales no se ha encontrado el vibrión colérico ni el bacilo de la difteria á los cuatro días de haberlos puesto. Los resultados son un poco menos favorables con las pinturas de albayalde y de óxido de zinc y todavía menos satisfactorios con otras capas de color, particularmente las preparadas con anfibolina é hiperolina. Estas últimas tardaron setenta veces más tiempo en hacer desaparecer los gérmenes con que se practicaron los ensayos.

El autor de este trabajo ha estudiado la causa de estas diferencias, y asegura que los colores de acción más desinfectante son los dispuestos con aceite de lino, porque siendo éste muy oxidable, da origen á ácidos volátiles, cuyos productos son los que poseen mayor poder microbicida. Este persiste bastantes semanas después de haber sido aplicada la pintura.

(*Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten*).

\*  
\* \*

**Dos casos de error de diagnóstico.**—Los describe el Dr. Ferenczy. En el primero se trataba de una mujer de setenta y cinco

años, que ingresó en el hospital con un tumor abdominal que estaba situado un poco á la derecha de la línea media, que tenía casi la forma y el tamaño del riñón y que se podía palpar y dislocar con mucha facilidad. Se diagnóstico, al principio con cierta reserva y después con plena certeza, un riñón móvil. A los cinco meses de ésto se presentaron de pronto síntomas de una ictericia grave, acompañados de pérdida transitoria del conocimiento. Entonces se pensó en un cáncer de la vejiga biliar. Al cabo de un mes se murió la enferma con todos los síntomas de una ictericia grave y de la inanición. La autopsia hizo ver que existía un carcinoma medular del páncreas que se había propagado á la región porta del hígado, á la pared inferior de la vejiga biliar y á los conductos biliares. El tumor, que se había diagnosticado de riñón móvil, no era otra cosa que la vejiga biliar muy distendida.

En el segundo caso se trataba de una mujer de cincuenta y tres años, en la que á juzgar por los fenómenos clínicos, se había hecho el diagnóstico, con carácter de probabilidad, de carcinoma gástrico. Ahora bien; en la autopsia se vió que lo que se había interpretado en vida como resistencia de la región gástrica, era debido á una degeneración amiloidea del hígado sumamente avanzada y que los síntomas que se habían creído ser de origen gástrico, habían tenido como causa la existencia de cálculos biliares.

(*Ungar. med. Presse*).

\*  
\*  
\*

**Signos precoces de la ataxia locomotriz.**—El *Dr. Frenkel*, de Heinden, en un bonito artículo titulado «Lo que no debe ignorarse en Neurología», ha sintetizado los síntomas que permiten diagnosticar ó sospechar, en un principio, la ataxia locomotriz. Estos signos, según el citado autor, son los siguientes:

1.º Dolores en los miembros, bajo la forma accesional, y recaendo en un antiguo sifilítico.

2.º Signo de Argill Robestson, que consiste en la falta del reflejo luminoso de la pupila, coincidiendo con la conservación del reflejo acomodador.

3.º Pérdida del reflejo rotuliano y del reflejo del triceps braquial.

4.º Crisis gástricas é intestinales, traducidas principalmente por gastralgia, náuseas, vómito ó diarrea, que surgen inopinadamente y repetidas veces en plena salud.

5.º Crisis rectales, vesicales, hormigueos de pies y manos, hiperestesia del tronco por el calor y por el frío, y disminución de la sensibilidad al tacto en la región de las mamas.

(*Arch. de Med. et de Chirur. espec.*)

\*  
\*  
\*

**Pomadas inalterables á base de vaselina.**—Las pomadas á base de vaselina con calomelanos, bi-ioduro de mercurio, precipi-

tados rojo y amarillo, ioduro de plomo, ácido bórico, etc., al cabo de poco tiempo de preparadas presentan una separación de ingredientes, que se manifiesta por granulaciones en toda la masa. Débese á la diferencia de densidad, por lo que los principios insolubles tienden á aglomerarse, y la pomada de precipitado rojo pasa de color rosa á más y más rojo, y la vaselina boricada pierde poco á poco su opacidad y en homogeneidad, convirtiéndose en semitransparente.

Para evitar esta separación, aconseja el Dr. Cruzel la adición á la vaselina del 20 por 100 de parafina, que aumenta la densidad de aquélla, haciendo que no se funda en verano y al solo contacto de los dedos, lo cual es una ventaja, sobre todo en cirugía ocular. Es preferible la adición de la parafina á la de la lanolina, por varios conceptos.

(*El Rest. Farm.*)

\*  
\*\*

**Tabique congénito en la laringe.**—Recientemente ha sido llevado á la clínica del «Cooper Medical College» un niño de siete años con ronquera desde que nació, como se podía apreciar al gritar. El examen laríngeo deja ver una membrana de aspecto perlado que se extiende desde la comisura anterior hasta la unión del tercio anterior con el tercio medio de las cuerdas vocales verdaderas uniendo sus márgenes. El borde posterior de esta membrana es cóncavo y no hay signos de trastorno alguno inflamatorio.

(*The Laryngoscope*).

\*  
\*\*

**Bismutosa.**—Se designa con este nombre un nuevo compuesto albuminoso de bismuto, conteniendo sobre 22 por 100 de bismuto y cerca de 66 por 100 de substancia albuminosa. La bismutosa está formada por un polvo blanco, ténue, inodoro é insípido, tomando poco á poco, á la luz, un tinte gris pizarroso. Es insoluble en el agua y en los demás agentes disolventes; los ácidos diluídos la disuelven parcialmente por la influencia del calor; con los álcalis diluídos da rápidamente, sobre todo por la intervención del calor; una solución opalina. Según una comunicación presentada por Laquer á la sección de terapéutica del Congreso internacional de París, la bismutosa se muestra muy refractaria á la acción del jugo gástrico; es atacada más rápidamente por el jugo pancreático, ofrece, sin embargo, á la acción de este jugo una resistencia tan grande, que se puede admitir que una parte de la preparación alcanza sin descomponerse aun las partes más inferiores del intestino.

Las observaciones clínicas, hechas hasta aquí tan solo por Médicos que se ocupan especialmente en enfermedades de la infancia, sobre todo por Escherich y Lugenbühl, han hecho deducir que la bismutosa está indicada al interior, particularmente en las afeccio-

nes del estómago, con carácter infeccioso ó acompañadas de diarrea, en las diarreas y vómitos de los niños, en los procesos de irritación é infección del canal digestivo; está indicada también al exterior, distribuida en polvo, en los tratamientos del intérrigo, del eczema y de las quemaduras.

Las dosis de la bismutosa, que también se puede prescribir en forma de polvo, son las siguientes:

Para los niños de pecho, varias veces por día, una pulgarada.

Para los niños, tres ó cuatro veces por día, de media á una cucharada de té.

Para los adultos se aumentará convenientemente la dosis y se la diluirá en agua, en la sopa, en agua mineral ó en miel. Se podrá también administrar en un enema almidonado.

(*El Monitor*).

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

**Dr. García Hurtado.**—*De la arquitectura del aparato de sustentación en los vertebrados.*

Precisa comenzar esta nota tomando cuenta de la promesa que al final del folleto, cuyo título antecede, hace su autor, pues si no fuera por ella la impresión que el lector recibe al terminar tan poco común é interesante estudio, es análoga en orden material á la de una brusca parada en firme en una veloz carrera; tal es el brío de concepción y exposición de asunto tan interesante que parece como predilecto retazo de magistral libro, expresamente dedicado á una de las extremidades de uno de los huesos del esqueleto. Aseguro desde luego que si la promesa que hace el Dr. García Hurtado la cumple, é iguala en mérito y vuelos científicos lo prometido á lo publicado, su obra de biomecánica podrá considerarse verdaderamente monumental.

Yo le prometo leer, estudiar y analizar con verdadero amor sus trabajos, que sin reserva alguna aplaudo sinceramente, pues son esos asuntos muy de mi gusto, y que de un modo análogo me ocupé, refiriéndolos al cráneo en mi libro de *Anatomía quirúrgica y traumatología craneal*.

**Dr. Fetzner, traducido por D. Ruperto Aguirre.**—*La tuberculosis pulmonar y su tratamiento en los sanatorios.*

El mayor mérito de este folleto es su punto de vista eminentemente social, concretándolo á los sanatorios populares instituidos en Alemania con tal objeto.

El Dr. Aguirre, que ha hecho una concienzuda traducción del libro, merece sinceros plácemes por su trabajo y por contribuir con él á propagar el conocimiento de los modernos procedimientos de profilaxis y tratamiento de tan terrible enfermedad.

Precede al libro un laudatorio prólogo del Dr. Espina, que lo avalora por su indiscutible autoridad en la materia.

\*  
\*\*

**Diego y Fernández (D. Angel de).**—*Medicina de urgencia.*

En un pequeño volumen de 338 páginas, condensa el autor los datos etiológicos y patogénicos más culminantes y medios de tratamiento de aquellas manifestaciones morbosas que por su gravedad ó por las molestias que originan al enfermo requieren inmediata intervención médica.

El libro es utilísimo, está muy bien escrito, y tiene además el grandísimo mérito de tratar todos los asuntos muy concisamente, sin apartarse absolutamente nada del propósito que su autor manifiesta en el prólogo de tan recomendable libro.

\*  
\*\*

**Dr. César Chicote.**—*El servicio municipal de la desinfección en Madrid.*

Son tan del dominio público los méritos del Dr. Chicote y la importancia y valor de todos sus trabajos, que ya éstos rechazan los elogios que merecen por sobradamente sabidos.

Por la Memoria recientemente publicada, lo primero que salta á la vista es la serie de milagros que el Laboratorio municipal tiene que hacer para cumplir su cometido con tan limitadas cantidades consignadas en su presupuesto de material.

Tiene razón el Dr. Chicote al señalar en su trabajo que la utilidad del servicio municipal de desinfección no se hará patente hasta que se haga obligatoria la declaración de las enfermedades infecciosas y la desinfección domiciliaria de locales, enseres y ropas.

\*  
\*\*

**Revenga (D. Ricardo).—La muerte en Madrid. Estudio demográfico.**

Como estudio modelo puede conceptuarse el trabajo del Sr. Revenga por su método, por su rigor estadístico y por sus demostraciones gráficas.

Sobre esta base, no es extraño el complemento obligado que tal estudio tiene, de lo atinado de sus observaciones y lo transcendental de sus fines desapasionada y exactamente demostrados.

Es un trabajo que honra á su autor y habla muy alto en favor de la Dirección general de Sanidad, que procura señalar con la positiva, aunque muda elocuencia de los números, muchas transcendentales cuestiones de higiene, de una importancia social cada vez más manifiesta.

M. SLOCKER,  
Médico primero.

---

FÓRMULAS

---

412

Guayacol sintético cristalizado... .	} áá	1 gramo.
Mentol. ....		
Aceite alcanforado.....		

M.—Para embrocaciones con un pincel cada dos horas.  
En la **erisipela de la cara.**

(Desesquelle).

413

Tintura de iodo. ....	20 gramos.
Ioduro de potasio.....	2 »
Glicerina.. ....	40 »
Jarabe de corteza de naranjas.....	50 »
Agua c. s. para completar. ....	1 litro.

M.—Para tomar una cucharada grande, dos veces al día, antes de las principales comidas.

En la **tuberculosis pulmonar.**

(Déléarde).

---

## SECCION PROFESIONAL

### SERVICIOS SANITARIOS

«Excmo. Sr.: Atendida la necesidad de procurar al ejército todos los elementos que tiendan á evitar el desarrollo y propagación de las enfermedades infecciosas, tanto en tiempo de paz como en el de guerra, y en vista de que las prácticas de desinfección constituyen el procedimiento más eficaz de cuantas coadyuvan al fin expuesto, así como de las sensibles deficiencias de que adolece en la actualidad su cumplimiento, el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer lo que sigue:

1.º Se instituirá un servicio para la desinfección de cuarteles, establecimientos, dependencias militares y domicilio de todos los Jefes y Oficiales del ejército, limitado por ahora á la plaza de Madrid, dotándolo del material móvil necesario y de una estación fija para verificar, respectivamente, el saneamiento de los locales, ropas y efectos en la forma requerida.

2.º La custodia y conservación del material, así como la ejecución del servicio, estará á cargo de la Brigada de Tropas de Sanidad Militar, la que proporcionará el personal y ganado necesarios.

3.º Con arreglo á lo que previene el vigente Reglamento provisional para la contratación de todos los servicios correspondientes al ramo de Guerra, aprobado por Real Orden de 18 de Junio de 1881, se propondrá la adquisición del material siguiente:

1. Una estufa de desinfección, sistema Genesté Herscher (gran modelo).
2. Una estufa de desinfección locomóvil, sistema Genesté Herscher.
3. Un pulverizador Genesté Herscher, tipo F. D. C.
4. Un pulverizador Genesté Herscher, tipo F. B. O.
5. Una lejadora Genesté Herscher, de 1'600<sup>m</sup> por 0'800.
6. Un mezclador Laurans, con ruedas.
7. Seis mezcladores Chicote, con presión de agua corriente.
8. Cuatro aparatos de desinfección para el formaldehído, sistema Panchet, con tubería de cobre y tuercas de unión.
9. Doce cajas metálicas de forma cilíndrica, de 1<sup>m</sup> de altura por 0'60 de diámetro, para conducir y reponer ropas y efectos infestados.
10. Tres furgones para el transporte de efectos á desinfestar y de los aparatos y substancias necesarias para este servicio, con los atalajes correspondientes á un tiro de dos caballos.

11. Un furgón para el transporte de efectos desinfectados, con atalaje para dos caballos.

12. Pinceles, esponjas, cubos, regaderas, lámparas de alcohol, vasijas para la conducción de substancias desinfectantes, y útiles para picar, raspar, enlucir y pintar.

Todos cuantos gastos se originen por este concepto, serán cargo á la cantidad consignada al Cuerpo de Sanidad Militar, del crédito concedido por Ley de 30 de Agosto de 1896.

4.º Por autorizarlo el Reglamento de contratación citado, se procederá por el Parque de Sanidad Militar de esta Corte á la adquisición, por subasta pública, de los efectos del material relacionado comprendidos entre los números 9 al 12, ambos inclusive, previa aprobación del oportuno presupuesto y cumplimiento de todas las prescripciones legales.

5.º Una comisión, compuesta de dos Jefes de la Brigada de Tropas de Sanidad Militar y del Médico mayor D. Manuel Martín Salazar, profesor de higiene en la Academia del citado Cuerpo, redactará con urgencia el programa de necesidades del local en que haya de instalarse el referido servicio, remitiendo á este Ministerio el correspondiente informe, para que, una vez aprobado, se proceda por el Cuerpo de Ingenieros á habilitar ó construir dicho local, abonándose el importe de las obras con cargo, igualmente, al crédito extraordinario concedido por Ley de 30 de Agosto de 1896.

6.º En el primer proyecto de presupuesto que se redacte, se consignará la cantidad que se considere necesaria para atender á los gastos que la desinfección origine, así como para el entretenimiento y conservación del material y ganado.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 21 de Mayo de 1901.—Weyler.—Sr. Capitán General de Castilla la Nueva.—Sr. Ordenador de pagos de Guerra».

\*  
\*\*

#### COMISIONES LIQUIDADORAS

«Circular.—Excmo. Sr.: Para evitar los cambios frecuentes de personal que experimentan las Comisiones liquidadoras, con perjuicio evidente del cometido que se hallan desempeñando, la Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), ha tenido á bien disponer que los Jefes y Oficiales y sus asimilados de todas las Comisiones liquidadoras, bien sea que presten en ellas sus servicios como de plantilla ó en comisión permanezcan en dichos destinos cuando menos

un año, á partir de esta fecha, y en lo sucesivo desde la de su incorporación, sin que durante este plazo puedan causar baja en ellos, á no ser por ascenso, enfermedad debidamente justificada ó pase á la situación de reemplazo voluntario, si hubiese excedencia en la clase respectiva; no contándose, para la extinción de dicho año, el tiempo que empleen para desempeñar comisiones del servicio que les alejen de su destino, ó disfrutando licencia temporal.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 23 de Mayo de 1901.—Weyler.—Sr....»

\*  
\*\*

#### RETIROS

«Circular.—Excmo. Sr.: Habiéndose suscitado algunas dudas acerca de si debe considerarse vigente el precepto contenido en el artículo 15 de los estatutos de la Real y Militar Orden de San Fernando, según el cual los Caballeros de dicha Orden no recibirán el retiro por edad hasta cumplir la fijada para el Cuerpo de Estado Mayor de plazas, siempre que les convenga y tengan aptitud para continuar sirviendo; teniendo en cuenta que la Ley Constitutiva del ejército de 29 de Noviembre de 1878 no modifica de una manera directa el referido precepto, y de acuerdo con lo informado por el Consejo Supremo de Guerra y Marina, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que se declare subsistente lo prevenido en el citado artículo 15 de los estatutos de la Real y Militar Orden de San Fernando; en la inteligencia de que los Jefes y Oficiales que se acojan á sus beneficios serán empleados en destinos de Estados Mayores de plazas, previa la competente justificación facultativa de su robustez, según previenen dichos estatutos.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 27 de Mayo de 1901.—Weyler.—Sr.....»

\*  
\*\*

#### SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de la instancia promovida por el Comandante de Artillería D. León Martín Peinador, en súplica de que, para determinar la fecha desde la cual se le conceda el sueldo de Teniente Coronel, por virtud del artículo 3.º transitorio del Reglamento de ascensos vigente, se tome en cuenta el tiempo en que ha disfrutado el de Comandante, á consecuencia de haber percibido sobre el de Capitán la pensión de la cruz de María Cristina; considerando que la pensión de esta cruz se computa como aumento efectivo de sueldo, tanto para el goce del co-

rrespondiente al empleo inmediato como para la declaración de derechos pasivos; considerando que por Real Orden de 7 de Enero de 1897 (*C. L.* número 3), se reconoció que el sueldo del empleo superior inmediato al que se ejerce, concedido en cumplimiento de lo que el mencionado artículo 3.º transitorio preceptúa, sirva de base, después de haberlo disfrutado dos años, para obtener el del empleo siguiente, una vez cumplidas las demás condiciones exigidas, y de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, la Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), ha tenido á bien resolver que para satisfacer la condición de los dos años de efectividad en el empleo, lo mismo que la del percibo de dos años del último sueldo, á que las citadas disposiciones se refieren, se cuente el tiempo durante el cual ha disfrutado el interesado el sueldo de Comandante, por hallarse en posesión de la Cruz de María Cristina; siendo, al propio tiempo, la voluntad de S. M., que esta disposición se haga extensiva á los demás Jefes y Oficiales que se encuentren en igual ó análogo caso al del recurrente.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 27 de Mayo de 1901.—Weyler.—Sr...»

---

## VARIETADES

---

En el presente mes han sido amortizadas dos vacantes de Médico primero.

\* \*

El 21 de Octubre, y bajo la presidencia del Dr. Lucas Championnière, principiarán en París las sesiones del XIV Congreso de la Asociación francesa de Cirugía.

\* \*

La quinta sesión de la Asociación francesa de Urología se celebrará en París del 25 al 26 de Octubre próximo, bajo la presidencia del Doctor Guyon.

\* \*

Del 10 al 14 de Diciembre del año próximo se celebrará en el Cairo el primer Congreso de Médicos egipcios.

\* \*

La Junta de gobierno del Colegio Médico de Málaga ha elevado una razonada exposición al Ministro de Instrucción pública, solicitando una reforma legislativa que se contraiga á los siguientes extremos:

1.º Para los efectos legales y profesionales de los estudios médicos,

los súbditos de las naciones no convenidas se someterán á la misma legislación que los españoles, hayan ó no cursado asignaturas ú obtenido título en sus países respectivos.

2.º Cuando preexistan convenios internacionales gozarán única y precisamente de las excepciones y privilegios que á los españoles se hayan concedido en la nación á que los extranjeros pertenezcan.

\*  
\*\*

Las defunciones ocurridas en esta Corte durante el mes de Agosto próximo pasado, se elevan á la cifra de 1.193 (2º255 por 1.000). De ellas corresponden 509 á individuos menores de cinco años, y figuran como causas principales: la diarrea infantil (174), la tuberculosis pulmonar (101), otras tuberculosis (81), meningitis (90), sarampión (60), fiebre tifoidea (29) y viruela (23).

\*  
\*\*

Se ha publicado el número 8 de la interesante revista mensual literaria *La Patria de Cervantes*, cuyo sumario es el siguiente: La Hermandad de los Siete Reyes; Hojas del Diario del Dr. Moreno; Un millonario del Cabo; Cuentos del Continente obscuro; El loro mágico; Los cabellos de oro.

Se halla de venta dicho número, por demás ameno é instructivo, en todas las librerías y en la de los editores, Sres. Bailly-Baillièrre é hijos, al precio de una peseta número suelto, 9 pesetas la suscripción por un año en Madrid, y 10 en provincias.

---

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

**Cuadros sinópticos de obstetricia** para uso de estudiantes y prácticos, por los *Doctores Juan Saulieu y Jorge Lebief*; versión castellana de *Agustín Fuster Fernández*.—Colección Villeroy.—Un tomo con 200 fotografías y 144 figuras intercaladas en el texto.—Madrid. Librería editorial de Bailly-Baillièrre é hijos. Plaza de Santa Ana, número 10. 1901.

**Cuadros sinópticos de sintomatología clínica y terapéutica** para uso de estudiantes y prácticos, por el *Dr. M. Gautier*; versión castellana del *Dr. Julio González de Castro*.—Colección Villeroy.—Un tomo.—Madrid. Librería editorial de Bailly-Baillièrre é hijos. Plaza de Santa Ana, número 10. 1901.

**La Patria de Cervantes**.—Revista mensual.—Madrid, Agosto de 1901. Librería editorial de Bailly-Baillièrre é hijos. Plaza de Santa Ana, número 10.

**Le Bulletin Médical**.—Publicación bi-semanal.—París. Agosto de 1901.

**La simulación de la locura**.—Trabajo presentado al II Congreso científico Latino Americano, por el *Dr. José Ingegnieros*.—Buenos Aires. 1901.

**Simulación de la locura por alienados verdaderos** (sobresimulación).—Por el *Dr. José Ingegnieros*.—Capítulo de la obra de psicopatología forense sobre «Simulación de la locura».—Buenos Aires. 1901.

**Sanecamiento de la villa de Bilbao**.—Memoria que comprende el estado y progreso de las obras en el período de 1.º de Julio de 1899 al 31 de Diciembre de 1900.—Bilbao. 1901.