

EL DICTAMEN

PERIODICO DECENAL DE MEDICINA Y FARMACIA

IMPRESIONES

Lo ha dicho Béchamp en la Academia de Medicina de París. El único sér que tiene vida propia, característica, *per se*, fisiológicamente imperecedera, es el *microzima*.

Para Béchamp no hay fenómeno alguno particular que merezca el nombre de fermentación, ni hay tejido viviente ni célula que dejen de ser otra cosa que compuestos de partes heterogéneas.

En toda materia organizada, añade el disertante, se encuentra el microzima, en todo cadáver se nota su presencia, pero no ya con los caracteres del microzima existente en la materia viva, sino transformado, evolucionado en bacteria. Animal ó vegetal, el microzima es el factor más importante de la nutrición, función que no se explica ni puede comprenderse sin la intervención de ese agente misterioso que, en el acto de la asimilación, recoge los materiales absorbidos de composición igual á nuestros tejidos, y los reparte en el organismo por un admirable trabajo de síntesis.

De los productos de la desasimilación nacen las leucomainas y ptomainas, de las que se ignora si son inofensivas bajo la forma de combinaciones, aunque sí responde Béchamp de que son productos necesarios de la organización, como también responde de que el trabajo constante de asimilación y desasimilación es forzosamente debido á la acción viviente de los microzimas.

Si no consideráramos que tenemos el estrecho deber de decir á los lectores cuantas novedades ocupan la atención de los sabios, haríamos gracia al suscriptor de tanto y tanto como viene diciéndose acerca de la existencia en el organismo de los seres microscópicos, porque, en verdad, habiéndose escrito de bacteriología mayor número de volúmenes que desaparecieron en el incendio de la Biblioteca de Alejandría, resulta, después de todo, que estamos á la cuarta pregunta en lo que atañe á nuestra vida y á la génesis de muchas de nuestras enfermedades.

Nosotros, hombres á la práctica dedicados, cerebros dispuestos á buscar nuevos horizontes fisiológicos y patológicos en aquellos puntos que son todavía motivo de controversia, espíritus forjados para ir adelante en los problemas que agitan el pensamiento humano, tenemos que aparecer ante las concepciones del día poco menos que como retrógrados, y esto consiste sencillamente en que si nos fascina con sus vuelos actuales la miriada de premisas de lo abstracto, que es lo teórico, nos subyuga también la positiva y escueta conclusión de lo concreto, que es la práctica.

Y como son por hoy inaplicables perfectamente todos los dichos y hechos

pertinentes al asunto bacteriológico, no hacemos en esto más que ver y oír, aunque solemos decir para nuestro capote, remedando al personaje del sainete: —Machaca, chico, machaca.

* * *

Un desengaño más.

Saben ustedes que, aun cuando no se había afirmado todavía si era causa ó efecto, pasaba como moneda corriente entre nosotros la idea de que en toda tuberculosis existía un bacilo, lento aunque continuo engendrador de desórdenes orgánicos que producían la muerte, que dijo el otro.

No hagan ustedes caso. Saltaron y vinieron Duguet y Héricourt, estudiosos médicos franceses, y van y nos dicen que en un soldado fallecido de tuberculosis miliar aguda del pulmón, del hígado y de los riñones, no han encontrado granulaciones, ni bacilos ni zoogreas patógenas, lo cual que tampoco las hallaron en una joven que murió tuberculosa en el hospital Lariboisière.

Una solución de potasa al 10 por 100 permite á Duguet, que nada había conseguido con los métodos más rigurosos, descubrir que los órganos de la joven estaban atestados de esporos voluminosos y de filamentos de micelio semejantes por su aspecto y dimensión á los de las mucoríneas, y como observara que el pecho de la tuberculosa tenía placas de pitiriasis versicolor, le ocurre inocular á los animales la caspilla de la pitiriasis en cultivo y ve que así ha producido la tuberculosis, lo mismo que si hubiera operado con bacilos cultivados.

Dé aquí deduce Duguet que el *microsporon furfur* es la seta que engendra la tuberculosis, y que esta enfermedad tiene indudablemente naturaleza micósica.

Repitamos lo dicho. La tisis es un problema de nutrición, y todo cuanto no tienda á impedir esa activa y rápida desorganización que consume la vida, es andarse por las ramas y no ir derechos al bulto.

Que cuando la enfermedad haya avanzado se presenten gérmenes microscópicos vegetales ó animales en los esputos, notas de la destrucción, no nos parece que tenga nada de particular, porque á buen seguro que si observamos la orina ó el excremento de quienes sucumben por lesión renal ó intestinal, encontraremos sapos y culebras que no son los causantes de la dolencia, sino su consecuencia inevitable.

Con que vamos á ver si empezamos á apretarnos un poco los tornillos, si quiera por el buen parecer.

¡Ellos, ellos!

Son ingleses de nacimiento, ingleses por educación, ingleses por gusto. Han venido al mundo á algo, sin duda alguna, y se van portando como lo que son. Revolucionan el universo á la chita callando, y destruyen con el ejemplo toda la doctrina de Brillat Savarin.

El hombre es un animal (sin duda se miraban á un espejo al decirlo), que

devora, consume, devasta y aniquila todas las especies creadas, y lo hace, como el buitre, por dar gusto al estómago, el más prosaico de todos los órganos, incluso el de Móstoles.

Y piensan que se puede vivir con una alimentación puramente herbívora, y crean una secta llamada de los vegetarianos.

Y los vegetarianos no comen pan, *cónecos* ni arroz, como el oso de monsieur Bernabó, sino que se contentan con cardillos, coles y espinacas.

Y en vez de solomillo, riñones, sesos y otras menudencias animales, sirven en sus mesas collejas, chirivitas y tetas de vaca... vegetales.

Y vendrá el tiempo de calor, que seca todos los vegetales.

Y entonces comerán musgo, trebol acuático ó lirios de agua.

Y echarán unas pantorrillas como cañas.

Y estarán en carácter.

T. LACEMENDI.

EDITORIAL

Problema de la rabia.

Comparando, pues, la ciencia moderna representada por los adelantos, ó cuando menos por los esfuerzos realizados desde 1881 acá con la ciencia antigua, que lo estaría por la observación acumulada de 21 siglos, empezados á contar desde la época de Celso, se echará de ver claramente la diferencia que hay entre una y otra y se podrá saber si tienen razón los que se apresuran á celebrar las exequias de las antiguas escuelas así que surge en el horizonte la más ténue señal de una nueva aurora, sin aguardar á ver salir el sol para poder decir que es de día.

Por de pronto, aquella afirmación negativa que constituía una parte de la ciencia antigua, no ha sido modificada por la moderna. La rabia, una vez declarada, es difícil de curar. Cierto es que Mr. Pasteur ha llegado á comprobar que algunos animales en que se han presentado síntomas evidentes de la rabia se han curado espontáneamente; pero esto mismo probará que la rabia no es *mortal de necesidad*, como ya se había comprobado en los siglos anteriores, puesto que, si bien pocos, se registran algunos casos de curaciones, y no es posible admitir que los médicos distinguidos que los refieren nó supieran lo que decían. Tanto sería eso, como afirmar que Mr. Pasteur cuenta como muertos de rabia muchos animales que sólo han muerto de la operación sufrida para inocularles la rabia.

Si algún conflicto hay, entre la ciencia antigua y la moderna, se hallará sólo en la parte relativa á la primera proposición, á los medios profilácticos empleados para evitar el desarrollo de la rabia. La ciencia antigua había recomendado, entre otros, como medio eficaz, pero no *infalible*, la cauterización. Mr. Pasteur propuso como infalible la inoculación. Los trabajos que había realizado hasta 1885 no le permitían responder de la inmunidad más que en unos catorce ó dieciséis perros de cada veinte inoculaciones, es decir, en el 80 por 100 (comunicación á la Academia de Medicina de 26 de Octubre de 1885. (Véase el número anterior, proposición 22.) Pero esto era ya una cosa muy sabida antes de sus famosos trabajos. No todos los individuos mordidos rabian necesari-

riamente. Waughan asegura que de veinte mordidos sólo rabió uno. Andry refiere algunas series de mordidos en que la rabia se desarrolló en igual proporción. Renault dice que sólo rabian la tercera parte de los mordidos. Las estadísticas de Leblanc dan una proporción de un rabioso por ocho mordidos. Y, por último, el mismo Mr. Pasteur ha tenido que reconocer lo mismo, como lo prueban las declaraciones hechas en su comunicación de 2 de Abril ante el *Consejo de Salubridad* del departamento del Sena.

Los estudios, pues, de Mr. Pasteur anteriores á 1885 no habian dicho nada nuevo.

Cuando por sus estudios posteriores creyó estar seguro de la inmunidad en el 100 por 100 de los inoculados, se decidió á ensayar en el hombre. (Véanse las proposiciones 21 y 22 del artículo anterior, comunicación de 26 de Octubre de 1885.) ¿Y qué ha resultado de aquellas afirmaciones categóricas y absolutas? Pues resulta que á los cuatro meses de haberlas hecho ya está demostrado que no tuvieron fundamento, y ante los reveses sufridos, el mismo Mr. Pasteur se bate en retirada conformándose: primero, con que no se le culpe de la muerte de la niña Peltier ni de los tres rusos (comunicaciones de 1.º de Marzo y 2 de Abril), y afirmando luégo que la rabia del lobo debe ser más activa que que la del perro; proposición que también ha modificado cuando ha visto que no había semejante exceso de virulencia, viniendo á admitir las explicaciones que se hallan en todos los libros de patología sobre la mayor gravedad de las mordeduras de lobos hechas, casi siempre, en partes habitualmente descubiertas, opiniones explícitamente consignadas en los escritos de Watson y Renault.

Demostrada, pues, evidentemente por los fracasos la no infalibilidad de las inoculaciones á pesar de las promesas que Mr. Pasteur había hecho, ocurre preguntar: ¿son acaso perjudiciales? Y caso que no lo sean ¿son por ventura eficaces? Y si son eficaces ¿lo son más que el cauterio?

He ahí los tres puntos que me propongo analizar:

I. Cuando más confiado estaba todo el mundo en la palabra de Mr. Pasteur, que había asegurado que la inmunidad contra la rabia era una cosa absolutamente segura, la muerte de la niña Peltier dejó estupefactos á los cándidos que lo habían creído. Tal impresión debió causar el fracaso en el mismo Mr. Pasteur, que se consideró obligado á defenderse ante la Academia de Medicina del cargo que pudiera hacérsele de haber sido el causante de la muerte de la niña. Su defensa consistió en este argumento: «las médulas que sirvieron para hacer inyecciones á la niña eran de conejos muertos á los *siete* días de inoculados, es decir, virulentas al *máximum*. Muerta la niña se extrajo una porción de su cerebro; con ella se inocularon dos nuevos conejos por trepanación, los cuales presentaron síntomas de la rabia á los *quince* días. Luego esta rabia no podía proceder de los conejos que sirvieron para inocular á la niña, porque entonces la enfermedad se hubiera declarado á los *siete* y no á los *quince* días. Los mismos argumentos ha vuelto á repetir Mr. Pasteur en 2 de Abril para justificarse de la muerte de los rusos.

Con estas razones, sin dar ninguna otra, ha pretendido Mr. Pasteur quedar justificado y convencer de la inocencia de su método á los doctores de medicina de París. No me extraña que Mr. Pasteur haya podido convencerse á sí mismo con facilidad, porque privado del criterio médico, es muy fácil el extravío. Pero que los académicos de la de Medicina de París se hayan dado por satisfechos, es lo que no ha podido todavía entrar en mi cabeza.

En primer lugar es un hecho evidente que el virus rábico al pasar á los animales superiores de la escala zoológica, como los monos, se atenúa (comunicación de Mr. Pasteur de Mayo de 1884, proposición 15 del número anterior). La atenuación en el hombre es evidente desde el momento en que se sabe que, por regla general, ya no la trasmite á sus semejantes. Por consiguiente, la rabia sufrida por la niña Peltier y por los rusos muertos de ella en París, pudo muy bien proceder de la inoculación efectuada por Mr. Pasteur ó por sus ayudantes; y atenuada por el solo hecho de haber pasado al cuerpo humano, nada tiene de particular que, al volver á pasar del cuerpo humano á los conejos, produjera en éstos la rabia á los *quince* días y no á los *siete* con arreglo al grado de atenuación sufrido.

Por otra parte, si la atenuación por medio de la desecación es cierta, algún principio de atenuación habrán sufrido las médulas que sirven para las inyecciones, toda vez que la más virulenta que se inyecta, ha de llevar por lo menos *dos días* en desecación; y por tanto, según la misma doctrina de Mr. Pasteur, no es posible considerar como virulenta *ad maximum* la inoculación preventiva por él propuesta.

De manera que, atenuado por una parte el virus por medio de la desecación, y vuelto á atenuar por su paso al hombre ¿qué extraño puede ser que al volver á pasar del hombre á otros animales inferiores no conteste ya como si fuera virulento *ad maximum*?

Yo creo que Mr. Pasteur no ha pesado bien todas estas razones cuando se ha decidido á dar semejantes excusas por la muerte de sus inoculados. Yo, por mi parte, no creo que las inoculaciones hayan sido las responsables de la muerte de esos individuos. Pero al ver el empeño que pone Mr. Pasteur en defenderse, y al ver el incomprensible silencio con que acogen sus sofisticas razones los académicos de París, confieso que hay motivos serios para alarmarse y para admitir con fundamento que las inyecciones practicadas pueden ser peligrosas y causar la muerte cierta de una persona que se someta á ellas por huir de un desastre dudoso. Al menos, las razones que da Mr. Pasteur no bastan á probar su inocencia.

Además, la niña Peltier fué mordida el día 3 de Octubre de 1885. Se le hizo la primera inoculación el día 10 de Noviembre y la última el día 20, y precisamente á los siete días de esta última, el 27 de Noviembre, se le presentó la rabia. Si la virulencia *máxima* de las médulas de los conejos está representada por un periodo de incubación de *siete* días como asegura Mr. Pasteur, ¿no es más que sospechosa esta coincidencia de fechas? Y como en los rusos mordidos, inoculados y muertos pudiera volverse á encontrar la misma coincidencia, resulta plenamente demostrado que las inoculaciones, tal como las practica Mr. Pasteur, *podieran* muy bien ser peligrosas.

II. Una vez que no está probado que dichas inoculaciones carezcan de peligro, parecerá supérfluo discutir si son eficaces. Pero como todo el mundo cree en esa eficacia y yo no puedo admitirla, necesito exponer los fundamentos de mi singular y estrambótica opinión.

Yo no sé lo que daría por tener un cerebro blando y maleable como la cera, á fin de que se dejara imprimir fácilmente. De esta manera me ahorraría el trabajo de pensar, sin que esto fuera obstáculo para sentar plaza de sabio; porque con adherirme al parecer de alguno de los muchos que pasan por tales, tendría bastante para codearme con ellos y para que, aunque sólo fuera por vía de protección y misericordia, me contaran entre su número. Pero tengo la desgracia, ó la suerte, de ser *duro de mollera*, así es que, para gra-

bar una idea en mi cerebro, hacen falta cinceles bien templados y martillos de mucho peso. Por eso no ha podido todavía convencerme Mr. Pasteur de la eficacia de su procedimiento de inoculación preventiva de la rabia.

La atenuación de los virus, tal como hasta ahora se conoce en la ciencia, está basada en el conocimiento de las condiciones de vida á que están sujetos algunos seres microscópicos, considerados como elementos patogenésicos de ciertas enfermedades. Estudiando la vida de estos seres, es como se ha llegado á descubrir el grado de intensidad de un virus, de tal modo que se puede formular una ley general diciendo, *que á mayor vitalidad de tales microorganismos corresponde mayor intensidad en sus efectos deletéreos, y recíprocamente, á menor vitalidad menores efectos*. Pues bien; se ha conseguido atenuar la vitalidad de estos gérmenes, y entonces ha sido posible inyectarlos para que produzcan una enfermedad menos intensa que la que hubieran provocado si gozaran de toda su energía, y que una vez sufrida por el individuo, lo deja generalmente inmune para volverla á padecer, según la ley patológica porque parece se rigen este género de enfermedades. ¡Descubrimiento portentoso, cuya sublimidad soy el primero en reconocer!

Pero aquí se trata evidentemente de una atenuación *cualitativa*. Se conoce el sér responsable de la enfermedad, se le sujeta á ciertas condiciones, se cambia su vitalidad, se modifican los efectos que produce. Pero en la atenuación del virus rábico propuesta por Mr. Pasteur no hay nada de esto; es un procedimiento completamente empírico. Y como parece que hay empeño en presentarlo como una consecuencia de los estudios de microbiología, yo tengo empeño en quitarle ese carácter, ó al menos en que, cuando se juzguen con serenidad en el porvenir estas cuestiones, se sepa que hubo un médico que no se dejó sorprender fácilmente por las pretensiones, más ó menos justificadas, de un eminente químico á querer someter á su exclusivo criterio la clínica y la patología humana. En la rabia no existe todavía microbio. Tal vez le descubra ahora Koch que, según he leído, salió también de su tierra en peregrinación á París para ser testigo de las maravillas que encierra el subterráneo laboratorio de Mr. Pasteur. Todo se puede esperar del ojo perspicaz y afortunado del médico alemán, que tuvo la suerte de ver el famoso *bacilo* del cólera, que no había podido ver hasta entonces ninguno de los hábiles micrografos que le habían buscado, y que hoy ve á millares cualquier aprendiz con sólo aplicar la vista al ocular de un microscopio. Pero lo cierto es que hasta la fecha estamos sin microbio para la rabia. Las granulaciones brillantes de Gibier no merecen siquiera que se las compare á los microbios. Ni se mueven, ni crecen, ni se multiplican, ni se cultivan, ni tienen, en fin, propiedad alguna de las que poseen los diminutos seres que Varrón no podía ver con los ojos 116 años antes de Jesucristo y que hoy vemos gracias al microscopio. ¿Cómo es posible, pues, aplicar al virus de la rabia las leyes porque se rige la atenuación de los demás virus conocidos? Imposible. La atenuación por desecación será sólo una atenuación *cuantitativa*. Y como hasta ahora esta clase de atenuación no es admitida, ni aun por el mismo Pasteur, que en comunicación de 26 de Febrero de 1884, después de hablar de la ineficacia de la atenuación obtenida por dilución, afirmaba que la única atenuación posible era la que se adquiría por el paso del virus á través de varios animales, resulta plenamente probado que la atenuación por desecación, científicamente es inadmisibile; como procedimiento empírico ó rutinario, muy discutible. Mejor fundada estaba en este sentido la doctrina del doctor Ferrán, y sin embargo no prevaleció.

Decía que la atenuación propuesta por Mr. Pasteur era completamente empírica y estaba fuera del alcance de los límites actuales de la ciencia, puesto que no se sabía si el virus rábico dependía ó no de la existencia de algún microbio; que la atenuación era en todo y por todo *cuantitativa*, y que, no admitiendo Mr. Pasteur esta clase de atenuaciones, era muy problemática y por ende misteriosa la existencia de semejante atenuación.

Soy el primero en reconocer que todo esto no quitaría mérito al descubrimiento si éste resultaba al fin y al cabo comprobado. Para definir esto, será necesario descender al examen de la práctica de las inoculaciones.

Pero esto será objeto de otro artículo. Por hoy ya he molestado bastante á mis pacientísimos lectores. *Sat prata bibere.*

GASPAR GORDILLO LOZANO.

TÉCNICA

El iodol como sustituto del iodoformo en las afecciones oculares.—El renombrado oculista Dr. Carreras-Aragó ha ensayado la sustitución del iodoformo por el iodol en las afecciones oculares, teniendo presentes las propiedades irritantes y olor desagradable del primero que tanto molesta á los enfermos.

Partiendo de lo observado en nuestra clínica con el iodoformo, dice en la *Gaceta Médica Catalana*, hemos empleado el iodol en casos análogos. Después de consignar los buenos resultados que hemos obtenido en algunas conjuntivitis linfáticas y pustulosas, en queratitis superficiales con exudados en la córnea, en pannus y albugos recientes, en las superficies ulcerosas en casos de fístulas lagrimales, y en fin, siempre que conviene producir un ligero estímulo que active la circulación y obre como resolutivo, debemos decir que lo hemos encontrado contraindicado en las afecciones de carácter irritativo agudo, vayan ó no acompañadas de exudaciones. Mencionaremos algunos casos especiales en los cuales el éxito ha sido sorprendente.

En las *blefaritis ciliares*, empleado el iodol en forma de pomada al 1 ó 2 por 100 con vaselina, ó en la de simple polvo, nos ha dado felices resultados, y en un joven de 14 años, escrofuloso, con los bordes palpebrales hipertrofiados, ulcerosos, con un ribete encarnado y sin pestañas, espolvoreando dos veces al día con el iodol los bordes libres palpebrales, se facilitó poderosamente la cicatrización de las ulceraciones que habían resistido á los calomelanos, pomadas de óxido de mercurio hidratado, etc., disminuyendo la hipertrofia, desapareciendo el eczema y mejorando considerablemente al paciente en un estado de tiempo relativamente corto. Como se comprende, además del iodol se empleó en este caso los demás medios, así locales como generales aconsejados, pero esto no obsta para que los principales efectos locales curativos fuesen debidos de un modo marcado al iodol.

Entre las *queratitis vasculares con exudados en la córnea* de forma crónica, merece citarse el de una joven de 22 años, linfática, en la que la vascularización de la córnea era tan voluminosa y densa, que parecía por su prominencia como si se tratase de formar un sarcoma; el empleo del iodol, unido á los demás medios generales y locales, fué tan singular, que al tercer día de espolvorear la superficie de la córnea vascularizada se notó ya una mejora notabilísima; durante los primeros días sólo pudo aplicarse una sola vez, pues el ojo estaba en un

estado algo irritativo y á los tres minutos se presentaba una excitación conjuntival, con lagrimeo y ligero ardor y escozor; pero desde el cuarto desaparecieron estos síntomas y fué ya posible practicar dos veces al día la pulverización. Á los diez días apenas quedaban vestigios de la red vascular de la córnea, el exudado se había modificado considerablemente, y cinco días más tarde había desaparecido casi del todo, marchando la paciente á su pueblo, donde sin duda, con la continuación del iodol, ha de curarse del todo.

En un caso de *hipopión con abscesos de la córnea*, si bien fué preciso practicar la queratotomía lineal para dar salida al pus y el cateterismo de las vías lagrimales, es indudable que la aplicación del iodol en polvo contribuyó considerablemente á la curación de los accesos de la córnea y obró como un verdadero antiséptico, llegando su acción hasta el mismo saco lagrimal, cuya secreción modificóse de una manera notable.

Visto, pues, lo que nos ha demostrado el articulista, consideramos que el iodol está destinado á sustituir con ventaja al iodoformo, no sólo por ser inodoro y de consiguiente hacerse mucho más soportable, si que también por ser menos irritativo, como tópico local, lo que puede ser debido tanto á que no se presenta bajo la forma de cristales, que siempre obran rozando las superficies ulceradas, como á la naturaleza de su misma combinación. Además, dada la gran cantidad de iodo que contiene, obra como un verdadero antiséptico y sin ser venenosa su absorción facilita la formación de granulaciones en las úlceras.

Por estas circunstancias en los estados inflamatorios agudos y en los irritativos muy intensos está el iodol completamente contraindicado. No dudamos, pues, que á medida que se vaya generalizando su uso, se conocerán cada vez más sus virtudes terapéuticas, y que está destinado á ocupar este nuevo medicamento un primer lugar en la terapéutica oftálmica.—
MAURO M. BLANCO.

Farmacía práctica.—*Solubilidad de los ácidos salicílico, tímico, fénico y bórico.*—Generalmente se emplean estos ácidos antisépticos en solución acuosa concentrada, y á fin de evitar dificultades al farmacéutico y tener siempre á mano una preparación idéntica á sí misma, el médico suele atenerse á la tabla de solubilidad inscrita en el Codex, creyendo obtener exactamente lo que necesita y pide.

Nada menos que eso. Dichas tablas han sido hechas únicamente bajo el punto de vista químico, y á la temperatura invariable de 15°, mientras que, en la práctica, estas soluciones deben hacerse de modo que resistan á todas temperaturas y puedan conservarse indefinidamente. Así la química nos enseña que un gramo de ácido salicílico es soluble en 143 gramos de agua, 2 gramos en 37 de alcohol de 90° y un gramo en 98 de éter de 66 grados;

Que un gramo de ácido fénico es soluble en 16 gramos de agua y muy soluble en el alcohol, éter y glicerina;

Que un gramo de ácido tímico se disuelve en 333 gramos de agua y fácilmente en el alcohol, éter y ácido acético;

Que un gramo de ácido bórico es soluble en 30 gramos de agua, 16 gramos de alcohol de 90° y 10 gramos de glicerina.

Esto es perfectamente exacto, pero poco práctico.

Las proporciones que es conveniente emplear para el uso médico, si no queremos exponernos á error, son las siguientes, fáciles, por otra parte, de retener en la memoria.

Para los ácidos salicílico y tímico, 2 gramos por 100 de agua.

Para los ácidos fénico y bórico, 30 gramos por 1.000 de agua.

Estas soluciones resultan suficientemente concentradas y no necesitan alcohol para conservar su limpidez. Al contrario, si se desea mayor cantidad de principio activo en menor volumen de agua, será indispensable añadir alcohol á la solución. En este caso es necesario de 2 á 300 gramos de alcohol por litro para obtener una ventaja insignificante, porque mezclado este agente con el agua, resulta á un grado demasiado débil para obtener realmente buen partido de sus propiedades disolventes.

Vale más, según indica el eminente práctico Pedro Vigier en la *Gaz. Hebdom.*, atenerse á las soluciones simplemente acuosas, cuyo empleo puede renovarse con frecuencia.

En cuanto al uso interno, señalaremos de paso, dice el aludido farmacéutico, la superioridad de la solución al 2 por 100 de ácido salicílico sobre las tomas y sellos que preparamos diariamente con esta sustancia. El ácido salicílico es muy irritante, y teniendo en cuenta su débil solubilidad, es racional el creer que al estado pulverulento no debe tardar en fatigar el estómago; su solución, al contrario, es perfectamente tolerada, tanto en enemas como en bebida.

Encontramos muy en su lugar las atinadas observaciones del Sr. Vigier, que tienen perfecta aplicación entre nosotros, pues aunque la tabla de solubilidad que contiene la última edición de la *Farmacopea Española* asigna como necesaria más cantidad de disolvente, se entiende también que ha de operarse invariablemente á la temperatura de 15 grados.—TORRES.

Nuevo tratamiento de los accidentes urémicos.—En una lección clínica del doctor Landouzy recomienda este distinguido profesor el empleo de las emisiones sanguíneas para combatir los accidentes de la uremia, puesto que la observación clínica ha venido á demostrarle que las hemorragias espontáneas que se presentan en los enfermos que padecen neuralgias consecutivas á la uremia, no solamente han mejorado el estado del paciente, sino que en algunos casos han llegado á curar al enfermo.

Hecha esta observación, el Dr. Landouzy creyó conveniente imitar á la naturaleza provocando las emisiones sanguíneas en los casos que con posterioridad se le presentaron, y ha tenido ocasión de comprobar la eficacia del tratamiento, por lo que aconseja la emisión sanguínea por medio de unas sanguijuelas ó de dos ó tres ventosas escarificadas ó por la lanceta.

Este hecho, al parecer empírico, tiene su explicación científica, pues según Bouchard 1.600 gramos de orina normal escretada por un adulto durante veinticuatro horas contiene 50 centigramos de materias extractivas, cantidad igual á la que roba al organismo la emisión de 30 gramos de sangre, 250 gramos de secreción albina líquida ó 100 litros de sudor.

Fundado en estos datos el referido profesor, dice que el medio propuesto por él es el único racional y el más seguro y rápido, pues el hacer transpirar al enfermo es un medio insuficiente para eliminar de la economía el principio pecante.

Hace notar también el mencionado doctor, que los accidentes urémicos son más frecuentes de lo que generalmente se cree, pudiendo presentar la forma gastro-intestinal, la cerebral y la dispnéica, habiendo otras menos alarmantes que muchas veces pasan desapercibidas. En el curso de la fiebre tifoidea y en los cardíacos, algunos fenómenos morbosos son debidos á la falta de depuración urinaria suficiente.

Tomamos nota de las observaciones y experimentos del Dr. Landouzy, y cuando tengamos experiencia propia volveremos á ocuparnos de este asunto.—BERRURCO.

Quistes del páncreas.—Las enfermedades de esta víscera importante han permanecido ocultas durante mucho tiempo y hoy va comenzando su estudio, que ha de ser de trascendencia, tanto por la naturaleza glandular del órgano é importancia fisiológica del mismo, cuanto por su situación y relaciones.

El Dr. Senn de Milwankee, publicó en Julio pasado un trabajo importante acerca del tratamiento quirúrgico de los quistes del páncreas, y el profesor Gussenbauer, en *Langenbeck Archiv* refiere un caso clínico de la misma afección tratado por la operación; de estos dos trabajos extractamos lo más importante.

Siete enfermos con quistes pancreáticos han sido tratados por el Dr. Senn, y de ellos cuatro han curado y tres fallecieron á beneficio de la intervención quirúrgica. Del estudio de ellos se deduce que la afección es de las más raras y su diagnóstico difícil: uno de los caracteres más importantes es la rapidez en el desarrollo del tumor, y en cambio es raro encontrar el carácter grasoso de las cámaras; el asiento del tumor es variable, pues á veces se halla debajo del lóbulo derecho del hígado, otras en el epigastrio y las más en el hipocondrio izquierdo. Si el desarrollo del quiste es considerable, rechaza primero al estómago hacia adelante y más tarde á la derecha, al colón hacia abajo y al bazo á la izquierda; un carácter importante es que el tumor sigue los movimientos respiratorios de elevación y descenso, siendo preciso fijarse antes de exponer un juicio, porque hallándose cerca la aorta trasmite sus pulsaciones al quiste, que puede ser tomado por un aneurisma. A menos de existir una distensión enorme, suele percibirse con relativa facilidad la fluctuación, y por fin la punción exploradora es un excelente medio de diagnóstico, por más que sólo en los quistes pequeños contiene el saco líquido pancreático. Luecke, Bozeman y Rokitansky operaron á enfermas que creyeron atacadas de quistes ováricos, lo cual prueba las dificultades del diagnóstico y en ocasiones simulan quistes hidatídicos deshabitados, siendo frecuente, como en éstos, hallar el antecedente de un traumatismo precediendo al desarrollo del tumor pancreático; pero en éste los trastornos digestivos son más rápidos y la alteración de la nutrición general más pronta y graduada.

El tratamiento quirúrgico ha consistido en la *extirpación* por medio de la laparotomía antiséptica, cuando ha sido posible, pues en algún caso ha sido preciso evacuar el contenido, rellenando la cavidad de gasa, después de suturarle á la incisión cutánea. La evacuación simple por medio del aspirador es peligrosa, porque facilita la caída del líquido en el peritoneo, y aunque las experiencias de Heidenhain sobre los animales han demostrado la tolerancia de la serosa para el jugo pancreático, no se sabe si ocurrirá lo mismo en el hombre, y ya hemos dicho que sólo contienen dicho jugo los quistes pequeños ó de un mediano volumen; así, que sólo en éstos y cuando se diagnostiquen adherencias con la serosa, podrá emplearse la punción aspiradora como medio terapéutico.

El manual operatorio aconsejado por el Dr. Senn es el siguiente, según la *Revue de Chirurgie*: se comienza evacuando el contenido del estómago por medio del sifón; incisión en el punto más prominente del tumor, á fin de encontrar con más facilidad adherencias si existen; esta incisión tendrá lo menos 10 centímetros, y si están adheridos el quiste, el epiploon y el peritoneo parietal, se hace una punción con una aguja. Si no hubiera adherencias, se sutura el peritoneo á la pared abdominal con catgut, rechazando hacia afuera los labios de la herida epiploica, y colocando gasa iodoformica y cura antiséptica durante seis ú ocho días, se espera la adhesión del quiste á la herida superficial, porque siendo generalmente muy

ténues las paredes quísticas, no se puede suturar sin que el líquido se vierta en el peritoneo. Despues se coge el quiste con pinzas de dientes atrayéndole al exterior, se abre y desocupa bien, suturándole después á la herida y colocando en él tubos de desagüe y cura antiséptica.

Es preciso proteger la piel vecina contra la acción digestiva del líquido pancreático á beneficio del aceite fenicado.

Sentimos que la falta de espacio nos impida dar á nuestros lectores cuenta detallada de los casos prácticos que refiere el Dr. Senn, así como del operado por Gussenbauer, que curó de su quiste después de la incisión.—GARCÍA ANDRADAS.

Prolongación hipertrófica de la porción supravaginal del cuello uterino.—La observación clínica que vamos á referir ofrece gran interés por recaer en una jóven nulípara y porque es una prueba más en favor del tratamiento de ciertas anemias por los enemas de sangre.

Existe actualmente en la clínica del Instituto, sala de Santa Agueda, una joven de 18 años, á quien dimos entrada el 10 de Febrero último. De baja estatura, enjuta de carnes, menguada de inteligencia y mucho más de bienes de fortuna, esta pobre muchacha es uno de esos tipos de *gaminismo*, especie de paria que la sociedad arroja en el lodo de la corte, donde se consume por inanición ó en el pudridero del vicio. Sin recursos y sin familia, vino á la consulta para que le corrigiéramos un descenso de la matriz que desde algunos años atrás le ocasionaba bastantes molestias y la impedía ganarse la vida en su oficio de sirvienta. En Noviembre de 1885 había tenido su primera menstruación, que en los meses sucesivos se presentó, aunque de un modo irregular, otras dos veces. La micción y la defecación eran las funciones más perturbadas á causa del descenso. Al reconocerla, encontramos efectivamente que el cuello uterino y ambas paredes de la vagina caían fuera de la vulva simulando un prolapso completo; pero el tacto no apreciaba en éste el cuerpo del útero: desde luégo sospechamos que había más que descenso, y la sonda uterina y el tacto rectal confirmaron la sospecha, penetrando la primera 10 centímetros en el interior de la matriz y cerciorándonos con el segundo de que el cuerpo de dicho órgano estaba muy alto, reposando sobre el sacro, en retroversión, separado del hocico de tenca por un cilindro duro y prolongado. Había, pues, un *alargamiento* ó prolongación hipertrófica de la porción supravaginal del cuello uterino, puesto que el cilindro estaba por encima de las inserciones vaginales anterior y posterior. La enferma nos dijo que venía notando el estorbo desde un día que hizo un esfuerzo para levantar un balde de agua. Como no había más medio curativo que la operación, se la propusimos y la aceptó, ingresando en la sala aquel mismo día. El 13 de Febrero practiqué la extirpación cónica del cuello según el procedimiento de Hegar, que ya tengo explicado en otra parte y conocen nuestros lectores, extirpando tres centímetros y medio del cilindro y en forma de cono cuya base era el hocico de tenca, aplicando luégo la sutura de ambas mucosas cervicales interna y externa (ocho puntos de catgut y dos de seda). En la operación se libraron perfectamente ambos fondos de saco, y por consiguiente, los repliegues peritoneales anterior y posterior, no habiendo hemorragia ni otro accidente. A los ocho días quité los puntos, hallando la herida cicatrizada por primera intención, y la matriz, que ya medía seis centímetros después de la retracción, no volvió á asomar fuera de la vulva.

Mas he aquí que al duodécimo día la enferma se enfrió, y al pasar visita la encontramos con una fiebre catarral sumamente intensa. No he de detallar ahora todas las alternativas

experimentadas en el curso de esta enfermedad durante el tiempo transcurrido; baste saber que lo que en un principio ofreció los caracteres de una fiebre catarral, luego se hizo un estado adinámico, localizándose en el pulmón el elemento inflamatorio con tendencia á la forma caseosa. Hubo primero sus esputos sanguinolentos, luego herrumbrosos, y más tarde grumosos, con fenómenos locales correspondientes que obligaron á una medicación tónica activa y local revulsiva (cauterización punteada). A pesar de haber ido cediendo los síntomas torácicos y mejorado el carácter de la expectoración, seguían las fiebres vespertinas, los sudorcillos parciales, la inapetencia, la postración y la anemia. Entonces se le ocurrió á mi amigo y compañero el doctor Berrueco, encargado de la sala, emplear los enemas de sangre de que en otras ocasiones había obtenido resultado. ¡Bien haya tal idea! Lo que en un mes no consiguió el aceite de bacalao creosotado, los hipofosfitos, etc., se logró en pocos días con la sangre de algunos inocentes corderos. A los tres días de emplear los enemas ya se iban coloreando la piel y las mucosas, se animaba el semblante; las fiebres vespertinas eran menos acentuadas; á los ocho días me sorprendió ver sonreír á la enferma y contestar con más prontitud y fijeza á mi preguntas, renaciendo á la vez en ella el apetito que había perdido por completo, pues no tomaba más que leche.

Dieciocho corderos se han sacrificado á la cabecera de su cama, y hoy la enferma no tose ni tiene fiebre, se levanta y pasea, come, está animada y de buen color, ríe y habla. Todas las mañanas se le ponía un enema con 250 gramos de sangre, de los que solía devolver alguno al poco rato; pero los efectos de la absorción han sido muy palpables y obligan á recomendar el medio, sobre todo en los estados adinámicos que suceden á las fiebres graves. Con esto terminamos nuestra observación, ya harto pesada, dejando los comentarios al buen juicio de los lectores.—GUTIÉRREZ.

CRÍTICA

La conjuntivitis atropínica.—Muchas veces he leído en libros y periódicos la recomendación de emplear con mucho cuidado la atropina, temiendo que el abuso de esta sustancia traiga en pos de sí, como consecuencia obligada, la hiperemia de la conjuntiva, conocida con el nombre de conjuntivitis atropínica. Es cierto; sin necesidad de que haya tal abuso, las instilaciones continuadas de atropina llegan á producir, en la gran mayoría de los casos, dicha alteración; pero esto no es propio de la atropina únicamente, sino que en mi concepto sucede lo mismo con cualquier medicamento que se emplee durante largo espacio de tiempo, determinándose de este modo irritaciones de contacto, que en vez de llevar el nombre propio de cada agente terapéutico, estarán mucho mejor comprendidas bajo la denominación de conjuntivitis *medicamentosas*. Además, si para los efectos del tratamiento se hace necesaria la atropina, su supresión, como es natural, acarreará perjuicios de trascendencia y su sustitución por la duboisina, la daturina, la hiosciamina ó la misma homotropina, de acción igual aunque menos intensa y duradera, no será capaz de conjurar el peligro, pues obrando del mismo modo sobre los tejidos del ojo, claro es que su aplicación constante dará los mismos resultados más ó menos pronto. La conjuntivitis atropínica, por otra parte, no tiene importancia alguna ni merece esa atención que se la concede; debida á la parálisis de la fibra lisa de los capilares de la conjuntiva, cesará en cuanto cese la causa que la produce, es decir, en cuanto

se suspendan las instilaciones de atropina, una vez que ésta no sea ya necesaria, como la conjuntivitis de los operados termina en cuanto se destapan los ojos y se les libra del contacto de la lágrima y otros productos de secreción alterados por motivos distintos, y no se concibe el miedo á la conjuntivitis atropínica por los mismos que ensayaron la de pus blenorragico y provocan á cada paso la jequirítica. Otro peligro más grave y más digno de tenerse en cuenta es el aumento de tension ocular que la atropina produce y que puede ser causa del glaucoma en los ancianos y en muchos enfermos predispuestos en los que debe observarse con toda minuciosidad antes de decidirse á hacer la aplicación de este medicamento de valor inapreciable.—**MAURO M. BLANCO.**

Sobre el tratamiento de las úlceras de las piernas.—Difícil si no imposible sería reunir en una lista la multitud de ungüentos, pomadas y remedios más ó menos secretos recomendados para curar las úlceras de las piernas, sin tener en cuenta que éstas reconocen distintas causas, y que por tanto, diferente debe ser el tratamiento por más que algo deba tener de común, y ese algo ha de ser en primer término la limpieza más absoluta de la parte enferma, que es precisamente todo lo contrario de lo que se consigue con los remedios anteriormente citados.

Como es muy general la creencia de que sin pomadas ni ungüentos no pueden curarse las úlceras de las piernas, y como nosotros estamos convencidos de la inutilidad de estos medios y de la eficacia de otros más sencillos, vamos á indicar ligeramente el tratamiento del que hemos obtenido mejores resultados.

Como regla general ha de procurarse la dieta de función, para lo que es preciso recomendar al enfermo la permanencia en cama, que es el mejor medio de conseguir la mencionada dieta. Es preciso é indispensable procurar la mayor limpieza de la úlcera, para lo que se harán una ó varias curas al día, empleando para ello soluciones antisépticas de sublimado, ácido fénico, hidrato de cloral, tintura de iodo, etc., etc., y con esto solamente y la aplicación de algunas tiras de emplasto de aglutinante ó de protectora de Lister se consigue curar las úlceras simples y aun las sifilíticas, como ha ocurrido en una enferma que hace poco tiempo ocupó la cama núm. 9 de la sala de Santa Agueda.

Ahora bien; cuando las úlceras son varicosas, consíguese mayor éxito en el tratamiento uniendo á la quietud y reposo en la cama el amasamiento practicado según las reglas de mecanoterapia, pues la práctica demuestra la favorable influencia de ésta en las várices, sobre todo cuando se auxilia con la aplicación de la media elástica, con la que se evita la recidiva ó con las tiras de aglutinante.

Hay también úlceras acompañadas de várices en las que los medios enumerados son insuficientes si se descuidan otras circunstancias que favorecieron indudablemente la producción de la úlcera y que la entretienen hasta tanto que desaparecen; tal sucede con la enferma que ocupa la cama núm. 12 de la mencionada sala de Santa Agueda: esta enferma ingresó en el hospital con una extensa ulceración en la región poplítea, y el miembro asiento de esta lesión estaba aumentado de volumen, hinchado, varicoso, arrugado, y presentaba una extensa cicatriz que rodeaba al muslo en la unión de su tercio inferior con el medio, y otra cicatriz gruesa y resistente que cruzaba de arriba abajo á la región poplítea; ambas habían sido producidas por quemaduras que hace tiempo sufrió la enferma. Si en el caso presente nos hubiésemos limitado á tratar la ulceración por cualquiera de los medios propuestos, sólo

hubiéramos conseguido perder el tiempo lastimosamente y acabar con la paciencia de todos, pero afortunadamente fijamos nuestra atención en las cicatrices de que antes hemos hecho mención, y considerando que ellas eran la causa productora de la úlcera, y que sólo por ellas estaba sostenida, se acordó en sesión presidida por el doctor D. Federico Rubio seccionar la cicatriz de la corva, y al efecto, incidí hasta seccionar la aponeurosis, con cuyo medio, auxiliado por la extensión del miembro para evitar la retracción cicatricial, y con la quietud en cama, no solamente se ha conseguido mejorar la úlcera hasta el punto de estar ya casi cicatrizada, sino que se ha obtenido una disminución del volumen del miembro.

Hay otra clase de ulceraciones que son dependientes de la inflamación del periostio y del hueso, y en este caso claro está que mientras subsistan éstas no se conseguirá la curación de la úlcera.

De todo lo expuesto deducimos: que la limpieza y el reposo deben ser el primer factor en la terapéutica de las úlceras, bastando á veces esto para conseguir la curación; que debe en absoluto rechazarse el uso empírico de pomadas y unguentos; que es preciso buscar la causa productora del mal para combatirla, si aun subsiste, y que el tratamiento general debe secundar al local.—BERRUICO.

Sobre la malignidad de la leucoplasia bucal.—El Dr. Schech, de la escuela de Munich, ha publicado una minuciosa descripción del estado patológico conocido con los nombres de *psoriasis*, *ictiosis*, *queratosis bucal*, *glosodinia esfoliatriz*, etc., y que Schwimmer apellidó con más propiedad *leucoplasia oris*; pero como en la cuestión del pronóstico se limita el profesor primeramente citado á decir que es dudoso, vamos á permitirnos algunos comentarios que demuestren la gravedad de tal padecimiento, después de exponer los rasgos más característicos que al mismo asigna el Dr. Schech.

La leucoplasia de la boca aparece bajo la forma de unas manchas rojizas, en un principio circunscritas, que luégo se hacen opacas, lechosas, como si la mucosa hubiera sido tocada con el nitrato de plata fundido; en un período más avanzado, estas manchas plateadas se tornan mates, aumentan de espesor, se resquebrajan, dando á la superficie mucosa un aspecto rugoso y desigual, y si están muy desarrolladas las papilas, producen eminencias verrugosas, duras á veces como el cartilago, separadas por grietas, más profundas en los sitios que gozan de mayor movilidad. Tal sucede en los labios y en la lengua que, como en la cara interna del carrillo, el suelo de la boca y el paladar, son los puntos en que se desarrolla la leucoplasia.

Este padecimiento, por lo general, no ocasiona molestias y sólo alguna vez (de ello recordamos un caso), advierten los enfermos una sensación de quemadura, sobre todo si existen grietas, al tiempo de comer sustancias saladas ó beber líquidos espirituosos, y también cuando fuman. Pueden y suelen confundirse estas manchas con las placas sifilíticas, y así me sucedió en el enfermo á que antes hice referencia; pero la inutilidad del tratamiento específico es el mejor elemento para un diagnóstico diferencial, aparte de los antecedentes y de la tendencia ulcerativa de las segundas, cosa que nunca se observa en la leucoplasia.

Estas manchas blancas, de color limpio, que constituyen el padecimiento, reconocen por causa, al decir de los autores, bien la acción continuada de ciertos medios irritantes (como el mascar tabaco, los dientes rugosos, cariados, el abuso de los aguardientes), ya la influencia de algunos estados diatésicos (como la sífilis, el artrismo). Lo cierto es que la *leucoplasia*

oris constituye una neoplasia del epitelio de la mucosa bucal, cuyas capas superiores se hacen córneas después de algún tiempo y, según Schuchard, por debajo de este epitelio córneo y en íntima relación con él, se encuentra una sustancia química, la *eleidina*, cuyo descubrimiento en la piel se debe á los procedimientos de coloración del ilustre histólogo francés Mr. Ranvier, que le dió tal nombre.

Estas consideraciones sobre la naturaleza de la *leucoplasia bucal* bastaban para fijar la atención de los prácticos en su malignidad, si la constante observación no viniera también á demostrarla con la rebeldía del padecimiento á todos los tratamientos específicos y no específicos, locales y generales que contra él se emplean, aparte de la formación de cánceres secundarios glandulares que suelen seguir á la aparición de las manchas en la mucosa de la boca.

Hace poco tiempo me fué recomendado por un distinguido cantante un enfermo que presenté á mis compañeros del Instituto, y el cual ofrecía un enorme cáncer en el suelo de la boca y en ambas glándulas submaxilares, desarrollado en poco tiempo á consecuencia de una leucoplasia de la lengua y carrillos que contaba larga fecha, siempre rebelde á todos los tratamientos. Excusado es decir que en este caso nada se podía intentar en beneficio del enfermo, condenado á morir en plazo breve.

Como nada positivo se aconseja por los autores contra este padecimiento, más que combatir las causas (desconocidas muchas veces), y por desgracia no son infrecuentes los casos de leucoplasia bucal, nos atreveríamos á aconsejar á los prácticos que, en el momento que observen un enfermo con estas manchas en la boca y diagnostiquen su naturaleza no sífilítica, procedan á tratarlas como en un epiteloma en sus comienzos, empleando hasta la excisión, y á la vez, no estará demás el tratamiento general adecuado á las condiciones y antecedentes del individuo.

Quizá se evite de este modo la aparición consecutiva de otras neoplasias cuya erradicación sea más difícil ó imposible sin peligro para la vida del paciente.—GUTIÉRREZ.

DEMOGRÁFICA

Habiendo sido la mayor altura barométrica de la decena pasada 705'11 m. y la menor 700'13, sin que se noten tendencias al alza, entendemos que aun seguirá por algunos días el presente temporal de aguas y vientos, para que después venga el calor propio de la estación que atravesamos. La columna termométrica no ha pasado de 21'3 como temperatura máxima, ni descendido de 4'6 como mínima, y en cuanto á vientos han soplado comunmente los del Sur, sobre todo el SE y SSE.

Tan pronto como levante el temporal presente de vientos y chubascos, vendrá el fuerte calor, tanto más sensible para nosotros cuanto más repentino sea el cambio meteorológico que ha de operarse seguramente. Así, pues, si esta consideración parece que había de obligarnos á aconsejar á los lectores que aligerasen sus trajes interiores y que hicieran uso de un régimen alimenticio en que predominasen las sustancias vegetales, no hemos de caer en semejante tentación creyendo, como creemos, que si el calor aparece de repente, es tanta la humedad atmosférica, que pueden sobrevenir tempestades que cambien de un momento á otro las condiciones termales del aire, exponiéndonos, por lo mismo, á enfriamientos que conviene evitar á toda costa. Queden, pues, para los petimetres los gustos estragados de la moda, y vivamos nosotros en armonía con el medio externo, más veleidoso, por ahora, que la misma veleta indicadora de los vientos.

Estados febriles catarrales de gravedad insignificante, reumatismos musculares circunscritos á determinada región anatómica, no pocos casos de estomatitis ulcerosa y laringofaringitis poco acentuadas; he aquí lo que da verdaderamente sello constitucional á las enfermedades reinantes. El viento frío de algunos pasados días y la excesiva humedad han engendrado de nuevo algunas anginas gangrenosas, á las que han sucumbido niños de corta edad.

La mayor mortalidad diaria de Madrid ha sido de 50 individuos y la menor de 33.

NOTICIAS

Ha publicado la *Gaceta* la circular anunciada sobre el cólera.

Lo más saliente es la prohibición terminante de cordones y lazaretos interiores, así como de fumigaciones para las personas.

Y dirán los sátrapas del Gobierno al concederla:

—¿Está tu padre en casa?—Como si no.

El doctor Olavide ha experimentado la desgracia de perder á su esposa, que falleció en 25 del corriente.

Nos asociamos al justo dolor de nuestro compañero.

Se ha establecido en esta capital, Valverde 30 y 32, bajo, un nuevo *Instituto de vacunación* con linfa de ternera.

Uno de los médicos propietarios es nuestro querido amigo Ladislao Valdivieso, director de *El Jurado Médico-Farmacéutico*.

Conocemos la competencia y seriedad de Valdivieso, y respondemos, por tanto, de la utilidad del *Instituto* que dirige.

El Consejo de Sanidad ha decidido que se autorice al doctor Ferrán á practicar inyecciones anticoléricas. Volvemos á las andadas.

Un tiro en el corazón ó en la médula puede dejar de ocasionar la muerte á un individuo, siempre que se tenga el cuidado de lavar la herida.

Descubrimiento portentoso de este siglo, maniático por la antisepsis y el microbio.

Y por la exhibición.

Un petardo colocado por infame mano en un cirio de la iglesia de San Luis ha herido gravemente, al hacer explosión, al médico D. Pedro Izquierdo.

Esta es la uva que produce la vid de la tiranía por tantos siglos cultivada en muchos pueblos.

Han fallecido: en Mondáriz, D. Ramón Pardo, farmacéutico; en Madrid, D. Angel Cañizo; en Gerona, D. Juan Garriga, y en Salamanca, D. Agapito González, médicos.

Hemos recibido dos ejemplares de la *Reforma del Catecismo*, escrita en verso, á canto llano, por Fray Lino Cretona y Muletón.

Es un libro humorístico de 336 páginas que, por el buen rato que hace pasar, bien vale las dos pesetas que cuesta.

Se nos ha remitido un folleto de 20 páginas en 8.º, que versa sobre *Análisis microbiológico de las aguas potables*, y que está escrito por el Sr. Sierra y Carbó, al que agradecemos la atención.