



NUEVA HIPÓTESIS SOBRE LA GLUCOSURIA.



PENAS podrá citarse otra enfermedad cuya patogenia sea tan oscura y ofrezca interpretaciones más diversas, siempre fundadas, por supuesto, en la *fiel expresión de los hechos.*

Tengo para mí, no obstante, como tales hechos la reflexión de la luz, la caída de los graves, la propagación del sonido, las convulsiones eléctricas; pero desde el instante en que un fenómeno cualesquiera tiene detractores, pierde aquel carácter: esto sucede precisamente con las teorías patogénicas de la diabetes, sustentadas por Cl. Bernard, por Reynoso, por Mialhe y otros sabios. Y por lo mismo que muchos médicos suelen afiliarse á uno de aquellos conceptos, que miran como artículo de fé, y cruzan sus brazos cual si hubieran resuelto el problema, voy á decir algo, muy poco, sobre lo admitido por la química biológica moderna.

Desde luego, no puede aceptarse que el hígado sea el ingenio

del organismo, ni menos que regule la cantidad de azúcar contenida en la sangre, cual suele decirse. En buena fisiología—como he dicho en otra parte—hay que pensar en la *glucogenia general*, idea sustentada por el mismo Cl. Bernard en 1876 ante la Academia de Ciencias de París. En efecto, si Kirchoff obtuvo primero la glucosa con los almidones y ácidos diluïdos; y luego Braconnot la extrajo de la celulosa, y más tarde Berthelot de los glucósidos; y modernamente el Dr. Pepper de los mismos trapos... ¿Cómo decir que no se forma en todos los ámbitos del microcosmo, allí donde se verifiquen ciertas composiciones ó destrucciones adecuadas?

Que hay glucosa en el organismo, es indudable: Bernard decía ya, que existe donde se verifican actos nutritivos, es decir, donde hay vida; y el año 1879 la evidencia Certes en los infusorios y otros seres inferiores. Ahora bien: sostener que sólo se forma en el hígado, es atacar de frente los rudimentos de la más sana fisiología, que la vé nacer en la misma boca al contacto fermentador de la saliva con los almidones; la descubre luego en el estómago y la encuentra después en la lucha de ciertas sustancias oxhidrocarburadas con uno de los fermentos pancreáticos é intestinales.

Su origen es mas general: el hígado no hace otra cosa que convertir la dextrina, producto de la digestión incompleta de los feculentos y las peptonas en glucógena (Seegen). Las pequeñas cantidades de azúcar que suelen encontrarse en su densa masa, hállanse también en otras vísceras ó tal vez son debidas á un fenómeno de estancación, por lo apretado de su red, cual sucede con ciertos medicamentos deletéreos, con el cobre, el zinc y otros elementos normales del organismo, aprisionados por tan especial víscera y en cuyo seno solemos encontrarlos.

Aparte de estas consideraciones, puedo demostrar que la glucosa no existe en la *sangre viva*, porque es incompatible con ella: sólo cuando está algún tiempo fuera de los vasos podría reconocerse, si es que en todo caso no se ha confundido con otros azúcares. En efecto, demostrada siempre en el agua del amnios, de la alantoides y en otros diversos humores (Seegen y Kültz); no ha podido hallarse en la sangre por el gran Dumas en repetidos análisis; ni por los afamados Becquerel y Rodier, que afirman en su *Química patológica* ser su existencia accidental, después de haber analizado más de mil sueros. El notable biólogo Hoppe-Seyler, concede la presencia de *indicios* en las llamadas glucemias. Aun en la diabetes

niegan que exista los químicos Guendeville, Vauquelin, Segallas, Wollastón y Henri, nada sospechosos por cierto: Bouchardat la halló raras veces. El ilustre Bernard, sin pensar en el rudo golpe que asestaba á su cómoda teoría del origen hepático, *vera causa morbosus* que defendió con tanta lucidez, dice en sus *Lecciones sobre la diabetes*, que él mismo examinó el hígado de un diabético, no hallando siquiera indicios de azúcar: Vernois cita dos casos idénticos.

Y en verdad que la existencia de glucosa en la sangre debe ser muy accidental, porque se encuentra allí rodeada de muchos y voraces enemigos, y ha de sucumbir conforme se enjendra. Dicho alcohol hexatómico, que no se altera al aire ni á temperaturas inferiores de 60°, en contacto de los carbonatos é hidratos alcalinos ó térreos—que nunca faltan en la sangre—se destruye con rapidez, dando compuestos pardo-oscuros de ácidos glúcido y apoglúcido, melásico, acético, pirocatequina, etc. Por otra parte, sus disoluciones acuosas experimentan entre 10° y 40° la fermentación alcohólica, formando algo del amílico, de ácido succínico y de glicerina, tanto más fácilmente, cuanto más diluídas son; por lo que en 1881 recomienda el Dr. Senator el sólo empleo del agua para combatir la diabetes. Si todo ello no fuera sobrado para considerar á la glucosa incompatible con la sangre, dice Hoppe-Seyler que en presencia de las albúminas y á 37° dá ácido láctico, máxime con el influjo de los carbonatos alcalinos; con el cloruro sódico una sal cristalizable (Bouchardat); con los fermentos—y en el *Journal d'Hygiene* he leído que no faltan microfitos en la sangre normal—sufre diversas fermentaciones, que la destruyen sin cesar. En fin, el doctor Cyr sostuvo en 1878 que forma en ocasiones acetona, la cual mata como el cloroformo, explicando así ciertos casos, no muy raros, de muerte repentina por diabetes.

Sin embargo de todo lo dicho, en ocasiones extraordinarias contiene la sangre algo de glucosa. Hállase en los sugetos asfixiados, sin duda por la falta de acción del oxígeno sobre la *glucosa alcalina*; los animales invernantes (marmota, erizo) que apenas respiran, la contienen también; el Dr. Pye-Smith la encuentra asimismo tras la administración terapéutica de ciertos glucósidos y del ácido salicílico; Siney, como resultado de la medicación antigalactorrética; Vernois en los viejos... A pesar de ello, en ninguno de estos casos se comprobó la glucosuria, como sucede en otras enfermedades,

entre las cuales citaré como ejemplo el cólera: Bouchut hizo el análisis de veinte coléricos y encontró siempre un exceso de glucosa, pero no la diabetes.

Hay más todavía: Mehú ha observado glucosurias puerperales con lactosa; Bouchardat halló la sacarosa; otros la inosita (Puerta); *The London Medical Record* de 1876 citaba á la levulosa...

Indudablemente existe una causa de esa grave enfermedad llamada diabetes sacarina, causa que nadie me demostrará en el hígado con el escalpelo, la lente ó el reactivo: ¿no pudiera existir en el riñón, como han sostenido ya médicos distinguidísimos? El ilustrado catedrático Dr. Magraner encontró una vez lesiones en esta glándula, si bién las cree consecutivas ó deuteropáticas, esto es, ocasionadas por el cuerpo extraño glucosa: yo sólo acepto como cuerpos estraños de la superficie libre de los tegumentos, aquellos que obran por sus propiedades irritantes, térmicas, etc., y la glucosa es el tipo de las sustancias inertes: el mismo Schiff la inyectó con exceso en las venas, hallándola luego en la orina sin provocar complicaciones de aquel género.

Observando con la mayor escrupulosidad los hechos, resulta que las orinas diabéticas contienen la cantidad normal de urea (Bouchardat), son siempre ácidas por el láctico, incoloras, ligeramente sápidas, y fermentan con mucha dificultad, observación que hizo pensar á Pavy y á Bernard que la glucosa patológica se diferenciaba algo de la ordinaria.

Ahora bien, ¿podría hallarse el riñón en condiciones para hacer fermentar al indican ó materia colorante de la orina, que es un glucósido—á pesar de lo dicho por E. Baumann—siendo ésta la causa del síntoma patognomónico? Dá fuerza á dicha hipótesis, la existencia del indican ó uroxantina normalmente y en pequeñas cantidades en la sangre; su aumento en el cáncer del hígado y diversos estados morbosos, como las fiebres; su disminución en otros, hasta desaparecer en la diabetes, por lo que resultan las orinas incoloras ó muy claras; su conversión por los ácidos y los alcalinos en el glucósido indicamina y en una especie de azúcar que es la indiglicina, ácidos fórmico, acético, propiónico, lecina, etc.; la existencia normal de dicha indiglicina en la sangre (Carter); sustancia que tal vez sea el azúcar de diabetes, pues da la reacción del tartrato cupro-alcalino, la faltan dos átomos de hidrógeno para ser glucosa y fermenta con bastante dificultad, como notó Cl. Bernard.

Después de todo, hay que confesarlo, á la química biológica toca resolver el problema; pero esta ciencia, apenas nacida ayer, espera todavía el hombre que rompa sus cadenas.

DR. V. PESET Y CERVERA.





CONGRESO OFTALMOLÓGICO FRANCÉS.

Extracto de sus sesiones científicas, por el Dr. Aguilar Blanch, jefe del gabinete histológico del Dr. Galezowski.

BAJO la presión de los *Congresos de Heidelberg* en Alemania y de los *meetings* anuales de la *Ophthalmological Society of the United Kingdom* en Inglaterra, Francia, sentía lo necesario que le era una sociedad de oftalmología puramente francesa, para no perder su alineación en las avanzadas del progreso médico. Esta necesidad era por todos conocida, pero nadie se había atrevido á dar la voz de marcha, hasta fines del pasado año, en que empezaron los trabajos preliminares, gracias á la iniciativa de Chibret y d'Armaignac, merced á cuyos esfuerzos ha pasado á ser realidad lo que parecía lleno de insuperables escollos.

La *Sociedad francesa de Oftalmología* se ha reunido por vez primera en los mismos salones de la de Cirujía, y ha celebrado en ellos su primer Congreso, del que me he propuesto extractar lo de mayor importancia.

Referentemente á la primera sesión, consagrada en exclusivo á los hechos intrínsecos de la Sociedad, diré sólo: Que después de algún debate se acordó el que se reuniría en Congresos anuales. Se votaron luego los estatutos, y quedó finalmente nombrada la co-

misión de iniciativa, compuesta de los siguientes miembros: Chibret, Armaignac, Panas, Meyer, Gayet, Poncet, Abadie y Coppez.

SEGUNDA SESIÓN.—30 DE ENERO 1883.

La Comisión propone al Dr. Dufour, de la Lausania, para la presidencia, proposición que se ratifica por la asamblea en general.

El Dr. Gayet, de Lyon, toma la palabra é inicia las cuestiones *Los tumores del iris que se presentan en las heridas de la córnea por traumatismo.*

Solamente dos casos de este género, dice haber visto en su práctica, y da los detalles del último que ha observado.

Se trataba de un joven que se infirió una herida contusa en el ojo por el contra-golpe de una carabina al dispararse. Tres días después era posible el observar un pequeño tumorcito formado á expensas del iris, situado sobre la córnea, de un color rosáceo y semi-transparente. Su punción dejó escapar un líquido semejante al humor acuoso, que junto con éste, salieron paulatinamente á través del orificio de la punción: había, pues, una comunicación más ó menos directa con la cámara anterior.

Hecho el exámen microscópico de un trozo de esta cubierta quística, el Dr. Gayet ha podido comprobar la estructura siguiente:

La mitad anterior ó externa está formada de un epitelio parecido al pavimentoso, pero cuyos elementos son más abultados. Marchando hácia adentro, estas células se hacen fusiformes. La última capa la constituyen elementos fibrosos, entremezclados con algunas granulaciones pigmentarias del iris.

De dos diferentes modos puede explicarse la formación de estos quistes: ó bien el iris en masa se inicia por entre la herida de la córnea, para formar hernia al exterior, la que á su vez se recubre del epitelio corneano regenerado, ó bien el líquido quístico se colecciona entre las capas del iris, empujando al exterior las más externas. Pero en el primer caso, el microscopio debía señalar todas las capas componentes del iris hasta los mismos elementos de la úvea, lo cual no sucedía; y además, aunque sería entonces más fácilmente comprensible su comunicación con la cámara anterior, la salida del humor acuoso á la punción fuera rápida y no babeante, como sucedió. En el segundo caso se explica mejor lo demostrado al microscopio, pero en contra; se comprende más difícilmente

su modo de formación y á más esta correspondencia con el humor acuoso.

Sea de uno ó de otro modo, la extirpación es su mejor medio de tratamiento, pero dejando como consecuencia un leucoma adherente de la córnea.

La discusión sobre este punto se sostuvo entre los doctores Abadie, Puncet, Armaignac y Dufour.

Mr. Landolt presenta á la asamblea un *Oftalmo-dinámometro*.

Su objeto es el medir la amplitud de la acomodación y al mismo tiempo el grado de convergencia. Para lo primero se sirve de una placa con varios agujeros situados en línea recta, la cual aproximándose más ó menos al ojo, hasta tanto que estos puntos circulares y limpios se vean confusos y ovalares, indicará la distancia del ojo donde termina el poder de la acomodación, distancia que se mide por medio de una cinta métrica: si por ejemplo es de 10 centímetros solamente, la acomodación se traduce por una lente de 10 dioptrías; si lo fuere de 20 centímetros, por una de 5 dioptrías, y así sucesivamente. Para averiguar el grado de convergencia, ha dispuesto el Dr. Landolt una cajita provista de una hendidura en una de sus caras, por la que el ojo mira la luz de una bujía situada en la misma caja; en el momento que al aproximar este aparato al ojo se duplica la hendidura, tendremos el máximo de convergencia, y por consiguiente el ángulo métrico de que dispone el individuo.

El Dr. Parent, con cuya amistad me honro, le hace atinadamente observar á Landolt, que lo que nos importa conocer es la convergencia relativa del individuo, y no la absoluta que mide su aparato; de manera que, en su concepto, está por encima éste, el método clásico de Nægel por los cristales prismáticos.

La discusión se sostiene aún por el Dr. Meyer.

El autor contesta las objeciones.

El Dr. Javal dá á conocer un *Queratóscopo-oftalmómetro* de su invención.

El aparato consiste en un tubo que descansa horizontalmente sobre un pié, y á la altura del ojo que la quiere examinar, con cuyo eje coincide. En este tubo hay colocados dos lentes positivas de 4 dioptrías, una en la parte anterior y otra en la posterior. El enfermo se coloca á 25 centímetros por delante del aparato, ó sea en el foco principal de la primera lente. Los rayos divergentes que,

partiendo de la córnea alcanzan y traspasan esta lente, seguirán paralelos á través del tubo hasta encontrar en su camino la segunda lente, la que á su vez atravesarán, para, haciéndose convergentes, reunirse en foco á 25 centímetros por detrás de ésta.

En tal punto, ó sea en el foco de la segunda lente, hay un cabello extendido en sentido vertical, con el fin de que al mirarlo por la abertura posterior del tubo, se gradúe nuestra acomodación para percibir con limpieza la imagen de la córnea.

Supongamos ahora que se coloca una placa formada de círculos concéntricos directamente coloreados, y suficientemente iluminada, delante de la córnea que se examina: esta placa dará su imagen sobre la córnea, y por consiguiente acompañará á la imagen de ésta sobre el cabello. La placa, siempre frente á la córnea, puede no obstante, girar alrededor del tubo que le sirve como eje, de manera, que su imagen reflejada sobre la superficie corneana, puede así recorrer las cuatro regiones de sus principales meridianos.

Si la córnea fuera esférica en su resolución, esta imagen reflejada por ella, sería siempre circular en cualquier punto que se la mirase; pero como su cerradura es parabólica, en vez de un círculo aparece un elipsoide. Hé aquí la base del instrumento: si este elipsoide es el mismo en los cuatro puntos cardinales, el ojo es emétrope, ó bien es miope, ó hipermetrope; más si cambia su forma en algunas de las posiciones que se le dá á la placa, de un modo más ó menos distintivo, el ojo que se examina será más ó menos astigmático (1).

DR. AGUILAR BLANC.

(Se continuará.)

(1) Ultimamente el Dr. Javal ha sustituido esta placa circular por dos pequeños rectángulos de cartón blanco, que pueden correr sobre un semicírculo análogo al campímetro de Landolt, y cuyo eje es el mismo tubo descrito, sobre el cual giran. Uno de estos rectángulos está cortado por una de sus diagonales, pero no en línea recta, sino formando unos como peldaños, de manera que, en rigor, se le podría considerar como un triángulo, cuyo lado mayor sería una línea regularmente quebrada. Colocados uno á cada lado del tubo, ambos en sentido vertical y perpendicular sobre el semicírculo, é iluminados de frente, envían rayos á la córnea, y al mirar nosotros la imagen de éste, vemos igualmente la de los dos rectángulos. Dando vuelta al semicírculo nos detendremos en la dirección donde estas imágenes se hallan mayormente separadas entre sí, y entonces se desliza un rectángulo hasta tocar su imagen, que seguiremos en observación, el vértice de la del otro ó sea el primer peldaño; y dando en este momento un cuarto de vuelta al semi-círculo, veremos cuántos escalones ha montado el rectángulo propiamente dicho. De esta manera habremos conocido: 1.º la dirección de los meridianos más y menos refringentes. 2.º si el astigmatismo es ordinario ó contra la regla. 3.º el número de dioptrías de astigmatismo por el número de peldaños sobre montados (sus distancias entre sí, están calculadas de antemano).

Sin embargo de lo ingenioso de este aparato, su práctica presenta dos inconvenientes capitales, que le obligarán á ser instrumento de gabinete.

El primero es que únicamente nos muestra el astigmatismo corneano, mientras que hace caso omiso de la lente cristalina, la cual, es sabido, puede aumentar ó disminuir el astigmatismo total; y el segundo, es que nada nos dice tampoco sobre la naturaleza miópica, mixta ó hipermetrópica de la enfermedad de Young. Consideramos, pues, preferible á este instrumento, el simple oftalmoscopio de Parent, que nos permite dignosticar y hasta corregir objetivamente un ojo astigmático.

A. B.



BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LAS

TRIQUINÁS Y LA TRIQUINOSIS

Va no se llaman visionarios los médicos que creen en la existencia de la triquina y de los terribles efectos que en el organismo humano produce, cuando burlando la vigilancia de los sentidos y por no tener títulos suficientes para anidar en nuestro precioso microcosmos, sin presentar pasaporte, porque es de baja ralea, llega al aparato digestivo en el interior de sabrosa albóndiga, exquisito jamón, ó excelente longaniza.

Las duras palabras que Urban empleaba para atacar á Virchow al decir «no existen tales triquinas, y aunque las hubiera son estos animales completamente inofensivos. Los médicos sin clientela son quienes provocan la alarma», por desgracia no son ciertas.

Los múltiples casos que de triquinosis se han observado en distintos puntos de Francia, Alemania, Italia, Inglaterra y España, vienen á dar un mentís afrentoso á la sentencia que en un momento de justa alarma quiso pronunciar el enfermizo cerebro de Urban. Y en cambio el dicho de Lebert es hoy un hecho plenamente demostrado, «el optimismo que juzga á un país cualquiera libre de la triquinosis, á pesar de los actuales medios de comunicación y de la

demostrada propagación de las triquinas, nos parece una verdadera ilusión, que el tiempo nos confirmará probablemente.»

El tiempo se ha encargado de demostrar la verdad de las palabras de Lebert; y en España que hasta el año 1876 solo se tenía noticia de la existencia de tan justamente temido helminto, por las relaciones más ó menos desastrosas con que de vez en cuando nos sorprendían los autores extranjeros, existen hoy por desgracia una porción de datos interesantes acerca de la triquinosis, y animal que la produce, debidos al número no despreciable de casos que se han podido observar.

El haber visto de cerca algunos casos de la enfermedad en cuestión, con su aparato sindrómico notable en todos, lastimoso en la mayor parte, amenazador en algunos y destructor en corto número de ellos; unido á la manera superficial que tratan del punto la mayor parte de patologías, nos obliga á dar algunos detalles de la triquina y la triquinosis, no creyendo hacer un estudio completo ni mucho menos, sino con el objeto de llamar la atención de los médicos en general, acerca de un estudio que, si bien se conoce desde algún tiempo, quedan aún en su historia una porción de puntos oscuros que es conveniente poner en claro cuanto antes.

I.

Como sucede muchas veces en Medicina, la casualidad hizo que se descubrieran las triquinas en el año 1835 segun unos, 1834 segun otros, por el médico inglés Ricardo Owen, al hacer preparaciones microscópicas en la carne muscular de un italiano muerto de tuberculosis. El quiste que algunas veces envuelve el animal, había sido descrito algunos años antes por un preparador de Anatomía del hospital de Guy en Lóndres, (Hiltón) al notar en sus preparaciones pequeños cuerpos blanquecinos y de suficiente dureza para detener el filo de su escalpelo.

No es tan reciente, pues, como algunos creen el descubrimiento de las triquinas y sus quistes, pues acabamos de demostrar se conocen desde el primer tercio del siglo XIX. A Owen le sucedió lo que pasa á todo aquel que por primera vez aprecia un hecho; si bién descubrió el animal, al tratar de describir sus caracteres, no fué muy afortunado; diciendo que no poseía tubo intestinal, ni órganos genitales. Empero si su estudio no fué de detalle, tuvo el

mérito de llamar la atención de los sábios de todos los países, gracias á lo que ya no caben hoy dudas, ni respecto á su existencia, ni tampoco en cuanto á su conformación interior.

Para que nuestros lectores puedan tener una idea de lo que vemos diciendo, copiamos á continuación un párrafo de la obra de historia natural de Brehen. Dice así: «Mr. Owen ha descrito con el nombre de *trichina spiralis*, un gusanillo nematoide sin órganos exteriores ó sexuales, que á veces se desarrolla en cantidad considerable en el tejido muscular del hombre. Cada gusanillo de un milímetro de largo y de tres cienmilímetros de grueso, obtuso por delante y delgado por detrás, está metido aisladamente en un pequeño quiste blanquizco, ovoideo, oblongo, en el cual parece haber nacido, no se sabe como, porque no se ven los huevos que han debido darle origen. Todo induce á creer que estos triquinos son los hijuelos de cualquiera otra especie de nematoide que se han desarrollado en los quistes; pero falta saber qué especie representará más adelante, y, sobre todo, si proceden ellos mismos de esta especie ó se han producido espontáneamente, porque la aparición de estos triquinos, es todavía uno de los argumentos más poderosos en favor de la generación espontánea de ciertos helmintos.» Vemos, pues, que á parte de los caracteres exteriores, hay muchos puntos defectuosos en la descripción de Owen. El nombre que lleva le pertenece completamente al anatómico inglés y equivale á decir cabello rizado.

Entremos á describir la triquina tal como hoy se conoce. En tres estados distintos podemos observarla en el organismo humano, que corresponden á diversas fases de su desarrollo evolutivo y con caracteres hasta cierto punto completamente diferentes. Llegada al intestino del hombre ó de cualquier otro animal y después de haberse realizado la aproximación de los sexos, asegurando de este modo la vida de la especie, nacen las nuevas triquinas sin organización apreciable, sin estar constituidas más que por una simple cubierta cilíndrica y formadas por una sustancia granulosa como el vitellus, que forma la base de las metamorfosis embrionarias (1). Sus dimensiones naturales en este período, así del macho como de la hembra, pues no es fácil diferenciarlos, son: (0,012^{mm.}) doce milésimos de milímetro, precisamente de largo; de grueso (0,007^{mm.})

(1) Suarez, *De la trichina y de la trichinosis en España*. Segunda edición, Madrid, 1879, pág. 14.

siete milésimos de milímetro en su parte media; (0,003 ^{mm.}) tres milésimos de milímetro hácia la boca.» Este período es el llamado embrionario.

Llega en esta disposición hasta los músculos donde se convierte en larva, y allí, con su crecimiento, adquiere los órganos de nutrición y su desarrollo mucho mayor, no siendo posible, sin embargo, tener conocimiento de la existencia de los genitales, que no se desarrollan hasta que sirviendo de alimentación á otro animal, la carne en que está encerrada, queda libre en el aparato digestivo. Llámase entonces triquina intestinal y en este periodo completamente formada, llegada á su máximo de organización, es cuando puede estudiarse anatómicamente hasta en sus más pequeños detalles.



FIG. 1.ª—Triquina arrollada en espiral.

Más ó menos rectilínea en algunas ocasiones; verdaderamente arrollada en espiral en otras; formando suaves curvas que en no pocos casos le dan forma caprichosa y elegante, y en varias ocasiones con figuras que tienen bastante parecido con las letras de nuestro alfabeto, preséntase al microscopio con su cuerpo transparente, algunas líneas oscuras transversales y con unas dimensiones que varían según pertenezca al sexo masculino ó femenino. En el primer caso solo adquiere una longitud de un milímetro á milímetro y medio y en el segundo llega á tener según Virchow de tres á cuatro

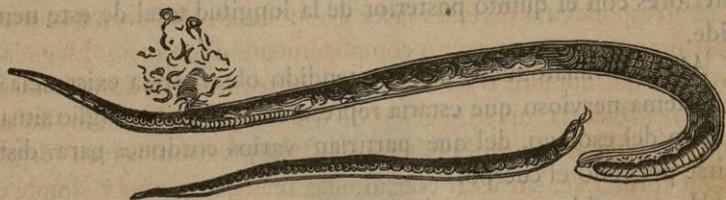


FIG. 2.ª—Triquina macho y hembra.

milímetros. Las extremidades en que termina el cuerpo son de distinto grosor, lo que hace aparezcan como un cono bastante prolongado. La más delgada forma la cabeza y terminando bruscamente en el otro extremo aparece como una interrupción rápida y obtusa del cuerpo del animal. En esta misma extremidad nótanse pequeñas fibrillas musculares que vienen á cerrar el aparato digestivo en su

parte terminal. A más de estas fibras mencionadas, el sistema muscular está representado por cintas bastante manifiestas extendidas en el sentido del eje principal ó mayor, y que tan importante papel desempeñan para la traslación.

La nutrición de este helminto está asegurada por un aparato digestivo bastante completo. Empieza en su extremidad delgada por un largo tubo que constituye el esófago; vá seguido de una pequeña dilatación que representa el estómago y se continúa hasta el extremo opuesto en que forma el ano, con otro cilindro hueco de paredes bastante gruesas, alrededor de los que se notan unas células que según quiere Davaine, son las que constituyen el hígado.

El aparato generador que como el digestivo acabado de citar ha sido observado por vez primera por Fabre (1876), puede estudiarse aisladamente en los dos sexos. En el macho pueden observarse con

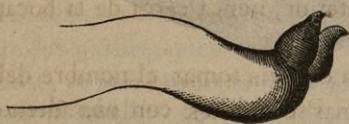


FIG. 3.*—Extremidad genital de la triquina.

un poco de atención dos pequeños apéndices de forma uvular, cuya situación próxima á las inmediaciones de la abertura en que termina el aparato digestivo, hace que sean perfectamente reconocibles. Paralelo al intestino percíbese un tubo sumamente delgado y largo, como verdadero representante del conducto seminal, terminado por un ensanchamiento ó dilatación, donde se hallan alojadas las células espermáticas. En la hembra se descubre el aparato generador bajo la forma de un cilindro hueco cerrado en su extremidad posterior, viniendo á abrirse por delante, aproximadamente en el punto de reunión, de los cuatro quintos anteriores con el quinto posterior de la longitud total de este nematoide.

Algunos anatómicos han pretendido observar la existencia de un sistema nervioso que estaría representado por un ganglio situado delante del esófago, del que partirían varios cordones para distribuirse por todo el cuerpo.

Hasta aquí la parte anatómica de la triquina. El conocimiento de cuanto acabamos de citar, ha hecho que Mr. Davaine, haya propuesto que se coloque la triquina en el género *pseudalius* de Dujardin, atendidas las semejanzas que existen entre estos seres. Expondremos sumariamente los hechos en que se apoya, para proponer esta modificación, tomándolos de la monografía ya citada del doctor Suarez.

Dice el sabio francés «que el macho de la triquina tiene sus caracteres tan semejantes á los del macho de la pseudalia de la marsopa (cetáceo), que no es posible separarlos en dos grupos distintos; y evidentemente pertenecen á un sólo y único género.

Propone, pues, este sabio, que el género pseudalia, cuyos caracteres se han fundado en los de una sola especie, la de la marsopa, sufra algunas modificaciones; y se reforme de la manera siguiente:

Género pseudalia. Gusano filiforme, muy largo relativamente á su grueso, de cabeza imperceptible, boca desnuda, muy pequeña, terminal. Esófago de paredes muy delgadas, membranosas; estómago simple, sin armazón; ano terminal ó casi terminal.

Macho de cola bífida ó bilabiada, con un espéculo corto, formado de dos piezas lameliformes ó foliáceas, reunidas en V.

Hembra de cola truncada ó terminada bruscamente; vulva más ó menos separada de la extremidad anterior, nunca cerca de la boca; ovario lleno de embriones.

Según el mismo sabio, la triquina debería tomar el nombre del género entozoario á que pertenece. (F. *Pseudalius*), con una denominación específica (que no podría ser la palabra *hominis*, porque se encuentra en otros mamíferos, ni la *spiralis*, por convenir solamente á la larva).

Propone, pues, Davaine, que se llame *Pseudalius trichina* como al entozoario de la marsopa se le dice *Pseudalium filum*.»

M. ORELLANO.

(Se continuará.)





LA ANOREXIA

Y LAS SECRECIONES GÁSTRICAS Y PANCREÁTICAS.

RECIENTES experiencias de superalimentación en los tísicos nos obligan á admitir que las glándulas de pepsina y pancreatina poseen siempre, aunque sobrados, los jugos necesarios para digerir. En este concepto, la anorexia sería por sí sola la única causa de todos los desarreglos del estómago é inapetencia; las observaciones hechas por el Sr. Coiffier, de Puy, y relatadas en *El Correo Médico* del 13 de Enero, parecen indicar que la anorexia es del dominio de la vista y del olfato y á la vez pone en claro el buen éxito que obtuvo el Sr. Debove al emplear la sonda esofágica.

Admitimos el mérito de estos trabajos y el buen juicio de nuestros compañeros; sin embargo, nos hemos convencido de que el fenómeno de la inanición es complejo; según nuestro parecer las secreciones gástricas y pancreáticas son poco más ó menos perjudicadas por la debilidad fisiológica, y la anorexia, que es su consecuencia, acaba de complicar la situación porque á veces hace imposible cualquiera alimentación ordinaria.

Con el fin de defender esta proposición, séanos permitido recordar á nuestros lectores la opinión de los fisiólogos sobre este asunto:

Schiff piensa que los alimentos disueltos pasan por las venas mesentéricas y desde allí á la sangre para volver después al bazo por conducto de la arteria esplénica; según su parecer, el bazo, así alimentado, con-

vierte estas Peptonas en Pancreatógeno, y siendo los alimentos transformados así, *el Páncreas contiene entonces la Pancreatina y puede verificarse la digestión.*

Heydenhain saca las mismas consecuencias siguiendo otra teoría: está admitiendo que se encuentra en las células secretorias del páncreas una sustancia que se llama «Zymogène-Cimógeno,» esta sustancia no es un fermento, pero puede serlo bajo la influencia del aire ó del agua tibia. Según su concepto el páncreas se llena de zymógeno seis horas después de la digestión de los alimentos, y sube á su máximum esta producción acabada la vigésima hora; pero si está el animal en ayunas no contiene zymógeno la glándula que parece entonces inerte. Las experiencias del Sr. Herzen parecen conciliar las dos teorías precedentes, así como el señor Heydenhain, prueba que el páncreas de un perro, en ayunas, es inerte, pero dice que según lo sostuvo Schiff, este páncreas se hace activo cuando es triturado con el bazo de un perro que ha comido copiosamente.

Según el Sr. Herzen, el páncreas bajo la influencia de las sustancias pancreatógenas contenidas en la sangre, se llena de zymógeno, pero este zimógeno, no se convierte en Pancreatina, sino cuando el bazo copiosamente alimentado por la sangre, le ha dado un fermento especial y necesario á esta transformación.

Para sostener esta idea permítasenos dar á conocer una consideración fácil de ser entendida, en la cual veremos que la anorexia va desapareciendo, y el estómago tolera la nutrición bajo la influencia obtenida por el conducto del cólon.

María P..., de Lamarne, es de edad de 14 años; sus padres han muerto tísicos, ella fué siempre flaca y enfermiza, su esternón es arqueado.

En el mes de Setiembre de 1881, la estatura medró de tal modo, que se encontró muy debilitada y se vió en la obligación de guardar cama. El aceite de hígado de bacalao, el hierro y la quina, no mejoraron su posición; el apetito es nulo, le dan asco los alimentos, y gustoso no admite el estómago más que un poco de ensalada; su médico ordinario dejó de visitarla, mandando que siguiese tomando los tónicos y aceite de hígado de bacalao.

En el mes de Febrero de 1882 fuí á visitarla á título de amigo de la familia. Había empeorado su estado, parecía casi muerta la niña y fué viva mi ansiedad: receté, sin embargo, drágeas, ioduro de hierro, uncciones sobre el esternón y el vientre con la pomada iodada; pero no pudo la niña tomar las drágeas. Pensé en reanimar las fuerzas de la jovencita con el vino de Peptona; al punto lo arrojó así como había arrojado los alimentos ordinarios; mandé entonces que se le administrasen lavativas de Peptona. Cinco veces por día dieron á la enferma una cucharada de Pep-

tona Defresne desleída en cuatro cucharadas de agua tibia, añadiendo tres gotas de láudano.

Aguantó muy bien estas lavativas la enferma; al día siguiente, cosa digna de notarse, toma sin disgusto y digiere un pedacito de chuleta.

Llama demasiado la atención el uso de las Peptonas en este caso, para que no les atribuya el aprecio que merecen y no compruebe la certeza, según mi parecer, de que las glándulas de Pepsina y Pancreatina no secretan los jugos que convienen á la digestión sino cuando la sangre no es bastante rica y alimentada.

Estas teorías no son más que la explicación científica de la observación clínica, pues cada uno sabe que en la miseria fisiológica, anemia, tisis, en las caquexias, la sangre desustanciada no puede nutrir las glándulas de Pepsina y Pancreatina, se hace nulo el apetito é intolerante al estómago, no puede digerir el enfermo porque es caquético, y la caquexia se hace más grave, porque no puede digerir. Si se presentan entonces para ser consumidos, algunos alimentos plásticos digeridos artificialmente, por ejemplo *la Peptona Defresne* (alego los méritos de esta Peptona, porque su título 25 por 100 nos es certificado por las análisis relatadas en el *Boletín de Terapéutica* de 15 de Marzo de 1881, así como en el anuncio, por otra parte reconocen los enfermos que es muy agradable al paladar), se ha de pensar que las secreciones gástricas y pancreáticas se harán más abundantes, el hambre más viva, y que la digestión así restablecida, reparará luego la pobreza orgánica.

Las cosas se verificaron así como lo dije, y era maravilloso, pues había conseguido buen éxito; la enferma tomó la *Peptona Defresne* en dosis de cinco cucharadas por día, ya mezclada con vino moscatel, ya con caldo, juntamente comía carne asada, pescado, legumbres, y diariamente dos drágeas de ioduro de hierro: ocho días después se había levantado de la cama y estaba jugando en el jardín con otras niñas. Estoy seguro que si no hubiese recurrido á una alimentación asimilable, habría guardado siempre cama la pobre niña.

En vista de los anteriores resultados aconsejé á su tutor que prosiguiese la obra empezada dándole hasta la edad de veinte años dos cucharadas de Peptona por día. No dudo que desaparecerá bajo la influencia de esta alimentación la caquexia escrofulosa, y me atrevo en esperar que con la ayuda de esta nutrición intensa acertaremos á rechazar la aparición de la tisis hereditaria.

DR. S. LABASTIDE.

Gazette des Hopitaux.

Paris, 12 Abril.





REVISTA DE LA PRENSA.

Tétanos traumático curado por un tratamiento mixto.—Tratamiento de las quemaduras por el cloroformo.—Intoxicación producida por la pilocarpina.—Albuminuria sobrevenida en el curso de las anginas.



HEMOS en la *Gazete des Hopitaux* la observación de un caso de tétanos traumático curado por medio de un tratamiento mixto.

No vamos ahora á ocuparnos ni de la causa ó causas que los motivan, ni tampoco del cuadro sintomático presentado por el enfermo; únicamente vamos á exponer el tratamiento seguido.

- 1.º Un centigramo de morfina cada hora, hasta nueva orden.
- 2.º Simultáneamente, una cucharada de las de mayor tamaño, de una poción de 6 gramos de bromuro potásico por 4 de cloral y 75 gramos de agua azucarada.
- 3.º Por la mañana una lavativa con tintura de asafétida y de valeriana, 6 gramos á partes iguales y 200 gramos de agua.
- 4.º En el caso de que por la noche no se hubiese presentado la resolución, una inyección de clorhidrato de morfina. Por último, reposo absoluto al rededor del enfermo, silencio y oscuridad.

A este tratamiento vino á unirse á los tres días de fecha, el empleo de las hojas de jaborandi, siendo tan felices los resultados obtenidos, que á los cinco días el enfermo estaba completamente curado.

El periódico *The New-York Medical Record*, expone en uno de sus últimos números un procedimiento debido al Dr. Robert T. Morris, empleado con éxito por el mismo en las quemaduras del segundo y tercer grado, con el cual sustrae al enfermo á supuraciones prolongadas, evitándole los dolores y las cicatrices indelebles. He aquí su procedimiento:

Comienza por abrir las vesículas formadas por la elevación del epidermis, y una vez dejado el dermis al descubierto, espolvorea la superficie con iodoformo, sustancia que tiene una acción antiséptica y analgésica y que se opone á la supuración.

En los miembros recubre esta superficie de varias capas que procediendo del interior al exterior iremos exponiendo. En primer lugar, y á semejanza de lo que ordinariamente se practica, cubre por completo la herida con vendotes de diaquilón también impregnados de iodoformo. A esta capa sigue otra, constituida por un trozo de tela muy fina previamente sumergida en una disolución fenicada al 2 y $\frac{1}{2}$ por 100. Por último, sobre ésta, coloca otra, formada por trozos de gutta-percha mantenida en posición por una venda. Este apósito debe permanecer aplicado por lo menos tres días, y renovarse todo lo menos posible.

No hemos ensayado aún este procedimiento, lo cual procuraremos hacerlo á la primera ocasión oportuna, si bien no podemos por menos que decir que nos parece un tanto complicado, y no siempre aplicable por la escasez de medios de que en la mayor parte de las veces nos vemos rodeados. Sin embargo, si en todas ocasiones se consiguen los resultados consignados por el autor, bien podemos vanagloriarnos de haber encontrado un medio que quita á las quemaduras, lo que de característico tienen, cual es la supuración prolongada y la formación de cicatrices viciosas.

*
* *

El Wiener Medicinische Wochenschrift refiere una intoxicación producida por la pilocarpina en inyecciones subcutáneas. Fué en un hombre de 58 años de edad que en el mes de Marzo de 1879 se presentó á Sziklai aquejando el estar completamente ciego. Cinco años hacía ya que había empezado á padecer vómitos y dolor de cabeza. Después de cada acceso observaba que su vista se debilitaba más y más, siendo la ceguera completa á los dos años de su padecimiento.

La córnea estaba opaca, mirándola á la luz oblicua: con el espejo oftalmoscópico se podía comprobar que estaba punteada. La pupila dilatada al máximo no era sensible á los rayos luminosos. La conjuntiva bulbar estaba un poco inyectada.

La presión sobre el globo del ojo daba lugar á la producción de fosfenos.

Por medio del oftalmoscopio únicamente se veía el cuerpo vítreo reblandecido, impidiendo este por consiguiente el ver la retina y la escleración del nervio óptico.

El enfermo no percibía ninguna sensación luminosa. Sziklai practicó la esclerotomía, y á los tres dias comenzó á inyectar 2 centigramos de una disolución de pilocarpina todos los dias.

La primera no produjo resultado alguno; las pupilas continuaban muy dilatadas; sin embargo, el enfermo creía ver algo la luz. Así como en la primera inyección el sudor tardó en aparecer 5 ó 10, á la segunda fué inmediatamente de hacer la inyección. Dos horas más tarde, el sudor y la salivación continuaban siendo muy profusos, y en este intervalo de tiempo el enfermo orinó dos veces, las pupilas estaban retraídas, creyendo tener ante su vista un objeto muy brillante.

A la mañana siguiente, levantado el apósito, pudo comprobar el profesor que el enfermo contaba ya los dedos y distinguía el color de la barba y el de los cabellos. Las pupilas permanecían muy retraídas. La salivación y el sudor habian sido muy abundantes durante la noche, como también la orina. Además se presentaron vómitos y diarrea. De cuando en cuando sentía pinchazos y sensaciones como si le estiraran el ojo, ó como si tuviera contracturas del iris. Después de media noche disminuyeron estos fenómenos; á la mañana siguiente se sentía aún muy debil y deprimido, desapareciendo pronto esta depresión cuando le levantaron la venda y pudo ver la luz.

Este envenenamiento fué debido á una equivocación del farmacéutico, el cual despachó 40 centigramos en vez de 4 de nitrato de pilocarpina.

*
* *

El Dr. Laure, médico de los hospitales de Lyon, publica en la *Unión médicale* una Memoria dirigida á la Sociedad médica de los hospitales sobre *la albuminuria que sobreviene en el curso de las anginas*, en la cual sienta las siguientes conclusiones:

- 1.^a La albuminuria coincide con mucha frecuencia con la angina reumática, reproduciéndose á cada nueva fluxión articular.
- 2.^a La albuminuria puede desarrollarse con independendencia de toda angina diatésica, en ciertas anginas catarrales simples ó flegmonosas.
- 3.^a Esta especie de nefritis, de ordinario transitoria, cura con bastante facilidad; sin embargo, en ocasiones se hace rebelde al tratamiento, pudiendo llegar á ser el punto de partida de una lesión material del riñón.

El examen minucioso del enfermo nos demuestra que no se trata en estos casos de esas nefritis que se desarrollan á consecuencia de una

escarlatina padecida anteriormente. El autor no puede explicarse el aumento de temperatura. Este señor parece como que acepta la opinión de Kaunemburg, el cual atribuye esta albuminuria pasajera á una irritación de los elementos del riñón por el paso de una orina cargada de cierta cantidad de micrococos y de bacterias que existen en la sangre.

Así, pues, en todos los casos de anginas, debemos examinar las orinas de estos enfermos, pues en el mayor número de los casos se presenta esta afección de un modo latente é insidioso.

El autor recomienda el empleo del salicilato de sosa en los casos de albuminuria de origen reumático. La dieta láctea, los diuréticos, el jaborandi, las píldoras de tanino ó de ergotina, asociadas al extracto de quina, y en los casos más rebeldes la cauterización punteada de la región lumbar.

DR. LARA.





REVISTA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS.

Sociedad francesa de otología y laringología.—Estatutos y nombramiento de una comisión.—*Sociedad de Biología.*—Cianuro de mercurio.—Hemorragias viscerales consecutivas á traumatismos encefálicos.—Anestesia.—Acupuntura.—El clorhidrato de kairina.—*Academia de Medicina.*—Un caso de trepanación.—Ciertos parásitos en el Japón.—Los bacillus en la tuberculosis.



ANTES de referir lo ocurrido en las sociedades que ordinariamente conocemos, hemos de dar cuenta de una, recientemente creada en Francia. El 21 de Marzo último, la mayor parte de los médicos de París dedicados á las enfermedades del oído y laringe se reunieron y convocaron á algunos extranjeros para fundar una sociedad bajo el nombre de *Sociedad francesa de otología y laringología*.

La primera sesión se consagró exclusivamente á la discusión de estatutos y nombramiento de un comité compuesto de cinco miembros residentes en París, y de otros dos, uno en provincias y otro en el extranjero.

Los cinco del comité residentes en París son: Mrs. Baratoux, Cadier, Gellé, Menière y Moura: Moura (de Bordeaux) para la provincia, y Bayer (de Bruselas) para el extranjero. Han sido elegidos para el cargo anual de secretario y tesorero-archivero los señores Baratoux y Menière.

Esta sociedad se reunirá tres veces al año en dos sesiones ordinarias y una extraordinaria. Esta última á la que asistirán especialmente los miembros de la provincia y del extranjero, tendrán lugar en la época de las vacaciones de pascua.

El 22 de Marzo la sociedad verificó su primera sesión científica. Numerosos trabajos le han sido comunicados: una observación de M. Noquet sobre un caso de sífilis hereditaria tardía con pérdida de sustancia del velo del paladar y otitis media doble, que ha dado lugar á una discusión bastante acalorada bajo el punto de vista del diagnóstico y tratamiento; un nuevo hecho de laringitis seca dirigido por M. Moure (de Bordeaux) y M. Koch (de Luxemburgo), ha presentado una observación interesante sobre un cuerpo extraño situado al nivel de la bifurcación de la tráquea.

La Sociedad invita á los que quieran dirigir alguna comunicación, rogándoles se dirijan á M. Baratoux, 12, rue Condorcet, París.

*
* *

En la sesión del 7 de Abril de la sociedad de Biología, M. Galezowski dá á conocer los felices resultados obtenidos con las inyecciones hipodérmicas, hechas en la región temporal, de un grano de agua destilada y cinco miligramos de cianuro de mercurio, como tratamiento de la atrofia papilar: las inyecciones las repite diariamente, pero advierte lo peligroso que es elevar mas allá de un centigramo la dosis de sal hidrargírica porque puede sobrevenir una diarrea incoercible. Los cianuros dobles de oro y de potasio, y de plata y de potasio producen también notables mejorías en las atrofas papilares de los atáxicos.

M. Rabuteau no cree que el cianógeno de las sales mercúricas posea en sus preparaciones ninguna eficacia terapéutica; el mercurio obra solo, y su combinación cianica ofrece el inconveniente de obligar á limitar las dosis. En cuanto á los cianuros dobles, dice, su inestabilidad es bien notoria, y además se descomponen rápidamente en el organismo. A esto contesta Galezowski que las teorías químicas á priori no dicen nada en contra de las observaciones clínicas.

M. Brown-Sequard refiere que las hemorragias viscerales ya del corazón, hígado, pulmón, etc., son frecuentes á consecuencia de traumatismos encefálicos. Como resultado de un choque sobre la parte posterior del cráneo, ha visto á los gruesos troncos arteriales y venosos del pulmón contraerse bruscamente y arrojar la sangre á los capilares, cuyas tunicas se han roto á tan inusitada presión. El fenómeno á la inversa puede observarse tambien: una sección de la parte inferior de la médula cervical, en el pichón, produce instantáneamente una abundante hemorragia al nivel del bulbo. La patogenia de estos accidentes está bajo la dependencia de los nervios vaso-motores. De esta manera deben explicarse las hemorragias cerebrales que sobrevienen de repente en muchos puntos y que es difícil atribuirlos á la ruptura simultánea de un gran número de aneurismas miliares.

Prosiguiendo sus investigaciones M. Bert, sobre los agentes anestésicos, se ha esforzado en determinar las modificaciones fisiológicas que acontecen á la absorción, mínima ó considerable, de los vapores de cloroformo.

Los resultados obtenidos parecen demostrar el valor de un método que no ha obtenido hasta aquí la aprobación de todos los cirujanos. Este es el proceder llamado por los franceses de *fondroiement*, que es el menos peligroso. Consiste, como se sabe, en hacer respirar, desde el principio, una dosis bastante fuerte de vapor anestésico y no administrar, después de obtenido el sueño, mas que cantidades muy pequeñas.

En efecto, para el perro, la dosis manejable está comprendida entre 10 y 20 gramos de cloroformo vaporizado en 100 litros de aire; si el peso del vapor clorofórmico no pasa de 4 gramos, no se vé sobrevenir en 10 horas ninguna modificación de la sensibilidad, pero se observa ya un descenso de temperatura que puede ser de 4 á 5 grados. Ocho gramos de cloroformo en 100 litros de aceite produce una gran disminución de la sensibilidad, pero muy prolongada en su manifestación y la muerte sobreviene á las 7 horas con una temperatura de 30 grados.

Á los 10 gramos 0/0 la anestesia es rápida y la temperatura desciende de 36° á 33° y el animal muere en el término de cinco cuartos de hora; á los 18 0/0 muere á los 25 minutos; á los 20 0/0 muere instantáneamente. Hay, pues, en esta escala gradual, dos puntos extremos: una muerte gradual 10 0/0 y una muerte súbita 20 0/0. La temperatura desciende siempre, según la duración del experimento, pero lo que importa notar es, que á las dosis de 6 á 7 0/0 suficientemente prolongadas, el animal muere sin que su sistema nervioso sea influenciado y sin que aparezca la anestesia. En todos los casos el cloroformo *no obra sobre el corazón*. Teniendo en cuenta la desigualdad que presentan ciertos animales, bajo la influencia del cloroformo, se puede decir que, todo proceder continuado de cloroformización produce fatalmente la muerte. El mejor método consiste en dar desde un principio una dosis rápidamente tóxica, 14 0/0 y enseguida que el animal duerme, continuar la anestesia con una dosis de 6 á 7 0/0. Es curioso indicar que una debil cantidad de cloroformo, incapaz de producir la anestesia, basta para mantenerla durante largo tiempo, desde el momento que la ha determinado por una absorción anterior considerable.

M. Brown-Sequard, refiere que Simpson (de Edimburgo) ha mantenido durante 4 días un enfermo bajo la acción del cloroformo, y que ha podido administrar este agente durante 6 y 7 sin ver sobrevenir ningún accidente. Por este medio es como ha podido conseguir hacer desaparecer ciertas crisis epilépticas periódicas.

M. Dastre en nombre de Mr. Aubert (de Lyon) lee el día 21 una nota sobre las ventajas de las inyecciones de atropina asociada á la morfina.

Una de estas inyecciones practicada un cuarto de hora antes de las inhalaciones de éter determina una anestesia pronta y desprovista del primer periodo de agitación y de los vómitos consecutivos. La adición de la atropina á la morfina proporciona al método todas sus ventajas haciendo desaparecer ciertos inconvenientes que son del dominio de la absorción ai slada de la morfina.

M. Poncet ha tenido ocasión varias veces de practicar una inyección de morfina antes de la cloroformización, mostrándose poco partidario de este procedimiento, especialmente en el campo de batalla, por cuanto las heridas no están al abrigo del choque traumático.

Brown-Sequart emplea las inyecciones de morfina y atropina desde hace mucho tiempo y concede á este procedimiento los mejores resultados.

M. Bemy, refiere la gran voga que tiene la acupuntura entre los médicos japoneses, y presenta dos ejemplares de agujas. Estas, de oro ó plata, son finísimas. Con ayuda de un pequeño conductor, se les hiende de un golpe brusco en la piel, y después se les hace caminar por un movimiento de rotación. La excesiva delgadez de estas agujas permite introducir las sin el menor dolor. Tanta es la importancia que se le dá á esta operación, que en las bibliotecas médicas de la China y del Japón, existen numerosas obras en las que se encuentran dibujadas y descritas las regiones sobre las cuales la acupuntura debe practicarse. Con ella los médicos del país se jactan de producir maravillosos efectos.

Del clorhidrato de kairina, han hecho los profesores Hallopeau y Girat, un estudio fisiológico y terapéutico muy notable. Dicha sustancia es un compuesto químico recientemente obtenido, derivado de la quinoleína, cuya fórmula es $(C^9 H^9 Az) OCH^5 H$ y que debiera leerse un hidruro de metyloxyquinoleína, pero para la comodidad del lenguaje se le llama kairina. Esta sustancia posee una acción antitérmica poderosa en el estado normal y en todos los febriles. Su acción es rápida y fugaz, lo que prueba su también rápida eliminación.

*
* *

El día 10 de Abril, celebró sesión la Academia de Medicina de París. Mr. Polaillón leyó un trabajo del profesor José Silvestrini, relativo á una trepanación hecha para remediar los accidentes tardios de una fractura del cráneo. La observación de Silvestrini se refiere á un joven que había recibido de un caballo, en la región fronto-temporal izquierda una cox, que le había fracturado el cráneo. Dos meses después fué presa de una hemiplegia derecha con accesos convulsivos de los miembros del mismo lado. Esta hemiplegia persistió 15 días. Siete meses después del accidente, sobrevinieron cefalalgia y accidentes convulsivos limitados á la

mitad derecha del cuerpo. En esta misma época se observó una hemiplejía derecha con parálisis facial inferior del mismo lado y afasia. El doctor Silvestrini pensó que un hematoma comprimía la zona motriz cortical izquierda del cerebro é intentó la trepanación.

Mr. Polaillón hace notar que Silvestrini ha despreciado en su observación razonada, ciertos accidentes posibles en esta clase de fracturas, esto es, la inflamación del encéfalo en el punto contuso y la producción lenta de un absceso en la sustancia misma del cerebro. En lo que concierne á la práctica seguida por Silvestrini, Polaillón le reprocha por creer á la cisura de Rolando colocada por delante del sitio que realmente ocupa. Sea como quiera, si una mejoría siguió á la operación, no fué más que pasajera, pues el enfermo sucumbió á una meningitis superativa aguda. ¿Si se hubiera recurrido á la cura de Lister, se hubiera evitado el accidente que mató al enfermo?

Lo característico de la autopsia, fué la existencia de dos absesos de la sustancia cerebral, situados el uno al pié de la circunvolución frontal ascendente y el otro por debajo de la extremidad inferior de la cisura de Rolando. Estos absesos el autor les considera recientemente formados, opinión contraria á la de Polaillón, quien dominado por la idea de las localizaciones cerebrales, vé una relación de causa á efectos entre las lesiones y los síntomas observados. De cualquier modo que se considere, es lo cierto que la observación de Silvestrini es interesante, por cuanto constituye un nuevo elemento favorable á la doctrina de las localizaciones del cerebro.

Mr. Remy, profesor agregado de la Facultad, en la sesión del 24 de Abril, hace una notable comunicación á la Academia, sobre ciertos *parásitos* desconocidos en Europa y observados en el Japón. Cita entre ellos el *distoma pulmonal*, cuya presencia en el pulmón da lugar á hemoptisis en las que es susceptible de encontrar los huevos del parásito; el *distoma, endemicum hepatis* que vive en el hígado, en los canales biliares, determinando ulteriormente la hidropesía y la muerte, y el *distoma innomum hepatis* que no ha sido encontrado en el hígado mas que dos veces. Todos estos parásitos parecen provenir del agua de los rios.

El ankylostomo es un parásito muy exparcido que manifiesta su presencia por pérdidas repetidas sumiendo al individuo en una anemia considerable.

La tenia armada es desconocida en el japón por cuanto los habitantes se nutren especialmente de vegetales y pescados, y tienen proscrito el cerdo de su alimentación. No sucede así con la tenia mediocanellata y el botriocéphalo, observadas tanto en el Japón como en Europa.

M. Cornil, en su nombre y en el de M. Babès, expone la topografía de los bacillus de la tuberculosis en los diversos órganos. Con el fin de estudiar estos bacillus, es necesario colorear, según el método de Ehrlich

los cortes de los órganos por medio de una solución de fuschina alcalinizada por la adición del aceite de anilina, después de tratar estas secciones por el ácido nítrico al tercio. El ácido nítrico decolora ó destruye todos los bacillus. Hay, sin embargo, una excepción para el bacillus de la lepra, pero ésta y la tuberculosis, presentan diferencias clínicas que no permiten confundirlas. Si se examina una masa tuberculosa desarrollada sobre la pia-madre, se encuentra en su centro un vaso obliterado por la fibrina, y en esta fibrina los bacillus característicos de la tuberculosis. M. Cornil ha examinado también la tuberculosis naciente de la pleura, la tuberculosis crónica de las membranas serosas, de las membranas mucosas, la del pulmón en todos sus grados y siempre ha tenido ocasión de demostrar la presencia de los bacillus.

En la próxima sesión, el profesor Cornil terminará su comunicación, y si hay algo de notable, lo transcribiremos á nuestros lectores.

FARINÓS.



NOTICIAS.

Bajo la dirección de los doctores Magraner, Crous y Gomez, se están realizando en nuestra Facultad de Medicina importantes trabajos prácticos sobre las triquinas y la triquinosis. Para el efecto, se ha suministrado carne triquinada á los ratones, gallos, conejos y perros; ya hemos tenido ocasión de observar las triquinas en el ratón.

Todos estos trabajos serán reunidos y publicados en una luminosísima memoria.

En las acreditadas farmacias de los doctores Fuster y Aliño, se ha recibido el nuevo medicamento antipirético, la KAIRINA, que por primera vez ha empleado en España, con feliz éxito, nuestro compañero de redacción Dr. Aguilar y Lara, y de cuyas observaciones ya dimos cuenta en números anteriores de LA CRÓNICA MÉDICA.

En nuestro estimado colega el *Génio médico-Quirúrgico*, leemos:

«Se ha visto en estos días una causa en el Tribunal Supremo, seguida á un médico por haber dado una certificación de muerto antes de tiempo y sin haber visto el cadáver, pues aunque salga bien, como saldrá, pues realmente hubo defunción legítima en el sugeto, le costará muchos disgustos y dinero; con que tengámoslo presente para en casos semejantes.»

Damos traslado de este suelto á nuestros lectores para su conocimiento y efectos que estimen oportunos.

Los médicos que han de cubrir las plazas del Cuerpo de Higiene y Salubridad municipal, agraciados en las últimas oposiciones, son los siguientes:

Médicos numerarios. D. Vicente Barreda Badal, D. Francisco Villanueva Esteve, D. Pablo Tomás Barrachina, D. José Pérez Fuster, D. Salvador Monmeneu Ferrer, D. Jaime Albiol Aguilera.

Id. supernumerarios. D. Nicolás Sanchis Tomás, D. Gabriel Llabrés Llompert, D. Vicente Cubells Calvo, D. Enrique Niño Calve.

Reciban nuestra más cordial enhorabuena.

Se ha reunido en el Congreso la comisión nombrada en tiempos del Sr. Albareda para la adquisición por el Estado del Museo del Dr. Velasco; comisión que preside el Sr. Cánovas y de que es secretario el Sr. Ocón,

Han concurrido además los Sres. Martos, Galdo, Silvela, Gallostra, Rubio (don Federico), Vilanova, Cubas, Torres y Ferreras, enviando su adhesión los Sres. Romero Ortiz y Castelar,

Después de una breve discusión, acordó aconsejar al Gobierno la compra del referido Museo, evaluado en la cantidad próximamente de 600.000 pesetas (precio del edificio y del solar en que se levanta), pues las otras 200.000 pesetas á que asciende el valor de las colecciones, en sus postrimerías, renunció á ellas el Dr. Velasco, dando una prueba más de su desprendimiento y patriotismo.

Leemos en nuestro estimado colega la *Gazeta* de los Hospitales:

Habiendo acordado la Diputación provincial el aumento de dos plazas para servir las enfermerías de Cirujía del Hospital provincial, han pasado á la clase de médicos numerarios los que eran supernumerarios por oposieión, destinándoles á guardias, los Sres. D. José Donday y don Vicente Aracil, á quienes felicitamos. Estos señores cubren las vacantes que en el servicio expresado de guardia desempeñaban los Sres. D. Pedro Lechón y D. Salvador Roda.

Con este motivo ha habido algún cambio de destinos en los profesores de la Beneficencia provincial. El Sr. D. Vicente López, decano de la Sección de Medicina, pasa á la visita y dirección higiénica de los Asilos de Beneficencia y Misericordia, que hoy desempeña D. Eduardo García, teniendo asimismo á su cargo, por su carácter de decano, la inspección de las enfermerías de Medicina del Hospital.

D. Eduardo García se encarga de la visita en las enfermerías de Medicina.

Los Sres. Lechón y Roda han sido adscritos á las enfermerías de Cirujía del mismo establecimiento, teniendo el último de dichos señores también á su cargo la asistencia médica de la Inclusa. Mucho nos prometemos de este movimiento de personal.

BOLETÍN DEMOGRÁFICO SANITARIO.

Del núm. 46 del *Boletín mensual de estadística demográfica-sanitaria* que publica la Dirección general de Beneficencia y Sanidad, correspondiente al mes de Diciembre del cual extractamos los siguientes datos estadísticos:

RESUMEN *comparativo de nacimientos y defunciones correspondientes al mes de Diciembre de 1882.*

Población acumulada en el casco y barrios contiguos	Total de nacimientos	Total de defunciones	Diferencia por los nacimientos
144.595	531	574	0,298

RESUMEN *de los estados de nacimientos y defunciones por el origen legal de los nacidos y edad de los fallecidos.*

NACIMIENTOS

LEGÍTIMOS			NATURALES			Total general
Varones	Hembras	Total	Varones	Hembras	Total	
246	225	471	29	31	60	531

DEFUNCIONES

EDAD DE LOS FALLECIDOS							Total general
De á 1	De 1 á 5	De 5 á 10	De 10 á 20	De 20 á 40	De 40 á 60	Más de 60	
129	97	14	18	99	127	68	574

