

LA HIGIENE EN EL EJÉRCITO

Grande es nuestra satisfacción al ver cómo en las altas esferas se marca nueva orientación á las cosas de Sanidad Militar; entendemos que el rumbo iniciado conduce á puerto seguro. El medro personal, el individualismo, aniquila la colectividad en que se desarrolla; hay que sacrificar el individuo por la especie, si ésta ha de perpetuarse.

La función sanitaria significa en el organismo ejército una función de perfeccionamiento, y cuanto más se la especialice y diferencie más noble será su categoría. En época de guerra nuestra característica es de Cirujano é higienista, y en tiempo de paz de Médico higienista, pero siempre higienista, ó más exactamente, Médico social, Médico de colectividades, no de individuos.

Un Médico ilustrado apenas se llama Pedro á la cabecera del enfermo, digan lo que quieran los conspicuos, el vulgo y las apariencias; mas ese mismo Médico es inestimable por los beneficios que puede reportar á la sociedad practicando la profilaxis de las infecciones.

Empíricos puros somos en terapéutica, pues si queremos, con fundamentos de razón, aplicar un medicamento activo, nuestra mente se pierde en un dédalo de confusiones ante los efectos fisiológicos que se producen en los distintos aparatos, órganos y tejidos, efectos fisiológicos variables del estado de salud al de enfermedad, según la edad, la vía de introducción y otras múltiples circunstancias que impiden traer á juicio los remedios llamados he-

róicos. En el terreno de la terapéutica es impracticable una medicina racionalista.

En cambio, la medicina pública tiene su terapéutica social razonada. No aplicamos al cuerpo social un remedio saturado de rutina, como lo hacemos al individuo. Se basa la profilaxis moderna en el conocimiento de la historia natural de cada germen infeccioso (1), y claro está que conociendo cómo se reproduce un germen, los vehículos del contagio, los productos de su vida, los sitios donde anida, las substancias que lo destruyen, tenemos un conjunto de hechos ligados mancomunadamente por la ley vital de ese germen, y, por tanto, estamos en condiciones de prepararnos á combatir discretamente los males que pueda ocasionarnos.

Si de la profilaxis pasamos á la terapéutica social, vemos que precisamente es beneficiosa por lo que tiene de profiláctica, no de curativa. Declarada una epidemia, lo que importa es atajar la invasión, porque estamos convencidos de esta triste verdad: que podemos poco sobre los atacados. Después de todo, en terapéutica individual, si curamos es precaviendo. Quiere decir que no curamos la pústula maligna, sino que evitamos se propague; la curación racional sería neutralizar las toxinas microbianas sin destruir elementos anatómicos, pues anular el bacilo y sus excretas á expensas de vidas celulares, eso, ya, mejor que nosotros, aunque no tan radicalmente, sabe hacerlo el organismo.

Es, pues, la medicina social la llamada á resolver los grandes problemas de la salud pública; de aquélla, principalmente, ha de esperar la humanidad beneficios positivos y duraderos; sus fundamentos son incommovibles, pues que resisten el embate de los sistemas y las doctrinas que se suceden sin cesar. Así, vemos que en terapéutica individual pasa la furia de la sangría, de los antitérmicos, de la antisepsia intestinal, de la hidroterapia; pero que en terapéutica social, al cabo de veinticuatro siglos, el estudio del aire, agua y suelo, como medios microbianos, es el estudio de Hipócrata

(1) Por no hacer distingos hacemos sólo referencia á las enfermedades sociales infecciosas.

tes sobre aires, aguas y lugares. El principio, la idea, es la misma hoy que ayer; sólo su contenido ha ido desenvolviéndose con el progreso de las edades.

Pero esa medicina pública necesita remover muchos obstáculos para circular libremente en la agrupación humana; sus primeras posiciones ha de ganarlas en las pequeñas (relativamente) colectividades, y de aquí que el ejército sea uno de los terrenos más á propósito para el cultivo de esa idea.

Así ha entendido el problema un ilustre Jefe, cuyas iniciativas, traducidas en disposiciones recientes, prueban cómo, á pesar de los años y de la mareante altura en que se encuentra, se mantiene fresco y lozano su espíritu, que goza fama de vigoroso y enérgico. Más se ha hecho en pocos meses por el Cuerpo de Sanidad que en varios años en que se ha dedicado atención preferente á otras cuestiones. Pronto, muy pronto, han de tocarse los resultados de la campaña emprendida; porque siendo su complemento natural el Reglamento del Cuerpo, y encargado de su redacción un personal tan acertadamente elegido (cuyas distintas aptitudes se armonizan para tal obra), es de esperar alcancemos el puesto que nos pertenece, y que en ningún caso se prescinda de nuestra función técnica, tan especial é insustituible.

Por nuestra parte, los de abajo debemos aprestarnos á favorecer la evolución de la fase que alborea, desplegando el tacto y habilidad, la energía y entereza, propias de los hombres cultos.

C. TORREMOCHA,

Médico segundo.



XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

SECCIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

La histogénesis de los epitelomas.—Aunque la génesis de los epitelomas, y sobre todo, del cáncer, pertenecen á los capítulos más oscuros de la patología, puede encontrarse una base sólida para abordar este problema, teniendo en cuenta los principios siguientes:

1. En primer lugar hay que precisar la noción del cáncer y de los epitelomas. Hoy, sobre todo en Francia, se habla de cánceres que no son epitelomas y de epitelomas que no son cánceres.

Bajo el punto de vista histogénético, sólo se puede considerar como cáncer á las neoplasias de origen epitelial que tienen caracteres malignos por su asiento, y sobre todo, por su relación íntima con el sistema linfático, produciendo por esta vía metástasis y recidivas, y determinando una caquexia especial.

2. Esta limitación se impone, no sólo á causa de las relaciones de los epitelomas con las superficies y con los tejidos vecinos, sino también para poder aplicar á estos tumores una clasificación natural.

3. Estudiando con cuidado una gran serie de cánceres, se adquiere la impresión de que, en la mayor parte de los casos, esta neoplasia empieza por lesiones distintas, y que, cambiando en un momento dado sus caracteres, se hacen cancerosas. Es preciso admitir que ciertos tumores congénitos ó gérmenes epiteliales disgregados ó desprendidos de su continuidad natural en una época más ó menos avanzada del desarrollo, constituyen en gran número de casos el terreno sobre el cual se desarrolla el cáncer; efectivamente, la desviación de las reglas fundamentales del desarrollo se hace cada vez más pronunciada. Pero la misma desviación tendrá lugar si el epitelium adulto es asiento de una irritación crónica, cambiando su relación con los tejidos vecinos y obligándole á desarrollarse en la profundidad de una manera independiente. La misma desviación tendrá lugar si por debilidad de los tejidos, en

una edad avanzada, el epitelium de ciertas regiones se encuentra en condiciones particulares de proliferabilidad.

4. Conocemos bastante bien la arquitectura y la estructura de los cánceres, y podemos comprobar por el microscopio en qué momento una inflamación crónica, una tuberculosis ó un tumor epitelial benigno, cambia de carácter para hacerse canceroso.

5. La cuestión capital en la histogénesis del cáncer es saber si la desviación de las reglas del desarrollo y del crecimiento normal puede producirse por causas inherentes al terreno, ó si hay que suponer para ésto una causa determinante, y si esta causa debe ser específica ó no.

6. No es dudoso que el cáncer se pronuncia en el momento en que el epitelium de los revestimientos ó el de las glándulas muestra tendencia á emanciparse, á entrar en una proliferación irregular, á desprenderse, á formar colonias sólidas, dejando su membrana propia para ocupar los espacios linfáticos bajo la forma de tapones ó de cordones sólidos.

En estas condiciones modificadas de vida, el epitelium debe cambiar de carácter, formando aglomeraciones irregulares, secreciones anormales y degeneraciones particulares. No poseyendo ya los medios normales de eliminación, y sin relación con las superficies, todos los productos particulares del epitelium quedarán incluidos en el seno de las colonias ó de las células.

7. Una serie de autores que poseen métodos admirables para evidenciar los productos de esta función irregular de las colonias cancerosas, han demostrado que las inclusiones celulares, reputadas como parásitos del cáncer, no son más que modificaciones muy variadas del núcleo, de los nucleolos, de la nucleina, de la paranucleina, de las substancias aprisionadas en la careokinesis, del protoplasma, de las inclusiones de otras células, leucocitos ó células epiteliales, de las atrofas y degeneraciones queratínicas, hialinas, filamentosas, mucosas ó pseudomucosas, vítreas, coloides, amiloides, hidrópicas, etc.

8. Como la mayor parte de las formaciones que se han considerado como parasitarias han sido reconocidas como productos de transformaciones celulares, nada nos autoriza á darles aquel carácter mientras su origen no esté plenamente dilucidado. En efecto, los caracteres morfológicos y las reacciones histoquímicas de las diferentes fases del desarrollo de las coccideas ó de los blastomicetos, difiere esencialmente de las inclusiones de los carcinomas.

9. Todos los autores serios reconocen que las neoplasias parasitarias producidas por coccideas y por blastomicetos difieren esencialmente del verdadero cáncer; los que son debidos á las primeras tienen una estructura papilomatosa, y los que son producidos en los animales por los segundos, tienen los caracteres de una inflamación crónica, con ó sin participación del epitelium.

10. Los tumores transmisibles de ciertos animales tienen igualmente una estructura distinta del cáncer: son papilomatosos ó adenomatosos. En su génesis debe atribuirse gran influencia á una disposición local ó familiar.

11. Si las investigaciones sobre la naturaleza y la génesis parasitaria del cáncer no han dado resultado hasta hoy, deberá abandonarse la idea del parasitismo y de la especificidad del cáncer? Creo, por el contrario, que esta última idea no debe abandonarse, buscando otras vías para llegar á resultados ciertos, ya para evidenciar los parásitos ó las sustancias específicas de los cánceres, la existencia de endemias ó epidemias y la transplatación eficaz del tejido canceroso.

12. Pero no deben descuidarse las investigaciones histogenéticas que tiendan á probar la no especificidad del cáncer, que han dado hasta hoy grandes resultados. Desde el momento en que nos vemos obligados á admitir que la mayor parte de los tumores, y principalmente los epiteliomas, reconocen como origen anomalías, desarreglos, irregularidades en el desarrollo de los tejidos, por qué excluir *à priori* el carcinoma del cuadro de estos tumores? Sabemos que el papel que desempeña el terreno, algo descuidado bajo la impresión de los grandes descubrimientos bacteriológicos, recobra su lugar en la interpretación de las enfermedades, y hay que preguntar si las particularidades del terreno morbosos pueden imprimir á las enfermedades caracteres análogos á los de la especificidad. Lo mismo que he demostrado que algunos microbios insignificantes pueden producir verdaderas epidemias entre los enfermos de un hospital, causas irritantes sencillas, traumatismos, la tuberculosis ó la lepra ú otras irritaciones crónicas, pueden también determinar, en un terreno preparado por anomalías ó por tumores epiteliales, el crecimiento vicioso y las degeneraciones particulares del cáncer.

13. Como el cáncer corresponde esencialmente á un cuadro microscópico caracterizado por un desarreglo profundo en la arquitectura y en la dirección de la proliferación del epitelium, puede suponerse que cualquier irritación mecánica, química ó infecciosa,

obrando sobre un tejido epitelial predispuerto, es decir, susceptible de entrar en proliferación irregular y profunda, puede determinar el desarreglo que acarrea fatalmente el cortejo clínico de la enfermedad.

14. Nada se opone á suponer que, cualquiera que sea la naturaleza íntima de la irritación profunda de cierta región predispuerta del cuerpo, de un adenoma, de una úlcera crónica ó de una lesión tuberculosa, desde el momento en que el epitelium degenera, se produzca siempre el mismo tejido con las mismas consecuencias desastrosas para el organismo. Mis investigaciones personales sobre los cánceres desarrollados en un terreno ocupado por la tuberculosis crónica, sobre el carcinoma del hígado cirrótico, sobre el cáncer de la lengua atacada de leucoplasia, me inclinan á sostener esta opinión.

*V. Babes,
de Bucarest.*

Prensa y Sociedades médicas

Lupus. Cloruro de etilo.—El Dr. Bramson, de Copenhague, refiere, en una carta dirigida al Dr. Suárez de Mendoza, de París, el éxito obtenido por su compatriota el Dr. Dethlefsen en el tratamiento del lupus por medio de las pulverizaciones de cloruro de etilo.

Uno de los casos se refiere á una mujer casada, de 46 años de edad, que padecía lupus vulgar de la cara hacia veintidós años, habiendo invadido la enfermedad en ese tiempo toda la nariz hasta la frente y ambas mejillas, y dado lugar á 10 ulceraciones, de las que correspondían tres á cada mejilla y cuatro á la región nasal. Los tegumentos próximos á las ulceraciones se hallaban extraordinariamente infiltrados y teñidos de un color rojo azulado. Habíase practicado varias veces el raspado, pero no se había obtenido con él beneficio alguno.

El Dr. Dethlefsen raspó nuevamente las ulceraciones, y al siguiente día empezó á emplear su tratamiento especial, que consistió en pulverizaciones de cloruro de etilo sobre la parte afecta. Las pulverizaciones fueron de uno ó dos minutos de duración y se renovaron cada dos días; no se hizo uso de ningún otro tratamiento interno ni externo. Inmediatamente después de cada sesión, los tejidos

enfermos se abultaron y enrojecieron, manteniéndose estos cambios hasta el día siguiente, que empezaba la retracción y decoloración. A la sexta vez que se empleó el referido tratamiento, estaban curadas todas las ulceraciones, y la infiltración circundante había desaparecido por completo. La enferma abandonó el hospital poco tiempo después, y su estado fué de día en día más satisfactorio; los puntos que ocupaban las ulceraciones se cubrieron con una piel lisa que no ofrecía tumefacción ni rubicundez; no quedaron otras cicatrices deformantes que las que eran debidas á la larga duración de la dolencia.

La otra enferma era una mujer de 29 años, que desde hacía doce sufría un lupus facial que había desfigurado notablemente la base de la nariz y la mejilla izquierda. Se empleó el mismo tratamiento que en el caso anterior: Congelación enérgica de los tejidos afectados, pero sin raspado, ni siquiera escarificación preliminar. Durante la primera semana se repitieron diariamente las pulverizaciones, después se hicieron cada dos ó tres días, y luego una ó dos veces por semana. Al darse el alta á la enferma, al cabo de tres meses, la ulceración de la mejilla estaba curada completamente, los tubérculos habían desaparecido, la nariz había recobrado el volumen y forma normales, y el color de la piel apenas difería del tono fisiológico.

Las pulverizaciones de cloruro de etilo no ocasionan dolor alguno á los enfermos; pero hay que tener la precaución, á fin de evitarles los efectos narcóticos, de taponar la nariz y obligar á los pacientes á que respiren por un tubo de cristal.

(*Arch. de Med. et de Chir. spec.*)

* * *

Apendicitis. Tratamiento médico.—El Dr. Bourget ha expuesto recientemente en la *Société de Thérapeutique* la forma en que, á su juicio, debe tratar el Médico la apendicitis. La opinión del citado profesor de Ginebra tiene mucha analogía con la que emitió hace algunos meses el Dr. Lucas-Championnière en la *Académie de Médecine*.

El tratamiento profiláctico, dice M. Bourget, es de gran importancia, puesto que la apendicitis no sobreviene sin haber sido precedida de trastornos digestivos, caracterizados por alternativas de diarrea y estreñimiento. Dicho tratamiento preventivo comprende un régimen mixto (poca carne, legumbres, feculentos, compotas, natillas, alcalinos), la administración de purgantes salinos ú oleosos, el lavado intestinal y un ejercicio que, como el remar, active la contracción de los músculos abdominales. La profilaxis se funda, por lo tanto, en la desinfección del estómago y los intestinos delgados, y en el lavado del intestino grueso.

Cuando se inicia el acceso, por leve que él sea, se pone el enfermo á dieta líquida, empleando preferentemente caldos ligeros; y cuando el paciente no siente necesidad de alimentarse, puede dár-

sele té, con muy corta cantidad de leche. Todos los días se le administran 15 á 20 gramos de aceite de ricino con uno ó dos gramos de salacetol; y si predominan los trastornos gástricos, se practica el lavado del estómago con agua bicarbonatada al 1 por 100.

La antisepsia se completa con el lavado del intestino grueso, el cual, lejos de ser peligroso, produce un beneficio positivo, descongestionando la pared intestinal y favoreciendo la expulsión rápida y segura de los elementos infectivos.

Para efectuar el lavado intestinal no acepta M. Bourget el procedimiento algo brutal de introducir de una vez varios litros de agua inyectada por presión; basta al efecto inyectar un litro de líquido, procurando que parte de él penetre en el ciego, para lo cual puede emplearse una sonda gástrica de caucho blando y un aparato cualquiera de propulsión (jeringa, irrigador, etc.) El líquido inyectado debe tener una temperatura próxima á 38° y contener una substancia antiséptica soluble y que no sea tóxica; el ictiol, en solución al 4 por 1.000, ofrece la ventaja de ser á la vez antiséptico y reperiensivo.

Al mismo tiempo que la solución antedicha, Bourget hace introducir cierta cantidad de aceite de olivas mezclado con mentol, timol, salicilato de metilo al 1 por 100 ó con aceite esencial de salvia en la proporción de cinco gotas por 100 gramos de vehículo. A este fin utiliza un frasco de dos aberturas y de 100 á 250 gramos de capacidad, que coloca entre la extremidad libre de la sonda y el tubo del irrigador. El agua, al pasar, empuja hacia el intestino cierta cantidad de aceite, y basta eso, por lo regular, para que se calmen rápidamente los dolores.

El enfermo se acuesta sobre el lado derecho, sin apoyar la cabeza en almohadas, y se favorece aún más el declive levantando los pies de la cama de 20 á 30 centímetros del suelo. Introducida la sonda unos 10 centímetros se comienza la impulsión del líquido, y continúa ésta suavemente, empujando á la vez la sonda, mientras la corriente no halle dificultad.

Así que se haya inyectado un litro, se quita la sonda con las debidas precauciones, y el enfermo queda en decúbito lateral derecho el mayor tiempo que pueda, conviniendo guarde esa posición durante veinte ó treinta minutos. Durante este tiempo pueden darse fricciones de abajo arriba sobre el colon descendente para favorecer el paso del líquido al colon transverso y al ciego.

En los dos primeros lavados intestinales conviene que el enfermo devuelva la totalidad del líquido inyectado; pero en las veces sucesivas se procurará que quede en el intestino parte de él, para que el ictiol y el aceite continúen ejerciendo su acción en la porción cecal. El lavado se ha de practicar por mañana y noche.

En los intervalos de los lavados se aplican sobre la fosa ilíaca derecha cataplasmas de harina de linaza ó media docena de sanguijuelas si la tumefacción es intensa ó se muestra rebelde á los medios indicados.

Desde el segundo ó tercer día de tratamiento se substituye el purgante oleoso por este otro:

Bicarbonato de sosa químicamente puro.	} áá 3 gramos.
Fosfato de sosa anhidro.	
Sulfato de sosa anhidro.	
Agua.	1 litro.
Disuélvase para tomar 150 gramos tres ó cuatro veces al día.	

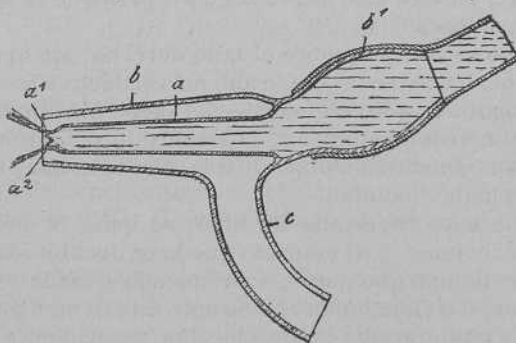
Los resultados son maravillosos. M. Bourget asegura que desde el segundo lavado desaparecen los cólicos, cede el dolor causado á la presión y descende rápidamente la temperatura.

El tratamiento dura de dos á diez días, siendo lo regular que los lavados puedan suprimirse desde el quinto día para ser reemplazados por el purgante salino de que se ha hecho mención.

(*Gazette des hôpitaux*).

*
**

Lavado auricular. Otofinter.—El lavado del oído con los instrumentos empleados ordinariamente ofrece no pocas dificultades para ser verdaderamente útil, y no deja de presentar serios inconvenientes, puesto que suele producir zumbidos, vértigos, náuseas, etcétera. Para obviar tales inconvenientes, el Dr. Golosceano, de París, ha ideado un aparato especial que ha presentado á la *Académie de Médecine* con el nombre de otofinter, y que describe en esta forma:



Constituye la parte principal del aparato una pequeña cánula interior *a*, terminada por dos pequeños orificios *a*¹ *a*²; dicha cánula se continúa con una extremidad olivar *b*¹, á la cual se adapta el tubo de goma de un irrigador ordinario. Los orificios *a*¹ y *a*² están situados de modo que correspondan al ángulo que forma la pared del conducto auditivo externo con el tímpano, para que al dividirse la corriente, disminuyéndose la presión, se evite también el choque directo del líquido contra la membrana del tambor.

La cánula de referencia se halla colocada en el centro de un tubo

protector *b*, cuya extremidad libre se adapta al conducto auditivo externo; dicho tubo se halla separado de la cánula por un espacio que comunica ó se continúa con la luz de otro tubo menor, que sirve de desagüe.

Colocado el irrigador á la altura de un metro, por ejemplo, se enchufa el tubo de goma con el extremo olivar *b*¹, se introduce en el oído la extremidad libre del tubo protector, y dejando correr el líquido llega éste por la cánula *a* y los orificios de su extremo al fondo de la cavidad auricular, volviendo al tubo *b* por el espacio libre intermedio, y saliendo por el conducto de desagüe *c* á un recipiente que puede sostener el mismo enfermo.

El uso de este lavador tiene la ventaja de producir una corriente continua y moderada, sin exigir para su empleo conocimientos especiales ni el auxilio de otra persona. Los aparatos Golosceano son de cristal para su más fácil desinfección, y están construídos en dos tamaños diferentes, señalados con los números 1 y 2.

(*Jour. de Med. et de Chir. prat.*)

* *

Urosina.—La urosina es un nuevo remedio antigotoso, constituído por una combinación del ácido quínico y la litina. El ácido quínico se transforma en el organismo en ácido benzóico, y éste, á su vez, en ácido hipúrico, que es mucho más soluble en el agua que el ácido quínico, y, por lo tanto, combinado con un cuerpo diurético como la litina, habrá de aumentar la secreción de dicho ácido úrico. El Dr. Weiss emplea la urosina en los casos de gota bajo la forma de pastillas, que contienen cada una seis decigramos del medicamento. En varios gotosos hizo tomar hasta 10 de estas pastillas durante el ataque, con lo cual éste se abrevió muchísimo y se dominaron rápidamente los dolores y los demás síntomas. Después del ataque conviene seguir usando las pastillas durante algunas semanas, y á la dosis, por lo menos, de seis diarias.

(*Münch. med. Wochenschr.*)

* *

Tétanos tratado y curado por el suero antitétánico y la amputación del brazo derecho.—El *Dr. Areilza* da cuenta del caso siguiente:

Niño enfermo de 9 años, llamado Vicente Vadillo, que el día 4 de Enero del presente año cayó desde un puente al lecho del río, de tal modo que se fracturó la extremidad inferior del radio, clavándose el fragmento superior en el limo sucio de la ribera, después de haber perforado la piel del antebrazo izquierdo. Al otro día del traumatismo consideró necesario resecaer parte del hueso procedente, tanto para que la reparación y mantenimiento de las extremidades rotas se hicieran en buenas condiciones, cuanto para aminorar la infección del foco, ya manifiesta desde las pocas horas de la caída. También, y contra lo que acostumbra á ejecutar en las

fracturas complicadas, aplicó al antebrazo un vendaje enyesado, dejando una amplia ventana por donde se verificase el desague de la herida; mas como el enfermo soportó mal el aparato, se lo quitó el Dr. Areilza al día siguiente, substituyéndolo por unas tablillas metálicas.

El niño parecía marchar á pronta curación; se levantaba y comía normalmente durante la primera semana, pero aparecieron dolores nocturnos é intensos en el antebrazo afectado, sin que estos dolores estuvieran en armonía con el estado de la herida, puesto que los signos de sepsis inicial habían desaparecido casi totalmente después de la intervención quirúrgica; hizo tener algún presentimiento de lo que pudiera sobrevenir, recordando que en los contados casos de tétanos que ha tenido ocasión de ver, siempre ha notado que el foco traumático acusaba sensibilidad extraordinaria y sin relación con las infecciones séptico-piógicas corrientes; mas no por eso dejó de causarle sorpresa encontrar una mañana al niño con la facies especial (risa sardónica), contractura violenta de los músculos del antebrazo y brazo izquierdo, opistótonos, intenso trismus y temperatura de 38°,5. Era evidente que al cabo de diez días de incubación había estallado el tétanos con caracteres de gravedad y agudeza, y que la vida del herido corría grandísimo peligro.

Inmediatamente, el Dr. Areilza dispuso una inyección de cinco gramos de suero seco de Behring, disuelto en 45 gramos de agua, propinándole de una vez en el vacío derecho los 50 gramos resultantes. Sus efectos fueron manifiestos á las veinte horas de aplicarlo: mejoró notablemente la cara, el opistótono disminuyó casi del todo, el trismus era tan débil que permitía alcanzar las tres cuartas partes de la abertura de la boca, y otro tanto ocurrió con la contractura de los músculos del brazo y antebrazo. El niño sudó copiosamente durante la noche, la temperatura descendió á 37°, y pudo hacerse la cura del foco traumático sin provocar los dolores y convulsiones generalizadas, como había ocurrido el día anterior. Hay que advertir que durante la noche se administró al enfermo 10 gramos de cloral, manteniéndolo en un reposo absoluto y envuelto entre mantas de uata.

Parecía, pues, que el suero había contenido la marcha invasora del tétanos. En los cuatro días siguientes dejó de ver á este enfermo, y cuando volvió á ser llamado la intoxicación tetánica había recuperado con creces sus primitivas posiciones, extendiendo su influencia á casi todos los músculos del organismo. Juzgó necesario extirpar radicalmente el manantial del veneno y le amputó el brazo por el tercio medio.

Los resultados fueron apreciables casi inmediatamente, cesando los tétanos musculares en orden inverso á su modo de invadir. La herida se curó de primera intención y el niño volvió á la escuela enteramente curado al mes de haber sufrido la mutilación del miembro.

A propósito de este caso, dice el Dr. Areilza:

«Así como Huxley se sirvió del cangrejo para estudiar en la serie animal la teoría de la evolución y el transformismo de la vida, podrá servir el bacilo tetánico de modelo para comprender los envenenamientos infecciosos. He de hacer, sin embargo, una observación por mi cuenta respecto al origen telúrico de este agente patógeno: *A pesar de haber pasado por mis manos más de 10.000 heridas en el hospital de Triano, la mayor parte heridas contusas de los miembros, manchadas de tierra y polvo, no he visto más que un caso de tétanos en dicho establecimiento.* Parece que éste se halla en poca armonía con la difusión y banalidad del bacilo, presente en todas partes, y especialmente en las primeras capas de la superficie terrestre, dotado, por otra parte, de extraordinaria resistencia á los desinfectantes físicos y químicos.

Hago constar el hecho para repetir una vez más la vulgaridad de que el agente bacteriano de las infecciones no representa más que uno de sus elementos determinantes, que aunque sí el más indispensable, no siempre es el más importante. Puede asegurarse, pese á nuestros formidables medios de defensa quirúrgica, que el ataque tetánico rara vez dejaría de presentarse por falta del contacto del bacilo con la herida, si al mismo tiempo existieran otras dos condiciones: primera, que el microbio de Nicolaier pulule y desarrolle toxinas activas; segunda, que el organismo sea sensible á las mismas. Tendrá, pues, muchísima más transcendencia predecir el determinismo de estas dos condiciones que conocer la difusión y presencia del microbio; pero desgraciadamente las conocemos mejor en el terreno experimental que en el clínico, y casi siempre nos coge de improviso la temible complicación de las heridas.

Respecto á la primera condición, sabemos experimentalmente que el bacilo se desarrolla desde 14°, alcanzando su más rápida florescencia á 38°, que el oxígeno impide su cultura, que las toxinas jóvenes son poco virulentas, y que pierden su poder tóxico á 60°, que la sociedad del micrococcus prodigiosus exalta su poder, y en cambio los piógenos le son indiferentes, etc. En cuanto á la segunda, se sabe, por ejemplo, que un animal sano recibe un cultivo de bacilos y esporos sin sufrir la menor molestia, si previamente se han destruído las toxinas por el calor; pero que el mismo animal es invadido del tétanos si se rebaja su vigor orgánico, por un traumatismo, un enfriamiento ú otra infección concomitante. En cambio desconocemos los factores etiológicos del tétanos clínico, porque estalla en los traumatismos más distintos, en los climas más variados, en los organismos de más diversas resistencias, sin que jamás pueda el Cirujano predecir, como en otras infecciones, la probabilidad de su invasión. Yo he visto en mi práctica cuatro casos de tétanos, y la única circunstancia que me parece haber coexistido en ellos es la de un descenso brusco de la temperatura ambiente y un probable enfriamiento del herido. Tal condición, señalada de antiguo, es demasiado general para que pueda considerarse como pato-genética, pero al menos se ve en ella armonía entre lo que arroja

el laboratorio y la clínica. También parece entreverse la misma relación armónica en el hecho de que los bacilos exijan temperaturas elevadas para pulular y producir toxinas y el dato de que el tétanos sea muy frecuente en los climas tropicales. A semejanza de lo que ocurre con muchos ofidios, el bacilo de Nicolaier sería muy venenoso en las regiones cálidas y casi inofensivo en los países templados.

Esta paradoja del calor como necesaria á la virulencia del microbio, y el enfriamiento como indispensable á la receptividad del organismo, es quizá más ingeniosa que real, y no es suficiente para pronosticar la invasión del acceso tetánico. Hay una diferencia profunda entre esta complicación y las restantes infecciones quirúrgicas. El Cirujano que ejecuta, v. gr., una laparotomía laboriosa, sueña con la peritonitis; el que opera extensamente en la boca, teme la infección séptica; el que abre una coxalgia, presiente la infección purulenta. Todas estas infecciones le contrarían, pero no le sorprenden. La aparición del tétanos, en cambio, le causa verdadero estupor, porque no lo ha previsto ni puede casi nunca darse cuenta clara del verdadero origen de la enfermedad. Y es muy de lamentar tal ignorancia hoy que disponemos de un medio preventivo eficaz en el suero tetánico. La única manera de que el descubrimiento de Behring y Tizzoni tenga aplicación útil, estriba en que pudiéramos pronosticar qué heridas son las amenazadas. De otro modo es ilusoria su eficacia ante la imposibilidad de someter los traumatismos á las inyecciones, máxime si se tiene en cuenta de que es necesario repetir las cada nueve días, puesto que su acción inmunizante es muy pasajera».

Después de haber señalado las obscuridades que rodean aún la etiología de esta enfermedad, se ocupa del tratamiento instituido en el caso actual. ¿Cuál ha sido la verdadera causa de la curación del enfermo? ¿Ha influido en ella el suero? ¿Se debe exclusivamente á la amputación?

La acometida brusca é intensa del tétanos no permite pensar de otra manera sino que el envenenamiento adquirió desde luego caracteres de gravedad. La tétano-toxina pasó de los nervios del antebrazo á las primeras raíces dorsales y últimas cervicales, subió con celeridad á lo largo de los centros reflejos de la médula, llegando el primer día á los núcleos bulbo-protuberanciales del facial y maxilar inferior, á juzgar por la risa sardónica y el trismus; ambos, contracturas reflejas de los músculos de la cara y del masetero. Pues bien; es innegable que á las veinte horas de inyectar cinco gramos de suero seco (ó sea 50 de líquido), este tétanos, que resueltamente traía una marcha sobreaguda, se alivió muchísimo, transformándose en tétanos de curso lento. Es verdad que al mismo tiempo se pusieron en práctica otros medios aconsejados por la ciencia (cloral, sudoríficos, reposo); pero no es probable que mejoraría tan notoria fuera debida á ellos, y especialmente que se modificara la evolución de la enfermedad.

El niño pudo alimentarse con relativa facilidad los días siguientes, abría casi la totalidad de la boca, el opistótono era mucho menos marcado, y los músculos del brazo y antebrazo distaban de hallarse con la dureza y rigidez del primer día del acceso. La prueba hubiera sido decisiva de haber continuado el uso del suero; pero ésto no pudo hacerse, y tampoco juzgó prudente fiarse en absoluto de un método de eficacia discutida, y apeló al recurso de la amputación, medio mucho más seguro y radical.

Se sostiene teóricamente que la eficacia del suero es más profiláctica que curativa, puesto que el ataque revela ya una impregnación del tejido nervioso por las toxinas (1), y es ilusorio neutralizarlas desde el momento que la acción está provocada.

Este argumento pudiera admitirse (aunque no á toda satisfacción) si por el hecho de la contractura tetánica consumiera y agotara el organismo la fuente y origen de las toxinas. Mas como ésto no es cierto, porque la herida prosigue la fabricación del veneno, el suero llegará en rigor tarde á destruir la toxina que haya excitado los centros reflejos-medulares, pero contrarrestará las substancias que incesantemente se forman en el foco traumático.

Hé aquí, por otra parte, lo que arroja la experiencia clínica de los casos tratados por el suero durante el año 1899, según Depage:

Casos tratados por las inyecciones subcutáneas de suero...	27
Curados.....	22
Muertos.....	5

Más de la mitad fueron tétanos de curso crónico, repitiéndose las inyecciones hasta la curación en cantidad variable; en uno se llegó á 280 gramos de la antitoxina, lo que prueba la inocuidad de la misma. En casi todos se combinó el suero con el empleo de otros medios curativos y también se recurrió á la amputación en tres casos, obteniendo siempre el éxito terapéutico.

Se ve que la estadística no es desfavorable; y si bien es de presumir que habrán dejado de publicarse los que no han obtenido resultados del tratamiento antitóxico, la cifra bruta de 25 curaciones debidas al suero es por sí suficiente para no mirar con menosprecio este recurso terapéutico.

No ha citado los casos sometidos al procedimiento de las inyecciones intracerebrales, que si teóricamente se le juzga más beneficioso, hasta ahora no ofrece gran superioridad en la práctica. La estadística de Jully acusa ocho curados en 34 enfermos, es decir, menos del 37 por 100. Tienen además estas inyecciones, aparte de la complicación técnica, gravísimo peligro de infectar el cerebro, porque los sueros no pueden esterilizarse á la ebullición, teniendo en cuenta que las toxinas se descomponen á 60°.

«Refiriéndonos, dice el Dr. Areilza, al beneficio que haya reportado la amputación, juzgo que ha sido claro é innegable. Nada más

(1) Metchnikoff, Marie, Rovue, etc., sostienen que las toxinas se fijan en el tejido nervioso como las materias colorantes.

indicado que la supresión del centro donde se elabora el veneno para obtener la desaparición del tétanos. Ya lo había visto así Larrey en sus campañas de Napoleón, y por eso era ferviente partidario de la ablación de los miembros para quitar la causa de la irritación tetánica. En nuestros tiempos ha vuelto á su antiguo favor después del informe que Berger presentó á la Academia de Medicina de París, en 1893, con cuya doctrina nos hallamos enteramente de acuerdo.

Podría en este caso existir alguna duda de la acción paliativa del suero, pero la influencia de la amputación ha sido decisiva y manifiesta. Todos los síntomas remitieron á poco de ejecutada, y el niño entró en franca convalecencia».

En resumen, dice el Dr. Areilza: *El suero antitetánico alivió notablemente al enfermo, transformando el tétanos de marcha aguda en tétanos de marcha lenta; pero la amputación le curó rápida y radicalmente.*

(Gac. Méd. del Norte).

*
*
*

Investigación del bacilo de Eberth en el agua.—*M. Chantemesse*: Como la permanencia del bacilo de Eberth en el agua tiene por resultado el hacerle perder algunos de los caracteres que permiten distinguirlo, heme esforzado en hallar un método que le devolviera esos caracteres. Con este fin, siembro las aguas sospechosas primeramente en un elemento llamado *de proliferación y de cultivo*; luego en un elemento *de diferenciación*. Hé aquí de qué manera procedo:

El examen del agua por analizar se hace sobre seis litros; en el recipiente que contiene ese líquido, una bujía Chamberland esterilizada, y en la cual se hace el vacío, detiene en su superficie externa todos los microbios. Se lava entonces esa bujía con 200 gramos de una solución estéril de peptona á 3 por 100. De este modo se obtiene un líquido turbio que se coloca en la estufa á 37°, dentro de un bocal de cuello ancho, cerrado con un tapón de caucho, atravesado por cuatro agujeros; por el primer agujero penetra una pequeña candelilla porosa filtrante; por el segundo, un tubo de cristal, provisto —arriba— de un tapón de huata, lleva al fondo del líquido una cierta cantidad de aire; en el tercero penetra un tubo de cristal destinado á hacer el vacío; finalmente, el cuarto recibe un tubo, también de cristal, puesto por su parte superior en comunicación con un recipiente lleno de agua peptonizada esterilizada á 3 por 100. Cuando el aparato está en marcha, con ayuda de tubos de aspiración, movidos por una bomba de agua, se hace el vacío en el frasco para aspirar y hacer burbujear en él el aire; luego, llegado el momento, se saca ó se atrae por aspiración á través de la bujía el líquido que ha servido para el cultivo y que arrastra consigo los productos solubles de las secreciones micróbicas, al paso que los gérmenes quedan retenidos en el recipiente y en las paredes de la bujía; en-

tonces sólo resta hacer penetrar en el recipiente, por el tubo al efecto destinado, agua peptonizada; el cultivo y el chapuzamiento del aire vuelven á comenzar entonces en un caldo fresco. El cambio de líquido usado debe de hacerse cada doce horas, una ó dos veces.

El bocal encierra también un cultivo sumamente rico en microbios, en el cual todas las especies—incluso el bacilo tífico—capaces de pulular á 37° en un elemento tan favorable como el agua peptonizada muy aérea, han proliferado abundantemente y han recobrado la juventud y la energía. Colócase luego el caldo de cultivo en el centrifugador, en el cual se deja durante media hora; luego es decantado. En el fondo de los tubos de centrifugación ha quedado depositado un magma espeso, formado, sobre todo, de microbios bastante voluminosos, poco movibles, ó de cadenitas de micrococos, al paso que la mayor parte de los bacilos tíficos, delgados, muy movibles, provistos de pestañas vibrátiles, quedan en suspensión en el líquido. De suerte que este último es el que servirá para sembrar el elemento de diferenciación.

Este último está compuesto de agua peptonizada á 3 por 100, adicionada de 2 por 100 de gelosa, y cocido al autoclave á 120° durante tres cuartos de hora, á fin de suprimir la expulsión de agua que determina la solidificación de la gelosa rápidamente preparada. Este elemento debe de ser *perfectamente* neutro, y puesto á cubierto de la desecación. Algunos minutos antes de utilizarlo, se le agregan 1 gramo 05 centigramos de ácido fénico cristalizado para 1.000 gramos (importa que el aditamento del ácido fénico se haga en el último instante, sin lo cual la tasa de esta substancia se debilita por consecuencia de su combinación con las materias orgánicas); á este efecto, en el medio de cultivo, fundido y mantenido á 46° en el baño de María, se vierten, por 50 gramos de gelosa, 2 cc. 1 de una solución de ácido fénico cristalizado á 2.5 por 100.

Pero, para que ese medio ó elemento de diferenciación dé los resultados que se esperan, debe ser utilizado bajo forma de una tenue película, con el fin de no obtener sino colonias de superficie, pues estas colonias no tienen la misma apariencia que las que germinan en la profundidad, á cubierto del aire. Con este objeto, una docena de tubos esterilizados, introducidos en un baño de María á 42°, reciben cada uno 2 cc. próximamente de la gelosa fénicada; son luego sembrados con un hilo de platino humedecido con el primer caldo salido del centrifugador, y que basta para sembrar sucesivamente cuatro tubos, de tal suerte, que deposita en cada uno de ellos un número cada vez inferior de gérmenes; para sembrar los 12 tubos, el hilo de platino debe de ser humedecido sólo tres veces en el líquido de proliferación. Practicada la siembra, los tubos son llevados, el uno después del otro, á un baño de María á 46°, y la gelosa, conservada muy líquida por esta temperatura, es agitada suavemente y paseada sobre la superficie interna del tubo, mojado por ella en todas sus partes. Se retira luego el tubo invirtiendo su di-

rección, es decir, haciendo que el fondo vaya arriba y el orificio abajo; la gelosa fluida desciende sobre la huata, pero queda sobre la superficie interna del tubo una delgada película de gelosa que se solidifica en algunos instantes por el hecho del enfriamiento. El tapón de huata y la película de gelosa que lo cubre son entonces extraídos y reemplazados por un tapón de corcho que sale de la parafina mantenida en fusión. De este modo es asegurado el cierre hermético del tubo é impedida la desecación de la gelosa.

Colocados en la estufa á 37°, los tubos dejan desarrollarse colonias grandemente aireadas, todas en superficie. De la décimasexta á la décimaséptima hora, tocas las colonias de colibacilo han salido; raras son las que nacen después de este lapso de tiempo. En ese momento, apúntase con tinta cada colonia aparente á simple vista y se vuelven los tubos á la estufa. De la décimaoctava á la vigésimacuarta hora, vuélvense visibles nuevas colonias muy pequeñas, que conservan siempre su pequeñez. Examinadas á una ligera ampliación, nótese que están constituidas por dos especies micróbicas distintas; las unas tienen siempre una periferia clara, transparente; éstas son colonias de bacilos de Eberth, cuya prueba queda por hacer; las otras, de igual volumen que las precedentes, tienen un centro obscuro, rodeado de una zona amarillenta; éstas se hallan formadas de micrococos. El aspecto de estas dos especies de colonias es muy característico para quien tiene la costumbre de esta clase de investigaciones. El examen, naturalmente, es tanto más fácil cuanto que las colonias no son harto numerosas; una distancia de tres á cuatro milímetros de separación entre sí es necesaria para que puedan adquirir el máximo de su desarrollo. Importa abandonar para el examen las regiones en que la exudación de agua, fuera de la gelosa, ha provocado contaminaciones por encaminamiento.

Cuando las pequeñas colonias han sido reconocidas á simple vista y exploradas á una reducida ampliación, se hacen tomas. Si las colonias son bastante voluminosas, se las puede disociar en un poco de caldo; una parte de la mezcla, gracias á la adición de suero aglutinante antitífico, permite formular algunas veces un diagnóstico inmediato. Este caso no es frecuente; de ordinario, es preciso que el caldo sembrado haya fructificado para que pueda establecerse el diagnóstico con certeza. Para ésto, la siembra es practicada en caldo (agua peptonizada) adicionado de lactosa, cuya fermentación—como ya tengo demostrado con el Dr. Widal—es un medio precioso de diagnóstico entre el colibacilo y el bacilo de Eberth. Esta fermentación de la lactosa se reconoce adicionando tintura de tornasol al caldo lactosado neutro; al cabo de uno ó dos días, el medio se vuelve rojo cuando se trata del colibacilo, al paso que el bacilo de Eberth lo deja de color violeta y poco á poco lo tiñe de azul; á menudo también lo descolora en su parte inferior, y el azul reaparece á medida que el cultivo se torna viejo. Este hecho se halla acaso relacionado con la secreción de una diastasa reductora

ó toxina soluble que, como ya tengo observado, puede producirse y destruirse en pocos días.

La observación de este carácter (reacción del medio lactosado, que, neutro primero, se vuelve poco á poco alcalino y nunca ácido), juntamente con los resultados del examen microscópico, los cuales muestran la forma y la movilidad del bacilo tífico, tiene grande importancia.

Sucede—sobre todo en los análisis de agua en que el bacilo tífico ha vivido mucho tiempo—que las pequeñas colonias de referencia están formadas de bacilos que, por su forma, por su movilidad y por sus reacciones en la lactosa, presentan todos los caracteres del bacilo de Eberth, pero no son aglutinables por el suero de animales vacunados contra el bacilo tífico. Esta particularidad no es suficiente para hacer dudar de la naturaleza del microbio, pues esos gérmenes eberthiformes, tiñendo de azul el caldo neutro lactosado y tornasolado, inoculados durante cierto tiempo á conejos de India ó á conejos, provocan en el suero de estos animales la aparición de la reacción aglutinante *vis-à-vis* del bacilo de Eberth perfectamente auténtico. Más aún; se puede ver reaparecer espontáneamente en esos microbios eberthiformes retirados del agua, por medio de cultivos sucesivos sobre gelosa, el poder aglutinativo característico de la especie.

Cuando se agrega al agua del Sena natural el bacilo tífico aglutinable, ó bien materias fecales de tifódicos que contengan ese mismo bacilo, nótase que esos microbios, viviendo en el agua, conservan durante unos veinte días sus propiedades de aglutinación; más adelante esta propiedad desaparece, ya no se la encuentra al cabo de treinta días, de cuarenta y cuatro días, y, sin embargo, el microbio sigue siendo bacilo tífico, puesto que se le puede restituir su facultad de aglutinación; lo único que ha perdido son algunos de sus atributos y una parte de su poder patógeno.

El método que acabo de describir exige tres ó cuatro días de tiempo. Su sensibilidad está demostrada por medio de los dos hechos siguientes: de una parte, en el agua del Sena que tengo en mi laboratorio he podido descubrir siempre el bacilo de Eberth; por otra parte, en un recipiente que contiene unos 20 litros de agua de río no esterilizada, he añadido una pequeña cantidad de bacilos tíficos: á los quince, á los treinta y á los cuarenta y cuatro días, he podido aislar todavía ese microorganismo, en medio de otras numerosas especies. Este hecho demuestra que el bacilo de Eberth no muere rápidamente, como se ha pretendido, cuando ha invadido aguas naturales, aun siendo impuras.

En lo que concierne á la etiología de la fiebre tifoidea, el origen hídrico de esta afección dimana seguramente de la presencia del bacilo de Eberth en el agua potable; pero el número, y sobre todo la calidad de estos microorganismos, varían mucho; estos gérmenes son á veces numerosos y virulentos, á veces contados y debilitados. En este último caso, las condiciones secundarias de etiología—que

la medicina tradicional ha invocado siempre con justo motivo—toman capital importancia; la extrema fatiga (*surmenage*), la miseria fisiológica, y acaso una cualidad particular (estivo-otoñal) de la flora intestinal, realizan para los bacilos tíficos ingeridos algo de análogo á la influencia del medio de proliferación y rejuvenecimiento, que forma la base de mi método.

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

*
**

Fracturas del cráneo. Punción lumbar.—*MM. Tuffier y Milian:*

La punción lumbar puede facilitar, en casos de duda, el diagnóstico de las fracturas del cráneo, mostrando que el líquido céfalo-raquidiano está teñido por sangre, cuyos elementos pueden ser reconocidos por el microscopio. Importa, sin embargo, evitar el error debido á la introducción de sangre en la aguja mientras ésta atraviesa los planos superficiales; para ésto, basta recoger el líquido en tres tubos diferentes y asegurarse de que en los tres existe la misma coloración.

La siembra del líquido céfalo-raquidiano obtenida en esta forma permite, además, cerciorarse de si la fractura se halla ó no infectada.

Claro es que puede haber fractura sin que el líquido aparezca teñido, si la hemorragia es ligera; por consiguiente, un resultado negativo no puede ser un argumento para hacer desear el diagnóstico de fractura del cráneo.

(*Soc. de Biol. de Paris*).

*
**

Rotura espontánea del esófago.—Como quiera que los diversos autores distan de hallarse de acuerdo sobre las causas de la rotura llamada espontánea del esófago, el Dr. Brosch ha emprendido, para aclarar este punto, una serie de investigaciones experimentales y anatomo-patológicas.

Poniendo en comunicación con la espita de un conducto de agua la extremidad de esófagos aislados y ligados en su extremidad inferior, el Dr. Brosch ha visto producirse la rotura seis veces sobre 10 en la porción abdominal del órgano, y las otras cuatro veces un poco más abajo del punto correspondiente á la bifurcación de los bronquios ó hacia la extremidad inferior de la porción torácica del esófago. Este resultado experimental sobre el cadáver está conforme con las observaciones recogidas en el vivo: dos hechos únicamente, sobre ocho mencionados por diversos autores, refiérense, en efecto, á desgarros que radicaban á nivel de la porción abdominal del esófago y se prolongaban hasta el estómago; en esos casos, el accidente inicial es la rotura del cardias, y el desgarró del esófago abdominal es consecutivo.

La rotura tiene un mecanismo diferente, según que es longitudinal ó circular. En la segunda hipótesis, la musculosa es la que

cede primero, siguiendo á no tardar la mucosa. Cuando, por el contrario, el desgarró es longitudinal, la mucosa se rompe, en efecto, antes que la musculosa, lo cual es fácil comprobar no aumentando sino muy lenta y gradualmente la presión intraesofágica; entonces se nota siempre, á la abertura del órgano, que la mucosa aparece desgarrada en varios puntos; los labios de esas heridas son el centro de una infiltración, de tal modo acentuada, que la pared esofágica puede alcanzar, á trechos, hasta un centímetro de espesor. Este edema artificial aumenta, por lo demás, rápidamente, y se extiende á veces á los dos tercios del esófago. Haciendo la aplicación clínica de estas nociones, concíbese con facilidad que en el momento de un vómito el jugo gástrico regurgitado pueda infiltrarse en las paredes esofágicas á favor de una úlcera de la mucosa.

Esto sentado, tratábase de determinar el modo de acción del vómito, y especialmente de comprobar el aserto de Zenker y Ziemssen, á juicio de quienes la rotura del esófago va siempre precedida de una especie de autodigestión, la *esófagomalacia*. Con este fin, el Dr. Brosch se ha servido de piezas anatómicas procedentes de suicidados; dejando el esófago en continuidad con el estómago, y suspendiendo la pieza por el píloro, á fin de poner la mucosa esofágica en contacto con un jugo gástrico suficientemente activo, ha observado sobre la mucosa del esófago—después de veinticuatro horas de permanencia en la estufa á 37°—señales de maceración epitelial, pero ningún indicio de autodigestión. El resultado del experimento no varía si se deja la pieza en la estufa por más tiempo. En cambio, la esófagomalacia es la regla en las piezas que proceden de sujetos atacados de una lesión ó de una afección del cráneo, de las meninges ó del cerebro; en tal ocurrencia, cuando el jugo gástrico ha refluído al esófago durante el último período de la vida, nótase la existencia de una esófagomalacia cuando se abre el cadáver; por lo menos, si no se ha producido espontáneamente, es fácil provocarla experimentalmente después de la muerte, con ayuda de la disposición indicada por el Dr. Brosch.

Siendo ésto así, cabe preguntarse cuáles son las circunstancias que determinan la esófagomalacia en los sujetos que han sucumbido á una afección cerebral. Para explicar este hecho de observación común, el autor hace intervenir dos factores diferentes. En primer lugar, conviene tener en cuenta la extrema frecuencia de los vómitos en las afecciones del cerebro y de sus envolturas. Además, el Dr. Brosch ha observado, en el esófago de ciertos cadáveres, contracciones espasmódicas situadas en la extremidad inferior del órgano y bastante intensas para obliterar su orificio; si se aumenta la presión intraesofágica, vese cómo el anillo contraído se despliega, sin que el examen más minucioso pueda descubrir la menor alteración anatómica. Hay que admitir, pues, en estos casos, la existencia de una verdadera contractura que se produce *post-mortem*. La sucesión de estos dos fenómenos—regurgitación del jugo gástrico y oclusión de la extremidad cardíaca del esófago—

son las condiciones que, á juicio del Dr. Brosch, parecen dominar la producción de la esófagomalacia; pero se trata aquí de fenómenos que no sobrevienen sino después de la muerte. En efecto, la autodigestión del esófago no se produce durante la vida cuando este órgano no se halla afectado por ninguna alteración, tal como ulceración, cicatriz, endarteritis obliterante ó atrofía de la pared.

(Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol).

FÓRMULAS

406

Cloruro de calcio.....	5 gramos.
Tintura tebaica.....	XX gotas.
Jarabe de corteza de naranjas.....	25 gramos.
Julepe gomoso.....	90 »

M. — Para tomar una cucharada cada dos horas.

En la **hemoptisis**.

*
*
*
407

Sacarina.....	1 gramo.
Bicarbonato de sosa.....	4 »
Acido salicilico.....	200 »
Alcohol.....	200 »

M. s. a. — Para enjuagatorios bucales con unas gotas de esta mezcla en un vaso de agua.

En la **fetidez de la boca**.

(Thor).

SECCION PROFESIONAL

LA ASOCIACIÓN FILANTRÓPICA DE SANIDAD MILITAR

Sr. D. Felipe Prieto y Rodríguez.

Muy Sr. mío y de mi mayor consideración:

Ante todo mis más expresivas gracias por la justicia que se digna usted hacerme al considerar mi humilde artículo proposición, publicado en *La Medicina Militar Española*, como «*Un buen deseo despertado por una idea noble y generosa*», pues así es, en efecto, y con él me he propuesto cooperar á la realización del hermosísimo objetivo de ver figurar

en nuestra ASOCIACIÓN FILANTRÓPICA á todos, absolutamente á todos, cuantos hoy en activo ostentamos el uniforme del Cuerpo.

Discrepa usted de la conveniencia de mi proposición, y ello le hace escribir lo siguiente: «Que en asuntos económicos, el entusiasmo y el buen deseo despertados por una idea noble y generosa, no son garantías bastantes para el cumplimiento de deberes contraídos á impulsos de aquellos sentimientos». Esto me hace ver que enfocamos la cuestión desde muy distinto punto de vista, al parecer, pues usted considera la Asociación como negocio, y yo no sólo como tal, sino, y principalmente, como caso de honor para el Cuerpo y de compañerismo; sin embargo de lo cual, de seguir las cosas como van, *el negocio será un fiasco*, y se llegará al caso previsto en el párrafo 2.º del artículo 15 del Reglamento de aquélla, puesto que es evidente que á menor número de socios y mayor de defunciones, corresponderá á cada sobreviviente una cuota de tal cuantía, imposible satisfacer en los términos reglamentarios.

Precisamente para que ésto no pueda ocurrir es el objeto de mis proposiciones, y que así sucederá lo prueba el que, constituida la Asociación por cuantos formen el Cuerpo en activo, y señalando como cuota un tanto por ciento fijo, lo que podría ocurrir es que ésta sea mayor ó menor, según el personal aumente ó disminuya, pero jamás menor de 3.000 pesetas, y ésto en el supuesto de que, por grandes economías, fuesen reducidas las plantillas vigentes en una cuarta parte, y de ello puede usted convencerse haciendo las convenientes operaciones aritméticas cual yo las he practicado.

Las razones que me han movido á presentar mis proposiciones las puede usted leer á continuación, pues desde el momento en que veo hay quien juzgue, si no imposible, sí expuesta á riesgos su aceptación, y que á ésta seguiría «el que la Sociedad no podría cumplir sus compromisos», me creo obligado á demostrar lo contrario.

Respecto «á la dificultad de recaudar las cuotas», con fijarse que entre los 300 socios actuales los hay que figuran en todas las situaciones, se prueba que no sería mayor cuando la Sociedad se hubiera nutrido con la totalidad del personal de activo.

Si fijo una cuota, representada por el 2 por 100 de los haberes íntegros mensuales de cada socio, es por estimar que la actual es pequeña, y por las razones que usted aduce al decir «estima inconveniente señalar una cuota más alta que la actual, cuando las necesidades de la vida son tantas y los sueldos son tan cortos»; y por la cooperación de todos, con una cantidad insignificante por individuo, se reúne una media para socorro de la familia del socio fallecido.

La posibilidad de dicha cuota es evidente con sólo analizar los datos siguientes: según la relación de bajas, por defunción, publicada en el número 324 de esta REVISTA, en el quinquenio de 1896 á 1900 hubo en el *personal efectivo* del Cuerpo 100 defunciones, lo que da una media mensual de 1'67, que representa un descuento de 3'33 por 100; y siendo ésto un hecho extraordinario, yo ruego á usted que me diga: si en la Sociedad hubiésemos figurado todos, tal cantidad ¿podría haber sido satisfecha sin variar absolutamente en nada la situación económica de cada uno de los supervivientes? é igualmente, ¿si cree usted puedan venir días tan fúnebres, y como decía muy bien el dignísimo Sr. Director de esta REVISTA, «épocas tan calamitosas, períodos tan funestos como el último quinquenio del siglo XIX? y no obstante los cuales, tan insignificante resulta hubiese sido el sacrificio individual y tan hermoso, como demostración de compañerismo, é importantes la cuota colectiva y el beneficio real para las familias de los compañeros, víctimas de las enfermedades, las epidemias, la guerra y consecuencias de una y otra.

Aceptado por usted que mi proposición «encierra fines generosos», y quedando demostrado que aceptada, é ingresado en la Asociación todo el personal de la escala activa del Cuerpo, la Sociedad jamás podría dejar de cumplir sus compromisos con una cuota mayor que la actual, y «según demuestran cálculos bien hechos», sólo me resta decir que invocando el artículo 40 del Reglamento es como me he dirigido á los compañeros socios para que la Junta Directiva convoque á Junta general y en ella sean sometidas á debate mis proposiciones, en las que figuran no sólo el ingreso de socios, sino la modificación del Reglamento, en la que cabe prever todo aquéllo que pueda ser causa de los perjuicios que, según usted, sobrevendrían para la Sociedad de ser aceptadas mis proposiciones, encaminadas, repito, á una obra de honor para el Cuerpo y, en todo caso, de beneficio inmediato para los de más edad, pero en el que creo nos complaceríamos todos los de edad media y los jóvenes; al menos así lo piensa y desea su afectísimo seguro servidor y compañero

q. b. s. m.,

JOSÉ FERNÁNDEZ ALARCÓN.

Razones en que me he fundado para redactar las proposiciones publicadas en *La Medicina Militar Española*, con objeto de proceder á la reforma del Reglamento de la Asociación filantrópica del Cuerpo, y lograr el ingreso en ella de todos los Generales, Jefes y Oficiales de las secciones del mismo:

1.^a El ver que no obstante los deseos de la mayoría de la colectividad

y una gestión administrativa irreprochable en sus veinte años de existencia, la Asociación marcha á su agotamiento y desaparición, siendo ésto en desdoro de nuestro Cuerpo.

2.^a Estimar que en la Asociación y su Reglamento debe llevarse á cabo la reforma que dé por resultado el que ni uno sólo de cuantos pertenecemos al Cuerpo deje de honrarse con el carácter de socio de la misma, pues los que disfruten de buena posición no han de negar un auxilio pecuniario á las familias de los compañeros que tienen necesidad de él; y quienes no tengan aquélla, á la vez que el propio, en su día, producen el beneficio ajeno.

3.^a Buscar un medio más por el cual sea un hecho la mayor cohesión y compañerismo del Cuerpo, en beneficio del primero y prestigio del segundo.

4.^a Proporcionar á nuestras familias un auxilio suficiente con el que poder atender á los gastos de los tristísimos días subsiguientes á la desaparición del cabeza de la misma, habida cuenta de que el 75 por 100 poseemos sólo modestísimas posiciones.

5.^a Fundamentar una cuota que sea equitativa y proporcional, suficiente por sí para llenar el objetivo perseguido, que no resulte onerosa, y que facilite en todo tiempo y lugar la contabilidad y comprobación de lo que correspondió y debió recibir la familia de cada asociado fallecido; condiciones todas que creemos se consiguen con el 2 por 100 del haber íntegro mensual del empleo de escala.

6.^a Creer que éste debe ser el regulador único para los descuentos, por la doble razón de que otros mayores sueldos dependen, en general, de circunstancias individuales, y porque así se regulariza y facilita la práctica de los descuentos en los distritos y la contabilidad.

7.^a Estimar que de no ser nuestra segunda proposición la aceptada, y es la que seguramente resolvería definitivamente la cuestión, con la primera podrá llegarse á los mismos resultados si hay un poco de buena voluntad é interés por parte de todos, y así se asegura para el porvenir la vida definitiva de la filantrópica.

JOSÉ F. ALARCÓN,

Médico mayor.

*
*
*

SERVICIOS SANITARIOS

«Circular.—Excmo. Sr.: En cumplimiento de lo dispuesto por Real Orden Circular de 19 del actual (D. O. núm. 86), se publica á continuación el modelo á que han de ajustarse los Jefes y Oficiales Médicos des-

tinados en Cuerpos ó Establecimientos militares para redactar las filiaciones sanitarias de las clases é individuos de tropa que sirvan en los mismos, recomendándose por esta sección que se recojan y consignent los datos expresados con la mayor escrupulosidad posible, teniendo presente que el nuevo documento ha de acompañar al soldado desde su ingreso hasta su baja en el servicio, constituyendo una breve historia sanitaria individual, que contenga en síntesis todas las vicisitudes sufridas desde dicho punto de vista; que ha de ser antecedente obligado de cuantos documentos reglamentarios del carácter referido se expidan por los Médicos, y que del estudio estadístico de estas filiaciones podrán en lo futuro deducirse enseñanzas que interesen á la salud del ejército.

Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 26 de Abril de 1901. —El Jefe de la Sección, Pedro Gómez. —Sr.»

Modelo que se cita.

(1).....
(2). (3).... .. (4).. ..

Filiación sanitaria de (5).....

Es hijo de.... y de....., natural de....., provincia de.....; ingresó en el servicio el día... de..... de 1..., en concepto de....., correspondiente al reemplazo de 1...; ... sabe leer ... escribir; ... está vacunado; ha padecido (6).....; reconocido á su ingreso, se le observó (7).....; resultando (8)....., peso..., talla..., perimetro torácico.....; vacunado en el Cuerpo en... de..... de 1...; con resultado (9)..... .. revacunado en el Cuerpo en... de..... de 1..., con resultado (10).....

Rebajado en el cuartel

Desde el... de..... de 1... hasta el... de..... de 1... por (11).. ..

Desde el... de..... de 1... hasta el... de..... de 1... por.....

Desde el... de..... de 1... hasta el... de..... de 1... por.... ..

-
- (1) Regimiento, Cuerpo ó establecimiento.
 - (2) Batallón.
 - (3) Compañía, escuadrón ó batería.
 - (4) Clase.
 - (5) Nombre y apellidos.
 - (6) Las enfermedades que sean.
 - (7) Lo que se le observara.
 - (8) Util ó presunto inútil.
 - (9) Positivo ó negativo.
 - (10) Positivo ó negativo.
 - (11) Se determinará la afección que motive el rebaje.

Enfermo en el hospital

Desde el... de..... de 1... hasta el... de.... de 1... por (1).....

Desde el .. de..... de 1... hasta el... de..... de 1... por.

Desde el... de..... de 1... hasta el... de de 1.. por.....

En baños minero-medicinales

En el balneario de..... desde el... de..... de 1... hasta el... de.....
de 1... por padecer (2)..... con éxito (3)

En el balneario de..... desde el... de..... de 1... hasta el... de.....
de 1... por padecer..... con éxito.....

En uso de licencia temporal por enfermo

En..... provincia de..... desde el... de..... de 1... hasta el...
de..... de 1... por padecer (4).....

En..... provincia de..... desde el... de..... de 1... hasta el...
de..... de 1... por padecer.....

Causó baja en el Cuerpo

El... de..... de 1... por (5).....

Terminó el servicio activo

El... de..... de 1... por inútil; por padecer (6)..... incluida
en la clase... orden... número... del cuadro.

..... de..... de 19...

El Médico.....

*
*

«Circular.—Excmo. Sr.: A fin de que puedan utilizarse en caso necesario y urgente los servicios de los Médicos de la reserva gratuita facultativa del Cuerpo de Sanidad Militar, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que se sirva V. E. ordenar á los Gobernadores militares de esa región que dicten las disposiciones convenientes, con objeto de conseguir que todos los Médicos de dicha reserva gratuita residentes en la misma den cuenta por medio de oficio de su actual residencia y de los cambios que en la misma efectúen

(1) Se consignará la enfermedad que motivó el pase al hospital.

(2) Se consignará el padecimiento que motivó los baños.

(3) El que se obtuviere.

(4) El padecimiento que motivó la licencia.

(5) Se hará constar si fué por pase á otro Cuerpo ó reserva ó por licencia absoluta.

(6) Defecto ó enfermedad que determinó la declaración de inútil.

NOTA.—Cuando se trate de enfermedad ó lesión adquirida en acto del servicio ó función de guerra, se hará constar.

en lo sucesivo, tanto á dichas autoridades como á los Jefes de Sanidad Militar de los respectivos distritos.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. — Dios guarde á V. E. muchos años. — Madrid 9 de Mayo de 1901. — Weyler. — Sr. . . . »

VARIEDADES

Erratas.—En el número 338, correspondiente al día 15 de Julio próximo pasado, se han deslizado las siguientes erratas: página 349, línea 17, dice *Digitoxina*, léase DIGITONINA; página 350, línea 8, dice *Digitalinas*, léase DIGITALEINAS.

*
**

Deseosos de permanecer completamente neutrales ante la discusión que se ha suscitado entre varios Jefes y Oficiales del Cuerpo para modificar el ingreso en la *Asociación filantrópica de Sanidad Militar*, damos cabida en este número á una carta del Sr. Fernández Alarcón, en contestación á la del Sr. Prieto que publicamos en el número 337. Sólo rogamos á los compañeros que deseen ocuparse de este asunto en nuestras columnas, que lo hagan con la mayor concisión posible, para no restar espacio á la parte científica de nuestra publicación, y que preferentemente tenemos necesidad de atender.

*
**

Han fallecido recientemente nuestros estimados compañeros los Médicos mayores D. Ignacio González y Baquedano y D. Juan Algar y Marcarro. Enviamos á sus respectivas familias la expresión de nuestro más sentido pésame.

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

Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.—Acta de la sesión pública, inaugural celebrada el 25 de Febrero de 1901.—Barcelona, 1901. (Dos ejemplares).

El servicio municipal de la desinfección en Madrid.—Por el Dr. César Chicote, Director-Jefe del Laboratorio municipal.—Madrid, 1901. (Dos ejemplares).

La clínica.—Órgano de publicación mensual de los trabajos científicos del hospital general de San Salvador, dirigida por Rafael V. Castro.—San Salvador. Abril de 1901.

Extirpación total de la laringe por carcinoma.—Procedimiento de Perier modificado, enración, por el Dr. D. Juan Cisneros.—Madrid, 1901.

Boletín de la Sociedad Española de Droguería general.—Publicación mensual.—Bilbao. Junio de 1901.