

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

---

AÑO XI MADRID I.º DE SEPTIEMBRE DE 1897 N.ºM. 245

---

Posibilidad presunta de la visión fluoroscópica,  
apreciando el relieve y los distintos planos de los  
tejidos para el diagnóstico médico.

---

Después de meditar mucho sobre la resolución de tan difícil problema, he concebido un proyecto de experiencia cuyo fundamento y base quiero entregar á la publicidad en esta REVISTA, siquier sea prematuramente y á modo de indemnización por el largo silencio guardado después de mis primeros artículos sobre Radiografía. Próxima á terminarse la instalación que posee el Instituto de Higiene militar, abundantemente dotada de inmejorable material científico, me propongo reanudar muy pronto la interrumpida tarea emprendiendo nuevos trabajos de investigación, siendo uno de ellos el que motiva esta exposición sucinta, cuya realización trato de llevar á la práctica en estos momentos, y de cuyos resultados tendré al corriente á mis lectores.

Imaginemos una pantalla de platino-cianuro de bario, iluminada al máximo de fluorescencia por un poderoso manantial de rayos X; si entre el foco y la pantalla interponemos la mano, la imagen de sus huesos se destacará limpiamente en un plano de sombra uniforme; todos los otros tejidos blandos se delinearán leve é indistintamente por otro plano, uniforme también, de ligerísima penumbra; ahora bien, hecha abstracción del esqueleto, los demás tejidos de la economía poseen un coeficiente de permeabilidad para los rayos X, que es sensiblemente igual para todos los órganos superficiales y profundos; tengamos también en cuenta que sea cualquiera el grado de facilidad con que se deja atravesar un cuerpo por los rayos de Röntgen, esta facultad decrece proporcionalmente, según aumenta el espesor de dicho cuerpo, ó lo que es lo mismo «el poder

de iluminación está en razón inversa de la sección transversal», y se comprenderá fácilmente la experiencia que proyectó.

Consiste ésta en interponer entre la pantalla luminosa y el objeto que se observa, supuesto siempre una región cualquiera del organismo, una serie de bandas cuyo índice de permeabilidad para los rayos X varía gradual é insensiblemente desde cero á un máximo para volver de este mismo máximo á cero en un ciclo completo; claro es que á medida que crece la opacidad de las bandas, sumándose éstas á la de los distintos planos en que podemos considerar divididos la sección transversal del cuerpo, irán interceptando sucesivamente en otras tantas líneas de sombra la luz que dejan pasar los planos correspondientes; tendremos, pues, en el punto correspondiente al cero, la imagen clara y distinta del esqueleto; después, á medida que la opacidad de las diferentes pantallas aumenta, la sombra se irá corriendo desde el hueso á la periferia de la imagen; y como en este momento la opacidad decrece del máximo á cero, la imagen se iluminará desde los bordes al hueso para reproducir este ciclo indefinidamente; de este modo, y por la sucesiva yuxtaposición de imágenes luminosas y oscuras, quizá sea posible una cierta proyección de los planos muy parecida al relieve.

Finalmente, hé aquí en detalle las condiciones de esta experiencia: Un disco circular de cartón delgado y muy rígido está dividido en cuatro sectores, cuya amplitud es tal que pueda quedar inscrita en cada uno de ellos la pantalla luminosa; sobre el primer sector nada hay; y como el índice de permeabilidad de dicha materia es despreciable, cuando se interponga entre la pantalla y el objeto se obtendrá sólo la imagen del esqueleto; sobre el segundo sector van fijas 20 bandas de papel, numeradas del 1 al 20; estas bandas han sido embebidas de antemano en una solución de bromuro de potasio, substancia que, como se sabe, es muy opaca para los rayos X; el número de cada una representa el grado de concentración de las distintas soluciones, y por tanto su coeficiente de permeabilidad. El tercer sector lleva fijas otras 20 bandas en dos series, desde la 21 á la 30, que toca su parte media, y desde la 29 á la 21, que le limita; el último sector completa el ciclo con otras 20 bandas, desde la número 20 hasta la núm. 1, que se toca con el primer sector ó cero; no se pierda de vista que las bandas que llevan un mismo número han sido sumergidas en la misma solución, y que por consiguiente sus coeficientes de permeabilidad son idénticos.

Una polea de transmisión comunica al disco un movimiento rotatorio cuya velocidad determinará la práctica.

EDUARDO SEMPRÚM,  
Médico primero.

---

## ETIOLOGÍA DE LAS NEOPLASIAS (1)

---

Infectando conejillos de Indias, por alimentación con los cultivos ó mediante inyección subcutánea, sobrevino la muerte al cabo de una ó dos semanas (Ramón y Cajal), apareciendo á la autopsia nódulos blanquecinos en las más importantes vísceras, intestino, hígado, bazo, etc. Ni los síntomas producidos por estas inoculaciones, ni las lesiones cuyo análisis histológico no parece haber hecho Koubasof, autorizan á pensar se trata aquí de producciones cancerosas.

Verneil, en el 89, cultivó cocos y bacilos encontrados en tumores malignos; se inclina á considerar tales microbios como colonos accidentalmente llegados al tumor, donde producirían reblandecimiento, necrosis, ulceraciones y fermentaciones, capaces de complicar el curso del mal y producir estados septicémicos. Las partes hondas y duras del carcinoma carecen de microbios.

Vemos, pues, que hasta ahora podemos eliminar por incompletas todas las teorías que acabamos de exponer; pues si bien en ellas resplandece el talento y el ingenio de los autores ya mencionados, aun cuando admiremos los chispazos y destellos luminosos de ciencia, que tanto nos embelesan, no es menos cierto que en Medicina no nos hemos de seducir con brillantes oropeles ni con soberbios atavíos, no; para nosotros la verdad es una, desnuda, escueta, y hasta encontrarla tal como es en sí, no hemos de cejar ni un solo instante en nuestros afanes y en nuestros trabajos.

Por eso, y por no satisfacer en un todo nuestros deseos las anteriores hipótesis, es necesario buscar nuevas sendas, derroteros nuevos que nos conduzcan al descubrimiento de la verdad, y de ahí que indaguemos nueva ruta, rumbo nuevo, en el que indudablemente nos encontraremos con mil tropiezos; pero si con calma los sopor-

---

(1) Véase el núm. 241.

tamos y llegamos á la meta de nuestros designios, benditos tropiezos, que tanto bien nos han de proporcionar á costa de insignificantes daños.

Y ese nuevo camino en la etiología de las neoplasias nos lo marca la teoría *protozoárica*, iniciada por Franke, Thomas, Liegenbek, y continuada por otros investigadores, y que es hoy día una de las teorías que cuenta con mayor número de esforzados campeones.

Examinemos con toda calma dicha teoría, que se apoya en tres sólidas columnas: la Anatomía patológica y la Bacteriología de un lado, de otro la Patología experimental, y por fin la Clínica.

Comenzaremos, pues, con las investigaciones anatomo-patológicas y bacteriológicas.

El año 82 descubrió Paget, en algunos tumores de la mama, unos microorganismos análogos á las coccideas, familia de las gregarinas, y sus trabajos coincidieron con investigaciones en el mismo sentido del padre de la Patología celular, el gran Virchow, y con observaciones de Gubler, quienes habrían encontrado corpúsculos análogos en la trama de algunos carcinomas hepáticos. Según dichos autores, las coccideas, asentando en el seno de un tejido, suscitarían una irritación lenta, causa á su vez de atípica proliferación, y por consiguiente dichos organismos serían la causa eficiente de la ulterior neoplasia.

Además, hay quien afirma que estos organismos determinan el psoriasis bucal en los labios y la leucoplasia lingual, enfermedades que á la larga traerían como obligada secuela el epitelioma de dichos órganos.

Dichos microorganismos son *protozoarios esporozoarios ectósporos*, ésto es, protoplasmas unicelulares, en cuyo seno hay granulaciónes ó vacuolos, á veces un nucleolo. Estos protozoarios, que son polimorfos como la *laverania* del paludismo, se encuentran de preferencia en el interior de las células, y aunque pocas veces, se ha logrado cultivarlos. Sin embargo, un gran obstáculo al hallazgo de estas coccideas lo es la presencia de células degeneradas en el interior de los tumores, lo cual puede llevarnos á múltiples errores.

Los trabajos de Soudakevitch han acabado de dilucidar esta importantísima cuestión, pues valiéndose de una técnica especial ha hallado (dice él) siempre en 75 casos de cáncer esos corpúsculos que él y Metsnikoff han calificado de coccideas. En Agosto del 92 Soudakevitch insistió sobre lo mismo; según él, en 200 tumores que estudió, en todos ellos, menos en ocho, encontró los parásitos pre-

dichos. Siempre halló dichos séres en el protoplasma celular, cuya actividad excitaría hasta el extremo de avivar su irritabilidad reproductiva; la célula se reproduciría, y en las células hijas se encontraría también una parte de los parásitos de la célula madre, y así sucesivamente en las nuevas y nuevas generaciones celulares. Los estudios de Ruffer y Plümer coinciden en cuanto á sus resultados con los del sabio histólogo de Kuff; en cambio, Foa dice no haberlos hallado sino cuatro veces en 70 casos de cáncer de la mama, y para este autor los cuerpos intracelulares descritos por Soudakevitch no todos son parásitos, sino solamente algunos de ellos. Posteriormente, Foa se aproxima más y más á Soudakevitch por sus nuevos trabajos, y las investigaciones de Metsnikoff parecen también ser muy favorables á esta teoría.

Peró siempre vemos reaparecer la misma discusión; «coccideas» dicen Darrier, Wickman, Albarran y Flexner; células degeneradas sostienen Cornil, Pifard, Torok, Cajal, Tomasdi, Butlin, y probablemente todos tienen razón según las preparaciones que examinen.

Fabre-Domergue dice haber observado todas las transiciones de forma entre la célula epitelial normal y el organismo coccidiano. Hagem admite su existencia, pero se muestra dudoso en aceptar su valor patogénico; considéralas como meros comenzales, y una cosa análoga sostiene Malasses en sus últimos trabajos.

Examinemos ahora los datos de Patología experimental. Se ha tratado de inocular los tumores (principalmente los cánceres) y los resultados son que no se ha podido inocular un tumor procedente de un animal determinado á otro de especie distinta, según resulta de los trabajos de Duplay Cazin, Quinquod, etc.; en cambio las tentativas de inoculación de un animal á otro de su misma especie han dado resultados más positivos, cual lo han demostrado Gonjon, Klente, Hanan y otros

Los hechos de auto-inoculación favorecen también la teoría que estamos exponiendo, pues Ledoux-Lebard, Gross, Kaufman, Kinte, Terrillon, Cornil, etc., han publicado opúsculos en los que se evidencia la facilidad de auto-inoculación de neoplasias, así epitelioma del labio, inoculado accidentalmente en los párpados y desarrollando en la región palpebral un tumor epitelial, epitelioma de la lengua, provocando un epitelioma del carrillo; cáncer renal, provocando por contacto é inoculación un cáncer hepático, *et sic de ceteris*, porque mil y mil ejemplos pudiera citar si no temiera hacerme pesado.

La clínica viene también á favorecer y apoyar la teoría que estamos exponiendo, pues se vé que algunas neoplasias, como el cáncer, son infecciosas, contagiosas é inoculables; así se ha visto que hay localidades, mejor barrios y aun casas, en las que son frecuentes los tumores; se ha visto la frecuencia de tumores en los individuos que rodean á un canceroso; se ha comprobado la frecuencia del cáncer del pene del hombre, coincidiendo con el cáncer del cuello uterino de la mujer que con aquél cohabitó; es un hecho también del orden clínico la metastasis de los tumores, su generalización, la caquexia que originan, todo lo cual parece probar la teoría que venimos exponiendo.

Tal es el estado actual de la célebre Teoría protozoárica de los tumores, que nacida al abrigo de las modernas teorías ha ido creciendo más y más merced á innumerables trabajos y desvelos, y se encuentra á una altura bastante considerable en la actualidad, y á pesar de todo no la admitimos porque la consideramos incompleta, y porque creemos que en la génesis y evolución de los tumores, únicamente intervienen las leyes celulo-genéticas ya mencionadas; y así como hemos visto que los pretendidos bacilos del sarcoma, carcinoma, etc., no son más que vulgares saprofitos ó gérmenes accesorios, ó el bacilus epidermis de Burdoni-Ufreduzzi, creemos también, con muchos autores, que las mencionadas coccideas serán tal vez células degeneradas, quizás leucocitos más ó menos alterados, incluidos en el interior de algunas células.

De los experimentos de Maget y Bobí se deduce que son inoculables y por ende contagiosas, pero no infecciosas, y cual los mismos me inclino á creer que es un contagio químico, pues nunca encontraron el menor barrunto de parásitos en los jugos cancerosos.

En vista de ésto, vamos á exponer nuestra teoría, que pudiéramos llamar *Teoría celular de los tumores*. Bajo la influencia de una causa cualquiera (pues indudablemente que las causas de los tumores son múltiples), pues bien, bajo la influencia de una causa, diatesis, herencia, traumatismos, flegmasias anteriores y algunas veces gérmenes, se altera la nutrición de una célula ó de un grupo de células de un tejido cualquiera, A, B ó C. Dichas células, influenciadas por una causa anormal, sufren una aberración nutritiva, se altera la composición química del protoplasma, se nutren de un modo distinto á como lo hacían anteriormente, y cuando estas células se reproducen, los elementos hijos están también afectos de la misma alteración, de esa aberración nutritiva que cambia las propiedades

dinámicas y las morfológicas del elemento afecto. En virtud de las leyes celulares, toda la progresión de esas células, sufre merced á las leyes de la herencia, modificaciones análogas, y el resultado final es la formación en el seno de un tejido, en el parenquima de un órgano, en la superficie de los tegumentos, en el seno de un hueso, en la pared de un vaso, etc., de una neoplasia, ésto es, de un conjunto, de un conglomerado, de un pelotón de células, que bien pudiéramos llamar insurgentes, que se rebelan contra la disciplina celular y se declaran completamente independientes en abierta rebelión.

Los tejidos vecinos á la neoplasia se comportan con ésto de distinto modo; á veces el tejido conjuntivo forma una cápsula fibrosa que envuelve completamente al tumor, lo aísla, y por regla general el tumor aislado, el tumor encapsulado, es un tumor benigno. Otras veces es tal el incremento formador y nutritivo del neoplasma, que no encuentra freno ni barrera que lo limite y aisle; sus elementos se multiplican activísimamente, y las nuevas células formadas, agrupadas alrededor de los elementos padres, hacen que la neoplasia aumente de volumen, busque nuevos terrenos en que insinuarse, infiltre los intersticios musculares, diseque los músculos, englobe vasos, comprima nervios, destruya aponeurosis, gane las lagunas linfáticas, interese los ganglios ó infiltre las paredes de los vasos, y las células llegadas á su luz son arrastradas por la corriente sanguínea, del mismo modo que si llegan á la linfática lo son por la corriente linfática, y circulando en el interior de los vasos un grupo de células cancerosas, sarcomatosas, etc., en la angostura de un vaso, en el resquicio de un órgano, en el seno de un ganglio, allí donde quiera que encuentre condiciones de reposo y de vida, allí asientan sus reales, allí viven, allí se reproducen, y en una palabra, allí originan un nuevo tumor.

Ved cómo sin necesidad de apelar á hipótesis más ó menos ingeniosas y sin meternos en laberintos de ninguna clase, ved cómo puede explicarse la génesis de los tumores y el concepto de su benignidad ó malignidad. Sin auxilios de microbios ni de coccideas, atendiendo únicamente á la composición anatómica de los tumores, nos explicamos el por qué unos sean benignos y otros malignos. El fibroma pobre en elementos y de fuerte é intrincada trama, es benigno; el adenoma rico en elementos, pero éstos fuertemente unidos entre sí mediante prolongaciones celulares, también; el carcinoma y el sarcoma cuyas células no están unidas entre sí y á menudo se

encuentran en un medio líquido, son fatalmente malignos; ¿y por qué? ¿por gérmenes? creo que no; es lógico pensar que de la masa total del tumor se destaque un grupo de células que, arrastradas por las corrientes linfática ó sanguínea, determinen focos neoplásicos en otros puntos.

Pero ¿por qué los tejidos vecinos á un tumor lo encierran y venen en unos casos, y en otros se dejan perforar, romper, y ceden ante la invasión de una neoplasia? Misterios son éstos que no podemos dilucidar. Quién sabe si se deberá á las secreciones celulares; pero del mismo modo que las células de un tejido se nutren de distintas substancias que las del otro, y por ende sus secreciones son muy distintas, así también las células de un lipoma se nutren de diferente manera que las de un sarcoma ó un carcinoma, y, por tanto, sus secreciones, sus leucomainas también serán distintas, y quién sabe si las del cáncer, sarcoma, etc., gozan de un poder destructor, deletéreo, corrosivo tal vez, que destruya los tejidos que á su crecimiento y desarrollo pudieran oponerse.

P. RUANO.

Médico provisional.



## TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS DE LA CórNEA (1)

No es mi ánimo el hacer una descripción minuciosa y completa de cuanto se ha dicho y hecho concerniente al tratamiento de las úlceras de la córnea, no; mi objeto es sólo el exponer aquí, en cuanto sepa, ideas claras, prácticas, que conduzcan á fines útiles, y amoldadas en lo posible á los medios habituales en la práctica rural, pues, inspirándome en el título de esta *Revista*, escribo aquí especialmente para mis compañeros rurales, para esos verdaderos mártires de nuestra ciencia, héroes de ella, que sin quien les ayude ni les guarde las espaldas (permítaseme la expresión) en caso grave y apurado, tienen que hacer frente á toda clase de padecimientos, viéndose obligados á resolver por sí solos las más de las veces cuantos problemas puedan presentárseles pertenecientes á las innumerables ramas del inmenso árbol de la patología, obligados á

(1) Publicado en la *Revista Médica rural*, por el Dr. Figarola (de Barcelona).

ello por la imposibilidad de medios, ó, lo que es más común, por falta de voluntad del enfermo, pues bien á menudo les cuesta un verdadero triunfo el hacer comprender á sus clientes que es muy compatible y mucho (é indispensable hoy día, dado el grado de extensión, adelanto y perfección á que llegan las especialidades), el mandar un enfermo á un especialista y ser un excelente Médico, y, por lo tanto, sin perder ni un ápice de su consideración como á Médico, sino que, al contrario, puesto que el Médico general dá con ello una prueba de mayores conocimientos, demostrando que vé donde está el peligro, y de que es hombre de conciencia recta, haciendo palpable, así que comprende que su cargo no es de empirismo y especulación, sino que es el de salvaguardia de la salud de su partido, y, por lo mismo, tanto menos temerario cuanto más ilustrado.

A buen seguro que quizás á más de un compañero se le habrá presentado en su mente, al leer estas líneas, tal ó cual caso de glaucoma ó de oftalmía simpática, sin ir más lejos, que terminaron con la ceguera más terrible por no haber el enfermo obedecido en el acto á su indicación de que acudiera á un especialista.

¡Ah! si los pueblos conocieran y comprendieran cuánta nobleza y abnegación entraña, especialmente el ser Médico rural, ¡cómo idolatrarían á sus Médicos, cómo les suavizarían y allanarían el camino de su profesión en vez de aumentar las dificultades á quienes bastantes tienen luchando, á la vez que con las enfermedades, con otros dos factores más terribles si cabe, cuales son las preocupaciones y el deficiente arsenal, ya farmacológico, ya quirúrgico, con que se cuenta en los pueblos, cosa que les obliga á ser unos Jobs, y además enciclopedistas!

Puesto que, algunas veces, Dios mediante, espero ocupar aquí la atención de mis colegas rurales, con el solo objeto de contribuir, en lo posible y en la medida de mis escasas fuerzas, á facilitarles su misión en cuanto á mi especialidad de oftalmología se refiera, permítaseme que desde aquí, al inaugurar mis propósitos, sin otro mérito y aliento que la buena intención, les dirija mi saludo de compañero y mis testimonios de admiración, diciéndoles sinceramente: ánimo y adelante, que la causa es buena, y que si bien su puesto es de los más difíciles y penosos, es también, sin disputa alguna, el de más verdadera gloria, y seguramente el que más patentiza la idea de sacerdocio, con que se enaltece siempre el ejercicio de la medicina.

El plan que voy á seguir vá á ser el siguiente: primero, estudiar

los diversos medios de tratamiento de las úlceras que me ocupan, para que una vez bien conocido su modo de obrar, indicaciones que de su acción dimanen y manera de servirse de ellos, aplicar estos conocimientos en forma concisa, pero clara, porque para los detalles supongo ya conocida la primera parte, cual será la de un cuadro sinóptico, el cual esté formado por algunos grupos de úlceras con su tratamiento correspondiente, constituyendo unos cuadros terapéuticos á los cuales generalmente se amolda el tratamiento de las úlceras de la córnea en la práctica corriente.

Finalmente, como complemento á los fines que tan sólo me propongo, ó sea el que mis trabajos puedan ser útiles al Médico general á manera de amigo fiel y servidor rápido, terminaré con un pequeño formulario referente á las úlceras de la córnea.

Los medios de que disponemos para combatir las úlceras de la córnea, los dividiré, á fin de facilitar su estudio, en medios locales y en medios generales, y los primeros á su vez, aunque en rigor dicha subdivisión no sea del todo exacta, en directos é indirectos.

**Medios directos.**—Estos son los que obran por contacto inmediato sobre la parte enferma, deteniendo la marcha invasora de la úlcera y procurando su reparación. Pueden ser farmacológicos y quirúrgicos.

**MEDIOS DIRECTOS FARMACOLÓGICOS.**—Así como antiguamente en este capítulo, lo primero que á todos se ocurría era tratar de los colirios de los alcaloides clásicos, hoy día deben figurar en primera línea lo que podríamos llamar en conjunto *mano izquierda del cirujano moderno*, ó sea las substancias antisépticas. Veamos, pues, cuáles son las substancias antisépticas que se pueden aconsejar, y en qué forma deberán emplearse.

**SUBSTANCIAS ANTISÉPTICAS.**—No discutiré aquí el valor de las diversas substancias antisépticas ni las razones y hechos en que me apoyo para recomendar unas, rechazar otras y admitir proporciones especiales para nuestro uso, porque ésto sería cosa larga, que bien vale la pena de ser tratada con detención algún día; pero aun sin entrar en estas discusiones, permítaseme hacer observar, por convenir así para un buen tratamiento, que la mayoría, por no decir todas, de las soluciones que podemos usar para las irrigaciones ó lavados de la córnea, obran mucho más por el arrete mecánico que producen que por la intensidad y persistencia de su poder antiséptico; así es, que desde ahora téngase por sabido que al prescribir un lavado, deberá sobreentenderse que éste ha de ser abundan-

te y no permitir que los encargados de hacer las curaciones se contenten con echar algunas gotas ó chorrillos, resultado de la expresión de algún trapito empapado en la solución, como yo he visto que se ha hecho más de una vez, á causa de haberse olvidado de insistir en las familias sobre el modo de hacer los lavados que me ocupan.

ACIDO BÓRICO.—Aunque el ácido bórico sea un producto al parecer pasado de moda, y valga la expresión, puesto que también las hay para los fármacos, á causa de su excesivo uso, debe ocupar, sin embargo, aun hoy día, uno de los primeros lugares, por ser substancia que puede emplearse en condiciones de las que realmente resulta un buen antiséptico, especialmente si se tiene en cuenta que su poder antiséptico aumenta á medida que se aumenta la temperatura de sus soluciones, reuniendo á ésto las inestimables condiciones de no atacar la vitalidad del epitelio corneal, su fácil preparación y manejo, pues no daña una medida de algunos gramos de exceso, y su poca toxicidad relativa.

Muy recomendable es el ácido bórico en solución al 40 por 1.000 y á emplear á unos 40 grados de temperatura. En los países fríos téngase presente que á esta proporción de 40 por 1.000 el ácido bórico se precipita en bastante cantidad, por lo cual se le añadirá carbonato de magnesia ó magnesia calcinada, que permiten obtener soluciones hasta el 120 por 1.000.

SALES DE MERCURIO.—Las soluciones de las sales de mercurio son sin disputa hasta hoy uno de los antisépticos químicos más poderosos de que podemos disponer. Mucho se ha usado y abusado de los preparados de mercurio, especialmente de las soluciones de sublimado corrosivo, uso y abuso que si en cirugía general no es tan peligroso para los órganos en sí, en oculística resulta de suma importancia, debido á la delicadeza de los tejidos, especialmente el que nos ocupa, ó sea el corneal, que se halla protegido solamente por un epitelio, que si bien se regenera fácilmente, en cambio también mucho más fácilmente mueren sus células bajo el contacto de ligeras soluciones de agentes cáusticos.

Veamos cuál es el valor antiséptico del sublimado, que es el que más se usa, y las condiciones necesarias para su acción, para desprender de estas consideraciones el uso que se deba hacer en las úlceras de la córnea.

Una solución de sublimado al 2:50 por 1.000 mata los esporos del *Staphylococcus aureus* en un minuto de acción (H. Bocquillon-Li-

mousin.) Las soluciones acuosas de sublimado al 1 por 1.000 necesitan *algunos minutos*, y la solución al 1 por 5.000 necesita *algunas horas* (Davaine.) Ahora bien; ¿cuál es la solución de las anteriormente citadas que sea compatible (y aun no del todo) con la vitalidad de las células epiteliales de la córnea? La del 1 por 5.000. ¿Un lavado con esta solución, asepsiza, cuando menos, una úlcera? No; puesto que, como ya hemos visto, dicha solución necesita *algunas horas* para esterilizar, condición que sólo es posible en un baño y no en un lavado, que es lo sólo practicable en nuestro caso.

Quizás se objetará que podría emplearse una solución intermedia entre el 1 y el 0'20 por 1.000. Respuesta: Ya al 0'40 por 1.000 los enfermos se quejan de escozor y es incompatible con la integridad del epitelio corneal, especialmente si hubiera de estar en contacto el tiempo que necesita para actuar, y por lo tanto, aunque parezca paradoja, estas soluciones antisépticas nos resultarían cómplices de la infección, puesto que nos abrirían nuevas puertas para la entrada de los gérmenes al destruir esa preciosa barrera natural que llamamos epitelio.

En conclusión: yo, sin ser opuesto, y mucho menos sistemáticamente, al uso del sublimado en lavados ó en toques directos á la úlcera, creo que se debe restringir á lo más preciso, ó cuando ya por no tener otra substancia con que le podamos suplir, ya por no ser preciso guardar consideraciones al epitelio, dada la índole especial del proceso, se crea conveniente su uso, pero teniendo siempre presente que si bien el sublimado es en sí un antiséptico precioso, es en cambio muy tóxico y de difícil manejo, y que en muchas de las veces deberá servir únicamente para conservar aséptica el agua esterilizada que usemos en los lavados abundantes, utilizando así un medio antiséptico por arrastre mecánico.

Otra de las sales mercuriales de uso corriente, y por lo tanto fácil de tener á mano, es el biyoduro de mercurio. Este preparado mercurial, considerado como de menor causticidad y mejor poder antiséptico que el anterior, ha sido preconizado por el profesor de la Facultad de París, Dr. Panas, quien lo recomienda en solución acuosa, obtenida á beneficio de la adición de alcohol á 90° (20 gramos de alcohol por 1.000 de solución) y en la proporción de 0'20 por 1.000.

También se usan con ventaja en oculística el cianuro y el oxicianuro de mercurio, pero éstos son de más difícil proporción en la práctica corriente, y así sólo expondré que sus ventajas se refieren

principalmente á no estropear los instrumentos como el bicloruro y el biyoduro, y además, á no tener su poder coagulante sobre la albúmina, circunstancia digna de tener presente.

FORMOL Ó ALDEHIDO FÓRMICO.—A pesar de que procuro que las substancias que me ocupan sean de las que se encuentran fácilmente en todas las farmacias, no puedo dejar de tratar aquí del formol ó aldehido fórmico, líquido incoloro, estudiado y presentado ya como antiséptico por Duclaux en 1892, y cuyo uso se extiende hoy día cada vez más, gracias á la iniciativa del tan laborioso como muy ilustrado oftalmólogo del *Hôpital des Quinze Vingts de Paris*, Dr. E. Valude, quien se dedicó á estudiar y efectuar trabajos con dicho producto, especialmente en su aplicación á la Oftalmología, exponiendo en el undécimo Congreso de Oftalmología que tuvo lugar en París en Mayo de 1893, el resultado de ellos. De dicha exposición resulta que el formol, á la condición de ser un potente antiséptico, reúne la de una acción prolongada después de hecho el lavado, debido ésto á ser muy difusible en virtud de su gran avidez por el agua, siendo además escasamente tóxico y no alterándose por la acción de la luz, ni tampoco aunque esté mal tapado.

Aconsejo la solución á la proporción de  $\frac{1}{2}$  por 1.000; más fuerte, produce escozor. No extrañarse si á esta misma proporción del 0.50 por 1,000 algún enfermo se quejara ya de algo de escozor; yo he tenido enfermos que se han quejado y otros que no; en todo caso esta molestia pasa fácilmente.

Recomiendo, pues, esta solución de formol, y me complazco en extender su conocimiento también, por razón de su fácil manejo y gran eficacia.

Yo, por mi parte, voy sustituyendo por el formol las soluciones de bicloruro de mercurio, y por ahora estoy satisfecho, porque en proporciones relativas aventaja al sublimado en no tener su causticidad, en persistir más tiempo su acción antiséptica y en ser de más fácil preparación y muchísimo menos tóxico.

Al ácido bórico le supera en ser de mucho mayor poder antiséptico y en resultar las soluciones mucho más económicas, si bien el ácido bórico tiene la ventaja de no necesitar tanta exactitud en las medidas, y su inocuidad para el ojo, puesto que ni siquiera produce molestia alguna.

Finalmente; como producto utilizable que se tiene comunmente á mano, y que se puede emplear para los grandes lavados, debo citar las soluciones de permanganato potásico al 0.25 por 1.000.

Terminado aquí el estudio de las soluciones que se emplean, me ocuparé de los demás agentes farmacológicos que pueden ponerse en contacto con la úlcera al fin de su curación.

Hay un grupo de sustancias que se usan aplicándolas directamente á la úlcera, ya sea haciendo toques con sus soluciones más ó menos concentradas, ya sea depositándolas en estado pulverulento. Estas aplicaciones son generalmente bastante dolorosas, por lo que requieren ser hechas por el mismo Médico, y á veces exigen la previa instilación de unas gotas de solución anestésica de cocaína.

Como pertenecientes á este grupo recomendaré aquí las aplicaciones de yodoformo en polvo finísimo ó en forma de pomada con vaselina neutra, si bien que así su acción es mucho menor y tiene el inconveniente de que la vaselina impide algo la acción de los lavados, por dificultar el contacto de los líquidos. También recomiendo los toques con un pincelito mojado, pero escurrido después, con tintura de yodo (Chibret).

COLIRIOS DE ATROPINA Y ESERINA. —Formo un capítulo especial con estos dos alcaloides, porque no hay duda que se lo merecen por ser necesario ocuparse con alguna detención de ellos, no tan sólo por su grande utilidad, sino que también para exponer el verdadero lugar que en mi concepto les corresponde, á lo menos hoy día, según se desprende, tanto del balance de opiniones y autores, como de las observaciones de mi práctica.

Consérvase, aun al presente, muy generalizado el uso del colirio de atropina tan pronto como se diagnostica úlcera de la córnea; por manera que atropina viene á ser como obligado de úlcera de la córnea. Esta idea, tan exagerada como errónea, produjo algunos años há su natural reacción en la forma de su antagonista la eserina, naciendo una tendencia á tratar las úlceras de la córnea sin distinción con los colirios de eserina, so pretexto de que la eserina se oponía á los fenómenos de diapédesis, y que por lo tanto era un excelente remedio contra las úlceras.

Tenemos, pues, por un lado á los partidarios del uso de la atropina, ó sea un midriático, y por otro á los de la eserina, ó sea un miósico, y por consiguiente substancia, como es sabido, de acción enteramente opuesta á la de la primera. ¿Quién tiene razón de los dos?

Dejando á un lado la cuestión de la oposición de la eserina á los fenómenos de diapédesis, por confesar que no tengo presente que se

haya hecho ningún trabajo importante especial sobre este particular, y llevando el asunto al terreno clínico, se tiene forzosamente que ver que la atropina obra como un potente midriásico, buen estupefaciente, y además, que produce la contracción de los pequeños vasos; ella nos sirve perfectamente cuando queremos producir una dilatación del esfínter iridiano, combatir la hiperemia ó calmar los dolores, y disminuir los fenómenos de reacción. Deberáse siempre tener presente que la atropina favorece el aumento de tensión del globo.

De la eserina sabemos también algo en el terreno en que me he colocado, y es que obra provocando la contracción del iris, desplegando y distendiendo su sistema vascular, y disminuye la tensión del globo ocular. Además se observa también que la conjuntiva no se muestra muy tolerante respecto á los colirios de eserina, puesto que se hiperemia fácilmente con su uso, á pesar de aplicarse bien asépticos.

De lo anteriormente expuesto debe inferirse: que tanto la atropina como la eserina *no son en manera alguna* específicos ni agentes que *per se* combatan las úlceras, no; dichas substancias deben servirnos solamente como coadyuvantes para evitar y combatir las complicaciones, muy comunes en las úlceras de la córnea. Empleadas bajo este concepto serán siempre unos medios preciosos para el oftalmólogo, y de los cuales obtendremos grandes resultados.

Previas las anteriores aclaraciones, manifestaré que la atropina está indicada siempre que haya excesiva reacción, cuando exista ó se tema que sobrevenga iritis, y contraindicada si existe perforación de la córnea ó un aumento de tensión ocular.

La eserina debe usarse principalmente cuando exista perforación de la córnea ó esté próxima á producirse, al objeto de seguir la regla obligada en toda perforación, que es el apartar los bordes y plano del iris del contacto de la úlcera, á fin de evitar las hernias y enclavamientos de éste, siempre de temibles consecuencias.

Queda también indicada la eserina si existe aumento de tensión ocular. Finalmente, puede aconsejarse la eserina en los casos de úlceras con escasa reacción; yo debo confesar que con todo en este último caso la considero inútil, pues igualmente se curan, y aun en el caso de úlceras asténicas, no es la eserina la que nos ha de proporcionar mayor vida, sino las aplicaciones de fomentos calientes estimulantes.

Como corolario á este párrafo haré observar que los partida-

rios de la eserina sin distingos fundan muchas veces sus aserciones en curaciones en las que ha habido perforación; á lo cual yo debo manifestar que en estos casos, como sucede comunmente cuando tiene lugar la perforación, la mejoría se debe á la misma perforación, que vá seguida casi siempre de gran alivio é inicia la curación, exceptuándose los casos perdidos, que también se pierden á pesar de la eserina.

Como sucedáneo, si bien no tan enérgico, pero mejor tolerado, se puede usar el colirio de pilocarpina.

(Continuará.)

DR. ANTONIO FIGAROLA.



## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

**Tratamiento del tétanos por el suero antitetánico.**—El señor Nocard: Voy á dar cuenta de los resultados que he obtenido con el suero antitetánico descubierto por Behring y Knorr, y empleados por éstos á la dosis de cinco gramos de substancia sólida. Con la dosis de seis miligramos que empleé se mata un caballo, apareciendo los primeros síntomas algunas veces al quinto día, lo más á menudo al sexto, y algunas veces al séptimo. En todos cuantos casos empleamos la toxina, los caballos murieron. En vista de estos resultados, fácil nos fué investigar el valor de la antitoxina; pero se nos presentó una dificultad. Era preciso emplear una dosis de cinco gramos de antitoxina seca de Hœuchst para neutralizar la antitoxina, dosis que nos fué vendida por la casa alemana al precio de 30 marcos. Dado lo elevado del precio y los escasos recursos de que yo disponía, me obligaron á estudiar comparativamente el suero antitetánico de Hœuchst y el del Instituto Pasteur. Metnikoff, dosificando biológicamente este suero, ha comprobado que una billonésima de gramo preserva al ratón de una dosis cien veces más fuerte que la dosis convulsiva. Mis experimentos se han llevado á cabo en 33 caballos de desecho, los cuales recibieron seis miligramos de toxina tetánica. Aguardé la aparición de los primeros accidentes y después les inyecté en las venas cinco centímetros cúbicos de suero antitetánico del Instituto Pasteur. Tanto ellos como los testigos murieron. Así, pues, si se inyecta la antitoxina antitetánica del Instituto Pasteur al comienzo de los primeros accidentes tetánicos, es imposible detener el desarrollo de la enfermedad, sucediendo lo mismo con el suero de Hœuchst. Pero aún hay más; si se inyecta la antitoxina veinticuatro horas antes del principio de los accidentes tetánicos, que es fácil de prever, puesto que sobrevienen

regularmente seis días después de la inoculación, esta inyección, aun á dosis elevada é intravenosa, no detiene en nada el desarrollo de la enfermedad. Si la inyección se hace cuarenta y ocho horas antes de la aparición de los accidentes, siempre á alta dosis y en las venas, el animal no presenta accidentes tetánicos; pero si se inyecta poco después de la inyección de la toxina tetánica el suero antitetánico, aun á pequeñas dosis y debajo de la piel, el animal no padece el tétanos. Se puede, pues, deducir prácticamente de estos experimentos que el suero antitetánico no ejerce acción alguna sobre los accidentes tetánicos desde que aparecen, pero sí que tiene una acción preventiva absoluta. Me permito, pues, afirmar que el tratamiento curativo del tétanos está aún por descubrir; mas ésto no quiere decir que haya de ser abandonado el empleo del suero, que, en mi concepto, es el mejor modo de tratamiento, pues disminuye notablemente la intensidad de las crisis, y sobre todo es útil en aquellos casos en que no se encuentra la puerta de entrada. En este caso, no pudiendo ser curado el punto lesionado, el microbio continúa entonces fabricando en dicho punto las toxinas tetánicas, pudiendo el suero antitóxico destruirlas á medida que se producen. En resumen, la acción preventiva del suero antitetánico es siempre poderosa, en tanto que la curativa no es más que parcial y jamás absoluta.

(*Academia de Medicina de Paris, sesión del día 20 de Junio de 1897*).

\*  
\*\*

**Algunas conclusiones sobre la terapéutica de la obstrucción intestinal.**—El número de curaciones espontáneas es extraordinariamente escaso.

En el tratamiento es preciso facilitar los movimientos peristálticos, á fin de lograr la desobstrucción.

Deben sostenerse las fuerzas del enfermo por medio de una alimentación apropiada, administrando al mismo tiempo los enemas de sangre desfibrinada.

Para detener los vómitos y la inflamación del punto afecto, y al objeto de calmar el dolor, se empleará el hielo *intus et extra*.

Es de suma importancia no paralizar los movimientos intestinales con los opiáceos.

Para excitar los movimientos peristálticos, es conveniente emplear los purgantes salinos y oleosos, proscribiendo en absoluto los drásticos.

La insuflación intestinal puede dar resultado satisfactorio en algunos casos.

Son muy convenientes las irrigaciones rectales de fuerte presión.

Con objeto de desembarazar el tramo intestinal comprendido por debajo de la oclusión, y para estimular las contracciones intes-

tinales, se aconseja el empleo de enemas; éstos pueden ser emolientes ó excitantes, como el tabaco.

Es conveniente el empleo de la belladona á alta dosis, y de la hiosciamina en los casos de oclusión por espasmo.

Los enemas de ácido carbónico, según el método de Garnier, de Lyon, pueden ser de gran utilidad y deben siempre ensayarse sus efectos.

El tratamiento por la cafeína y por el oxalato de cerio, según el método del Dr. Pujador, debe considerarse como de suma importancia, ya que en la mayoría de casos es un remedio salvador.

La electricidad en el tratamiento de esta afección ha dado brillantes resultados á Lerroy de Etiolles y á otros clínicos.

Resulta peligrosa la aspiración de los gases intestinales por la punción.

El amasamiento intestinal es muy expuesto á complicaciones.

Siendo afección que vá acompañada de gran hiperemia, será útil prescribir la ergotina.

La cirugía antiséptica ha abierto una nueva vía en el tratamiento de esta afección; la gastrotomía, la enterotomía y la enterorrafia han demostrado en los últimos tiempos la inocuidad y su poder salvador.

Es de suma importancia no retrasar demasiado las prácticas de las operaciones.

No debe operarse en los casos en que el intestino esté gangrenado y con síntomas de peritonitis, ni cuando la causa sea puramente por espasmo neurótico ó por fijación del reumatismo.

*(Tesis de doctorado de D. Ramón Pujadas).*

\*  
\* \*

#### **¿La melanuria es debida á la administración de la quinina?**

—El Dr. Below refiere haber recibido una carta del Dr. Dempwolf, Médico en Nueva-Guinea, en la que afirma que el conjunto sintomático que ahora califican algunos Médicos de fiebre melanúrica, no es otra cosa que consecuencia del uso repetido de las sales de quinina. En la época en que el orador tuvo que dedicarse á estudiar el cuestionario relativo á las enfermedades tropicales, le sorprendió el gran número de afecciones con nombres nuevos: beriberi, kakke, frambaesia, melanuria, etc., enfermedades que se pretendía relacionar con diversas causas nuevas, sobre todo con la fiebre amarilla y la melanuria. Los Médicos del Africa occidental anunciaron hace algunos años que la fiebre melanúrica es una enfermedad que sobreviene á consecuencia del paludismo, que se combina con la excreción de una orina negra y sanguinolenta, y que á veces acarrea la caquexia y hasta la misma muerte. A los que como el autor habían ejercido muchos años en los trópicos, y en especial en la cuna de la fiebre amarilla, les extrañó esta importancia que se concedía á un síntoma, convirtiéndolo en enfermedad y hasta asignándole al poco tiempo su bacilo ó plasmodia. Los que mejor conocen la fiebre amarilla, y en especial el Dr. Heinemann, de Veracruz, habían tenido

muchas ocasiones de observar semejante conjunto sintomático, pero nunca lo habían considerado como una enfermedad *sui generis*.

Posteriormente surgió una discusión entre los Médicos del Africa occidental y los de la oriental, puesto que mientras los últimos afirmaban que ese conjunto sintomático se trata muy bien con grandes dosis de quinina, los primeros sostenían que este medicamento lo agravaba, y quizá determinaba la aparición del mal.

Sabido es cómo varían las grandes epidemias de fiebre amarilla y toman un carácter casi proteiforme; por esta razón hay que guardarse mucho de considerar á todo nuevo conjunto sintomático, bajo cuya forma se presente la fiebre amarilla, como una enfermedad *sui generis*. Hay años en los que predominan los fenómenos nefríticos y vesicales; en cambio en otras épocas se marcan más los síntomas cefalálgicos y gastrálgicos. Otro hecho muy singular, y que hay que tener también en cuenta, es el de que vienen á las altas mesetas de Méjico, individuos caquéticos procedentes de comarcas donde se toma mucha quinina, observándose en estos sujetos evacuaciones negruzcas y sanguinolentas, no sólo por la orina, sino por el intestino, etc, y ésto en una época en que no hay ningún caso de fiebre amarilla. Estos hechos pueden ser motivo de error para los Médicos jóvenes, que creen á veces encontrarse entonces en presencia de los principios de una epidemia de dicha enfermedad. Trátase en estos casos, ó del abuso de la quinina, ó bien de casos esporádicos de la fiebre amarilla, que preceden á veces uno ó dos años á la explosión de la epidemia. Estos hechos son más frecuentes en los puntos donde se cruza la zona de la fiebre amarilla con la del paludismo.

Para evitar que los Médicos incurran en el error de crear sin necesidad nuevas enfermedades, conviene comparar los síntomas de la fiebre amarilla y del paludismo. En este último tenemos la curva febril intermitente, la acción de la quinina y la tumefacción del bazo, que faltan en la fiebre amarilla. En cambio en ésta hay la ictericia, las evacuaciones sanguinolentas y la inmunidad de los negros, que no se observan en el paludismo. Por otra parte, las fiebres intermitente, remitente y perniciosa deben incluirse entre las palúdicas, y, en cambio, la fiebre biliosa de Berenger, la hematuria, la melanuria y el «vómito» (negro) pertenecen á la fiebre amarilla.

De las cartas de Dempwolf, se deduce que no hay motivo para considerar á la fiebre melanúrica como enfermedad *sui generis*; es una afección de origen artificial, provocada por las grandes dosis de quinina, que hacen que la hemoglobina de los glóbulos pase al suero, con lo cual, obrando dicho principio como un veneno, produce la fiebre, los calofríos y el delirio hasta que se elimina dicha substancia. En este proceso de eliminación se interesan el hígado y los riñones; el primero por cuanto utiliza la hemoglobina para la elaboración de la materia colorante biliar, y al recibir mayor cantidad de la primera fábrica más bilis, con lo cual ésta no sólo se

expulsa por la boca y por el ano, sino que se difunde á la sangre produciendo ictericia. El riñón también se interesa porque dá salida á la hemoglobina que está disuelta en la sangre, lo cual es causa de que se irrite (ó inflame) la víscera, lo mismo que las vías excretoras de la orina, habiendo casos en los que hasta sobreviene la obstrucción del aparato de difusión renal con los residuos de los glóbulos rojos y con los cristales de hemoglobina.

Las causas de la difusión de la hemoglobina en la sangre, pueden ser físicas (quemaduras, disminución de la presión atmosférica), químicas (nitrito de amilo) ó microbianas, y en este último caso el agente nocivo pueden ser los productos tóxicos de la nutrición del microbio, la «devoración» de los glóbulos rojos por este último, ó ambas causas á la vez. De todos modos, la hemoglobinuria nunca es una enfermedad *sui generis*, sino tan sólo un síntoma. En el paludismo tropical, se produce una destrucción repentina de glóbulos rojos que contengan plasmodias (disgregándose el estroma); pero la causa del vómito de bilis y de la ictericia, que han hecho dar á este estado los nombres de fiebre amarilla, *black water fever*, fiebre biliosa hematúrica, etc., no es dicha destrucción, sino el proceso de eliminación de la hemoglobina disuelta. La causa de que los parásitos destruyan al glóbulo, no se conoce bien, habiendo autores que lo atribuyen al enfriamiento, otros á que se trata de una especie particular de plasmodias de la malaria, á la gravedad del acceso, al uso de la quinina, etc. Pero lo que sí es indudable, es que no puede rechazarse la idea de que existe relación entre la descomposición de la sangre y el empleo de la quinina.

¿Por qué la quinina que en general es tan útil, produce en estos casos efectos tan tóxicos? En otro tiempo á nadie se le había ocurrido que la quinina pudiese producir la descomposición de la sangre. Más aún; según los experimentos de Binz, la quinina hace que el oxígeno se una de un modo más íntimo á los glóbulos rojos. En el paludismo sólo es útil como contraveneno contra las plasmodias que circulan con el suero, no contra las que hay en los glóbulos. Las plasmodias de la malaria destruyen muchos glóbulos rojos, digieren su hemoglobina convirtiéndola en melanina, provocan accesos febriles, se alteran por la elevación térmica, y cuando circulan libremente en la sangre, como esporas jóvenes, son intoxicadas por las grandes dosis de quinina, y sucumben en su mayor parte, pero algunas pasan de nuevo al interior de los glóbulos. Esto sucede durante meses y años; llega un día en que vuelven á ser destruídos algunos glóbulos rojos, en que la quinina invade la sangre, transformando al suero en una disolución de quinina al 2 por 1.000 y en que penetra en los mismos glóbulos rojos, matando los parásitos que éstos albergan. Con ésto queda en libertad la hemoglobina de los glóbulos que hubiesen sido destruídos por las plasmodias, mientras que no experimentan la menor alteración los glóbulos que no contuvieran ningún parásito. La hemoglobina disuelta produce ahora los fenómenos de irritación y es eliminada por el

riñón, tiñendo á la orina de color obscuro, si no es que obstruye la glándula y determina la anuria. Si están muertos la mayor parte de los parásitos y se dá más quinina, entonces los accesos que se presentan son más leves. Llega, por fin, un momento en que las plasmodias desaparecen por completo, y en que el cuadro del paludismo vá siendo sustituido poco á poco por el de una intensa intoxicación quínica. Si después del primer ataque de descomposición sanguínea se suspende la quinina, el organismo se repone muy pronto, y mientras tanto que no se dé el alcaloide, no repite la hemoglobinuria.

Falta resolver, para que esta hipótesis pueda sostenerse, por qué razón el glóbulo rojo, que por lo general es impermeable á la quinina (pues de lo contrario, ésta atacaría siempre á la plasmodia albergada en el mismo), hay un momento en que se hace permeable al alcaloide, y luego vuelve otra vez á dejar de serlo. Dempwolf pretende explicar ésto invocando el empobrecimiento del glóbulo rojo en hemoglobina, que llega á ser de un 50 por 100; esta hipótesis puede ser impugnada aduciendo casos de paludismo, en los que á pesar de contener los glóbulos gran proporción de hemoglobina, se hubiese producido hemoglobinuria con el empleo de la quinina. Resulta de lo dicho, que la administración de este medicamento, según el método de Stendel, es una cura de caballo, y que debe sustituirse por un tratamiento dietético-expectante asociado al uso de los marciales, esperando á que el hematómetro de Fleischl revele que ha aumentado la proporción de hemoglobina en la sangre, para no volver á administrar la quinina hasta que ésto haya sucedido. Hasta mediados de este siglo no se había contado la hemoglobinuria como síntoma del paludismo, siendo de notar que dicha época coincide con la del descubrimiento de las sales quínicas.

El Dr. EWALD: En la actualidad, estoy tratando á un sujeto que ya ha tenido varios ataques de melanuria, y que él mismo ha dicho espontáneamente que puede provocar la hemoglobinuria con seguridad absoluta, con sólo tomar una sal de quinina. En el primer año podía tomar dos gramos diarios de quinina sin que se presentase hemoglobinuria (la fiebre era terciana, lo mismo que ahora); pero poco á poco se fué haciendo menos resistente, de suerte que hoy bastan 0'25 del alcaloide para provocar el síntoma en cuestión, que no se presenta cuando se dá la quinina en los intervalos apiréticos. Este caso no se aviene con la hipótesis de Dempwolf, porque se trata de un sujeto que no tiene nada de caquético, y el examen de la sangre revela además que son normales, tanto la cifra de glóbulos rojos (seis millones) como la proporción de hemoglobina. Contra la opinión de Below, de que la fiebre melanúrica hay que considerarla como un síntoma de la fiebre amarilla, debo decir que en la primera se han encontrado plasmodias en la sangre, según Plehn y Kohlstock, siendo así que faltan en la segunda, puesto que sólo en estos últimos años es cuando Havelberg, de Río-Janeiro, pretende haber hallado microbios de otra especie en la sangre; y pensar

en que unos se conviertan en otros, es quedarnos, como suele decirse, en los tiempos del fusil de chispa.

El Dr. DAUBLER: Convendría saber si en el enfermo de Ewald se ha tratado de hematuria ó de hemoglobinuria. Según lo que yo he visto, el primer síntoma se presenta en la fiebre amarilla. La fiebre melanúrica de que aquí se ha tratado, sería acaso preferible llamarla fiebre hemoglobinúrica.

El Dr. EWALD: En mi caso lo que había era hemoglobinuria. El bazo estaba hinchado y palpable, pero no aumentaba de volumen durante el acceso, en términos que se pudiese demostrar este aumento por medio de la percusión común.

El Dr. DAUBLER: En Zanzibar y en otros países tropicales, he visto casos de melanuria con fiebre y con plasmodias en la sangre. Sujetos que al parecer estaban sanos, se veían de pronto atacados de calentura; á todo ésto, la cifra de glóbulos rojos oscilaba entre cinco y seis millones, pero la de leucocitos estaba disminuída, sobre todo en los casos de fiebre palúdica pernicioso. Recuerdo un caso de un individuo que se internó mucho en el continente africano, y que padeció varias veces de fiebre melanúrica, la cual se vencía fácilmente sin necesidad de quinina. El examen bacteriológico suele ser difícil; en algunos enfermos hay épocas en las que no se encuentra ninguna plasmodia, y luego, de pronto, reaparecen. Poco tiempo antes del acceso se ven las formas más jóvenes, pero también se encuentran las mayores, ó sea las que han atacado á los glóbulos rojos. Por esta razón no conviene dar la quinina antes del acceso, sino después, para matar las plasmodias jóvenes, puesto que no es posible hacer lo mismo con las ya desarrolladas. Ziemann ha visto que con la quinina se puede hacer algo en el sentido profiláctico. Las plasmodias se encuentran pinchando el bazo, como lo ha hecho Glogner muchas veces en las Indias holandesas. Yo no creo que la quinina dé tan malos resultados que vaya á ocasionar la hemoglobinuria cada vez que se administre. En las colonias holandesas he prescrito muy á menudo hasta cinco gramos, y es práctica que se viene siguiendo desde hace sesenta años, y nunca se dan menos de dos á tres, sin que á pesar de emplearse dosis tan crecidas se observe ningún efecto desagradable. Cierto es que en nuestras latitudes no se pueden usar dosis tan crecidas. La mayoría de los Médicos belgas, holandeses, y lo mismo los de hospital que llevan muchos años de práctica, tampoco han observado semejantes consecuencias de la quinina.

El Dr. BELOW: En lo que más insisto, es en que no se considere á la melanuria como enfermedad *sui generis*, sino tan sólo como un conjunto sintomático, que aunque parecido á la fiebre amarilla no es contagioso, como sucede con el cólera nostras respecto al asiático.

(Sociedad de Medicina de Berlín.—Sesión del día 23 de Junio de 1897).

(Traducción de R. del Valle.)

\*  
\* \*

**Tratamiento de las conjuntivitis y de las blefaritis por el ichtiol.**—Schlen fué el primero que empleó el ichtiol en el tratamiento del eczema de los párpados y en la conjuntivitis. Usó la pomada siguiente:

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| Ichtiol.....          | 50 centígramos. |
| Almidón en polvo..... | } aa 10 gramos. |
| Oxido de zinc.....    |                 |
| Vaselina.....         | 25 —            |

Después emplearon este medicamento en las conjuntivitis Luciani y Ebersson. Jacobides lo emplea en todas las formas de conjuntivitis y en la blefaritis. Recomienda el ichtiol en emulsión ó en pomada:

Emulsión fuerte:

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| Ichtiol.....        | } aa 50 gramos. |
| Agua destilada..... |                 |

Emulsión débil:

|                      |            |
|----------------------|------------|
| Ichtiol.....         | 30 gramos. |
| Agua destilada... .. | 70 —       |

Pomada fuerte:

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| Ichtiol.....       | 5 gramos. |
| Vaselina pura..... | 100 —     |

Pomada débil:

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Ichtiol.....       | 2 gramos 50 centígramos. |
| Vaselina pura..... | 100 —                    |

Los toques de la conjuntiva con la emulsión de ichtiol, producen sensación de quemadura é inyección del ojo; estos fenómenos desaparecen al cuarto de hora, y se observan los efectos vaso-constrictores y analgésicos del medicamento. Las pomadas se toleran mejor. Excepto en la conjuntivitis de los recién nacidos, es preferible el ichtiol al nitrato argéntico, óxido amarillo de mercurio, etcétera. Es de esperar que adquiriera en oftalmología un sitio tan importante como en dermatología y ginecología.

(Thèse de Paris).

---

## FÓRMULAS

---

323

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Tartrato de quinolina..... | 1 parte.  |
| Agua destilada.. ..        | } aa 75 — |
| Jarabe.....                |           |

Mézelese. Dosis: Una cucharada cada tres horas.

En la **coqueluche**.

(G. Koch).

\*  
\*  
\*

|                                 |       |         |
|---------------------------------|-------|---------|
| Azul de metileno.....           | 1'60  | gramos. |
| Talco de Venecia en polvo ..... | 2'40  | »       |
| Lanolina.....                   | C. S. |         |

H. S. A. 20 píldoras.

Dosis: De dos á cuatro al día.

En la **cistitis crónica**.

(Jays.)

---

## SECCION PROFESIONAL.

---

### MATERIAL SANITARIO.

«4.<sup>a</sup> Sección.—Circular.—Exemo. Sr.: Habiéndose ofrecido algunas dudas acerca de la forma en que los Cuerpos han de reclamar las cantidades que hayan satisfecho por las medicinas y efectos de que trata la Real Orden Circular de 5 de Mayo próximo pasado (*C. L.* núm. 110), el Rey (*Q. D. G.*), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que el importe de las medicinas y vendajes que extraigan los Cuerpos para su servicio, los satisfagan de sus fondos al establecimiento que se los facilite, rindiéndose después por aquéllos una cuenta con aplicación al cap. 7.<sup>o</sup> art. 4.<sup>o</sup> del presupuesto vigente, que les será satisfecha con cargo al mismo como reintegro de las cantidades que por dicho concepto hayan abonado.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—San Sebastián 23 de Agosto de 1897.—Azcárraga.—Sr.....»

---

## VARIEDADES

---

En el sorteo celebrado el día 23 para cubrir cuatro plazas de Médicos Mayores con destino á Filipinas, les ha correspondido á los de dicho empleo, D. Juan Rodríguez Hernández, D. Antonio Suárez y Fernández, D. José Romero y Herrera y D. Pedro Cardín y Cruz.