

DICCIONARIO DE LA «DIGITAL»

Acetyldigitogenina.—Cristaliza: $C_{15}H_{23}(C_2H_3O)_3$; obtenido de la digitogenina por la acción del acetato de sosa y el anhídrido acético en aparato de reflujo.

Baccharis.—Nombre antiguo de la digital; se atribuye á *Hipócrates*.

Digital.—Nombre vulgar de una planta; de un hongo; lo que pertenece á los dedos.

Digitalacrina.— $C_{22}H_{20}O_6$; obtenida por la acción del amoniaco sobre líquidos con digitalina.

Digitalææ.—Tribu de las Escrofularieas, (*Bentham* y *Hoocker*).

Digitaleina.—Aislada por Nativelle; es soluble en agua; si amorfa es DIGITALINA ALEMANA; si cristalizada es DIGITALINA CRISTALIZADA; mejor DIGITOXINA; fórmula $C_{29}H_{46}O_{12}$ (Houdas).

Digitalida.—Cuerpo admitido por Homolle y Quevenne, que dicen es obstáculo para la separación de la digitalina.

Digitalis.—Es un género botánico; nombre de los pequeños salmones; específico de una *Vorticella*.

Digitalico (ácido).—Obtenido por la acción de la sosa (Thann); $C_{34}H_{96}O_{33}$ (Kosman); forma *digitalatos*, casi todos solubles, aun los de zinc y hierro.

Digitaligenina.—Acido clorhídrico actuando sobre digitaleina, fenómeno de hidratación. $C_{16}H_{22}O_2$ (Kiliani). Sin acción fisiológica; (Bœhm).

Digitalina amorfa (*Homolle y Quevenne*).—Soluble en cloroformo. Ha de obtenerse como preparación FARMACÉUTICA, siguiendo las prescripciones del código.

Digitalina cristalizada (*Nativelle*).—Soluble en cloroformo y no en agua, es la DIGITOXINA de los alemanes producto químico que debe tomarse del comercio, pero reconociéndole. Conviendría conservar sólo el nombre DIGITOXINA, ya que el llamar los alemanes DIGITALINAS á las solubles en agua—digitalinas—ha producido confusión.

Digitalina insoluble, la francesa. }
» **soluble**, la alemana. } Lefort.

Digitalina anhidra { Admitidas por Thann, no
» **hidratada** { existen.

Digitalina.—Género de infusorios separado de *Vorticella*.

Digitalina.—Nombre dado al principio activo de la digital por Le Royer—de Ginebra—; los autores españoles dicen Génova.

Digitalina.—Fórmulas: $C_{34}H_{44}O_{30}$ eq., (*Kosman*); $C_{54}H_{90}O_4$, (*Wurtz*); $C_{22}H_{38}O_9$: $C_{31}H_{50}O_{10}$, (*Arnaud*). La confusión obedece á que unas son alemanas y otras francesas; la verdadera es la de la DIGITOXINA.

Digitalínico.—Acido en C_7 , obtenido tratando por bromo la lactona, $C_7H_{13}O_6$. *Than* aseguró haberle obtenido por la acción de la sosa.

Digitalino.—Primer nombre del principio activo de la digital, dado por *Welding*. *Hoefler* le atribuye á *Lancelot*.

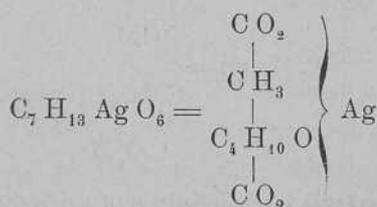
Digitalirresina.—Principio resinoideo especial.

Digitalirretina.—Producto, al par que glucosa, de la digitalina al desdoblarse, *Than*; $C_{30}H_{24}O_{10}$, *Kosman*; $C_{50}H_{50}O_{10}$, (*Wurte*).

Digitaloico (ácido).—Obtenido por la acción del amoniaco y tratamientos con éter, $C_{22}H_{22}O_4$.

Digitalonatos.—Compuestos de ácido digitalónico. El argéntico se obtiene calentando la lactona digitalónica con sosa y

añadiendo nitrato de plata,



Digitoneína.—Resultado de acción de los ácidos sobre la digitonina, (*Schmiedeberg*).

Digitonina.—Glucósida—es la digitalina cristalizada de los alemanes—desechada ya por Merck; inactiva. Muy corriente en el mercado español, y, *empleada sin saber lo que es, sólo porque los rótulos de Merck dicen digitalina cristalizada*. Soluble en agua, inactiva: $C_{27} H_{46} O_{14}$, (*Kilian*).

Digitorresina.—Producida por la acción de los ácidos.

Digitoxigenina.—Derivado de la digitoxina, $C_{22} H_{32} O_4$.

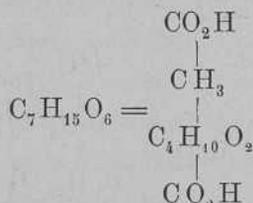
Digitoxina.—(*Schmiedeberg*); principio activísimo, pero constante, de la digital, es lo que constituye puede decirse la DIGITALINA CRISTALIZADA francesa; la de Nativelle, á la que debe reemplazar hasta en el nombre, para evitar las confusiones con las alemanas; léase digitalina cristalizada, fórmula: $C_{21} H_{32} O_7$, (*Koppe*). No es glucósida, no es alcaloide, pues no lleva nitrógeno en su molécula. Es alcohol (?)... Es anhídrido (?)

Digitoxosa.—Azúcar hasta ahora diferente de los conocidos; poco estudiado. Producto de desdoblamiento.

Dioxidigitogénico (ácido).—Se obtiene reduciendo el digitogénico por amalgama de sodio, $C_{14} H_{22} O_5$, O, 5 $H_2 O$.

Glucónico (ácido).—Se produce al oxidar por bromo los azúcares de la digitalina desdoblada.

Digitalónico (ácido).—Se separa de la lactona digitalónica; tratada por óxido de plata, y luego con ácido clorhídrico, por reacción en determinadas condiciones, produce ácido acético, lo que indica un grupo METILO en el ácido digitalónico

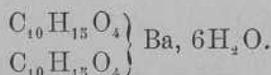


Digitalosmina.—Principio oloroso, sobre todo de las especies *Digitalis purpúrea* y *D. lutea*. Puede separarse por destilación de las plantas en agua.

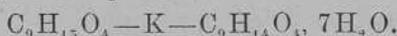
Digitalosa.—Heptosa; derivado de la digitaleína por la acción del H. Cl. $\text{C}_7\text{H}_{14}\text{O}_3$ (Kilianí). Homolle y Quevenne llamaron DIGITALOSA á un cuerpo complejo, cuyo estudio no terminaron.

Digitasolina.—Compuesto que acompaña á las digitalinas del comercio $\text{C}_{28}\text{H}_{48}\text{O}_{14}$. Por la acción del ácido sulfúrico produce DIGITALIRRETINA $\text{C}_{16}\text{H}_{26}\text{O}_3$ y PARADIGITALETINA $\text{C}_{22}\text{H}_{34}\text{O}_7$.

Digitatos.—Sales del ácido digitico; la de bario tiene esta fórmula:



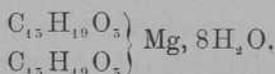
El ácido digitico, oxidado por permanganato potásico, da un ácido bibásico, que pudiera ser idéntico al ISOCÁNFORICO —(Gardner, Balliol)—, y cuya sal de potasio tiene esta fórmula:



Digitico (ácido) $\text{C}_{10}\text{H}_{15}\text{O}_4$.—Se forma cuando el oxidigitogénico, por oxidación del digitogénico por permanganato, descolorando con alcohol y precipitando por HCl.

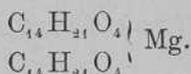
Digitina.—Llamado algunas veces DIGITALIDA; cuerpo sin interés.

Digitóico (ácido).—Se separa añadiendo agua á las aguas madres alcohólicas del hidrodigitóico $\text{C}_{15}\text{H}_{20}\text{O}_5$, $5\text{H}_2\text{O}$. La sal de magnesio, es:



Digitogenatos.—Sales del ácido digitogénico, la de

magnesio

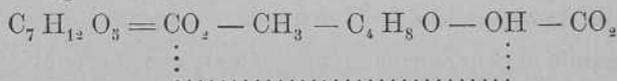


Digitogénico (ácido).—Producido por la acción de los ácidos crómico y acético sobre la digitogenina disuelta en acético, subsiguientes tratamientos con agua y éter $C_{14}H_{22}O_4$.

Digitogenina.—Producto de desdoblamiento de la digitonina; fórmula, un múltiplo de C_5H_8O . (Kilianf).

Hidroditóico (ácido).—Se genera al hervir con potasa y alcohol el digitogénico. Se separa CO_2 . $C_{13}H_{22}O_3$. La sal de magnesio es $(C_{13}H_{21}O_3)_2Mg, 5H_2O$.

Lactona digitalónica.—Se produce oxidando por bromo la digitalina



Oxidigitogénico (ácido) $C_{14}H_{20}O_4$.—Para obtenerle se trata el digitogénico con potasa, se oxida por permanganato, se decolora con alcohol, y se precipita por ácido acético. La sal de magnesio es: $(C_{14}H_{19}O_4)_2Mg$.

Paradigitalina $C_{22}H_{34}O_7$.—Producto con digitaliretina y glucosa de la hidrólisis de la digitasolina.

Paradigitogenina.—Isómero de la digitogenina. Poco importante.

Resina digitaloína. $C_{25}H_{25}O_4$.—Obtenida de la digitaliresina.

Tanato de digitalina.—Tanret, en sus primeros trabajos, le admitió como existente en las hojas de digital, pero luego se corrigió; no existe en la planta, y por eso el ácido tánico precipita los preparados de digital.

Toxirresina.—Principio especial poco estudiado.

Por la recopilación,
L. NIETO.
Farmacéutico primero.



CIRCUNCISIÓN

La dificultad de obtener buen resultado en la circuncisión, nace de la movilidad y extensibilidad de la piel del pene. Raro es que se opere tan torpemente que resulte, por ejemplo, cortado el glande á la vez que el prepucio; pero es frecuente no cumpla, el prepucio rectificado, con estas condiciones: cubrir el glande y ser retractil sin estrangular.

Hemos tenido ocasión de operar dos casos, y en ambos se ha procedido de este modo:

Colgando el pene normalmente, se marca en el prepucio la línea de escisión, cuyo conjunto es una elipse más ó menos prolongada, según la longitud prepucial. El extremo posterior de la elipse corresponde cerca de la corona del glande, en la línea media dorsal; desde este punto parten las ramas de la elipse y, dirigiéndose hacia el frenillo, terminan á los lados de éste, que ni es preciso ni debe cortarse. La superficie del glande así inscrita es de un tercio ó un cuarto.

Después, un ayudante coge el prepucio, con los dedos ó con pinzas, y lo estira en forma de embudo, cuidando de que no se deslice la piel sobre la mucosa; así puede el operador colocar los puntos de sutura pasando la aguja del interior al exterior, manio-obra posible por muy acentuado que sea el fimosis. Como en la piel está señalada la que ha de ser línea de cicatrización, nos sirve de guía para colocar los puntos, cuyos cabos, que conviene sean largos, se dejan sueltos hasta que se haga la escisión. Ésta se hace como aconsejan los clásicos: incisión en la línea media dorsal, sobre sonda acanalada, y escisión de los colgajos laterales. Se anudan los hilos, etc., etc.

Como la sutura es engorrosa y la escisión suele ser defectuosa,

invirtiendo los tiempos operatorios, como queda referido, se está seguro de haber salvado aquella dificultad y evitado este contra-tiempo.

L. TORREMOCHA

Médico segundo.

Prensa y Sociedades médicas

Quemaduras. Acido pícrico—El *Dr. Loschtschilow*, como resultado de cuatro años de práctica respecto al asunto, establece las siguientes conclusiones:

1.^a Las disoluciones de ácido pícrico del 1 al 5 por 1.000, cuando se empleen en casos recientes de quemaduras en que éstas no tengan una gran extensión, no provocan ningún síntoma tóxico.

2.^a Calman rápidamente los dolores.

3.^a Desinfectan la superficie desprovista de epidermis, y de ese modo activan la curación.

4.^a Este tratamiento posee grandes ventajas, puesto que en la mayoría de los casos permite prescindir de toda cura; y caso de que ésta sea necesaria, impide que su aplicación produzca dolor y ahorra tiempo gracias á esta circunstancia.

5.^a Si las quemaduras son algo extensas, es preciso, cuando se emplea el ácido pícrico, continuar con la asistencia personal del paciente, y, sobre todo, examinar á menudo su orina.

(*Feschenedelnik*).

*
**

Condiciones que favorecen la virulencia de los microbios de la boca.—El *Dr. Calmette*: En estos últimos tiempos han sido objeto de preferentes estudios las diversas puertas de entrada por donde los micro-organismos invaden el organismo, provocando en él procesos infecciosos.

Puede suceder, en efecto, que gracias á una lesión de las mucosas, los gérmenes patógenos invadan el organismo; y también sucede que microbios saprofitos é indiferentes encuentran sobre esas mucosas agentes especiales que les confieren cierta virulencia. En una palabra, la atención está hoy dirigida hacia lo que pudiéramos llamar los medios ocasionales de cultura, y no es aventurado pensar que el secreto de un gran número de estados infecciosos depende del determinismo de esos medios.

La boca, las fauces, las inmediaciones de los orificios de entrada

de las vías pulmonares y digestivas, ofrece un interés de primer orden en esas consideraciones; vamos á pasar en revista, en este artículo, las investigaciones más recientes que se han hecho á este respecto.

Ocupémosnos en primer lugar del medio bucal.

Ese medio está constituido por las secreciones muco-salivares, que comprenden la saliva mixta, el mucus y las producciones salino-terrosas que forman el sarro dentario.

La saliva mixta, resultado de la secreción de las glándulas parótidas, sub-maxilares y sub-linguales, es un líquido incoloro, límpido ú opalescente, un poco filante, de reacción ligeramente alcalina en estado normal, ácido en ciertos estados patológicos (muguet, diabetes, úlceras y cánceres de las vías digestivas, etc.) Tiene en suspensión células epiteliales, restos alimenticios y numerosos micro-organismos, sobre los cuales insistiremos en seguida; contiene sustancias albuminoideas diastásicas (ptyalina), algunos cuerpos grasos, sulfocianato de potasio y sales diversas, entre las que dominan los fosfatos de soda, de potasa y de cal.

El mucus bucal presenta una composición química casi idéntica á la saliva, pero no contiene ptyalina. En cuanto al sarro dentario está formado de materia orgánica incrustada de carbonato de cal, de fosfato tricálcico, de fosfato de hierro y de un poco de sílice.

La cavidad bucal es una de las cavidades naturales más ricas en micro-organismos; son introducidos allí por los alimentos, por las bebidas y por el aire atmosférico.

La cavidad bucal representa, por otra parte, un verdadero sitio de predilección para los micro-organismos á causa del medio favorable que ellos encuentran allí para desarrollarse; medio húmedo, temperatura de 38° c., que facilitan la colonización de esos gérmenes, gracias á los numerosos repliegues de la mucosa que la circunscribe.

Como hemos dicho, la boca, así como las primeras vías respiratorias y digestivas, contiene microbios saprofitos y microbios patógenos; pero es difícil separar los primeros de los segundos.

Todos los micro-organismos de la boca pueden hacerse patógenos cuando encuentran un medio favorable para exaltar su virulencia; puede decirse, con más exactitud, que sus propiedades patógenas están latentes.

El estudio de los microbios de la boca ha sido hecho por Vignel (Arch. de Physiologie, 1886); después de esa época, el número de los micro-organismos que viven en esa región se ha aumentado considerablemente. Fuera de los hongos y levaduras que provienen de nuestros alimentos, fuera de las especies saprofitas como el leptotrix, el bacilus mesentericus, el bacterium termo, el bacilus subtilis y los diversos espirilos, se encuentran gérmenes que pueden ser virulentos por sí mismos, ó que adquieren propiedades patógenas en nuestros humores bajo influencias que no nos son bien conocidas; son los estafilococos, pneumococo, el estreptococo, el bacilo

diftérico, los colibacilos, el tetrágono y el bacilo fusiforme, que el Dr. Vincent, profesor agregado de Val-de-Grâce, acaba de describir como productor de una angina lacunar que suele ser confundida con la difteria.

Este micro-organismo de Vincent es importante; mide de 10 á 12 milésimas de m.m., por una ó dos de ancho, teniendo una parte hinchada; en ciertos casos es movable; se colorea bien con los colores básicos de anilina, pero no toma el Gram. Suele encontrarse asociado con un espirilo delgado, difícil de colorear. Hasta ahora el bacilo de Vincent no ha sido cultivado. Pero lo que lo hace interesante, desde el punto de vista de sus propiedades infecciosas, es que presenta las más estrechas analogías con el bacilo de la podredumbre de hospital, que el mismo Vincent señaló y describió en 1886. Ambos se encuentran casi siempre asociados para formar espirilares, no se colorean por el Gram y no se cultivan en medios artificiales.

De esa analogía resultaría que la podredumbre de hospital y la angina lacunar, caracterizadas ambas por producciones neo-membranosas, no serían más que una misma enfermedad, localizada en un caso en la superficie de una herida accidental, y en otro caso en la superficie de la faringe y de la mucosa bucal.

Sea como fuere, vemos que la boca es asiento de una flora microbiana riquísima y variada, y, sin embargo, es sabido que las heridas de esa región curan casi siempre con rapidez.

¿Cuál es, pues, la causa de la inmunidad de la cavidad bucal respecto de los microbios que en ella se hospedan?

Se ha pretendido mucho tiempo que esa inmunidad era debida á la acción bactericida de la saliva. Sanarelli la atribuyó á las diferentes sales que ese líquido contiene, y particularmente el sulfocianato de potasio. Las experiencias rigurosas de Hugenschmidt han permitido refutar ese papel bactericida y han demostrado que la defensa de la cavidad bucal era debida por entero á la función fagocitaria. Veamos en qué consiste esa función.

El Dr. Sobleau, en un notable artículo sobre las diversas formas de la septicemia bucal, ha demostrado que la región de las primeras vías digestivas está protegida por una triple línea de defensa. En primer lugar encontramos á los leucocitos que manan de la mucosa bucal, leucocitos atraídos sin cesar por la quimiotaxis positiva de la saliva. En segundo lugar se encuentra ese poderoso conjunto de folículos cerrados, que se esparcen sobre el dermis de la lengua, de la faringe, de la amígdala. En tercer lugar se encuentra, en la pared misma de la boca y del istmo de las fauces, una verdadera barrera linfoidea formada por las amígdalas palatinas, faríngeas y linguales. Se ve cuán asegurada está la fagocitosis en las condiciones normales de nuestra vida. La acción del polimicrobismo bucal está neutralizada por la reacción fagocitaria.

Existe, pues, fisiológicamente, un equilibrio biológico en el medio bucal.

Pero si ese equilibrio es roto, ya sea por una pirexia infecciosa como la roseola, la escarlatina, la tifoidea, enfermedades en que las secreciones son viciadas ó disminuídas, ya sea por un traumatismo, entonces se ve el polimicrobismo bucal convertido en una fuente de virulencia, y provoca en toda la economía una intoxicación más ó menos grave.

En esas discrasias ácidas ó azucaradas, en el artrismo, la diabetes. el papel protector de las células fagocitarias está muy atenuado; prodúcense en la boca fermentaciones lácticas, butíricas, acéticas, y las verdaderas mudas que resulten constituyen un excelente medio de cultura para los micro-organismos. Los saprofitos se vuelven patógenos; franquean ellos á sus toxinas las tres líneas de defensa citadas, y se difunden en las vísceras por las vías linfáticas y sanguíneas. Ese es, sin duda, el punto de partida de esas bronconeumonías malignas de estreptococcus y neumococos, de esas pericarditis, de esas peritonitis de neumococos tan bien estudiadas recientemente. El reumatismo comienza á menudo por una angina, y se sabe que los diversos microbios encontrados en la sangre y las articulaciones de los reumáticos se encuentran en la región bucal. Las meningitis neumocócicas tienen, sin duda, el mismo origen.

Desde el punto de vista quirúrgico notamos ya las periangiolecitis, las periadenitis que llegan algunas veces á una septicemia linfoflegmonosa del cuello: ésta puede localizarse en el tejido celular prehioides ó en la base posterior de la boca, determinando ese flemón infeccioso que se ha llamado la angina de Ludwig, cuya marcha es tan grave. Otras veces sucede que los microbios infecciosos de la boca se difunden por la vía venosa, venas de la cara y de la órbita, y por allí ganan los senos de la dura madre. Por fin, no es raro ver partir de la boca traumatizada, septicemias generales sin determinación anatómica. Todos los Cirujanos que han observado fracturas del maxilar inferior, resecciones de esos huesos, amputaciones de la lengua, han visto casos de caquexia lenta y progresiva con piohemia, que se traducen por abscesos en diversas partes del cuerpo, y contienen estafilococos. Apenas se incide un absceso y se diseca, se manifiesta otro en un punto muy alejado del primero. Durante ese tiempo el enfermo se adelgaza y después de algunas semanas muere caquético.

Esos son los inconvenientes debidos á la difusión en la economía de los diversos micro-organismos de la boca.

¿No será posible prevenir ese peligroso acontecimiento?

Un trabajo muy documentado de Carl Röse nos da, á ese respecto, datos de interés.

Ese autor ha tratado de determinar la acción bactericida de muchas substancias antisépticas empleadas como dentríficos. A una persona que durante cuarenta y ocho horas se abstiene de fumar, de beber, de hablar excesivamente, por la mañana le da partes iguales de café y de bizcochos. Procede entonces al primer lavado

de la boca, que dura exactamente un minuto, con una gárgara de esta solución:

Peptona.....	1
Sal.....	5
Agua esteril.....	100

El líquido del lavado es recibido en un vaso de agua graduado: se deja caer un número de gotas determinado en un medio nutritivo al agar y á la gelatina, bien licuada; después se cuele en cajas de Petri y se deja solidificar el medio de cultura.

La numeración de las colonias que se desarrollan en esas condiciones se hace al microscopio, lo que permite contar las colonias con un espacio igual á $\frac{1}{3000}$ parte de una caja de Petri. Entonces un simple cálculo permite darse cuenta del número de bacterias de ese lavado de boca. Así, si el campo de visión comprende 100 colonias y si se ha empleado 40 cc. de la solución citada (no sembrando más que un décimo de centímetro cúbico en la caja de Petri) este décimo de centímetro cúbico contendrá

$$100 \text{ colonias} \times 2.000 = 200.000 \text{ colonias}$$

10 centímetros cúbicos contendrán

$$200.000 \times 10 = 2.000.000$$

y la totalidad del líquido del lavado—(40 cc.)—contendría

$$2.000.000 \times 4 = 8.000.000 \text{ colonias.}$$

Ese primer lavado de la boca debe servir de testigo para las operaciones siguientes. Estas consisten en lavar la boca durante un minuto, con un dentrífico cuyo poder antiséptico se busca; después de un cuarto de hora, media hora, dos horas, cuatro horas, se hacen lavados con la solución de peptona y de sal marina y se siembra un décimo de centímetro cúbico de agua de esos cuatro lavados en una caja de Petri.

Esos cuatro lavados deben dar un número menor de colonias que el dado por el primer lavado testigo; de ese modo se aprecia el poder del antiséptico dentrífico que ha sensibilizado el medio bucal entre el lavado testigo y los subsiguientes.

Röse ha encontrado, procediendo de esa manera, que los dentríficos actúan tanto mejor cuanto más próxima á 37° es su temperatura. Los almuerzos disminuyen considerablemente el número de microbios de la boca; los microbios abundan por la mañana al levantarse; así el primer desayuno es seguido de una notable desaparición de microbios. Es al estómago donde van los gérmenes arrastrados por la insalivación, la masticación y la deglución de los alimentos.

Después del almuerzo el número de microbios tiende á aumentar, poco á poco. Diversos alimentos ó bebidas gozan de propiedades bactericidas, como las grosellas, los duraznos, la manzana.

Véase ahora cuáles son los mejores dentríficos antisépticos.

El ácido benzóico mezclado al alcohol y el bicloruro de mercurio

rio suprime el 94 por 100 de los bacterios de la boca. Su fórmula, que es debida á Müller, es la siguiente:

Acido benzóico.....	3	gramos.
Tintura de eucalipto.....	15	»
Bicloruro mercurio.....	0.80	»
Alcohol á 95°.....	100	»
Esencia de menta.....	0.75	»

Ese dentrífico parece ser el más eficaz de todos los que han sido empleados y que han sufrido la prueba de Röse. Pero su gusto es desagradable.

La siguiente fórmula suprime el 42 por 100.

Sacarina.....	2.50	gramos.
Acido benzóico.....	3	»
Tintura de Rathania.....	15	»
Alcohol á 95°.....	100	»
Esencia menta.....	0.50	»
» canela.....	0.50	»

Esos dentríficos pueden ser diluídos y obran eficazmente. Es bueno emplearlos en caliente y renovarlos de tiempo en tiempo para que su eficacia no disminuya.

Hé aquí otras substancias antisépticas que contribuyen á atenuar la virulencia de los microbios bucales; el ácido salicílico es precioso como microbicida, pero sus soluciones son decalcificantes, lo que constituye un peligro para los dientes. Las soluciones alcohólicas de salol tienen una eficacia mediocre.

El alcohol es un excelente antiséptico, máxime cuando está diluído al 50 por 100, como lo ha demostrado Epstein. Las propiedades bactericidas del alcohol á 40 por 100 son casi tan enérgicas como las de la solución que encierra ácido benzóico y sublimado; el alcohol así diluído suprime el 62 por 100 de los gérmenes. Además tonifica los tejidos. No se debe emplear en gárgaras sino en fricciones ó uncciones sobre los dientes y las encías, mediante un trapo ó un cepillito.

La memoria de Röse es muy instructiva; además de los datos terapéuticos que hemos indicado, contiene la exposición de un método bacteriológico para la numeración de los gérmenes bucales, que puede extenderse á una cantidad de investigaciones; es por esa razón que hemos creído oportuno analizarlo in extenso. Creemos, por otra parte, que el Médico, lo mismo que el Cirujano, podrán meditar con provecho sobre los beneficios de la antisepsia bucal y sobre los recursos fagocitarios de las primeras vías aéreas y digestivas.

(*La Sem. Méd. de Buenos Aires*).

*
**

Aerofagia nerviosa.—La aerofagia nerviosa constituye de ordinario un simple achaque, aunque muy molesto por razón de las

crisis de eructación que ocasiona; sin embargo, no siempre afecta un carácter benigno, sino que á veces es susceptible de acarrear trastornos más ó menos graves, que en un principio nadie piensa en atribuirle.

Uno de esos trastornos está constituido por la aparición de vómitos alimenticios frecuentes y abundantes que, siendo lo único que llama la atención del Médico, pueden dar ocasión á errores de diagnóstico. Así, por ejemplo, en un joven de 24 años observado por el autor, creíase que se trataba de un comienzo de tuberculosis, pues los vómitos repetidos habían determinado un enflaquecimiento tan grande, que el paciente vióse obligado á cesar todo trabajo; pues bien, un examen atento permitió reconocer que después de las comidas producíanse frecuentes movimientos de deglución, los cuales originaban una dilatación considerable del estómago; habiendo podido librarse el enfermo de su aerofagia, curó también de sus vómitos.

Los trastornos eran á poca diferencia idénticos en una mujer de 50 años, atacada de histero-neurastenia traumática, cuya historia refiere igualmente el Dr. Bouveret; en este caso, sin embargo, la curación fué menos completa.

Pero no son únicamente las funciones gástricas las que pueden resultar trabadas por la deglución inmoderada de aire; sabido es, en efecto, que la dilatación del estómago, tal como la realiza una comida copiosa, se acompaña á veces de una sensación de opresión y de palpitations. El mismo síndrome cardio-pulmonar, susceptible de ocasionar hasta la crisis de angor vasomotora, puede ser provocado por la aerofagia. Como ejemplo, el autor cita la observación de una mujer de 40 años, neurópata, que había tenido en su juventud crisis de histerismo, la cual mujer se despertaba á menudo durante su primer sueño á causa de una sofocación, acompañada de una vivísima angustia, consideradas hasta entonces como de índole histérica. En este caso, al igual que en los precedentes, un tratamiento moral, dirigido á combatir el tic aerofágico, en combinación con prácticas hidroterápicas, acabaron por vencer casi completamente los fenómenos que inquietaban á la enferma.

El diagnóstico de estas formas graves de aerofagia no puede ser establecido sino merced á la observación de los movimientos de deglución, los cuales deberán de ser investigados particularmente después de las comidas.

(Lyon méd.)

*
* *
*

Tétanos post-operatorio.—*M. Reynier*: En estos últimos tiempos he tenido ocasión de observar en mi servicio una pequeña epidemia de tétanos.

El primer sujeto atacado fué un hombre de 24 años, operado el 31 de Enero á causa de una hernia por uno de mis internos, bajo la vigilancia de mi asistente Dr. Bouglé; diez días después de la inter-

vención, ese enfermo fué acometido de rigidez de la nuca; fuéronle hechas varias inyecciones de suero antitetánico, administrándosele además cloral y opio, pero ésto no impidió que la muerte sobreviniese al quinto día.

Una mujer, operada en 4 de Febrero por el Dr. Bouglé á causa de una piosalpingitis, fué atacada igualmente de tétanos trece días después, habiendo sucumbido al cabo de ocho días, á pesar de un tratamiento enérgico por medio del suero antitetánico, del cloral y del opio.

Finalmente, en 16 de Febrero el Dr. Bouglé operó á un hombre con motivo de una hernia inguinal y, por razón de hechos precedentes, se creyó en el caso de practicar una inyección preventiva de suero antitetánico. Sin embargo, el enfermo presentó en 3 de Marzo fenómenos de trismo y de rigidez de la nuca; inmediatamente se efectuó una inyección de suero antitetánico y administróse al enfermo cloral á dosis muy elevadas. En este caso obtúvose la curación.

He recibido una observación análoga del Dr. Manceau (de Nossi-Bé); concierne á un soldado de la legión extranjera quien, á seguida de una inyección de quinina hecha con todas las precauciones anti-sépticas, fué acometido de tétanos y sucumbió treinta horas después del comienzo de los accidentes.

M. Quénu: El tercer caso referido por el Dr. Reynier es particularmente interesante, en razón á que la inyección preventiva fracasó por completo.

No puedo explicarme bien por qué el contagio del tétanos puede efectuarse de un enfermo á otro en un servicio de cirugía, cuando todas las precauciones de aislamiento han sido tomadas.

M. Delbet: Hace próximamente dos años tuve en mi servicio un caso de tétanos, en el cual el Dr. Borrel practicó una inyección intracraneana de suero antitetánico, debiendo decir que á partir de ese momento los fenómenos se agravaron considerablemente, y en realidad no puedo dejar de pensar, en su vista, que ese enfermo no hubiera acaso sucumbido con tanta rapidez si no le hubiese sido practicada esa inyección intracraneana.

M. Brun: En un caso he visto igualmente cómo una inyección intracerebral iba seguida de muerte rápida, y ésto en condiciones que me impresionaron en gran manera.

M. Monod: Por mi parte, he observado también en mi servicio, hace algunos años, un ejemplo de tétanos post-operatorio, en el cual el modo de realizarse el contagio quedó muy obscuro.

M. Bazy: Yo creo que la eficacia de las inyecciones preventivas de suero antitetánico se halla suficientemente demostrada; pero en los enfermos que supuran se hace necesario repetir las inyecciones.

En un hecho que he tenido la ocasión de observar, y en el cual eran empleados simultáneamente el cloral y las inyecciones de suero antitetánico, la supresión momentánea del cloral coincidió con una agravación inmediata; en vista de ello, reanudóse inmedia-

tamente el empleo de dicho medicamento á dosis elevadas y se obtuvo la curación.

(*Soc. de Cir. de París*).

* * *

Empleo terapéutico del oxígeno.—*M. E. Aron* hace notar que las inhalaciones de oxígeno están destinadas á favorecer la transformación de la hemoglobina en oxihemoglobina; pues bien, como esta transformación tiene lugar en una atmósfera que no contiene sino 15 por 100 de oxígeno, claro es que no podría ser útil hacer respirar oxígeno puro, puesto que el aire normal contiene ya 21 por 100 de este gas; es decir, más que la proporción necesaria. No podría llegarse al fin que se persigue sino elevando la cantidad de hemoglobina puesta en contacto—en la unidad de tiempo—con el aire inspirado, lo cual se consigue activando la circulación y aumentando el número y la profundidad de las respiraciones.

Los partidarios de las inhalaciones objetan á este razonamiento que los 14/15^{os} solamente de la hemoglobina son saturados por el oxígeno en la atmósfera normal; la última quinceava parte no puede ser saturada sino en el oxígeno puro. El orador acepta la realidad de este hecho; pero conviene observar que siendo la cantidad de oxígeno fijada por día de 800 á 900 gramos, su quinceava parte no es más que 60 gramos para las veinticuatro horas ó menos de tres gramos por hora (duración habitual de la inhalación): es ésta una cantidad absolutamente inapreciable. Por último, si llegara á producirse una saturación semejante, resultaría de ello—á causa del exceso de oxígeno en la sangre—una verdadera apnea, una respiración entrecortada por largas pausas, fenómeno que el Dr. Aron declara no haber observado nunca.

Más recientemente hase pretendido que la disolución de oxígeno en la sangre, consecutivamente á las inhalaciones, es la que produce buenos efectos; pero la proporción de gases así disueltos es sumamente mínima; por lo que respecta al hombre, se carece de cifras; en el perro no pasa de 0.2 por 100; admitiendo que pueda quintuplicarse y hacerla llegar á 1 por 100, aun así sería poco en comparación de los 21.6 por 100 de oxígeno combinado con la hemoglobina. La tasa de esta última puede disminuir hasta 10 por 100, pero en realidad no puede bajar más sin que la muerte sobrevenga por asfixia; aumentando ligeramente esa proporción, las inhalaciones de oxígeno son susceptibles de prolongar un poco la agonía, sin influir ni poco ni mucho sobre la disnea y sobre la cianosis.

En lo que concierne á la oxidación de los productos de desasimilación, el organismo sano toma del aire atmosférico el oxígeno que le es necesario para estas combustiones; en estado patológico prodúcese una compensación por medio de la utilización de las fuerzas latentes de reserva; así, por ejemplo, en la tisis, en las pleurexías, en el enfisema pulmonar, en el catarro bronquial crónico, en el mal de Bright, en la clorosis, etc., etc., el consumo de oxígeno

se mantiene normal. Por otra parte, si esta compensación no se produjese, y si los productos de desasimilación se acumulasen en el organismo, las inhalaciones de oxígeno serían todavía ineficaces, pues lo que falta entonces no es el oxígeno, sino la hemoglobina necesaria para fijar este gas.

El Dr. Aron da luego cuenta de las investigaciones clínicas que él ha llevado á cabo sobre el empleo terapéutico del oxígeno en el servicio del Dr. Lazarus, en el hospital israelita. En la clorosis, los resultados han sido absolutamente negativos; en algunos casos de disnea de origen cardíaco ó pulmonar, han sido un poco favorables, pero á menudo la mejoría cesa cuando se suspenden las inhalaciones; es probable que la sugestión toma en ello alguna parte. En caso de síncope, así como en el envenenamiento por la morfina, las inhalaciones de oxígeno no pueden entrar en concurrencia con la respiración artificial. Sólo en la intoxicación por el óxido de carbono es cuando las inhalaciones se hallan positivamente indicadas, pues se trata entonces de una combinación de la hemoglobina con el gas oxí-carbonado, combinación que el oxígeno es susceptible de destruir. El mismo método puede prestar igualmente servicios en el envenenamiento por la anilina y contra los trastornos resultantes de la residencia en puntos de aire enrarecido.

Al terminar, el orador comunica los resultados de experimentos hechos por él en un hombre atacado de empiema tuberculoso, y tratado por medio del sifón de Bülow; poniendo un manómetro en comunicación con la cavidad pleural, ha podido asegurarse de que las inhalaciones de oxígeno no sólo no hacían más profunda la respiración, sino, por el contrario, más superficial y más frecuente. Investigaciones hechas sobre animales sanos y sobre otros animales afectados de lesiones experimentales diversas (neumonía, neumotórax, etc.), le han mostrado también que la inhalación de oxígeno puro no modificaba en nada la respiración.

M. Ewald recuerda que tiempos atrás combatió el tratamiento por medio del ozono, preconizado por Lender. Los argumentos que él oponía al ozono tienen toda su aplicación para el oxígeno; no es con el ozono, sino con el oxígeno ordinario como la hemoglobina entra en combinación, y existe siempre una proporción suficiente de este gas para saturar los glóbulos rojos. Cuanto á la cantidad de oxígeno que puede ser fijada cuando se aumenta la presión de este gas, es insignificante. Así, el empleo del oxígeno le parece al orador una herejía desde el punto de vista fisiológico.

M. G. Meyer, si bien reconociendo que la respiración artificial debe de predominar sobre las inhalaciones de oxígeno, cree que estas últimas son necesarias en el tratamiento de la asfixia, ya se trate de sumersión ó bien de sofocación. Recuerda que el oxígeno fué ya empleado por Scheele, que lo descubrió en 1774, con el mismo objeto.

M. Zuntz desea rectificar algunas de las cifras aducidas por el Dr. Aron. En el suero, el contenido en oxígeno alcanza en realidad

0.5 ó 0.6 por 100; de suerte que si llega á cuadruplicarlo es una ganancia de 2 por 100 de oxígeno que realiza la economía, acaso más todavía en ciertas circunstancias. Además, la tasa del oxígeno en los alvéolos pulmonares, que normalmente es de 15 por 100, se eleva, con la respiración de oxígeno puro, á 95 por 100, lo cual es susceptible de ejercer una acción saludable cuando la proporción de hemoglobina es muy reducida, como ocurre después de las hemorragias abundantes, en ciertas intoxicaciones (por el óxido de carbono, por la anilina), después de la permanencia en puntos de aire enrarecido; así vemos, por ejemplo, cómo las inhalaciones de oxígeno hacen cesar el mal de montaña.

M. Baginsky proclama igualmente los buenos efectos del oxígeno en la intoxicación oxi-carbonada; este medio no es menos eficaz en ciertos casos de asfixia: cita el ejemplo de una joven idiota que tenía un cuerpo extraño en la tráquea y que fué muy mejorada merced á las inhalaciones de oxígeno; en este caso, no puede aducirse la sugestión. En ciertas formas de parálisis del corazón y en otros estados análogos, se puede obtener igualmente del oxígeno, cuando menos, un alivio momentáneo.

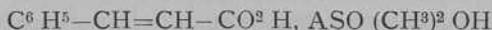
M. Senator hace constar que el dogma, hasta ahora aceptado poco menos que sin discusión, de la ineficacia del oxígeno, empieza á parecer menos inatacable. Por su parte, considera las inhalaciones como enteramente conformes con las nociones de la fisiología; parécenle tan racionales en caso de obstáculo mecánico á la respiración, como cuando se trata de los accidentes consecutivos á la residencia en puntos de aire enrarecido.

El orador ha experimentado el oxígeno ozonizado por su paso sobre esencia de trementina; no ha obtenido de él ningún resultado en las enfermedades de trastornos graves de los cambios orgánicos (leucemia, clorosis, diabetes, enfermedad de Addison); en cambio, este método produce una mejoría notable de la disnea cardíaca.

(*Soc. Ber. de Med.*)

*
**

El ácido cinamylcacidílico.—Este ácido, producido por la combinación de una molécula de ácido cacodílico con una molécula de ácido cinámico, se presenta en forma de prismas blancos muy bellos, perfectamente cristalizados, á los cuales se puede asignar la fórmula



La desecación á 100° no le hace perder nada de su peso; se funde á 79—81° sin descomposición; es poco soluble en el éter, la glicerina, los aceites grasos, pero es muy soluble en el alcohol, del cual el agua precipita ácido cinámico. Esto no tiene nada de extraño. Si se trata de disolver en el agua destilada el ácido cinamylcacidílico pulverizado, se observan fenómenos análogos á los que da el cacodilato de guayacol, es decir, desdoblamiento del compuesto en sus dos componentes. Basta una débil proporción de agua para disol-

ver enteramente el ácido cacodílico, y queda en suspensión el ácido cinámico, cuerpo muy soluble en este vehículo. En el líquido filtrado se ha dosificado el ácido cacodílico acidimétricamente y ponderalmente, y el precipitado que quedó sobre el filtro, disuelto en una cantidad suficiente de agua destilada, ha dado, por una sencilla valoración acidimétrica, el contenido en ácido cinámico (se había comprobado aparte que en este líquido último había ausencia completa de arsénico).

Hé aquí los resultados obtenidos:

Cantidad de ácido cinamilcacodílico expuesta á ensayo.	0'50	grs.
Correspondiente á.. }	Acido cacodílico.	0'241 —
	Acido cinámico.	0'258 —
Cantidad de ácido cacodílico encontrada	Acidimétricamente.....	0'240 —
	Ponderalmente.....	0'235 —
Cantidad de ácido cinámico encontrada acidimétricamente.	0'250	—

El agua, pues, descompuso el ácido cinamilcacodílico en sus elementos; y si se efectúa la solución acuosa y total del cuerpo, se observa la bibasicidad con la taleina del fenol. El ácido cinamilcacodílico es, por consiguiente, una combinación molecular tan inestable como el cacodilato de gaiacol.

¿Es ésto decir que según estos datos debe excluirse el cacodiliacol y el ácido cinamilcacodílico de los usos farmacéuticos? MM. Astruc y Murco no piensan en ello. Estos cuerpos, aunques on combinaciones moleculares, fácilmente descomponibles por los disolventes, presentan la ventaja grande de ser puros y bien definida su composición centesimal, y por ésto mismo permiten darse cuenta de la cantidad de componentes que se administre. La forma de solución puede convenirles, así como la forma pilular; gracias á esta última se puede dar el medicamento tal cual se halla naturalmente, por medio de excipientes apropiados. Basta en todo caso recordar que cada uno de los productos representa sensiblemente la mitad de su peso de ácido cacodílico puro.

(*El Monitor de la Farmacia*).

*
*
*

Oclusión intestinal. Laparotomía.—El *Dr. Bravo* (D. A.): Os presento el caso, porque tiene gran importancia como hecho clínico, por la forma que revistió la enfermedad.

Trátase de un enfermo de 57 años, de Barcelona, connaturalizado en Madrid, viudo, é industrial de profesión, y sin antecedentes de familia; desde el año 1860 padece de una hernia inguinal izquierda pequeña; hace ocho meses, después de un acceso de tos fuerte, se le presentó otra del lado derecho, de cuello muy estrecho.

El día 5 de Marzo último sufrió la estrangulación de la hernia derecha, con todos los síntomas consiguientes á esta clase de complicación.

El Médico que le vió primero practicó la reducción de la hernia,

viendo con sorpresa que no cedían ni los vómitos ni los demás síntomas de estrangulación, á pesar de purgantes y enemas; por el contrario, aumentaban por momentos, agravándose su situación, por lo que le aconsejó su ingreso en el Hospital, como lo verificó el 8 de Marzo, tres días después del accidente.

A mi visita, encontré al enfermo con la cara contraída, de una coloración ligeramente amarillenta, vómitos fecaloides frecuentes, el vientre timpanizado y ligeramente doloroso, carencia absoluta de expulsión de gases y materias excrementicias por el ano, y gran ansiedad. En medio de esta situación grave observé dos síntomas que me hicieron concebir esperanza y decidirme á la intervención: primero que el pulso era poco frecuente y regular, y segundo que no tenía fiebre, por lo que conceptué que la estercoremia, tan fatal en estos casos, ó no existía, ó era poco intensa. Yo diagnosticué de estrangulación interna, tal vez por el mismo saco herniario. Lo indudable era que no había tiempo que perder; en el mismo instante se preparó todo é hice, ayudado por mi querido amigo el Dr. Ortiz de la Torre, la operación siguiente:

Adopté la laparotomía lateral, empezando la incisión sobre el conducto inguinal, en el que no encontré nada anormal, por lo que, prolongando hacia arriba la incisión, é incindidos los músculos oblicuos, transverso, aponeurosis y peritoneo, penetré en la cavidad abdominal, encontrando asas intestinales enormemente dilatadas y otras aplastadas como cintas. Hago la exploración manual á la derecha y á la izquierda, y por más que reconocimos no encontramos la causa de los fenómenos supradichos.

Entre prolongar mucho tiempo la operación y traumatizar inconscientemente el intestino, preferí la evisceración; protegidas las asas intestinales con servilletas calentadas, conseguí coger un asa que no cedía por impedirlo un anillo fibroso que la aprisionaba; desbridado éste por cortes de tijera, se dilató el intestino, que por fortuna estaba sano; después de lavado con agua esterilizada y salada, procedí á reducir en la cavidad abdominal el paquete intestinal, acto que no fué tan difícil ni tan peligroso que no compense sus muchas ventajas. Hice la sutura del peritoneo y músculos con catgut y la de la aponeurosis del oblicuo mayor con seda fina; como apósito, gasa iodofórmica; abundante cantidad de algodón hidrófilo y una espica inguinal doble.

Después de operado reaccionó el enfermo bien, cesaron los vómitos, no hubo fiebre, y por la tarde expulsó gases sin dolor; durante los tres primeros días guardó una dieta absoluta; al cuarto se le ordenó 10 gramos de aceite de ricino, que bastaron para vencer la astricción intestinal.

Estos hechos y este enfermo me sugieren algunas ideas que he de exponer.

En las hernias pequeñas y de cuello estrecho, la taxis suele no dar resultados, ó porque no se consigue reducir la hernia y sí traumatizar el intestino, ó porque, si se consigue la reducción, puede

ocurrir lo que en este enfermo, que el cuello del saco sigue estrangulando el intestino dentro de la cavidad abdominal, lo que agrava la situación del enfermo. Únicamente en hernias voluminosas y de cuello ancho podrá intentarse con algunas esperanzas de éxito.

En las laparotomías por oclusión interna, cuando no se encuentra pronto y con relativa facilidad la causa de aquélla, es preferible y menos peligroso hacer la evisceración, que facilita la operación y pone de manifiesto la causa de la estrangulación. En los enfermos de estrangulación intestinal, la gravedad depende, tanto de la lesión del intestino, como de la estercoremia.

Las suturas con catgut fueron de mi predilección, por el temor que tengo, fundado en lo que algunas veces me ha ocurrido, á la infección provocada por la seda, y que retarda algo la curación de los operados.

El *Dr. Carrillo y Cubero* felicita al *Dr. Bravo* por la rapidez de la intervención, pues al tratar de restablecer la circulación intestinal por los purgantes y demás medios que se usan de ordinario, el enfermo hubiera muerto. Se declara francamente intervencionista. Reconoce que la evisceración es más peligrosa, pero en este caso perfectamente empleada. Opta por la sutura con seda, que no es inferior á ninguna otra, y añade que en ninguna de las laparotomías por él practicadas ha usado otro material, sin haber tenido más de tres infecciones, casi seguidas las tres, y debido á la mala esterilización de la seda.

El *Dr. Bravo* (D. A.): En los puntos fundamentales ha estado de acuerdo conmigo el *Dr. Carrillo*, y celebro ir en tan buena compañía. En las suturas he empleado la seda fina con resultados; pero me ha ocurrido en amputados de muslo, curados por primera intención, que al poco tiempo han sufrido dolores y flemoncitos en el muñón, hasta expulsar las ligaduras de seda de los vasos principales.

A Cirujanos de grandes vuelos les ha ocurrido lo mismo; y ésto no es que me sirva de consuelo, sino que demuestra que suelen ser frecuentes estas consecuencias.

(*Acad. Méd. Quirúrg. Esp.*)

*
*
*

Clavo fijado en el bronquio derecho.—De un caso sumamente curioso é interesante nos da cuenta el *Dr. Garel*; curioso por haber sido establecido el diagnóstico con los rayos X, é interesante por haber obtenido la curación extrayendo el clavo por el electroimán después de la traqueotomía.

El 14 de Junio de 1900, M. X. habla incidentalmente al *Dr. Garel* de un accidente acaecido dos meses antes á su hijo menor, que contaba á la sazón 18 de edad. M. X. residía por esta época en Buenos Aires.

Un día que el niño se hallaba en el jardín, bajo la vigilancia de una nodriza, se apercibió ésta que tenía en la mano un gran clavo

de hierro, vulgarmente llamado punta de París. Al instante pensó que podía tragarlo; pero como tenía dormido sobre sus brazos otro niño más joven, prefirió, antes de quitarle el clavo, entrar en la casa para dejar su preciosa carga; mas cuando volvió, la desgracia prevista se había cumplido, y el niño se ahogaba. Estaba cianótico y luchaba por sacarse el clavo. La madre del niño, atraída por los gritos, decidió en seguida, y puesta al corriente de lo que había ocurrido, trató de suspender á su hijo por los pies, con la esperanza de hacer descender el clavo de las vías respiratorias. Sus esfuerzos fueron vanos, pues al cabo de cierto tiempo el niño se calmó y la respiración volvió á ser normal.

En seguida se llamó á un Médico, quien manifestó que dada la mejoría producida espontáneamente, el clavo debía haber penetrado en el estómago y se le encontraría en las deyecciones del niño. Se buscó en vano por espacio de muchos días en las deyecciones del niño, no se encontró nada, y como había desaparecido todo síntoma no se atribuyó ya la menor importancia á este accidente. La madre manifestó al Dr. Garel que desde que ocurrió el accidente el niño empezó á toser y que esta tos no desapareció ya un solo día.

Doce días después se embarcaba para Francia. Durante toda la travesía, que duró veintiuno, la tos persistió y el estado general empezó á decaer. Pensó la madre, en el tiempo transcurrido hasta su llegada á Lyon, si el clavo se habría alojado en las vías respiratorias, en lugar de penetrar en las vías digestivas, como se había supuesto.

Al llegar á Lyon consultan á un compañero, que examinó al niño con el mayor cuidado y comprobó una induración con estertores en el vértice derecho. La respiración en este lugar era de soplo muy intenso. Dispuso una medicación dirigida contra los síntomas bronquiales. El niño se ponía pálido y se debilitaba cada día más, como si estuviese minado por una afección tuberculosa de evolución rápida.

El Dr. Garel empezó á reflexionar por el encadenamiento sucesivo de los diversos hechos relatados por el padre del niño, y se le ocurrió que quizá se había considerado injustamente como una novela la posibilidad de la penetración del clavo en las vías respiratorias. Le parecía que la tos incesante que desde el principio tenía el niño debía ser provocada por la excitación continua del bronquio por el cuerpo extraño. Manifestó el Dr. Garel al padre del niño que existía un medio muy sencillo de saber si se había fijado sobre este punto; no había más que hacer practicar la radiografía del tórax de su hijo.

El Dr. Destot hizo una excelente radiografía, y por ella no fué difícil darse cuenta de la presencia de un largo clavo, enclavado oblicuamente en el tórax, en la dirección del bronquio derecho, la punta hacia abajo y la cabeza hacia arriba.

Cuando le presentaron la radiografía al Dr. Garel, aún no había

visto al enfermo; y como el padre le refiriese que, la misma víspera, su hijo estaba tan débil que había permanecido durante tres horas en un estado sincopal, el Dr. Garel le manifestó que la operación no podía diferirse, la cual se fijó para el 19 de Junio. El Dr. Goullond debía encargarse de la traqueotomía, reservándose el Dr. Garel las tentativas de extracción. Para intentar descender hasta el cuerpo extraño pasó revista á todas las pinzas que poseía en su arsenal quirúrgico, encaminándose después á casa de M. SaueI, fabricante de instrumentos de cirugía, para escoger todas las pinzas cuya curvatura le pareciese conveniente. M. SaueI le dijo que había fabricado para el Dr. Louis Dor un electro-imán para la extracción de las limaduras de hierro de los ojos, añadiéndole que era muy poderoso y quizá podría serle útil. El Dr. Louis Dor prestó amablemente al Dr. Garel este electro-imán, que fué llevado al hospital el día de la operación, pero sin atribuirle el último más que una mediana importancia, confiando mucho más en la eficacia de sus pinzas.

El 19 de Junio es conducido el niño al hospital, y antes de comenzar la operación le ausculta el Dr. Garel, comprobando en la base del pulmón derecho una ligera induración poco extendida. El murmullo vesicular no tiene esa suavidad normal y existe un soplo rudo en la parte superior del pulmón derecho. Nada de anormal en el costado izquierdo.

El niño es anestesiado por el éter y practicada la traqueotomía por el Dr. Goullond; pero introducida la cánula, comprueba que su extremidad inferior está lejos de llegar á ponerse en contacto con el cuerpo extraño, dándose cuenta el Dr. Garel de que no puede intentar la extracción dejando la cánula colocada. Saca entonces el Dr. Goullond la cánula y la reemplaza por un separador de dos ramas que hace más fácil la intervención del Dr. Garel.

Antes de recurrir á las pinzas para agarrar el cuerpo extraño, tomó el Dr. Garel el electro-imán, cuya punta aproximó á la abertura practicada en la tráquea; y cuando se disponía á dirigirla hacia abajo, en el orificio, el clavo se abalanza de una manera brusca desde las profundidades del pecho y viene á unirse fuertemente á la punta del electro-imán con asombro de todos. La operación está terminada. El separador es reemplazado al punto por la cánula, que decidieron dejar colocada durante los primeros días.

El clavo mide 53 milímetros de largo. Está completamente emohecido, lo cual no es extraño después de haber permanecido dos meses en el bronquio.

El Dr. Louis Dor ha hecho algunos ensayos para determinar á qué distancia el electro-imán era capaz de atraer un clavo de las mismas dimensiones, y ha comprobado que, en el caso presente, la zona de atracción se extendía á seis centímetros, á cuya distancia no estaba situado.

El aparato recibía la corriente de una batería de dos acumuladores, y está construido de tal modo que es capaz de soportar un peso de tres kilogramos próximamente.

Hace el Dr. Garel un minucioso diario de observaciones, y después de detallar el curso de la enfermedad, concluye manifestando que tres meses después de la operación examina de nuevo al niño, observando un soplo ligero á la derecha, pero que no va acompañado de estertores de ninguna clase.

En esta época el enfermo es llevado á París, teniendo de cuándo en cuándo noticias de que está cada vez mejor, sin que existan señales de desórdenes respiratorios ó laríngeos.

(*Annales des maladies de l'oreille dus larynx*).

*
**

Fermento lipolitico del estómago.—*M. Volhard* (de Giessen):

En una serie de experimentos sobre la reabsorción gástrica, á tenor del método de von Mering, hemos podido convencernos de que una parte de la grasa neutra, absorbida bajo forma de yemas de huevo, sufre en el estómago un desdoblamiento, cuyo resultado es la formación de ácidos grasos. Continuando nuestras investigaciones, nos hemos asegurado de que esta reacción es debida á un fermento que se puede extraer de la mucosa del estómago con ayuda de la glicerina. Proyécese no solamente con las emulsiones naturales, como la yema de huevo, sino también con las emulsiones artificiales. En cambio, la grasa no emulsionada no se halla alterada, en razón á la poca superficie que ofrece á la acción del jugo gástrico. La proporción de grasa neutra así transformada en el estómago es considerable; en un caso alcanzó 46 por 100 del total de la grasa absorbida. La reacción es rápida; no se hace de una manera regular y proporcional al tiempo, sino por saltos, por sacudimientos. El más pequeño rastro de álcali basta para impedirla; en cambio, las propiedades del extracto glicerinado persisten en medio alcalino. En la aquilia gástrica, la secreción del fermento en cuestión se halla suprimida.

(*XIX Congr. alem. de med. inter.*)

*
**

Parásitos del cáncer.—*M. Sjöbring* (de Lund), muestra unas preparaciones de microorganismos amiboides, á los cuales cree poder atribuir una función etiológica en el génesis del cáncer. Ha aislado esos microorganismos de tumores cancerosos y ha conseguido cultivarlos; por su inyección en animales, declara haber determinado proliferaciones epiteliales.

M. Israel (de Berlín), después de haber examinado las preparaciones de Sjöbring, no está convencido de que se trate efectivamente en ese caso de microorganismos amiboides. A este propósito añade que por su parte ha estado haciendo durante veinte años numerosas investigaciones, sin que haya podido obtener resultados positivos; á su juicio, sería necesario poseer conocimientos más precisos que los que tenemos sobre la histología patológica del cáncer, antes de investigar con alguna probabilidad de éxito el

microorganismo— aun hipotético— que determina la proliferación de las células epiteliales y su transformación en células cancerosas.

M. Gussenbauer dice haber observado, desde hace ya muchos años, la existencia de microorganismos amiboides semejantes á los de *Sjöbring*, pero sin haber podido nunca cultivarlos.

M. Jürgens (de Berlín) opina que las preparaciones de *Sjöbring* no demuestran de una manera suficiente la existencia de elementos parasitarios.

(XXX Congr. de la Soc. alem. de Cir.)

SECCION PROFESIONAL

SERVICIOS SANITARIOS

«*Circular.*—Excmo. Sr.: Vista la necesidad de que se recojan y conserven, en forma adecuada, los antecedentes sanitarios de las clases é individuos de tropa del ejército, desde su ingreso á su baja en el mismo, cuyos datos son de gran conveniencia para formular las propuestas de licencia por enfermo, de baños minerales y presunta inutilidad, así como para llenar fines estadísticos y médico-legales, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que en todas las dependencias y Cuerpos que presten el servicio de guarnición, se incoen desde luego y se lleven en lo sucesivo filiaciones sanitarias del personal citado, cuya función desempeñarán los Jefes y Oficiales de Sanidad Militar respectivos, ajustándose en un todo al modelo que se publicará oportunamente por la Sección de Sanidad Militar de este Ministerio.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 19 de Abril de 1901.—Weyler.—Sr...»

*
* *

«*Circular.*—Excmo. Sr.: Conviniendo tener suficiente personal apto para el desempeño de las funciones sanitarias, multiplicadas en campaña especialmente, por la precisión y perfeccionamiento de las armas de fuego, las infecciones y otras enfermedades comunes de la vida militar,

el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que en cada batallón ó regimiento se designe, además de los cabos ó sargentos practicantes que actualmente tiene, un individuo por compañía, escuadrón ó batería perteneciente al reemplazo más próximo á licenciarse, para que adquiriera la suficiente instrucción, y pueda, en caso preciso, desempeñar el cometido propio de practicante ó enfermero.

La instrucción de que se trata estará á cargo del Oficial de Sanidad Militar respectivo, y para llevarla á la práctica, los primeros Jefes de los Cuerpos dictarán las disposiciones oportunas; teniéndose en cuenta que los conocimientos que se han de enseñar serán los de más aplicación de los que trata la cartilla sanitaria, y entre ellos los del material sanitario y del manejo y táctica de camillas.

Los elementos con que para ello cuentan los Cuerpos, facilitarán la enseñanza, que no debe interrumpirse sino por causas bien justificadas, ser todo lo práctica posible y completarse en los hospitales militares, siempre que otras exigencias del servicio no lo impidan.

Terminada la enseñanza se consignará ésto en las respectivas filiaciones originales, y se aprovechará, si se necesita, la aptitud especial de dichos individuos para los servicios sanitarios, en los casos en que las unidades á que pertenezcan salgan destacadas, y también en los de movilización, si figuran ya en la reserva.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. — Dios guarde á V. E. muchos años. — Madrid 19 de Abril de 1901. — Weyler.—Sr...»

*
* *

«Excmo. Sr.: En vista de un escrito que V. E. dirigió á este Ministerio en 21 de Diciembre último, relativo á una deducción practicada por la Intervención general de Guerra en las cuentas de caudales del hospital militar de Pamplona, por los gastos originados en concepto de asistencia á los bañistas militares de la clase de tropa que necesitan hacer uso de las aguas minero-medicinales de Fitero; y considerando que el cuartel-hospital de dicho balneario viene rigiéndose en su parte administrativa por instrucciones especiales desde el año 1856, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, oído el parecer de la Ordenación de pagos de Guerra, se ha servido disponer que, como hecho consumado, se satisfagan y acrediten hasta la fecha todos los gastos del mencionado establecimiento por el expresado concepto, en igual forma que se han venido verificando aquellas operaciones; y que, en lo sucesivo, tanto el

servicio de referencia, como los análogos que en cualquier otro balneario se hallen establecidos ó pudieran establecerse en el porvenir, se sujeten en todas sus partes al Reglamento de enfermerías militares, aprobado por Real Orden de 17 de Enero de 1893 (C. L. núm. 18), y disposiciones posteriores acerca del particular.

De orden de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 25 de Abril de 1901.—Weyler.—Sr. Capitán General del Norte.—Sr. Ordenador de pagos de Guerra».

*
* *

CLASIFICACIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: Con objeto de que los Jefes y Oficiales del ejército y sus asimilados practiquen y demuestren su aptitud física y demás condiciones precisas para el ascenso, antes de proceder á su clasificación en los términos que determina el Reglamento aprobado por Real Decreto de 24 de Mayo de 1891, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que en lo sucesivo se observe, acerca de este particular, lo siguiente:

1.º En Infantería, Caballería, Artillería é Ingenieros, la mitad de los destinos vacantes que ocurran en los empleos de Teniente Coronel, Comandante y Capitán, en los Cuerpos activos, se adjudicará á los más antiguos de la respectiva clase que se hallen en reservas ó zonas, ó en las situaciones de excedente ó de reemplazo.

2.º A la clasificación de los Tenientes Coroneles, Comandantes y Capitanes que obtengan destino en Cuerpo activo, según la regla anterior, habrá de preceder el correspondiente informe de los Coroneles, Jefes de brigada, Comandantes generales de división y Capitanes Generales respectivos, que pasará á la Junta Consultiva de Guerra, para que lo tenga presente al hacer dicha clasificación, en el concepto de que hasta tanto no tenga ésto lugar, no podrá obtener dicho personal destino fuera de filas.

3.º En los Cuerpos de Carabineros y Guardia Civil, será condición precisa para la clasificación que el servicio se haya prestado en las Comandancias; en el de Administración Militar, en las Intendencias; y para el de Sanidad Militar, los Subinspectores y Médicos mayores, en hospitales; y los Médicos primeros y segundos, en los Cuerpos armados.

4.º No se computará para los efectos de clasificación, en concepto alguno de práctica, el servicio de oficinas.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines corres-

pondientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 22 de Abril de 1901.—Weyler.—Sr...»

* * *

ESTANCIAS DE HOSPITAL

«Circular.—Exemo. Sr.: Con el fin de unificar en lo posible la cuantía de los reintegros de estancias de hospital que se causen por individuos de los distintos Cuerpos, á los que, según el artículo 106 del vigente Reglamento de revistas, se reconoce el derecho á hospitalidad con cargo armonizándolos con el haber que disfrutaban los interesados, el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo informado por la Ordenación de pagos de este Ministerio, ha tenido á bien disponer que el mencionado artículo 106 del Reglamento para la revista de Comisario de los Cuerpos y clases del ejército, aprobado por Real Decreto de 7 de Diciembre de 1892 (C. L. núm. 394), se entienda modificado en el sentido de que los individuos de las distintas clases y Cuerpos á quienes por el repetido artículo se concede el derecho á hospitalidad con cargo, y que han de reintegrar su importe á precio de presupuesto, lo verifiquen en lo sucesivo con los dos tercios de su haber íntegro diario, siempre que el anual que disfrutan no llegue á 1.500 pesetas, exceptuándose únicamente los de tropa de los Cuerpos de Guardia Civil y Carabineros, que la satisfarán, como hasta ahora vienen haciéndolo, á razón de 1'50 pesetas por estancia, y la de los útiles condicionales, que se continuarán reintegrando á precio de presupuesto.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 26 de Abril de 1901.—Weyler.—Sr...»

VARIEDADES

En el corriente mes de Julio han sido amortizadas dos vacantes de Médicos primeros.

* * *

El *Medical Record* publica una estadística de los suicidios de todos los países, que comprende tres decenios (1861 á 1888), y que nos enseña que en los Estados Unidos de América hay muchos menos suicidios que en las demás naciones. En Sajonia ha habido 333 suicidios de 1885 á 1888.

En segundo término viene Dinamarca con 239; en el tercero Francia y en el cuarto Prusia. En estas dos últimas naciones, la cifra de suicidios ha aumentado de 129 á 212 en la primera y de 127 á 204 en la segunda. En Bélgica y Suecia ha habido más de 100 suicidios por cada millón de habitantes, habiéndose triplicado su número en treinta años. En Inglaterra de 67 por millón han ascendido á 78; en cambio en Noruega han bajado de 82 á 66, debido, sin duda alguna, á las disposiciones adoptadas contra el alcoholismo. Aún es menor la proporción de suicidios en Italia, explicándose este hecho por la gran emigración que se observa en este país. En los Estados Unidos no ha habido más que 28 suicidios por cada millón de habitantes.

*
*
*

El *II Congreso ruso de Cirugía* se celebrará en Moscou del 9 al 11 de Enero de 1902.

*
*
*

El *VIII Congreso de la Sociedad de Prácticos rusos* se celebrará del 15 al 22 del mismo mes. Se ha decidido limitar el programa de discusión de este último Congreso á dos temas: 1.º Indicación de la gastro-enterostomía, métodos de procedimiento y resultados. 2.º Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades quirúrgicas del riñón.

*
*
*

El día 1.º del presente mes de Julio juraron la bandera los Oficiales Médicos segundos recién ascendidos á este empleo, después de terminado el curso de la Academia del Cuerpo.

Tan solemne acto tuvo lugar en el regimiento Infantería de Ceriñola, al cual asistieron, además de todos los Jefes y Profesores de la Academia, la Oficialidad en pleno del citado regimiento, casi todos los Jefes y Oficiales del Instituto de Higiene militar y de las ambulancias, y algunos otros compañeros, que no quisieron privarse del placer de ser testigos presenciales de un acto de semejante importancia, y que por especiales motivos sobrepujó de su peculiar solemnidad para convertirse en emocionante.

Y fué emocionante en alto grado porque entre aquellos 13 Oficiales, que por su condición de Médicos militares tienen ya hecha la promesa, equivalente á un juramento, de socorrer en todas circunstancias al soldado herido ó enfermo, uno de dichos Oficiales, Vigil de Quiñones, reiteró en fórmula lo que prácticamente demostró en Baler, y otro, Vías Ochoteco, puertorriqueño de nacimiento, juraba la bandera de la Patria, al propio tiempo que algunos muy próximos parientes suyos prestaban igual acatamiento á un pabellón extranjero en la tierra que les vió nacer.

Reciban nuestra más cordial enhorabuena los nuevos Oficiales del Cuerpo.

