7.199

17199

41
2283

ANUARIO

MEDICINA Y CIRUGIA

ANUARIO

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA

PRÁCTICAS.

Madrid : 1867.—Imp. de Bailly-Bailliere.

ANUARIO

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA

PRÁCTICAS

PARA 1867.

RESÚMEN DE LOS TRABAJOS PRÁCTICOS MAS IMPORTANTES

PUBLICADOS EN 1866

POR D. ESTÉBAN SANCHEZ DE OCAÑA

Doctor en medicina y cirugía,
Profesor clínico por oposicion de la Facultad de medicina de la Universidad central, ex-oficial de la Biblioteca de la misma Facultad, Subdelegado de medicina y cirugía en Madrid, ex-individuo del Cuerpo médico forense, etc., etc.

TOMO CUARTO.

BIBLIOTECA CENTRAL DE HACIENDA

MADRID

CARLOS BAILLY-BAILLIERE

LIBRERO DE CÁMARA DE SS. MM., DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL, DEL CONGRESO DE LOS SEÑORES DIPUTADOS Y DE LA ACADEMIA DE JURISPRUDENCIA Y LEGISLACION

—Plaza del Príncipe Alfonso, núm. 8.—

PARIS, J. B. Bailliere é hijo. | LÓNDRES, H. Bailliere. | NUEVA-YORK, Bailliere hermanos.

1867.

ANUARIO

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA

PRÁCTICAS.

MEDICINA.

Afonia nerviosa: su curacion por medio de la electricidad.
(*Bull. de thér.*).

Es la afonía nerviosa un padecimiento en ocasiones tan rebelde, que difícilmente se logra su curacion con los medios farmacológicos: en este concepto consideramos dignos de interés los dos casos prácticos que extractamos á continuacion, tanto mas hoy que, gracias al exámen laringoscópico, es posible establecer con toda seguridad el diagnóstico.

Una jóven de Lyon habia sido atacada de afonía, á consecuencia de una viva impresion moral. Los vejigatorios, las aguas sulfurosas, los chorros locales, la electrizacion localizada y muchos otros medios empleados hasta entonces, fueron completamente inútiles. El exámen laringoscópico practicado por el doctor Philippeaux, demostró que la glotis estaba libre, ancha, triangular, sin señal de inflamacion. La afonía tenia, pues, que depender de la parálisis de las cuerdas vocales. Era necesario restablecer la inervacion suprimida, por medio de la electrizacion del nervio laríngeo y de los músculos de la faringe, y con efecto así se practicó, segun el procedimiento indicado por M. Duchenne, introduciendo uno de los excitadores metálicos en la faringe, y haciendo obrar el otro al través de los músculos crico-tiroídeos. La curacion fué instantánea, pudiendo desde entonces la

enferma hablar y cantar perfectamente. Bastó para obtener este resultado una simple accion perturbadora extraordinariamente rápida: apenas se habia introducido el excitador, cuando desapareció la afonía, mientras que veinte y cinco sesiones de electricidad al exterior no produjeron anteriormente resultado alguno.

El mismo médico refiere con este motivo el hecho de una señora afónica, curada por el uso de un chorro frio en el interior de las fáuces; y recuerda igualmente el caso de una jóven histérica, curada primero de su afonía por una sesion eléctrica, en la que volvió á reproducirse la pérdida de la voz, á consecuencia de una crísis histérica, cesando para dar lugar á una parálisis del brazo, reemplazada á su vez por otra de la pierna. La electroterapia hizo desaparecer al fin todos estos fenómenos histéricos.

El doctor Vernay ha observado, por su parte, un caso de parálisis reumática de la laringe, cuya curacion se obtuvo igualmente con la electricidad. Habia atrofia muscular y parálisis del movimiento en el nervio espinal que preside á las funciones de la laringe y músculo trapecio.

Amigdalitis: tratamiento por medio del guayaco. (*Pabellon méd.*).

El doctor Mackenzie, médico del hospital de Lóndres, para las enfermedades de la garganta, cree que cuando la inflamacion de las amígdalas ha llegado á cierto grado, generalmente sigue su curso, sea el que quiera el tratamiento que se emplee; pero no así si se combate desde el principio, es decir, antes de que esté interesado el mismo parénquima tonsilar. Hallándose limitada todavía la afeccion á la membrana mucosa subyacente, el autor dice que ha obtenido inmejorables resultados con la aplicacion local del guayaco. Al principio, ensayó este medicamento, administrándole al interior y espolvoreando con él la parte afecta; pero no obtuvo éxito alguno hasta que el doctor Crompton le dió á conocer el verdadero modo de usarle. Este se reduce á poner sobre la lengua del enfermo cuatro ó cinco granos de guayaco, y disolverlos muy lentamente, repitiendo la operacion cada tres, cuatro, cinco ó seis horas, segun la

urgencia de los síntomas. En los casos de angina incipiente, cuando no ha pasado de las cuarenta y ocho horas, así como en los de congestion general de la membrana mucosa de las fáuces, asegura el doctor Mackenzie que casi infaliblemente se consigue detener los progresos de la afeccion, logrando con mucha frecuencia que á las veinte y cuatro horas esté completamente curado el enfermo. He empleado este medio, dice, en muchos centenares de casos, por cuyo motivo aconsejo su aplicacion despues de una práctica muy extensa. En un cuatro por ciento de los enfermos suele ocasionar algun dolor de vientre y diarrea, sin que esta última contribuya en nada á la curacion. Añade el autor, que ha tenido ocasion de observar que es tambien de grande utilidad la aplicacion local del guayaco, en casos de congestion crónica de la membrana mucosa, dependiente de la sífilis constitucional. La repugnancia que tienen algunas personas á chupar el guayaco, puede vencerse incorporando el medicamento pulverizado con el zumo de grosella negra ú otro excipiente de sabor agradable, para administrarle en forma de pastillas que contengan cuatro granos de la sustancia medicinal.

El remedio es fácil é inofensivo, y por lo tanto no vemos inconveniente en que se ensaye, aun cuando dudamos mucho que la práctica justifique las virtudes casi específicas que le atribuye el profesor inglés: es verdad que siempre quedará el recurso de decir que habian transcurrido ya las primeras veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas.

Aneurisma del cayado de la aorta, diagnosticado por medio del laringoscopio. (*Union méd.—Gaz. des hop.*).

Bien conocidos son los servicios que diariamente presta el laringoscopio en multitud de casos de afecciones laríngeas; pero no se habia imaginado que este precioso medio exploratorio pudiera aplicarse á otra clase de enfermedades en las que, sin embargo, su uso puede tener grande importancia.

Así es que en un hecho de aneurisma de la aorta pectoral, cuya observacion ha sido presentada por M. Potain,

á la Sociedad médica de los hospitales, se ha podido aplicar útilmente el laringoscopio al diagnóstico de la enfermedad, y esto, en un caso difícil, en que, sin auxilio de este procedimiento, el mal habria quedado probablemente desconocido hasta su terminacion.

Se trataba de un hombre de sesenta años, cochero, robusto y de buena salud habitual. En octubre de 1864 advirtió por primera vez un poco de opresion; en enero se presentó tos, y aumentó la opresion; en febrero la voz se puso ronca, y muy poco tiempo despues el paciente se quedó casi completamente afónico. En la época que precedió á su entrada en el hospital, se presentaron accesos de opresion que se repetian con intérvalos mas ó menos largos.

En marzo del 65 ingresó en el hospital de San Antonio. En esta época conservaba su aspecto de robustez, y no tenia cianosis; se quejaba de opresion contínua, que le obligaba á permanecer sentado en la cama; tos frecuente, fatigosa y un poco apagada como la voz. La respiracion era ruidosa; la inspiracion y espiracion eran igualmente difíciles.

Se atribuyeron primero todos estos accidentes á una laringo-bronquitis aguda. Sin embargo, como persistiesen la disnea y la afonía, y la respiracion se fuera haciendo cada dia mas estridulosa y sonora, se practicó el exámen laringoscópico.

La laringe se encontraba en estado completamente normal, sin rubicundez ni vascularizacion; antes por el contrario, todo este órgano estaba pálido y decolorado, y, mientras que se veia la glotis anchamente abierta, continuaba, no obstante, el ruido estridulosa de la respiracion.

Llevando mas allá el exámen laringoscópico, se pudo reconocer que la vista franqueaba fácilmente la glotis muy abierta y penetraba hasta la profundidad de la tráquea; pero detenida por una superficie rojiza y prominente, que se continuaba por el lado izquierdo de este conducto, no podia percibir el ángulo formado por la division de los bronquios: era evidente, por lo tanto, que la pared de la tráquea estaba empujada por un tumor; pero no se observaban latidos de ninguna clase que demostraran que este tumor era aneurismático.

Además, haciendo mover la glotis, se reconoció la parálisis de la cuerda vocal izquierda; mientras que la derecha ejecutaba sus movimientos siempre que el enfermo inspiraba ligeramente, ó hacia esfuerzos para emitir un sonido, la del lado opuesto permanecia siempre y absolutamente inmóvil.

Auscultando al enfermo con mas atencion, se observó que, á través del ruido estriduloso que se percibia en todo el pecho, podia distinguirse en el lado derecho murmullo vesicular normal, en tanto que en el izquierdo era imposible oirle en ningun punto. Esta falta de ruido respiratorio no podia atribuirse á un enfisema normal ó á un derrame pleurítico, puesto que no habia alteracion en la sonoridad; á un aplanamiento ó descenso secundario de este pulmon, puesto que el perímetro era igual en ambos lados; ni á una insuficiencia de los movimientos de inspiracion, porque se ejecutaban con la misma intensidad á la derecha que á la izquierda. Era preciso admitir un obstáculo al nivel del bronquio izquierdo que impedia la penetracion del aire en el pulmon correspondiente. Debia creerse que este obstáculo dependia de la compresion producida por algun tumor, puesto que el bronquio y el nervio recurrente, que está inmediato, parecian encontrarse interesados á la vez, segun demostraba, con respecto á este mismo, la parálisis de la cuerda vocal. Por otra parte, insistiendo en el interrogatorio del enfermo, se vino en conocimiento que hacia algun tiempo experimentaba una ligera dificultad en la deglucion, y referia esta pequeña molestia al sitio correspondiente al tercio superior del esternon. Segun toda probabilidad, el tumor, que de este modo comprimia á la vez el bronquio izquierdo, el nervio recurrente y el esófago, debia ser un aneurisma de la concavidad del cayado de la aorta, en el punto en que esta arteria se encuentra en relacion con los tres órganos citados. En la marcha y síntomas de la enfermedad no habia nada que hiciese sospechar la existencia de un absceso; lo mismo sucedia con un cáncer del mediastino ó tubérculos ganglionarios, puesto que no existia señal alguna de caquexia. Sin embargo, en vano se trató de buscar algun signo directo del supuesto aneurisma. No habia latidos anormales, ni ruido

de fuelle, ni modificacion en las pulsaciones arteriales de los miembros superiores, ni inferiores: el esfigmógrafo aplicado por M. Marey, trazó un dibujo completamente normal.

Entonces fué cuando, repitiendo el exámen laringoscópico, se observó la superficie rojiza y saliente en la pared izquierda de la tráquea. Este exámen, pues, elevaba las probabilidades del diagnóstico de un aneurisma de la aorta al grado casi de una comprobacion directa, y teniendo en cuenta los órganos sobre que se ejercia la compresion (tráquea, bronquio izquierdo, nervio recurrente y esófago); así como la igualdad en el pulso de las radiales, que suponia la integridad del orígen de la subclavia, era fácil fijar el sitio preciso de este aneurisma, en la concavidad del cayado de la aorta, un poco mas allá del nacimiento de la arteria precedente.

Aumentando de intensidad y frecuencia los accesos de disnea, falleció el enfermo el 28 de abril.

En la autópsia se encontró, en la pared posterior y un poco superior del cayado de la aorta, una bolsa aneurismática anfractuosa, del tamaño de una naranja pequeña, aplicada por detrás sobre el cuerpo de dos vértebras, á las que estaba adherida: en el interior del saco aparecia el hueso denudado; por el lado derecho el tumor estaba fuertemente adherido á la tráquea, á la que empujaba en este sentido; por la parte inferior descansaba sobre el bronquio, deprimiéndole visiblemente.

Disecando esta pieza, se puso al descubierto el nervio recurrente, que se introducia entre el tumor y la tráquea fuertemente unidos entre sí, encontrándose en este sitio como aplastado y comprimido en forma de una cinta fibrosa, que solo podia reconocerse por su continuidad con el ramo recurrente del pneumogástrico.

El exámen microscópico de los músculos laríngeos ha hecho conocer que se encontraban atrofiados, decolorados, presentándose sus fibras en parte granulosas, mientras que los músculos del lado derecho estaban sanos.

Tal es, muy en resúmen, la interesantísima observacion de M. Potain. En ella se ven perfectamente designadas las relaciones recíprocas de la afonía, de la parálisis de los músculos motores de una de las cuerdas vocales, de

la compresion del nervio recurrente y de su atrofia, así como la de los músculos en que se distribuye.

Pero su principal interés consiste en la demostracion de los servicios que puede prestar el laringoscopio en el diagnóstico de los aneurismas de la aorta. La ronquera determinada en ciertos casos de esta enfermedad por la compresion del recurrente, era un hecho conocido, y ya se habian observado los caractéres laringoscópicos de esta parálisis. Pero, segun M. Potain, esta es la primera vez que dichos caractéres han abierto camino para establecer el diagnóstico de la enfermedad principal, cuando no se revelaba por ninguno de sus signos habituales, y que, por consecuencia, no habria podido conocerse sin el auxilio del laringoscopio.

La precision del diagnóstico no podia, es cierto, salvar la vida al paciente; pero sí le ha evitado los dolores y molestias de un tratamiento, que seguramente se hubiese empleado contra una afeccion que no existia. Le ha librado tambien de sufrir la traqueotomía, que se habria practicado para evitar la sofocacion, y que era completamente inútil en este caso.

Por nuestra parte debemos hacer notar que en el *Méd. Times* de junio de 1864, ya se da cuenta de haber aplicado el laringoscopio al diagnóstico de un aneurisma de esta clase.

Angina de pecho : etiologia. (*Dict. des prog.—Union méd.*).

Es tan oscura aun la causa inmediata de esta enfermedad, que no pueden menos de ofrecer interés práctico los hechos que tiendan á esclarecerla. Atribuida durante largo tiempo á una afeccion del sistema nervioso, por falta de lesion cadavérica, hay en la actualidad algunos autores que se inclinan á referirla á alteraciones anatómicas de otro género.

M. Lancereaux llamó la atencion, en 1864, acerca de un caso de estrechez de las arterias coronarias, con placas salientes de muchos centímetros entre las paredes aórticas, cuya lesion consideraba como causa del padecimiento, de acuerdo en cierto modo con M. Laennec.

A continuacion extractamos tres casos tomados de la

prensa inglesa, que vienen en apoyo de esta opinion.

1.° Un hombre de 40 años sufria hacia más de ocho, de síntomas cardíacos con accesos, que el doctor Ludfield caracteriza de *angina de pecho*. Habiendo muerto en uno de ellos, se encontró en la autópsia el corazon voluminoso, con depósitos ateromatosos blandos sobre las válvulas, entre las túnicas de la aorta, especialmente en los orificios de las arterias coronarias. El de la izquierda estaba completamente obstruido con estrechamiento del calibre del vaso; á la derecha no era completa la obliteracion. Los dos ventrículos, contraidos, presentaban, aunque en pequeño grado, la degeneracion adiposa.

2.° Un guarda-bosque, de 42 años, musculoso y grueso, se quejaba del centro epigástrico. Admitido en el hospital de San Jorge, espiró en un acceso de *angina de pecho*, segun el médico que presenció el ataque. En la autópsia se encontró sangre extravasada en el pericardio, sin otra lesion que un ateroma blando en el orígen de la aorta, que cerraba de tal modo el orificio de las arterias coronarias, que no podia penetrar en ellas la cabeza de un alfiler. El calibre de estos vasos era, sin embargo, normal. El corazon, voluminoso, pesaba 13 onzas y media, con señales de degeneracion adiposa.

3.° Un soldado, de 35 años, que padecia del corazon, murió repentinamente en un ataque de angina de pecho. Como en los casos anteriores, el centro circulatorio se encontraba ligeramente hipertrofiado, sin contractura del ventrículo derecho; en la base de la aorta existia un ateroma blando, que obstruia completamente el orificio de la arteria coronaria derecha; el de la izquierda estaba tambien muy estrechado. Las túnicas de este vaso se hallaban en estado normal.

La falta de detalles y los antecedentes de estos casos dan lugar que se abriguen legítimas dudas acerca de la exactitud del diagnóstico. ¿No seria fácil por otra parte que se hubiera tomado el efecto por la causa?

En un hecho notable, publicado por M. Surmay en la *Union médicale*, un acceso primero y único produjo la muerte en veinte y dos horas en un hombre de 30 años, sin que la autópsia demostrase la lesion que en los enfermos anteriores, ni otra ninguna mas que plenitud del

sistema circulatorio, que pudo muy bien ser producida por efecto del consensus, de la fuerza centrípeta, determinada por la violencia de un dolor continuado durante tanto tiempo, sin necesidad de ninguna otra alteracion.

Auscultacion: multiplicacion de los ruidos normales del corazon.—Ruidos anormales. (*Gaz. hebd.—Dict. des progrès*).

La multiplicacion ó desdoblamiento de los ruidos normales del corazon, ó ruidos triples ó cuádruples, indicados por primera vez por M. Bouillaud con los nombres de ruidos de *golpeteo* ó *martillo*, fué considerado por este ilustre maestro como un fenómeno constante y casi patognomónico de las estrecheces de las cavidades izquierdas.

Esta opinion domina aun en la actualidad, aunque en un sentido menos absoluto. En efecto, se sabe hoy que los ruidos repetidos, triples y aun cuádruples, pueden producirse sin que exista enfermedad alguna del corazon, y depender de la influencia de simples palpitaciones nerviosas.

Seria, pues, muy importante poder distinguir los desdoblamientos ó repeticiones accidentales, casi fisiológicos, de los que denuncian una verdadera y grave afeccion cardíaca. Pero los autores que han reconocido la existencia de los primeros, no patológicos, no han estudiado bien su frecuencia, las circunstancias en que se producen, su mecanismo, ni, en fin, sus caractéres diferenciales.

M. Potain se ha propuesto dilucidar estos puntos oscuros en un extenso y concienzudo trabajo presentado á la *Sociedad médica de los hospitales*. La falta de espacio nos obliga, á pesar nuestro, á limitarnos á hacer de él un resúmen en extremo sucinto.

Estos ruidos dobles se han considerado como excepcionales, sobre todo en el primer tiempo; pero, á juicio de M. Potain, son por el contrario bastante frecuentes, puesto que los ha encontrado 99 veces en 500 personas; á saber: 61 vez en el primer ruido; 30 en el segundo, y 8 en ambos simultáneamente. Contra la opinion de los que los atribuian á las palpitaciones nerviosas, un exá-

men atento y riguroso ha permitido al autor referirlos á los movimientos respiratorios. Habiéndose asegurado que este fenómeno dependia, en gran parte, del modo de verificarse la respiracion, emprendió una série de experimentos sobre sí mismo, por medio de un estetóscopo flexible, y pudo producir á voluntad estas duplicaciones, estudiar las condiciones de su aparicion y explicarlas por una teoría admisible.

Por medio del esfigmógrafo ha demostrado de un modo evidente que la duplicacion del primer ruido corresponde al fin de la espiracion y al principio de la inspiracion, mientras que la del segundo tiene lugar al fin de la inspiracion y al principio de la espiracion. No son, pues, simultáneos, sino opuestos, en cuanto al tiempo de la respiracion, y subordinados al modo como esta se ejecute. Así es que pocas veces son durables, persistentes y uniformes; cambian y se modifican en su intensidad, en su ritmo y frecuencia, segun las modificaciones de la respiracion. Este carácter variable, transitorio, puede considerarse como el mejor signo de las duplicaciones no patológicas, es decir, no sintomáticas de una lesion cardíaca.

Esta influencia de la respiracion se demuestra cuando se dificulta ó impide la entrada y salida del aire. Entonces cambian los tiempos de la duplicacion de los ruidos: el primero corresponde á los mismos períodos que el segundo, y vice-versa. Siguen á los esfuerzos de la inspiracion y de la expiracion, si estos se verifican sin entrada de aire.

El estar sentado el sugeto á quien se observa y la presion en la region cardíaca hacen este fenómeno mas evidente y mejor acentuado; del mismo modo que todas las circunstancias que activan la circulacion. Las palpitaciones son tambien una de sus causas ocasionales.

M. Potain explica la estrecha relacion de estas duplicaciones de los ruidos cardíacos con los movimientos respiratorios, por la tension arterial y venosa que se verifica segun los diversos tiempos de la respiracion, su libertad y su regularidad. El exceso de presion en la aorta acelera la caida ó extension de las válvulas sigmoídeas, y desdobla ó duplica el segundo ruido. El exceso

de presion en las venas retarda la oclusion de la válvula tricúspide y duplica el primero, puesto que este, en condiciones regulares, es producido por la oclusion súbita y simultánea de esta última válvula y la mitral. El autor se esfuerza en demostrar esta hipótesis en la última parte de su memoria; da teorías y explicaciones sumamente minuciosas, difíciles de analizar y que, por otra parte, distan mucho de ser verdades demostradas.

Resulta como corolario práctico de este estudio: que los ruidos del corazon pueden duplicarse con independencia de toda afeccion cardíaca aguda ó crónica. Que este fenómeno no es muy raro. Que pueden distinguirse, bajo el punto de vista del diagnóstico, las duplicaciones normales y patológicas de los ruidos del corazon. Las normales son muy rápidas, y se encuentran de un modo especial bajo la influencia del ritmo respiratorio: las morbosas, las que revelan una afeccion cardíaca incipiente, se distinguen por el grande intérvalo que separa sus dos partes y por su independencia de los actos respiratorios.

Ruidos anormales del corazon.— Se observan á veces en la práctica fenómenos desconocidos, inexplicables, fisiológicos ó morbosos, y que, considerados como anomalías ó curiosidades, no se encuentran descritos en ninguna parte. Tales son las dos observaciones siguientes, consignadas por M. Pugtenat en el *Journal de méd. de Bruxelles*, y que es conveniente registrar como enseñanza, aunque sin darlas mas importancia que la que merecen.

Una jóven de 24 años, morena, bien reglada, que no habia tenido nunca anemia, clorosis, sífilis, herpes, ni reumatismo, pero excesivamente impresionable y sonámbula, se quejaba de una sensacion de peso y opresion angustiosa en la parte anterior del pecho, que no era el globo histérico. De tiempo en tiempo se presentaba repentinamente y sin causa apreciable una sensacion dolorosa en la region precordial. Las crísis nerviosas que solia padecer, caracterizadas por palpitaciones, opresion y excitacion, eran seguidas de un sueño pesado, durante el que se manifestaban actos de sonambulismo.

Por la auscultacion del corazon se percibió, en la parte superior é izquierda, un ruido particular comparable al *cloqueo de los pollitos pequeños*, isócrono al sístole. En la

parte media se hacia agudo, terminando sin prolongarse á la aorta, ni las carótidas. La enferma no le advierte, aunque le oyen á distancia las personas que la rodean.

Un exámen minucioso de todos los órganos torácicos no ha revelado alteracion alguna patológica que pueda explicar este ruido extraño, como no sea el estado de neurosismo, interpretacion que destruye en parte el hecho siguiente:

En un labrador robusto, de 41 años, rubio, de voz sonora, antiguo soldado de infantería, que no habia padecido nunca afeccion cutánea, sifilítica, ni reumática; que comia y digeria bien, sin tos ni palpitaciones, respiracion libre aun cuando subiese cuestas, se observaba, aplicando el oido en la region precordial, un ruido duro, sonoro, distinto é intermitente, que se sentia en todos los puntos del torax, especialmente hácia la base del corazon y el cayado de la aorta. Al contrario de lo que hemos visto en el caso anterior, no era isócrono al sístole y oscurecia los ruidos cardíacos normales. Era tal su fuerza, que se oia á muchos metros de distancia y estorbaba el sueño, no solo de este hombre, sino hasta de su mujer. Su timbre y su sequedad no se parecian á ningun otro ruido fisiológico ó patológico conocido del corazon ó del aparato respiratorio. Podria formarse una idea bastante exacta, suponiendo que un niño pronunciase en voz poco baja, seca y metálica, las sílabas *grrouou*, de un modo distinto 76 veces por minuto. La suspension ó la aceleracion de la respiracion no modificaba en nada este ruido.

El enfermo le habia percibido de repente hacia ya un mes, cuando le observó M. Putegnat: en este tiempo no habia sufrido otra alteracion que, de intermitente que era los primeros dias, haberse hecho contínuo.

Un exámen detenido no reveló ninguna alteracion ni fenómeno morboso que pudiese explicar este extraño ruido. Este hombre no estaba clorótico, ni anémico. La aparicion súbita del fenómeno, sus caractéres y la falta de síntomas concomitantes hacian rechazar la idea de una alteracion orgánica.

A pesar de su intensidad es preciso resignarse á confesar que nos es desconocido en su esencia, como tantos

otros fenómenos pasajeros, nerviosos, vitales, inexplicables aun despues de practicada la autópsia.

Autofagismo en las enfermedades agudas, bajo el punto de vista de su diagnóstico por las aftas, y de su tratamiento por la alimentacion. (*Gaz. des hop.—Jour. des conn. méd. prat.*).

El doctor Mourgue se ha propuesto llamar la atencion de los clínicos acerca de un hecho práctico digno de estudio y de interés, bajo mas de un punto de vista: el autofagismo, en las enfermedades agudas.

El autofagismo, dice el autor, es el conjunto de las manifestaciones morbosas que se producen por efecto de una dieta excesiva. Cuando el organismo carece de alimentos, se destruye; se come á sí mismo por una necesidad imperiosa de la nutricion (Trousseau). Un gran número de observaciones han demostrado al doctor Mourgue, que muchos indivíduos afectados de enfermedades agudas, mueren de hambre, de autofagismo intercurrente, cuando están sometidos á una dieta muy severa.

El autofagismo es, pues, una enfermedad especial, ó mas bien una degeneracion, una transformacion de todas las enfermedades por la dieta. Presenta dos órdenes de síntomas: unos están localizados en el tubo digestivo, y revelan una flogosis especial con producciones pseudomembranosas características. Los otros síntomas, generalizados en los diversos aparatos orgánicos, varian segun las afecciones en que se observen.

Las aftas son la expresion capital del estrago producido por la dieta, y caracterizan al autofagismo. Los micrógrafos modernos han reconocido que las aftas, el muguet, etc., son producciones parasitarias, debidas á la presencia de un hongo particular, *oidium albicans* (Ch. Robin).

Por otra parte, la observacion ha demostrado que la depauperacion orgánica del sugeto que sirve de receptáculo, de sosten al parasitismo vegetal ó animal, constituye la condicion mas importante de su desarrollo. En efecto, el musgo y los líquenes brotan en la corteza de los árboles viejos. Los pulgones y otros parásitos, en las plantas endebles y miserables. La sarna y la miseria

atacan de preferencia á los sugetos débiles y enfermizos.

La clínica confirma tambien estos datos de la sana fisiología. Las aftas aparecen generalmente en una época avanzada de las enfermedades graves. Señalan por lo comun el período último de las dolencias incurables, cáncer, tuberculosis, etc. Gran número de observaciones, dice el doctor Mourgue, le han demostrado que las aftas de las afecciones agudas desaparecen con facilidad, y los sugetos se curan cuando se les alimenta convenientemente, mientras que estas producciones morbosas se agravan y á menudo mueren los enfermos, cuando la alimentacion es defectuosa, cualquiera que sea por otra parte la medicacion tópica que se emplee: alumbre, borax, cauterizacion, etc.

Las aftas son, pues, un accidente morboso muy comun en las enfermedades, y como la medicacion que propongo, continúa el autor, es de las mas inocentes, no debe titubearse en ensayarla, aun en los casos dudosos que reclamen su uso. Algunas cucharadas de caldo muchas veces al dia bastan para precaver y combatir frecuentemente el autofagismo. En los males graves y en los países cálidos, no es siempre necesario que este caldo esté preparado con carne.

En los casos raros, en que es imposible la ingestion de los alimentos en el estómago, se los puede suplir con lavativas alimenticias, repetidas dos ó tres veces al dia.

Algunos médicos, apoyándose en la autoridad del célebre Bauthers, consideran equivocadamente á las aftas como una crísis que temen perturbar con la alimentacion, teniendo á algunos enfermos á dieta durante treinta y cuarenta dias, dando lugar con esta conducta á que mueran de inanicion. Felizmente, dice M. Mourgue, estas doctrinas van siendo abandonadas, y gracias á los trabajos de Trousseau, Monneret, etc., hoy se alimenta á los enfermos, aun en los padecimientos agudos.

Restaba solo determinar la época precisa en que era necesaria la alimentacion; trazar los caractéres propios del autofagismo. El autor cree haber ilustrado este punto importante de terapéutica con sus observaciones. En la actualidad, segun él, ya no debe haber duda. La conducta del médico en estas circunstancias está trazada

con un rigor matemático. Siempre que haya aftas, existe autofagismo, que reclama alimentacion.

En toda enfermedad que dura y que se agrava, se debe sospechar autofagismo. Esta sospecha se convierte en certidumbre por la coexistencia de la dieta y de las aftas. El práctico, pues, tiene el deber de buscar este signo revelador, examinando diariamente y con cuidado la cavidad bucal. A la aparicion de falsas membranas, cuyo asiento primitivo es la mucosa de la boca y la palatina, conviene suspender todo tratamiento debilitante, antiflogístico, evacuante, y alimentar de un modo conveniente y con prudencia á los enfermos, cualquiera que sea, por otra parte, la naturaleza del padecimiento y la intensidad de la fiebre.

El autofagismo se observa con mucha frecuencia en las enfermedades de los niños.

El autor refiere varios casos prácticos para probar la exactitud de su doctrina. En una misma familia, dos niños, atacados de fiebre tifoídea, curaron por la alimentacion, prescrita desde el momento en que aparecieron los signos de autofagismo, mientras que la madre, atacada posteriormente, sucumbió por no haber observado la misma conducta en tiempo oportuno.

La cuestion suscitada por M. Mourgue, en la nota que acabamos de extractar, es, á no dudarlo, muy interesante, porque á una cuestion de patogenia va unida otra de terapéutica de grandísima importancia. Como, con mucha oportunidad hace observar el doctor Garnier, no debe olvidarse que el hambre no es la única guia para dar alimentacion, porque frecuentemente hay necesidad de estimularla.

El signo, pues, indicado por este práctico seria precioso, si la experiencia le confirmase; pero no creemos que hasta ahora se pueda considerar como un hecho indudablemente demostrado. Por de pronto, es indudable que las aftas no son un signo unívoco del autofagismo, toda vez que se desarrollan en una porcion de circunstancias en que no pueden depender de esta causa, ni de un estado general grave del indivíduo.

Segun hace observar el doctor Ranse en la *Gaz. médicale*, parece que M. Mourgue confunde equivocadamente

las aftas y el mugnet: este último está siempre caracterizado por la presencia del hongo á que M. Robin ha dado el nombre de *oidium albicans*: las aftas, por el contrario, pocas veces presentan micrófitos al exámen microscópico, y aun cuando esto suceda, no es nunca el parásito del muguet. Sea lo que quiera de la importancia de las aftas como signo de autofagismo, es indudable que del trabajo de M. Mourgue se desprende un precepto útil en la práctica: alimentar en tiempo oportuno á los enfermos, no prolongando demasiado la dieta.

Cálculos biliares: influencia del síncope y del narcotismo en su expulsion. (*Jour. de méd. et chir. prat.*).

El doctor Bergeret, que ha tenido ocasion de observar bastantes afecciones de este género, emplea dos modos de tratamiento basados en la fisiología y en la física. El primero tiene por objeto relajar las paredes del conducto excretor que contiene el cálculo, y consiste en el uso de la sangría llevada hasta el síncope y en el narcotismo. El segundo tiende á imprimir sacudidas expulsivas á la region hepática por medio de un emeto-catártico.

El autor refiere, en apoyo de este método, la observacion de un labrador de 40 años, en quien los cólicos hepáticos eran tan atroces, que pedia á grandes gritos la muerte. Llamado M. Bergeret en una de estas crísis, encontró la vejiga de la bílis muy distendida, formando un tumor redondeado, renitente, muy doloroso á la presion, lo cual le hizo creer que existia un cálculo detenido en el conducto colédoco. Para hacer cesar este estado de constriccion y movilizar el cálculo, mandó practicar una sangría hasta que se desmayó el enfermo; cuando fué volviendo de este estado, se administró láudano á alta dósis, á fin de sostener cierto grado de relajacion en el sistema nervioso. En fin, para favorecer la expulsion é imprimir sacudidas á la region hepática, le hizo tomar un emeto-catártico.

Al dia siguiente, el sugeto arrojó en las deposiciones muchos cálculos con facetas, y de volúmen variable, desde el de un guisante hasta el de una judía. La curacion fué

completa, y hace ya tres años que las crísis no se han reproducido.

El enfermo de la segunda observacion era una señora de 50 años, que padecia cólicos hepáticos, tratados inútilmente por medio de las sangrías y el opio á dósis insuficiente para producir el narcotismo. Habiéndola visto en consulta M. Bergeret, para un ataque mas fuerte aun que los anteriores administró los opiados hasta que se manifestase un principio de somnolencia bien pronunciado: cuando estuvo la enferma sumergida en ese estado de estupor y relajacion general que producen estas preparaciones, estado en que los dolores habian perdido mucho de su intensidad, la hizo tomar 5 centígramos de emético con 20 gramos de sulfato de magnesia. Excitándose por este medio grandes esfuerzos de vómitos que conmovieron fuertemente el aparato biliar, al poco tiempo se encontraron, en las deposiciones producidas por el emeto-catártico, un gran número de cálculos de la misma forma que en el caso anterior. Sometida á un régimen de vegetales frescos y buenas frutas, segun el precepto de Chomel, la enferma no ha vuelto á sufrir ningun ataque de su padecimiento.

El autor dice, que podria referir un número muy considerable de hechos análogos, en los que el mismo sistema de tratamiento ha producido iguales resultados.

Cálculo bronquial: expulsion: curacion. (*Arch. gén. de méd.*).

El doctor Guibout ha presentado, á la Sociedad médica de los hospitales de Paris, un cálculo bronquial muy duro, ramoso, de 37 centígramos de peso y con diez ó doce prolongaciones que, sin duda, se introducian en los tubos bronquiales, y explican la dificultad y los accidentes que han acompañado á su expulsion.

El enfermo que arrojó este cálculo era de 34 años de edad, tenia una tos contínua hacia seis meses, y desde dos años antes, las vómicas pulmonales se reproducian cada dos ó tres meses y aun á veces con mas frecuencia: consistian en una masa de pus bastante espeso, fétido, y cuya cantidad podia calcularse de una á dos copas grandes. El exámen del pecho no dió nunca á

conocer el asiento y extension de los desórdenes pulmonales.

Un dia sobrevino una hemoptísis bastante abundante, y el enfermo, en medio de la sangre que arrojaba, sintió caer en la jofaina un cuerpo, de sonido como metálico. Era el cálculo que acababa de ser expulsado. Desde entonces, hasta la época á que se refiere la observacion, que habian transcurrido seis semanas, el sugeto no volvió á toser, se nutrió y parecia completamente restablecido.

De las diversas circunstancias de este hecho, deduce M. Guibout: que el cálculo se ha formado primitivamente en una cavidad bronquial dilatada y supurante, y que de allí ha ido sucesivamente, y á medida que se desarrollaba, enviando prolongaciones á los bronquios inmediatos, hasta el momento en que, despues de haber ensanchado poco á poco, gastado ó destruido los tubos bronquiales que le retenian, ha podido ser lanzado fuera por los esfuerzos de la expuicion.

Catalepsias parciales y pasajeras. (*Arch. gén. de méd.—Gaz. hebd.*).

La catalepsia está constituida en su mas alta expresion por una especie de coma ó insensibilidad absoluta, que anula las funciones de la vida de relacion, sin comprometer las de la vida orgánica, y por la disposicion que tiene el enfermo á conservar pasivamente las posiciones que se dan á sus miembros. No solo el paciente no hace esfuerzo voluntario alguno para cambiar las actitudes mas incómodas, sino que el miembro permanece inmóvil y tenso, sin fatiga ni cansancio. La vida continúa de este modo, como en los animales invernantes, durante un tiempo ilimitado.

Los ejemplos de esta grande y larga catalepsia son excesivamente raros. Pero no sucede lo mismo con las catalepsias parciales y pasajeras que, completamente desconocidas hasta ahora, han sido anunciadas y descritas por M. Lasegue, en un trabajo sumamente curioso que ha visto la luz pública en los *Arch. de méd*, y del cual vamos á hacer un ligero extracto.

En las investigaciones que han conducido á este autor á los resultados expuestos en su memoria, ha partido

del hecho de que la catalepsia crónica no se ha observado mas que en mujeres en plena evolucion histérica. Estoy profundamente convencido, dice el sabio médico del hospital Necker, que el histerismo está tan sujeto al análisis patológico, como las demás enfermedades; que sus manifestaciones mas desordenadas en apariencia, no tienen el carácter individual que se las ha atribuido, y que, como expresiones de un estado morboso, deben reproducirse con bastante frecuencia para no ser inexplicables excepciones. Es preciso admitirlo así, ó renunciar al estudio del histerismo. Solo que, en lugar de esperar los accidentes, es preciso buscarlos y substituir, por decirlo así, la experimentacion clínica á los ciegos azares de la experiencia.

Procediendo de este modo, he buscado, y no he tardado en reconocer, que en un gran número de histéricas la catalepsia no era tan excepcionalmente rara, que no tuviese medios de estudiarla en sus diversos grados y bajo sus principales formas.

Las histéricas, consideradas bajo el punto de vista de la predisposicion á la catalepsia, pueden dividirse en dos clases: las unas excitables, movibles, espasmódicas aun en el intérvalo de los accesos, moralmente irritables é impulsivas; las otras calmosas, tranquilas, somnolentes, dotadas de poca energía y mas dispuestas á llorar que á irritarse. Las enfermas de esta segunda clase son las que deben escogerse para esta investigacion especial.

Cuando en una histérica del tipo que acabamos de indicar, se aplica la mano sobre los ojos, ó se cierran los párpados de cualquier manera, la mujer experimenta una sensacion de entorpecimiento particular. Responde á lo que se la pregunta; ejecuta, cuando no está atáxica, los movimientos que se la prescriben, pero con una lentitud y un trabajo cada vez mayor. Poco á poco la respiracion se verifica con menos libertad, necesita mayor esfuerzo, las paredes del pecho se elevan más, los globos oculares están convulsos y dirigidos hácia arriba, la enferma deja de responder y se duerme con un sueño profundo idéntico al natural, pero con la diferencia de ser mas insensible á los ruidos exteriores: aun cuando se la llame en alta voz, se golpee fuertemente en un objeto

sonoro cerca de su oido, continúa durmiendo con una tranquilidad que aleja toda sospecha de simulacion. La indiferencia, el entorpecimiento se elevan de este modo gradualmente á las proporciones extremas de la catalepsia espontánea; la vida de relacion se halla completamente suspendida. Este letargo, casi artificial, provocado por el experimentador, sigue en la enferma una progresion gradual que permite observar todas las fases.

Por rápido que haya sido el sueño producido por la simple oclusion de los párpados, no se completa el estado letárgico hasta despues de algunos minutos, mas ó menos, segun la constitucion nerviosa de la paciente. En ciertas histéricas se llega siempre á producir el letargo completo; en otras solo se consigue una somnolencia; en algunas, en fin, no se logra mas que un entorpecimiento que cesa en el momento que se abren los ojos, y que las enfermas comparan al cansancio que se experimenta en la mañana que sucede á una noche de insomnio.

La definicion clásica de la catalepsia se compone de dos términos: por una parte el estado letárgico con integridad de la respiracion y de la circulacion; por otra la pasibilidad absoluta de los miembros, la falta de todo movimiento voluntario y la aptitud para conservar las posiciones en que se les coloca.

Ambos elementos existen perfectamente caracterizados en estas enfermas: cuando el entorpecimiento ha llegado á su máximum de intensidad, no pueden ejecutar movimiento alguno voluntario. Si se las pica en los puntos en que se ha conservado la sensibilidad, la excitacion determina un movimiento reflejo poco extenso; si se introduce un líquido en su boca, no hacen ningun esfuerzo de deglucion. La crísis tiene una duracion variable; la mujer se despierta por sí misma pasado cierto tiempo, ó recobra el uso de sus sentidos por efecto de una viva emocion, de la aspersion de agua fria sobre el rostro, etc.

El estado de los miembros corresponde igualmente bien á la definicion de la catalepsia. Las masas musculares ofrecen á la presion una resistencia que no presentan durante el sueño. Cuando se toma uno de los miembros, el brazo, por ejemplo, y se trata de doblarle, se observa

que la articulacion está semi-rígida. Parece que se opera sobre uno de esos maniquís articulados, construidos para uso de los artistas, ó sobre un cuerpo que tuviese la flexibilidad de la cera. La articulacion conserva la postura en que se la coloca, fija, inmóvil, como si estuviese sostenida por un punto de apoyo. Se pueden variar las posiciones á voluntad, dando á los miembros las aptitudes menos tolerables, sin que se produzca el mas insignificante chasquido muscular y sin que aquellos se inclinen poco á poco, obedeciendo á las leyes de la gravedad.

La rigidez cataléptica es general ó parcial, completa ó incompleta, pasajera ó durable. Se puede decir que es proporcionada á la profundidad del letargo. Las histéricas dispuestas á la catalepsia, y que se han adormecido solo por la oclusion de los ojos, tienen generalmente mucha mas rigidez en los miembros superiores que en los inferiores. En algunos casos mas raros, solo se encuentra afectada una mitad del cuerpo.

La catalepsia de los miembros es independiente de la ataxia que se refiere á la pérdida del sentido de las acciones musculares; coincide frecuentemente con ella, pero existe tambien en las histéricas no atáxicas. No está en relacion positiva con la anestesia cutánea. En todos los casos cesa bruscamente desde que la enferma, al despertar, recobra el sentido de la vista.

Una vez restablecido el conocimiento, las hístero-catalépticas no se quejan de cansancio, por larga que haya sido la crísis. Salen sin transicion de su sueño, se frotan los ojos, recobran inmediatamente el ejercicio de su voluntad y de su inteligencia. Al contrario que los indivíduos adormecidos por el cloroformo, saben que acaban de dormir, pero no tienen conciencia de lo que ha pasado durante su sueño y solo conservan uua idea confusa del tiempo que ha transcurrido.

Todas las histéricas de temperamento nervioso indolente, todas las que sufren la influencia estupefaciente de la privacion momentánea de la vista, no son por este solo hecho afectadas de la rigidez característica de los miembros. Un pequeño número no presenta mas que el estado comatoso, si puede emplearse esta palabra.

Cuando sucede así, la somnolencia va casi siempre precedida de una lucha que recuerda la excitacion provocada por las inhalaciones de cloroformo. Las enfermas se agitan, su respiracion es entrecortada, casi convulsiva, hablan ó se quejan hasta que se ha completado la anestesia general.

M. Lasegue habia creido al principio que los fenómenos catalépticos que acabamos de describir, estaban exclusivamente ligados al histerismo; pero dos hechos que se han presentado hace poco á su observacion, en hombres de cuarenta á cincuenta años, atacados de afecciones cerebrales, mal definidas y como hístero-anémicos, que ofrecieron los mismos fenómenos, le han demostrado que no sucedia así y que en el hombre podian producirse iguales síntomas. La catalepsia, sin embargo, era menos marcada en estos dos sugetos que en las histéricas, las articulaciones no tenian tanta rigidez, y tambien parecia menor la tonicidad muscular á la presion del dedo.

Creemos que la curiosa afeccion descrita por M. Lasegue es una de las adquisiciones mas interesantes que ha hecho la patología del sistema nervioso desde hace mucho tiempo, y no dudamos que nuestros lectores verán con gusto el extenso extracto que hemos hecho de su memoria.

Colera : estudios analiticos de los humores de procedencia colérica. *(Gaz. hebd.—Dict. des progrès).*

Los resultados mas interesantes de estos análisis hechos por el doctor Papillon, son los que se refieren á las modificaciones que se observan en la albúmina. La extraida de la sangre de los coléricos ha sufrido una alteracion molecular que modifica sus propiedades, y particularmente la de conservar su estado líquido: es mas estable y menos susceptible de descomponerse que la albúmina ordinaria. Puesta durante cuatro dias en contacto del agua, no se hincha, ni se hidrata; mientras que la albúmina comun, si no se disuelve, se entumece considerablemente.

No se disuelve en la potasa y la sosa mas que á una temperatura elevada, cuando debiera hacerlo rápidamente en frio.

Calentada con ácido clorhídrico, se disuelve con muchísima lentitud, y la solucion, en lugar de tener un color violado oscuro, le presenta muy pálido.

No descompone rápidamente, como la albúmina ordinaria, una mezcla de ácido nítrico y sulfúrico con desprendimiento de vapores rutilantes.

En fin, en lugar de disolverse en negro, bajo la influencia del ácido sulfúrico, por efecto de una verdadera carbonizacion, tarda mucho tiempo en deshidratarse.

Estos hechos, dice M. Papillon, demuestran bien que la albúmina del suero colérico ha sufrido una modificacion química, que la hace incapaz de metamorfosearse con la facilidad necesaria, y de participar normalmente de la renovacion molecular contínua, que es la primera condicion de todas las acciones orgánicas. La albúmina del suero, no pudiendo permanecer unida al agua que la debe mantener en estado líquido, se solidifica poco á poco, y el agua se elimina por flujos abundantes. El espesamiento de la sangre detiene y dificulta naturalmente la circulacion, luego la hematosis, la nutricion, y en fin, toda clase de actividad fisiológica.

Así, segun este autor, debe considerarse la modificacion de la albúmina como la lesion fundamental de la enfermedad colérica y como la causa originaria de todos los epifenómenos que sobrevienen consecutivamente.

No puede desconocerse el grande interés de los hechos mencionados por el doctor Papillon, que ocuparán un lugar importante en la fisiología patológica del cólera. Pero debemos confesar que la interpretacion que les da el autor, es un poco prematura. Para que fuese aceptable, seria preciso que se demostrara que la modificacion de la albúmina es anterior á la exudacion colérica y no su consecuencia, ó un hecho simplemente correlativo. Por otra parte, aun admitiendo que esta modificacion sea el hecho inicial, no se comprende por qué la trasudacion colérica se verifica exclusivamente en el tubo digestivo y no en todas las demás partes del organismo.

Si la teoría de M. Papillon fuese exacta, deberia presentarse en todos los coléricos una anasarca universal, lo que está en desacuerdo con la observacion.

Cólera: profilaxis general.—Comision sanitaria internacional de Constantinopla. (*Gaz. hebd.—Bull. de thér.*).

Si se conociesen las condiciones especiales, bajo cuya influencia nace el cólera en la India, y reina endémicamente en ciertas localidades, la verdadera profilaxis consistiria, como con mucha oportunidad hace observar el doctor Besnier, en destruir en su misma cuna las causas que producen tan terrible azote. Por desgracia, ninguna de las hipótesis que se han emitido respecto á este punto, y que encuentran en Europa tan fácil asenso, ha podido ser justificada en las informaciones que se han practicado en el seno de la Comision sanitaria de Constantinopla.

Pero si no es posible destruir el foco, no por eso deja de ser urgente y de altísima importancia averiguar si hay posibilidad de preservar á los demás países, ó es preciso resignarse á sufrir nuevos y repetidos ataques de la enfermedad. En efecto, si se demostrase que la trasmision del cólera se verifica á grandes distancias por la vía atmosférica, no habria barrera humana que pudiera servir de dique á este torrente devastador; pero si, por el contrario, se prueba, segun la opinion que tiende á acreditarse de nuevo en la actualidad, que la enfermedad puede trasmitirse solo por medio de los hombres y las cosas procedentes de lugares infestados, podria abrigarse la esperanza de preservar un país ó una localidad, impidiendo la entrada á toda procedencia sospechosa. Desgraciadamente, es de temer que en este siglo, en que desaparecen todas las barreras ante los adelantos y progresos de la civilizacion y los intereses del comercio, la prohibicion solo pueda ser parcial, tardía y, por consecuencia, insuficiente.

El gobierno francés, á cuya iniciativa se debió en 1853 la reunion en Paris de la primera conferencia sanitaria internacional, cuyo amargo fruto fué la relajacion del rigor sanitario en muchas ó casi todas las naciones del continente, desengañado sin duda, y queriendo enmendar aquel trascendental error, ha promovido, á fines de 1865, la reunion de una nueva conferencia en Constantinopla,

con el fin de estudiar los medios que puedan adoptarse para preservar á Europa de los estragos del cólera, ahogando el mal en su mismo nacimiento.

Contribuyó sin duda, á la adopcion de esta medida, el magnífico informe publicado por el doctor Aubert-Roche, jefe del servicio sanitario de la Compañía del canal del Istmo de Suez, acerca de la epidemia que ha diezmado á aquella numerosa colonia.

Este autor, uno de los mas importantes y decididos anticontagionistas, ha tenido que rendirse al fin á la evidencia de los hechos. Situado en el punto inicial de la epidemia colérica, que ha sembrado la consternacion y la muerte en toda Europa, ha *visto y ha creido*, segun la feliz expresion de nuestro erudito y sabio higienista, doctor Mendez Álvaro. El doctor Aubert-Roche termina su memoria diciendo:

«Es evidente:

»1.° Que el cólera ha sido importado en Egipto por los peregrinos que venian de la Meca.

»2.° Que ninguna precaucion higiénica, ni de otra especie, se ha tomado contra esta importacion *prevista*, ni contra el desarrollo de la enfermedad.

»3.° Que habiendo sido el cólera importado á Egipto, *pasado* á Francia y á Europa, comprometiendo la vida y los intereses europeos, Francia y Europa deben tomar medidas contra aquella importacion. Y esto es, no solo un derecho, sino un deber, so pena de verse azotados periódicamente por el cólera.»

Este informe ha sido, quizás, la causa determinante de la invitacion dirigida por Francia á las demás potencias para celebrar una conferencia internacional sanitaria en Constantinopla, á cuya propuesta se adhirieron desde luego, Austria, Prusia, España, Portugal, Inglaterra, Estados Pontificios, Baviera, Sajonia, Hannover, Wurtemberg, las Ciudades anseáticas, Dinamarca, Suecia, Bélgica, Holanda, Grecia, Baden y Turquía.

Reunidos los delegados, médicos y diplomáticos de todos estos países, en la capital del Imperio Turco, han publicado como fruto de sus maduras y sábias discusiones, que han durado muchos meses, un largo é interesantísimo informe acerca de las cuestiones relativas al

origen, á la *endemicidad*, á la trasmision y á la propagacion del cólera. Este trabajo, escrito con gran talento por el doctor Fauvel, ponente general de la Comision, resume uno de los mas importantes estudios á que ha dado lugar la epidemia.

Las conclusiones de la Comision son francas; indecisas cuando duda, claras y terminantes cuando los hechos han pronunciado la última palabra. Bien querriamos reproducir íntegramente este documento; pero su mucha extension no nos permite hacer mas que presentar reunidas las proposiciones con que termina cada uno de los capítulos en que el informe está dividido, y que constituyen, por decirlo así, su sustancia, y como la fórmula de las opiniones de la Comision.

1.° El cólera asiático, el que en diversas ocasiones ha recorrido el mundo, tiene su orígen en la India, donde ha nacido, y donde existe de un modo permanente, en estado endémico. (*Adoptado por unanimidad*).

2.° La Comision considera como demostrado, que el cólera asiático invasor no se ha desarrollado nunca espontáneamente, ni se ha observado en estado de endemia (que es preciso distinguir bien de los focos secundarios, mas ó menos tenaces) en ninguno de los países que se acaban de enumerar (Europa, etc.), y que ha venido siempre de fuera. Respecto á los países próximos á la India, aun cuando admite como probable que el cólera no existe en ellos en estado endémico, la Comision no se cree autorizada para sentar conclusion alguna terminante. (*Adoptado por todos los individuos de la Comision, excepto los señores* Polak, Sawas y Van-Geuns).

3.° Sin rechazar la Comision la posibilidad de que el cólera llegue á aclimatarse en nuestro país, lo considera como problemático.

4.° El cólera asiático no parece tener en el Hedjaz foco originario, sino que hasta ahora parece que siempre ha sido importado de fuera. (*Adoptado por unanimidad, excepto* Goodeve).

5.° Hay en la India ciertas localidades, comprendidas principalmente en el valle del Ganges, donde el cólera es endémico, sin que sea posible precisarlas todas, ni se pueda tampoco afirmar que ellas solas gocen del exclu-

sivo privilegio de dar orígen á la enfermedad. (*Adoptado por unanimidad*).

6.° Son desconocidas las condiciones especiales bajo cuya influencia nace el cólera en la India, y reina en ciertas localidades en estado endémico. (*Adoptado por unanimidad*).

7.° La Comision se cree autorizada para asentar que las peregrinaciones son, en la India, la mas poderosa de todas las causas que concurren al desarrollo y propagacion de las epidemias de cólera. (*Adoptado por unanimidad*).

8.° Los numerosos hechos estudiados por la Comision demuestran hasta la última evidencia que el cólera se ha propagado por el hombre, y con una velocidad tanto mayor, cuanto mas activas y rápidas se han hecho las emigraciones. (*Adoptado por unanimidad*).

9.° La trasmisibilidad del cólera es una verdad incontestable, probada por hechos que no admiten ninguna otra interpretacion. (*Adoptado por unanimidad*).

10. Ningun hecho ha probado hasta ahora que pueda propagarse el cólera á larga distancia, por sola la atmósfera, cualquiera que sea la condicion en que se halle; y es, además, una ley sin excepcion, la de no haberse propagado jamás una epidemia colérica, desde un punto á otro, en menos tiempo del necesario, para que el hombre pueda trasladarse. (*Adoptado por unanimidad*).

11. Puede decirse, sin especificar más por ahora, que si toda procedencia de país atacado de cólera no es apta para propagar la enfermedad, es sí prudente, hasta nueva órden, considerar todas estas procedencias como sospechosas. (*Adoptado por unanimidad*).

12. El hombre acometido de cólera es, por sí mismo, el principal agente propagador de esta enfermedad, pudiendo un solo colérico producir el desarrollo de una epidemia.

13. Ciertos hechos tienden á probar que un solo indivíduo (con mas razon muchos), procedentes de un lugar contaminado, y acometidos de diarrea, puede ser bastante á producir el desarrollo de una epidemia colérica, ó, en otros términos, que la diarrea llamada premonitoria puede trasmitir el cólera.

14. Casi nunca excede de algunos dias el período de incubacion, es decir, el tiempo trascurrido entre el momento en que un indivíduo ha podido contraer la intoxicacion colérica y el principio de la diarrea premonitoria, ó el del cólera confirmado; todos los hechos que se citan de una incubacion mas larga, se refieren á casos en que la contaminacion ha podido tener lugar despues de la salida del punto infestado. (*Adoptado por unanimidad*).

15. No hay hecho alguno conocido que establezca haber sido importado el cólera por animales vivos; pero es, sin embargo, racional, considerarles en ciertos casos como pertenecientes á los objetos llamados susceptibles. (*Adoptado por unanimidad, excepto* Bykow y Lenz).

16. El cólera puede ser trasmitido por los efectos de uso ordinario, procedentes de un lugar infestado, especialmente por los que han servido á los coléricos, y resulta asimismo de ciertos hechos que puede importarse la enfermedad á larga distancia por estos mismos efectos, si están encerrados de suerte que queden al abrigo del aire libre. (*Adoptado por unanimidad*).

17. Reconociendo la Comision, por unanimidad, la falta de pruebas en apoyo de la trasmision del cólera por medio de las mercancías, admite (por una mayoría de 16 votos contra 6) la posibilidad del hecho en ciertas condiciones. (*Votaron en contra los señores* Bykow, Goodeve, Lenz, Pelikan, Polak y Van-Geuns).

Cree por consiguiente la Comision, hasta mas amplio informe, que será prudente considerar como sospechosa, fuera de ciertas condiciones particulares y determinadas, toda procedencia de un foco colérico. (*Adoptado por unanimidad, á excepcion de los señores* Goodeve, Pélikan *y* Polak, *que se abstuvieron*).

18. Aunque no está probado con hechos concluyentes que los cadáveres de coléricos puedan trasmitir el cólera, es prudente considerarlos como peligrosos. (*Adoptado por unanimidad, menos* M. Sawas, *que se abstuvo*).

19. Las comunicaciones marítimas son, por su naturaleza, las mas peligrosas, las que con mayor seguridad propagan el cólera á largas distancias, y siguen á estas las que establecen los caminos de hierro, que en cortí-

simo tiempo pueden llevar la enfermedad á puntos muy distantes. (*Adoptado por unanimidad*).

20. Ateniéndose la Comision á los hechos establecidos por la experiencia, concluye que los grandes desiertos son una barrera muy eficaz contra la propagacion del cólera, y reconoce que no hay ejemplo de que este padecimiento haya sido importado á Egipto ó Siria, al través del desierto, por las caravanas salidas de la Meca. (*Adoptado por todas los miembros de la Comision, excepto* Monlau, Pelikan, Polak y Van-Geuns, *que se abstuvieron*).

21. Toda aglomeracion de hombres (en la que penetra el cólera), es una condicion favorable á la rápida extension de la enfermedad y (cuando se halla esta aglomeracion con malas condiciones higiénicas) á la violencia de la epidemia en ella.

En tal caso la rapidez de la extension es proporcionada á la concentracion de la masa aglomerada, mientras que la violencia de la epidemia es, en igualdad de circunstancias, tanto mayor cuanto menos han sufrido ya la influencia colérica los indivíduos que componen la aglomeracion, ó mas libres se han visto de ella; es decir, en otros términos, que las personas que han sufrido la influencia de un foco colérico, gozan de una especie de inmunidad relativa y temporal, que compensa los perniciosos efectos de la aglomeracion.

Y, finalmente, que en una masa aglomerada, cuanto mas rápida es la extension, es tambien mas pronto el término de la epidemia, á no ser que lleguen nuevas gentes sanas á dar alimento y sostener la enfermedad. (*Adoptado por unanimidad*.

22. La intensidad de las epidemias de cólera, á bordo de los buques atestados de hombres, es generalmente proporcionada á la acumulacion, y tanto mas violenta, en igualdad de circunstancias, cuando no salen estos hombres de un foco colérico, donde hayan permanecido; que es mas rápida de ordinario la marcha de las epidemias coléricas en los buques atestados; y, en fin, el peligro de importacion por los buques, y el de producir una epidemia grave, no se hallan completamente subordinados á la intensidad, ni aun á la existencia de los accidentes coléricos, comprobados á bordo durante la tra-

vesía. (*Adoptado por unanimidad, menos el señor* Monlau, *que se abstuvo*).

23. La aglomeracion, en un lazareto, de indivíduos procedentes de un punto donde reina el cólera, no produce entre los cuarentenarios una grande extension de la enfermedad; pero semejante aglomeracion no es por eso menos peligrosa para las cercanías del lazareto, por cuanto es á propósito para favorecer en ellas la propagacion del mal. (*Adoptado por unanimidad, excepto el señor* Monlau, *que se abstuvo*).

24. Las grandes aglomeraciones de hombres (ejércitos, ferias, peregrinaciones) son uno de los mas seguros medios de propagacion del cólera: constituyen grandes focos epidémicos que, ora marchando como un ejército, ya diseminándose como en las ferias y las peregrinaciones, importan la enfermedad en los países que atraviesan: estas aglomeraciones, despues de haber sufrido de un modo extraordinariamente rápido la influencia del padecimiento, se hacen luego mucho menos sensibles, y aun aquel llega á desaparecer con prontitud, á menos que indivíduos recien venidos no vengan á alimentar la enfermedad. (*Adoptado por unanimidad*).

25. La diseminacion de una masa aglomerada, hecha en tiempo oportuno, puede disminuir la violencia de una epidemia de cólera que acaba de aparecer, y aun impedir su extension; pero esta diseminacion es, por el contrario, muy peligrosa, si se verifica en el seno de localidades todavía indemnes. (*Adoptado por unanimidad*).

26. El papel que debe atribuirse á la peregrinacion de la Meca, como agente propagador del cólera á las comarcas vecinas de Europa (únicas respecto á las que se tienen noticias positivas), ha sido la importacion de esta enfermedad en Egipto, dos veces, con treinta y cuatro años de intérvalo, durante la estacion cálida. (*Adoptado por unanimidad, menos* M. Polak, *que se abstuvo*).

27. Las condiciones higiénicas, y otras que en general predisponen una poblacion á contraer el cólera, y por lo tanto favorecen la intensidad de las epidemias, son la miseria, con todas sus consecuencias, la acumulacion de indivíduos, el estado enfermizo de estos, la estacion cálida, la falta de ventilacion y las exhalaciones de un

suelo poroso, impregnado de materias orgánicas, sobre todo si estas materias proceden de deyecciones coléricas.

Cree, además, la Comision que, habiendo demostrado la experiencia que las deyecciones de los coléricos encierran el principio generador del cólera, es lícito admitir que los comunes, las alcantarillas y aguas contaminadas de una poblacion, pueden convertirse en agentes de propagacion del mal.

Parece resultar de ciertos hechos, que el suelo de una localidad, una vez impregnado de detritus coléricos, ha podido conservar largo tiempo la propiedad de desprender el principio de la enfermedad, y sostener así una epidemia, y aun regenerarla, cuando se ha extinguido. (*Adoptado por unanimidad, menos* M. Pelikan).

28. La inmunidad de que gozan ciertas localidades, es decir, la resistencia, permanente ó temporal, general ó parcial, opuesta por estas localidades al desarrollo del cólera, en su circunscripcion, es un hecho que no excluye la trasmisibilidad; pero que indica, que ciertas condiciones locales, no determinadas aun por completo, oponen un obstáculo al desarrollo de este padecimiento.

Del propio modo, la inmunidad, mas ó menos completa y duradera, de que gozan la mayoría de las personas que viven en medio de un foco colérico, inmunidad que acredita la resistencia individual al principio tóxico, es una circunstancia que debe tenerse muy en cuenta.

Bajo el punto de vista del desarrollo epidémico, es el correctivo de la trasmisibilidad, y con relacion á la profilaxis, conduce á los medios apropiados para limitar los estragos de la epidemia. (*Adoptado por unanimidad, menos los señores* Monlau *y* Pelikan, *que se abstuvieron*).

29. En el estado actual de la ciencia, solo pueden emitirse hipótesis, respecto á la naturaleza del principio generador del cólera: sabemos tan solo que es originario de ciertas comarcas, en la India, y que allí se sostiene de un modo permanente; que este principio se regenera en el hombre, y le acompaña en sus peregrinaciones; que puede propagarse así á larga distancia, de país en país, por regeneraciones sucesivas, sin reproducirse jamás espontáneamente fuera del hombre. (*Adoptado por unanimidad, menos* Goodeve, *que se abstuvo*).

30. El aire ambiente es el vehículo principal del agente generador del cólera; pero la trasmision de la enfermedad, por la atmósfera, queda limitada, en la inmensa mayoría de casos, á una distancia muy corta del foco de emision. En cuanto á los hechos citados de haberse trasportado por la atmósfera á una ó muchas millas de distancia, no son bastante concluyentes. (*Adoptado por unanimidad, excepto* M. Goodeve, *que se abstuvo*).

31. El agua y ciertos agentes pertenecientes al *sugeto* pueden servir tambien de vehículos á la introduccion en el organismo del principio generador del cólera. De aquí se sigue que las vías por donde el agente tóxico penetra en la economía, son principalmente las vías respiratorias, y es muy probable tambien que las digestivas. En cuanto á la penetracion por la piel, nada hay que tienda á establecerla (*Adoptado por unanimidad*).

32. Siendo indudablemente la materia de las deyecciones coléricas el principal receptáculo del agente morbífico, se deduce que todo lo contaminado por estas deyecciones se convierte tambien en receptáculo, del cual puede desprenderse el principio generador del cólera, bajo la influencia de condiciones favorables, y se sigue además que la génesis del gérmen colérico tiene, muy probablemente, lugar en las vías digestivas, con exclusion quizás de todo otro aparato del organismo. (*Adoptado por unanimidad*).

33. Del estudio de los hechos resulta que el principio generador del cólera pierde al aire libre, con rapidez, su actividad morbífica, siendo esta la regla general; pero que en ciertas condiciones particulares de confinamiento, puede conservarse esta actividad por un tiempo indeterminado. (*Adoptado por unanimidad*).

34. La observacion demuestra que la duracion de la diarrea colérica, llamada premonitoria (que no debe confundirse con todas las diarreas que existen en tiempo del cólera), no pasa de algunos dias.

Los hechos que se citan como excepcionales, no prueban que los casos de diarrea que se prolongue más, pertenezcan al cólera y sean susceptibles de trasmitir la enfermedad, cuando la persona acometida ha estado sustraida á toda causa de contaminacion. (*Adoptado por* 14

votos contra 4, de los señores Gomez, Millingen, Mishlig *y* Salvatori, *habiéndose abstenido el señor* Monlau).

Aquí termina el trabajo de la Comision, sobre el orígen, la endemicidad, la trasmisibilidad y la propagacion del cólera, en el cual los autores, limitándose á deducir de los hechos las consecuencias razonables que se desprenden, creen haber sentado bases seguras, que permitirán á la Conferencia resolver, con conocimiento de causa, las cuestiones relativas á la profilaxis.

La Comision á que se debe este trabajo, estaba compuesta del conde de Lallemand, el conde de Noidaus y D. Antonio María Segovia, *diplomáticos*, y de los doctores Bartoletti, Bykow, Bois, Dickson, Fauvel, Goodeve, Gomez, baron Hubsch, Lenz, Maccas, Millingen, Monlau, Mühlig, Pélikan, Polak, Salem, Salvatori, Sawas, Sotto, Spadaro y Van-Geuns, *médicos*.

Aun cuando en algunos puntos no estemos enteramente conformes con las ideas que en esta sábia reunion han prevalecido, y creamos que en ciertas conclusiones se ha contemporizado demasiado con los que representaban, en el seno de la asamblea, intereses particulares, mas bien que los generales y siempre supremos de la humanidad, complácenos sobremanera ver confirmadas por la autoridad de la Comision las ideas que la inmensa mayoría de los médicos españoles han profesado siempre, sólidamente fundados en la verdadera observacion, con entera independencia de los intereses comerciales que, aunque muy respetables, nunca deben anteponerse á los de la salud pública. Sin embargo de todo, creemos que la Comision sanitaria internacional de Constantinopla será poco fecunda, ó acaso estéril en resultados prácticos, por razones que no son de este lugar.

Cólera: terapéutica. (*Gaz des hop.— Press. méd. belg.— Bull. de thér.— Union méd.— Gaz. hebd.— Bull. de l'Acad.— Gaz. méd.*).

Suponemos á nuestros lectores cansados ya de oir hablar de cólera, despues de tanto como sobre esta terrible enfermedad se ha escrito en todas épocas, pero especialmente en estos últimos tiempos, sin que apenas se haya dado un paso adelante de verdadera importancia en su

terapéutica. Sin embargo, este mortífero azote ha vuelto á afligir á algunas naciones de Europa ; y los médicos, trabajadores incansables ante un enemigo terrible y obstinado, han luchado, como siempre, con heróico valor é invencible constancia, para arrancarle algunas víctimas; justo y necesario es, pues, que consignemos, aunque muy brevemente, los resultados prácticos mas importantes de esta nueva campaña, no tanto para registrar descubrimientos nuevos, como para buscar la comprobacion clínica de la eficacia ó inutilidad de los que antes de ahora se han propuesto, evitando así, en lo sucesivo, nuevos tanteos de los mismos medios, y poniendo, hasta donde sea posible, un dique al inmoderado afan de anunciar como novedades, en estos momentos de conflicto, agentes abandonados ya y que han caido en la sima del olvido, envueltos en merecido descrédito por su falta de accion, ó por sus efectos, honda y gravemente perturbadores.

La epidemia de 1866 ha sido menos fecunda que las anteriores en medicamentos y medicaciones, no porque el desaliento se haya apoderado de los espíritus, sino porque empieza á reconocerse que es inútil continuar en la vía por donde se ha marchado hasta ahora, en busca de un soñado específico.

De ningun modo mejor podiamos comenzar su historia terapéutica, que extractando un notable trabajo publicado por el doctor Besnier en el *Bulletin de thér.*, en que se resume con mucho tino la práctica de todos ó la mayor parte de los hospitales de Paris, que han sido teatro de la epidemia.

Segun este interesante informe, presentado por el autor á la Sociedad médica de los hospitales, la epidemia de 1866 se ha distinguido bastante, por su curso, de algunas de las que la han precedido en Francia, y con especialidad de las de 1849 y 1853-54, cuya evolucion ha sido infinitamente menos rápida; se ha parecido, bajo este punto de vista, á la de 1832, que alcanzó su máximum de intensidad en menos de 15 dias.

La diarrea prodrómica ó premonitoria parece haber sido tambien menos constante, y por consecuencia mucho mas numerosos los casos fulminantes ó repentinos.

Así resulta de las estadísticas de los hospitales de Paris.

Respecto á los síntomas, apenas se ha observado modificacion alguna digna de llamar la atencion, como no sea un estado saburral muy notable de las primeras vías. Muchísimos enfermos presentaban al principio del padecimiento los signos de una saburra gástrica, generalmente muy rebelde, fenómeno que quizá podria explicar los buenos efectos que se han obtenido con los evacuantes.

La mayor parte de los médicos de los hospitales, fundándose en los resultados de una experiencia ya antigua, solo han introducido en su terapéutica modificaciones de detalle. No mencionarémos por lo tanto aquí mas que algunas tentativas nuevas, que merecen llamar particularmente la atencion, diciendo antes algunas palabras de la medicacion evacuante.

Medicacion evacuante.— La indicacion de los vomitivos y de la ipecacuana en particular, ha parecido tan general, que un gran número de médicos la han administrado uniformemente á la mayor parte de los enfermos, al principio del padecimiento. MM. Woillez, Oulmont, Horteloup, Mesnet, Guibout, Isambert, aseguran haber obtenido excelentes resultados con el uso de este medio. M. Moissenet da la ipecacuana en polvo, en cantidad de 2 gramos en un vaso de agua tibia, en el período álgido, en todos los casos en que el estado de la lengua indica su administracion. Cuando hay estreñimiento, añade un grano de emético. Mas adelante, cuando las deposiciones tardan en hacerse biliosas, este práctico no titubea en administrar los calomelanos en dósis de 4 á 6 granos, ya solos, ya asociados á doble cantidad de escamonea purificada. A veces se ha repetido este purgante dos dias seguidos, ó se ha auxiliado su accion con el aceite de ricino. M. Isambert, en el hospital de la Caridad, ha dado la ipecacuana á dósis fraccionadas, unida á los calomelanos, como en el tratamiento de la disentería, con objeto de restablecer las deposiciones biliosas; pero los resultados no han correspondido á sus esperanzas. Con la ipecacuana sola se han obtenido mejores efectos.

Medicacion salina. — M. Moissenet ha recurrido de un modo particular, durante esta epidemia, á la medicacion siguiente:

Despues del vomitivo, un baño caliente, en que se añadian 2 kilógramos de mostaza, 3 á 4 kilos de sal gris, y 250 gramos de subcarbonato sódico.

Despues del baño, se administraba una pocion, compuesta de:

Agua pura.	90 á 100 gramos.
Cloruro de sodio.	4 —
Jarabe.	30 á 45 —
Agua de azahar.	15 —
O esencia de menta inglesa.	1 gota.

Para tomar una cucharada de hora en hora, ya entre dos pedacitos de hielo, ya en mayor cantidad de agua fria.

Al mismo tiempo, y en estos intérvalos, el doctor Moissenet permite beber á discrecion agua pura, de Seltz, de Vichy, ó una tisana, á que se adicionan 2 gramos de bicarbonato de sosa por litro de líquido Mañana y tarde una lavativa con 30 ó 40 gramos de cloruro de sodio. Este tratamiento se continúa, aun despues de haberse establecido la reaccion, hasta que se haya conseguido que se conviertan las deposiciones blancas ó rojas en biliosas.

La medicacion salina, combinada ó no con el vomitivo y los purgantes ordinarios, le ha parecido á M. Moissenet que disminuye mucho los peligros de la reaccion. Obra frecuentemente, segun este médico, como los purgantes salinos, á dósis fraccionada, y, como tal, es colagoga. Pero la atribuye otra accion mas importante aun, que consiste probablemente en restablecer de un modo artificial la oxigenacion de la sangre, tan profundamente alterada por la intoxicacion colérica. Sea de esto lo que quiera, M. Moissenet la indica como verdaderamente útil, y digna de que se la experimente en mayor escala.

Preparaciones arsenicales. — *Acido arsenioso.* — Preconizado por el doctor Cahen, en su servicio del hospital Rosthchild, durante la epidemia de 1865, este medicamento parece que ha continuado dando admirables resultados en manos de este médico, en 1866. De 38 enfermos admitidos en el establecimiento desde el 16 de julio al 30 de setiembre, solo murieron ocho. Pero deben descontarse 11 casos ligeros, en que no se dió el arsénico sin interrupcion, porque, segun el médico israelita, con-

viene especialmente en la algidez. Quedan, pues, 27 enfermos solamente, que representan una mortalidad de 30 por 100, muy inferior á la que de ordinario se observa en todos los hospitales.

En su servicio del ferro-carril del Norte y en su clientela particular, la proporcion es aun mas favorable. Si otros médicos no han obtenido los mismos resultados, consiste, segun el doctor Cahen, en que se ha administrado el ácido arsenioso á dósis demasiado pequeñas, y no se ha continuado la medicacion del modo que se debe. El método seguido por este práctico consistia en administrar 1 ó 2 gramos de ipecacuana, luego que los enfermos estaban en la cama bien caliente; tan pronto como cesaban los vómitos provocados, se hacia tomar un gránulo de 2 milígramos de ácido arsenioso con un terroncito de hielo, y se continuaba hasta dar 20, 30, 40 y mas milígramos, en las veinte y cuatro horas. Nunca se han observado accidentes desagradables.

Segun el doctor Cahen, la algidez es la que indica la necesidad del tratamiento arsenical, y su confianza en esta medicacion era tan grande, que creia haber encontrado un medio curativo eficaz. La nota en que así lo anunciaba, puede considerarse como el testamento médico de este distinguido práctico, porque apenas la habia escrito, fué prematuramente arrebatado á la ciencia por una muerte casi repentina.

A pesar de resultados tan felices, por mi parte dudaria mucho antes de resolverme á dar crecidas dósis de arsénico en una enfermedad en que no hay, puede decirse, absorcion, y los medicamentos se acumulan en el tubo digestivo, donde no pueden menos de producir desastrosos efectos en el momento de la reaccion.

En cinco casos ha usado M. Gallard la *solucion Boudin*, en cantidad de 10 á 15 gramos al dia, que representan un centígramo ó centígramo y medio de ácido arsenioso, administrado en fracciones de un milígramo, próximamente, de hora en hora; 2 curaciones, 2 muertos; nunca reaccion franca.

Nitrato de plata.—Las lavativas con nitrato de plata prescritas por M. Isambert, en la Caridad, han dado al parecer buenos resultados, modificando la naturaleza de

las deposiciones, quizás por accion refleja sobre el hígado.

Cloruro de potasio.— Empleado á altas dósis, al interior y en baños, por M. Oulmont, en el hospital Lariboissiere, siguiendo las indicaciones teóricas de M. Sainte-Claire Deville, no ha producido efecto alguno, favorable, ni nocivo.

Extracto y tintura de cannabis indica.—En un caso de cólera, de marcha lenta, con vómitos incoercibles, M. Féréol suprimió toda clase de bebidas é hizo administrar de hora en hora un terron de azúcar, con algunas gotas de la mezcla siguiente :

Tintura de hachisch.	20 granos.
— de nuez vómica.	20 —
Agua de melisa.	1 ½ dracms.

Los vómitos cesaron.

Los doctores Delpech, Woillez y Desnos han administrado tambien la tintura de cannabis contra los vómitos, con resultados al parecer bastante satisfactorios.

Sulfato de cobre.— A pesar del mal resultado de la tentativa autorizada en 1865 por M. Pidoux, M. Horteloup, queriendo tener una prueba decisiva, ha empleado la sal de cobre en 72 enfermos : se administró el sulfato en pocion compuesta de 120 gramos de julepe gomoso y 30 centígramos de la sal cúprica, para tomar una cucharada cada veinte ó treinta minutos en los casos graves, de hora en hora en los de mediana intensidad; al mismo tiempo se aplicaba tres ó cuatro veces en las veinte y cuatro horas un cuarto de lavativa con 40 centígramos de sulfato de cobre. Casi siempre la pocion hacia vomitar violentamente á los enfermos al principio, y con frecuencia los vómitos persistian todo el tiempo que duraba la medicacion. Ninguno de los sugetos tratados por el cobre ha presentado síntomas de intoxicacion.

Los resultados fueron los siguientes: 5 casos ligeros, 5 curaciones; — 23 casos de mediana intensidad, 14 curaciones, 5 muertos; — 44 casos graves, 43 muertos.

Afusiones frias.—En el hospital Necker, M. Bouley ha sometido doce enfermas á este tratamiento. Dos síntomas principales se propone combatir este autor con las afu-

siones frias: en primer lugar el *eretismo*, ese *estado nervioso* representado por los calambres, cardialgia, ansiedad y opresion torácica, hipo, agitacion, etc.; en segundo lugar, la *algidez*, complicada ó no con síntomas nerviosos.

Solo en los casos que han revestido estas formas *nerviosa* y *álgida* es en los que M. Bouley ha usado las afusiones frias: en muchos otros las encontró formalmente contraindicadas. De 12 enfermos á quienes en estas condiciones se aplicaron las afusiones frias, curaron 7 y sucumbieron 5. Dos de estos últimos eran de esos ataques fulminantes, que apagan la vida en menos de veinte y cuatro horas.

De los 7 enfermos curados, en 3 fué necesario repetir en dos dias, hasta tres y cuatro veces las afusiones, porque se observaba un alivio incontestable. En suma, en estos 7 enfermos se han practicado 14 afusiones, y todos han marchado desde entonces sin accidente á la curacion.

De estos ensayos resulta, segun una nota publicada por M. Raymond Petit, interno del doctor Bouley, que las afusiones frias hechas conforme al método de Recamier, durante uno, dos ó tres minutos, segun como las soporten los enfermos, pueden ser de grande utilidad en un número limitado de casos de cólera (1).

Lo mas importante es distinguir bien la forma, observar el curso mas ó menos rápido de la enfermedad, y fijarse bien además en las indicaciones y contraindicaciones que pueden existir.

(1) Ya Burguieres, en sus *Estudios* sobre el cólera observado en Smirno, decia: «Que el tratamiento hidroterápico habia dado resultados notabilísimos, sobre todo bajo el punto de vista de la fisiología patológica. Se envolvia á los enfermos completamente desnudos en una sábana mojada en agua de pozo, y se les cubria en seguida con mantas de lana: se les tenia así por espacio de dos *horas*, durante las cuales se les daba á beber, de quince en quince minutos, una taza de agua fria. En todos los casos, añade el autor, cualquiera que fuese el grado de algidez, se restablecia el calor apenas trascurrida una media hora: *entonces se volvia á aplicar la sábana mojada*, repitiendo esta maniobra dos ó tres veces. De 6 enfermos llegados al período de cianosis, 4 curaron y 2 sucumbieron, debiendo advertir que estos estaban casi cadáveres, y sin embargo, en ambos se verificó la reaccion.» En concepto de M. Besnier, el procedimiento de aplicacion usado por Burguieres, es evidentemente preferible á las afusiones practicadas en el hospital Necker y al método empleado por el autor mismo.

Cuando se conservan las fuerzas radicales, no habiendo mas que *opresio virium*; el pulso tiene cierto grado de fuerza; el curso del padecimiento no ha sido rápido y fulminante, y predomina el eretismo nervioso, la cardialgia y los demás síntomas que concurren á caracterizar la forma llamada *nerviosa*; entonces están indicadas las afusiones frias con muchas probabilidades de éxito.

Si, por el contrario, parece que los enfermos no conservan las fuerzas radicales, la piel se encuentra extremadamente fria y cianosada, el pulso es apenas perceptible, y se oyen con trabajo los ruidos del corazon; las afusiones en estos casos son inútiles é ilógicas; aun cuando produzcan algun alivio inmediato, este no podrá menos de ser pasajero.

M. Simon ha empleado con éxito las afusiones frias en dos casos graves en el hospital de Lourcines; se presentó inmediatamente la reaccion.

M. Delpech no ha sido feliz con este medio en cuatro casos que le ha usado. En fin, M. Serres, interno de M. Lailler ha notado que la afusion fria, empleada en dos casos graves, ha producido en uno resultados sumamente favorables.

M. Besnier ha obtenido muy buen éxito de este método en su práctica hospitalaria. De 11 enfermos, 8 de ellos *gravísimos*, á quienes se trató envolviéndoles en una sábana mojada, 5 curaron, y murieron 6. El doctor Besnier ha obtenido constantemente por este medio un alivio mas ó menos notable en el malestar y la ansiedad general : la mayor parte de los sugetos, á quienes se envolvia, al salir de la sábana mojada, en una manta de lana caliente, entraban muy pronto en calor, y en los que han curado era extraordinaria la rapidez del alivio.

M. Bergeron dice que está profundamente convencido de la utilidad de los baños calientes con afusiones frias, en el período de reaccion de forma tífica, y M. Desnos elogia mucho estos mismos baños con afusiones frias á la region raquidiana.

Sal de Pennes.—M. Gallard ha prescrito en 3 enfermos del hospital de la Piedad fricciones hechas durante diez minutos con un paño mojado en una disolucion de 1.200 gramos de esta sal en 3 litros de agua muy caliente; los

pacientes quedaban luego envueltos en estas cubiertas. A pesar de haberse conseguido una reaccion bastante rápida, todos los enfermos murieron.

Inyecciones subcutáneas: curare, sulfato de atropina, sulfato de quinina.—M. Isambert ha pensado en aplicar el curare al tratamiento del cólera, no empíricamente, sino en razon de las ideas emitidas acerca de la fisiología patológica de esta enfermedad por M. Marey, á saber: el espasmo ó los calambres de los nervios vaso-motores en los fenómenos de la algidez, de la supresion de las orinas, de la bílis, etc. De aquí la indicacion del curare como agente paralizador del sistema vaso-motor, mientras que por otra parte los experimentos clínicos de M. Augusto Voisin, en Bicetre, demostraban que el curare determina con prontitud la diuresis abundante y la calorificacion general, el sudor, etc. Las experiencias se hicieron siguiendo las indicaciones posológicas de Voisin, por el método hipodérmico, y en dos mujeres atacadas de un cólera de mediana intensidad: á la primera se la inyectaron 15 centígramos de curare en cinco veces en el espacio de treinta horas: á la segunda, los mismos 15 centígramos en dos dósis. Ni en una ni otra se absorbió el medicamento en el período álgido, no habiéndose producido ninguno de los fenómenos fisiológicos mencionados por Voisin: la temperatura, comprobada cuidadosamente de hora en hora, no sufrió cambio alguno; no hubo tampoco diuresis. Cuando despues de dos dias se presentó la reaccion, una de las enfermas tuvo un escalofrio con castañeteo de dientes, y la otra, quebrantamiento de miembros y pesadez en los ojos, lo que parecia indicar que se habia absorbido consecutivamente el curare. M. Isambert cree que, en razon de esta absorcion posible, seria imprudente acumular las dósis en el período álgido. En vista de la no absorcion, duda el autor que deban continuarse las experiencias; se pregunta en seguida, si en uno de esos casos graves, casi desesperados, que autorizan en cierto modo toda clase de tentativas, no podria ensayarse la inyeccion directa en una vena; pero no se atreve á resolver por sí esta cuestion.

M. Isambert ha hecho tambien dos inyecciones subcutáneas con 1 á 2 gramos de sulfato de quinina, los resul-

tados fueron dudosos. M. Lailler ha ensayado sin éxito, contra los vómitos pertinaces, las inyecciones hipodérmicas con una solucion de sulfato de atropina.

El escollo de todas estas tentativas ha sido la falta de absorcion.

Inhalaciones de cloro.—El doctor Hebert, farmacéutico en jefe del hospital de las Clínicas, ha leido una nota á la Academia de medicina, acerca del tratamiento del cólera por medio de las inhalaciones directas de cloro, cuyos excelentes efectos ha comprobado en sí mismo.

Considerando la enfermedad como una intoxicacion, piensa que lo primero que debe hacerse es expulsar, lo mas pronto y completamente que sea posible, las materias contenidas en el tubo digestivo, por medio de los evacuantes; pero este método, aunque racional, es incompleto, puesto que á su juicio no satisface mas que una de las indicaciones que hay que llenar, toda vez que no ataca directamente los principios tóxicos que pueden existir en la sangre, y no ofrece ningun contraveneno, ya para destruirles, ya para neutralizar su accion. A fin de obtener este último resultado, hallándose atacado del cólera, tuvo el autor la idea de respirar ligera, pero directamente el cloro que se desprendia de una vasija, vertiendo gota á gota ácido clorhídrico sobre hipoclorito de cal seco. A los pocos minutos notó que desaparecian, como por encanto, la cefalalgia, la disnea y el malestar que le atormentaba. Se durmió un breve rato, y al despertar, se encontró fatigado por los mismos síntomas, que cedieron inmediatamente con las inspiraciones del cloro gaseoso. La cefalalgia volvió á reaparecer á poco de suspenderse las inspiraciones. Los vapores de bromo desprendidos de un frasco que contenia algunos gramos de este cuerpo, cubiertos con una ligera capa de agua destilada, aunque con menos prontitud, parece que produjeron casi el mismo efecto: pero el olor es mas desagradable y menos fácil de moderar el desprendimiento del gas.

Notando el enfermo un estado particular de espasmo en el estómago, que recibia los líquidos, pero que no los dejaba pasar, trató de practicar algunas fricciones en la region epigástrica, durante las cuales observó que, bajo la influencia del frio de la mano, disminuia la contraccion

gástrica; se hizo aplicar entonces una compresa ligeramente humedecida en agua fria, y en el instante mismo cesó el espasmo, se sintió un gran borborigmo y se verificó una deposicion. Cuando las compresas iban calentándose, se reproducia la ansiedad epigástrica, para ceder inmediatamente con nuevas aplicaciones frias. Independientemente de las inhalaciones directas del cloro, dice el autor que no ha cesado un solo instante, durante la enfermedad y aun los primeros dias de la convalecencia, de hacer fumigaciones de dicho gas en la habitacion que ocupaba.

El doctor Hebert cree que si el cloruro de cal puede tener alguna utilidad como medio profiláctico, es insignificante en su accion terapéutica, puesto que esta sal, como sus congéneres, no produce nunca cloro por su descomposicion espontánea, bajo la influencia del ácido carbónico de la atmósfera, sino mas bien, y en muy pequeña cantidad, ácido hipocloroso mucho menos difusible, de olor mas desagradable que el del cloro puro, y de una accion infinitamente menos pronta y eficaz sobre la economía. El procedimiento seguido por el autor no proporciona tampoco un desprendimiento de gas regular, y este contiene tambien ácido hipocloroso, por lo que cree que podria reemplazarse con otro igualmente sencillo, que consiste en añadir pequeñas porciones á la vez de clorato de potasa á una mezcla de ácido clorhídrico y agua, en cantidades iguales, teniendo cuidado que la proporcion de ácido sea siempre relativamente mucho mas considerable que la de clorato empleada. En estas condiciones, se obtiene cloro puro, sin mezcla de ácido hipocloroso, ni hipoclórico. El desprendimiento se verifica en frio, y es muy considerable si el ácido está concentrado, y tanto mas débil, cuanto mas diluido se halle, etc.

El doctor Hebert concluye asegurando que tiene una confianza ilimitada en el uso combinado de los evacuantes, y de las inhalaciones de cloro gaseoso, como método curativo del cólera, sobre todo en la forma tífica, y cree tambien en la eficacia de los purgantes y de las mismas inhalaciones como medios preventivos.

Por mas racional que parezca la teoría de M. Hebert, creemos que un solo caso, y este de menos que me-

diana intensidad, es muy poco para conceder la confianza que él otorga á este medio terapéutico, que exige seguramente la sancion de una experiencia mucho mas extensa.

Inyecciones medicamentosas en las venas.—Las inyecciones venosas tantas veces practicadas desde la epidemia de 1831 y 1832, han sido reproducidas en la de 1866, dándolas un carácter de novedad que seguramente están muy lejos de tener. En efecto, en 1831, 1832, 1848, 1849, 1853 y 1854 se han ejecutado estas inyecciones en un número no pequeño de casos, segun se demuestra, en un excelente resúmen histórico publicado por M. Henocque, en la *Gazette hebdomadaire*, y que, á pesar de su interés, no podemos reproducir aquí á causa de su mucha extension. Baste saber que, en todas estas epidemias, los médicos rusos, escoceses, ingleses, franceses, etc., han inyectado directamente en las venas varias sustancias medicinales, fundándose en diversas razones teóricas, mas ó menos en armonía con la idea que se habia formado de la enfermedad por el estudio de sus síntomas, de la sangre y del producto de las deyecciones. La pérdida enorme de líquidos, la de materiales salinos por diversas vías, y por consecuencia, el estado de la sangre despojada de su suero, debian, naturalmente, suscitar la idea de restituir á este líquido y al organismo en general, el agua y las sales perdidas; por otra parte, la impotencia de las vías ordinarias para la absorcion inclinaba á buscar un medio de introducir directamente en el torrente circulatorio los medicamentos que se considerasen apropiados. De aquí, la inyeccion de agua pura hecha por Sandras y Wolf, en Polonia y Blain; la de una solucion que contenia las principales sales del suero, por Latta, cuya idea ha prevalecido, puesto que la mayor parte de las soluciones salinas usadas despues se parecen al líquido de este autor, ó representan en parte la composicion salina del suero. Tales son los líquidos empleados por Lewins, Lizars, Christian, Craigie, Anderson, Littley, Bennet, Genwoot, Lauric, Miller, Carruthers, Watherill, Briquet y Goupil, que se sirvieron de agua ligeramente salada; Bourguignon, de agua que contenia 2 gramos de sosa por litro. La inyeccion directa del suero de la sangre hu-

mana ha sido practicada por Inozemtzew, en Rusia: Lauric habia inyectado antes suero diluido en agua.

Este mismo autor, en Escocia, y Dieffenbach y Scoutetten, en Berlin, practicaron ya en 1831 la transfusion de la sangre, con resultados poco satisfactorios.

No se limitaron los clínicos á devolver á la sangre los principios que la faltaban : guiados por ideas teóricas ó por un puro empirismo, introdujeron en las venas el clorato de potasa para decarbonizar la sangre (O'Saughnessy); agua acidulada con ácido acético (Jahnichen); suero artificial, al que se añadia alcohol (Little, en 1832); protóxido de ázoe (Blandin); láudano y agua (Delpech); alcohol alcanforado (Magendie); estricnina, morfina (Christison, Lauric, en Escocia); sulfato de estricnina, extracto de belladona, infusion de menta, alcoholato de melisa, y en fin, en un enfermo que se curó, sulfato de quinina (Duchaussoy, 1833).

Las tentativas han sido, pues, numerosas, y variados los procedimientos, sin que, á pesar de algunas curaciones notables pueda decirse en general que los resultados fueron satisfactorios.

Si se tienen solo en cuenta las inyecciones salinas y acuosas, pueden reunirse unos doce ensayos en las epidemias anteriores á la de 1866, contándose en ellos veinte y un casos de curacion, número no despreciable cuando se considera que la mayor parte de las inyecciones se hicieron en coléricos álgidos, con cianosis, y condenados casi á una muerte cierta.

Veamos ahora las tentativas hechas recientemente en la última epidemia.

El doctor Colson, de Beauvais, presentó á la Academia de medicina de Paris, en agosto de 1866, una nota con algunas observaciones, de coléricos en último período, á los que se habian practicado inyecciones venosas con el líquido siguiente:

Agua destilada.	12,50 gramos.
Muriato de sosa.	12 —
Lactato de sosa.	8 —
Fosfato de sosa.	3 —

Se calienta el líquido hasta 42 grados centíg. y se le inyecta en la vena basílica. En el primer caso, se sirvió

el autor de una jeringa de hidrocele con una llave ordinaria, que ofrece el inconveniente de tener que repetir varias veces la introduccion de la extremidad de la cánula en la abertura de la vena, lo cual no deja á veces de ser difícil. En el segundo caso empleó una llave de doble efecto, que comunicaba lateralmente, por medio de un tubo de cautchouc, con un embudo de cristal lleno siempre de líquido, y que se tenia durante todo el tiempo de la inyeccion un poco mas alto que el brazo, de modo que no fuese posible un vacío que permitiera la entrada del aire. El autor ha operado siempre en la misma vena; pero cree que, si es necesario practicar gran número de inyecciones, seria preferible variar de vaso para evitar los peligros de la inflamacion. Los resultados definitivos de estas experiencias no fueron muy satisfactorios, puesto que ambos enfermos sucumbieron; pero los efectos inmediatos son, segun el autor, tan maravillosos como los de la traqueotomía en el croup: el pulso reaparece casi desde que se empieza la operacion; el aspecto cadavérico de los enfermos es reemplazado por una expresion notable de animacion; las órbitas se llenan, los ojos se animan; la voz recobra su fuerza, al color lívido de la piel le sustituye un tinte sonrosado, todo esto á medida que se va introduciendo el líquido; el calor reaparece en seguida; es, añade M. Colson, una verdadera resurreccion, y se creeria que el enfermo está salvado, si algunas horas mas tarde la reproduccion de los síntomas no destruyese estas ilusiones. Hasta cuatro veces se repitió la misma escena en el segundo enfermo, terminando al fin con la muerte en un estado tifoídeo. El autor ha inyectado desde 300 á 1200 gramos de cada vez.

En el mes de julio de este mismo año, los doctores Herard y Hénocque practicaron inyecciones análogas en el hospital Lariboisiére, en cuatro casos extremos y desesperados. La primera se hizo con un líquido compuesto de:

Cloruro de sodio.	4 gramos.
Agua destilada.	1000 —

Las otras con el líquido siguiente:

Agua destilada.	1000 gramos.
Cloruro de sodio.	4,50 —
Fosfato de sosa.	1,25 —
Cloruro de potasio.	0,25 —
Carbonato de sosa.	0,50 —

Hé aquí el resultado de estas tentativas: en un primer caso, se introdujeron 60 gramos de líquido: el enfermo sobrevivió tres dias, sin que se notase ningun síntoma particular. En el segundo, se introdujeron 180 gramos en una media hora: el enfermo se rehizo; habló; preguntó donde se encontraba; los ojos se humedecieron, la temperatura se elevó mas de un grado; pero el sugeto volvió á caer en somnolencia y murió dos horas despues de la inyeccion. La tercera vez se inyectaron 1100 gramos de líquido en una hora; el enfermo pudo hablar; se negó á firmar un documento que se le presentaba; los labios perdieron su color violado, se restableció el calor en la piel, intenso, quemante; el paciente se sentia muy aliviado; habia cesado la sed; la cara y el pecho estaban cubiertos de sudor; pero poco á poco volvió la somnolencia, muriendo cuatro horas despues de la operacion. En la cuarta experiencia se inyectaron 800 granos de líquido en un colérico agonizante: se restableció algo la temperatura; el enfermo pudo hablar (confesarse, segun manifestó el capellan) y murió en un estado de somnolencia de la que se le podia sacar llamando fuertemente su atencion.

Tambien en los hospitales ingleses se han repetido estas tentativas con variado éxito. En el *Medical Times* se ha publicado la historia de un jóven de 17 años, que entró en London-hospital atacado de un cólera muy grave, casi en la agonía. Sin perder tiempo, se inyectó, por una vena del brazo, litro y medio de agua, que contenia 3 dracmas de sal comun y 2 escrúpulos de carbonato de sosa. Inmediatamente se produjo un grande alivio, sobre todo en el estado del pulso, que continuó haciendo progresos no interrumpidos, en términos que, á los diez dias de la operacion, pudo enviarse al enfermo á una casa de convalecencia, debiendo advertirse que no se le administró ningun medicamento. La herida del brazo se curó con mucha rapidez.

En una mujer de 44 años, tambien atacada gravemen-

te, el doctor Moore inyectó una solucion compuesta de 1100 gramos de agua, 6 gramos de cloruro de sodio, 2 gramos de cloruro de potasio, 50 centígramos de fosfato de sosa y 25 centígramos de carbonato de la misma base. Alivio notable en el primer momento; pero que desgraciadamente, como en los casos anteriores, fué solo instantáneo, puesto que antes de terminarse la inyeccion, se habian reproducido los síntomas graves, sucumbiendo la enferma á las tres horas.

Por último, el doctor Lorain ha comunicado á la Academia de ciencias, la relacion de un nuevo y notable caso de curacion por las inyecciones de agua en las venas.

En 29 de setiembre de 1866, entró en el hospital de San Antonio un hombre vigoroso, con todos los síntomas del cólera álgido: calambres, frio, cianosis, supresion completa de orina, voz apagada, falta de pulso, disnea excesiva, postracion profunda. Por la tarde, el estado era aun mas grave; algidez completa, el enfermo no podia moverse ni hablar; las pupilas, dilatadas, no se contraian bajo la influencia de la luz; insensibilidad absoluta, y cuando se le trasladó á la mesa en que habia de practicarse la operacion, tenia la flexibilidad y el aspecto todo de un cadáver. No dió muestra ninguna de sentir la diseccion necesaria para poner á descubierto una vena del antebrazo. Hecho esto, se introdujo en ella un trócar cuya cánula se fijó en el vaso por medio de una ligadura: con una bomba de cristal aspirante é impelente, cuyos orificios estaban armados de válvulas dispuestas de modo que no dejasen penetrar el aire en el instrumento, se introdujeron 400 gramos de agua á 40° centígrados. La operacion no ofreció dificultad alguna: el corazon empezó á latir con mas fuerza; pero el pulso no se hizo aun sensible. Tal fué el primer resultado que se observó. La respiracion era mas ámplia y menos difícil, y se elevó la temperatura. Un termómetro, puesto en la boca antes de la inyeccion, marcaba 26,8, y despues de esta, es decir, á los diez minutos, se elevó, y se mantuvo á 30 grados. En fin, inmediatamente despues de haber sido operado, el enfermo dijo con apagada voz que tenia sed. A las ocho horas se habia dormido y respiraba con libertad, encontrándose la piel húmeda y caliente. Algunas horas mas

tarde, el enfermo estaba agitado y vomitaba mucho. Al dia siguiente, tenia bastante fuerza para levantarse solo y sostenerse sentado en una silla; las orinas no habian aparecido aun, y el pulso estaba imperceptible. La reaccion se estableció muy luego, y á poco empezó la convalecencia, saliendo del hospital en un estado completamente satisfactorio el 8 de octubre, es decir, á los diez dias de su ingreso, sin que despues de haber transcurrido un mes hubiese vuelto á tener novedad alguna.

El doctor Lorain dice que no se decidió á practicar la operacion sino despues de haberse convencido, como otros muchos médicos que se hallaban presentes, que el enfermo ofrecia todas las señales de una muerte próxima.

El doctor Littré recomienda, al mismo tiempo que las inyecciones salinas, otro revivificador temporal de los coléricos: el oxígeno, administrado en inhalaciones, ya puro, ya mezclado en proporcion de tres partes de este gas por una de aire atmosférico, produce instantáneamente una sensacion notable de bienestar. Ya se ensayó en 1832; pero el autor citado cree, que estos dos agentes, inyecciones venosas é inhalaciones de oxígeno, deben emplearse asociados y aisladamente. No hay hecho ninguno que compruebe los efectos que de esta asociacion podrian obtenerse.

De estos diversos experimentos resulta que las inyecciones practicadas en las venas durante el cólera, no tienen, al parecer, peligro inmediato, ni comprometen necesariamente la existencia, puesto que un enfermo á quien se habia inyectado *litro y medio* de solucion salina, curó con rapidez. Es tambien un hecho que en ciertas circunstancias, y con especialidad en los casos de Colson y Herard, aunque los resultados definitivos no fuesen satisfactorios, la inyeccion produjo un alivio momentáneo, una especie de vida artificial bastante activa para permitir á los pacientes manifestar su última voluntad ó cumplir sus deberes religiosos. Es indudable que se presenta aquí una vía nueva aun mal é incompletamente explorada, y en la que se podria, segun opinion del mismo M. Besnier, hacer legítimamente algunas tentativas. Parece, sin embargo, que las hasta ahora practicadas, no combaten mas que alguno de los efectos

de la enfermedad y no la causa íntima de ella; así se explica su accion tan transitoria y pasajera en casi todos los casos.

Método instintivo.—Al lado de estos métodos terapéuticos tan activos, debemos hacer mérito, siquiera por el contraste del que el doctor Delstanche, de Bruselas, denomina instintivo. Considera, en primer lugar, las evacuaciones como esfuerzos eliminatorios, y cree que deben no solo respetarse, sino favorecerse, imitando el arte la tendencia de la naturaleza por medio de los evacuantes, con los que ha obtenido inmejorables resultados en todos los casos de colerina.

Respecto al tratamiento del cólera confirmado, se separa el autor de la práctica generalmente seguida. Cuando un indivíduo, dice, se encuentra en peligro de asfixia, la primera indicacion que hay que llenar, consiste en sustraerle á la accion de la causa, y la segunda, en colocarle en condiciones favorables al restablecimiento de la hematosis, es decir, en un aire fresco y rico en oxígeno, y no en una atmósfera limitada y enrarecida por el calor, como ordinariamente se hace con los coléricos. A juicio del autor, habria otros medios de oponerse á la refrigeracion de estos enfermos sin comprometer una de las grandes funciones de la economía. Aun cuando así no fuese, todavía no le parece justificada esta práctica.

Todo el mundo ha podido observar cuán difícilmente soportan los coléricos el calor; en algunos, esta intolerancia es extremada; piden aire, y cuando se les tapa, dicen que se ahogan y retiran la ropa; M. Delstanche ve en esto un instinto, una tendencia orgánica que debe respetarse, una indicacion que llenar. Cree que esta necesidad tiene por objeto suplir la insuficiencia de la hematosis pulmonal por la hematosis cutánea, que no es ciertamente, dice, una quimera. Los coléricos se encuentran, bajo este punto de vista, en el caso que todos los asfixiados por causa externa, ó afectados de un ataque de asma, que se despojan de sus ropas y de todo lo que puede sustraerles á la accion del aire exterior.

Así, cuando los enfermos no quieren estar cubiertos y les molesta é incomoda el contacto de los cuerpos calientes, el doctor Delstanche no les violenta, y no por esto

ha dejado de verificarse la reaccion menos bien, ni menos pronto que con el tratamiento general. En el caso contrario, es decir, cuando los pacientes desean el abrigo, no descuida ningun medio de calefaccion.

Cediendo igualmente á los deseos de los sugetos, les concede cuanta agua quieren beber, sin que importe nada que la vomiten inmediatamente despues de haberla ingerido, para volverla á beber de nuevo con mas ardor. Esta gran sed no dura por lo comun mas que veinte y cuatro ó treinta y seis horas; y bajo la influencia de este tratamiento tan sencillo no tarda en rehacerse el pulso; la piel se calienta, y se establece la reaccion, siendo de notar que el estado de los enfermos mejora tanto mas pronto cuanto mas han bebido y vomitado; mientras que la reaccion se presenta difícilmente en los que rechazan el agua: de 13 coléricos tratados exclusivamente por el agua fresca, solo murieron 4, y de estos, 3 estaban extenuados por padecimientos anteriores. Uno de ellos tenia un grande absceso por congestion, dependiente de una cáries del fémur.

Una de las ventajas del método instintivo consiste, al decir de su autor, en que no se observan con él los accidentes tifoideos, complicacion grave, que tanto aumenta la mortalidad de esta terrible epidemia.

El método, como se ve, es completamente primitivo, y en rigor no exigiria la intervencion del médico, como no fuese para atender á las complicaciones; es, en cierto modo, una medicacion espectante, que deja en completa libertad de accion á la naturaleza.

Esta conducta terapéutica hallaria quizás su justificacion en las interesantes y profundas observaciones del doctor Scoutetten, que habiendo visto y tratado el cólera en tres partes del mundo, Europa, Africa y Asia, habiendo vivido durante tres meses en un campamento constantemente ocupado por muchos centenares de coléricos, ha tenido ocasion de adquirir una vastísima experiencia, durante la cual ha sido testigo de los tratamientos mas diversos, desde los mas sencillos hasta los mas complicados, desde los mas inocentes hasta los venenos mas enérgicos, notando, en medio de todo, que la mortalidad ha variado poquísimo, segun lo demuestran las estadísticas generales.

En cuanto á tratamientos, dice este ilustre práctico, he visto al beduino abandonado en su tienda, sin mas recursos que un poco de agua que beber, curarse perfectamente, y lo mismo ha sucedido con centenares de soldados, atendidos solo por algunos enfermeros en Crimea y Constantinopla; por el contrario, todos los dias estamos viendo que los cuidados mas exquisitos, la mas esmerada asistencia, no siempre consigue arrancar una víctima á la muerte. Cree este autor que, cuando se desarrollan los verdaderos síntomas del cólera, el éxito queda sujeto al azar de una constitucion robusta y que resiste, ó de una dósis de veneno miasmático demasiado débil para ocasionar la muerte; las alteraciones que en este caso sobrevienen en el organismo, se disipan por sí mismas con bastante prontitud.

Periodo de reaccion.— Atribuyendo el doctor Worms la somnolencia y el coma que se presenta en el primer período de la reaccion, impropiamente llamada tifoídea, á una compresion ejercida sobre el cerebro por la serosidad, cree que la primera indicacion consiste en determinar la reabsorcion del líquido, lo que puede conseguirse cubriendo la parte anterior de la cabeza con fomentos resolutivos; el autor emplea, con este objeto, la mixtura siguiente:

Alcohol alcanforado.	150 gramos.
Amoniaco líquido	20 á 25 gramos.
Infusion de árnica.	100 —
Clorhidrato de amoniaco.	45 —

En caso de necesidad, debe afeitarse la parte anterior de la cabeza. Debe aplicarse este medio, dice, sin *perjuicio* de los demás *revulsivos generalmente usados*.

A nuestro juicio, lo primero que necesitaria hacer el autor, es demostrar que, en efecto, existe el derrame seroso, á que atribuye ciertos síntomas graves de la reaccion llamada tifoídea, y despues probar la eficacia de esta mixtura, cuya accion, al través de la gruesa caja ósea que encierra y protege al cerebro, ha de encontrar muchos incrédulos, entre cuyo número desde luego nos contamos. Creemos que cualquier fomento frio, los de oxicrato, por ejemplo, producirian el mismo efecto.

Congestion pulmonal considerada como entidad patológica.
(Arch. gén. de méd.).

La idea de la irritacion y de la inflamacion tan ardientemente sostenida por Broussais, como base fundamental de la medicina llamada fisiológica, y que se habia infiltrado en el espíritu de la mayor parte de los médicos contemporáneos, produjo una lamentable confusion entre las flegmasías y las congestiones.

La congestion pulmonal, particularmente, sufrió esta vicisitud. Considerada como un estado morboso secundario, quedó casi olvidada en los tratados de patología. Algunos observadores, como Andral, Jolly, Dechambre, Devergie, Monneret y Fleury estudiaron, sin embargo, esta hiperemia, á partir de 1830, bajo diversos puntos de vista.

Apartándose, en cierta manera, M. Woillez del camino seguido en estas publicaciones, y profundizando la sintomatología, cree haber conseguido salvar las dificultades que hasta ahora se habian encontrado para comprobar, durante la vida, por un medio cualquiera, el aumento de volúmen del pulmon congestionado, como se hace, por ejemplo, respecto al hígado, valiéndose de la palpacion y de la percusion.

Dice el autor de esta interesante memoria, publicada en los *Archives gén. de méd.*, que la mensuracion le ha abierto una nueva vía, revelando la existencia de la congestion pulmonal en condiciones y circunstancias en que no se la habia sospechado. Estudiando la capacidad torácica en el curso de la pneumonía, y por comparacion en otras enfermedades agudas, observó primero la existencia de una ampliacion torácica evidente, aunque no apreciable á lá vista, y que se manifiesta desde el principio de las enfermedades febriles en general. Este aumento de volúmen, comun á afecciones muy diversas, no podia ser debido mas que á la congestion pulmonal.

Era necesario averiguar si la congestion, de esta manera demostrada, era un simple hecho de fisiología patológica que no se revelaba mas que por la mensuracion, careciendo, por tanto, de importancia práctica, ó bien si esta hiperemia tenia un valor clínico positivo.

En este último caso debia manifestarse por signos de

percusion y auscultacion, que, para ser legítimos, tenian que acompañar al ensanchamiento torácico congestional demostrado por la mensuracion, y desaparecer al mismo tiempo que él.

El estudio de estos signos le sirvió á M. Woillez de fundamento para publicar, en 1853, una memoria acerca *De la congestion pulmonal considerada como elemento habitual de las enfermedades agudas.* Continuando estas investigaciones, el autor ha tenido ocasion de reunir numerosos hechos que sirven de base al nuevo trabajo que estamos analizando, del cual resulta: que la congestion pulmonal puede estudiarse durante la vida con mas facilidad que hasta ahora se habia hecho, y que se la encuentra en una de las dos condiciones siguientes:

1.° Como enfermedad aguda particular, que tiene signos, curso y lesiones propias, y que la distinguen perfectamente de las demás afecciones agudas con que se la ha confundido.

2.° Como estado patológico combinado á otras enfermedades, ya siendo elemento necesario, ya elemento accidental de ellas.

La congestion pulmonal simple, idiopática, consiste en una fluxion sanguínea aguda, con fiebre en su principio, y acompañada de fenómenos funcionales y de signos físicos que facilitan su diagnóstico é impiden que se la confunda con las demás enfermedades agudas intrapulmonales.

Sintomatología.—En la mayor parte de los casos la enfermedad empieza bruscamente, sin prodromos; las pocas veces que estos existian fueron muy sencillos; tos algunos dias antes de la invasion; otras veces un dolor vago en ambos lados del pecho ó malestar y opresion, unidos á un poco de tos. Tales han sido los fenómenos observados por M. Voillez.

Precedida ó no de prodromos, la invasion ha sido siempre repentina, excepto en un caso en que el dolor torácico fué aumentando gradualmente.

Va casi siempre acompañada de movimiento febril de intensidad variable; pero que cualquiera que sea su violencia, tiene el carácter notable y particular de ser una fiebre efémera.

El *dolor* torácico es un síntoma constante; todos los enfermos, sin excepcion, le han presentado, mientras que frecuentísimamente falta en la congestion sintomática ó secundaria. Su sitio mas comun es la region submamaria, y solo en casos excepcionales se presenta en otras. Su intensidad varía; ora es muy vivo desde el principio; ora es menos intenso y va creciendo gradualmente. Sus caractéres son los mismos que de ordinario se atribuyen al dolor pleurodínico, con el que muy á menudo se le confunde en la práctica. Es espontáneo; se exaspera por las grandes inspiraciones ó la tos, y frecuentemente tambien, pero no siempre, por la presion de los músculos ó de los espacios intercostales. En ocasiones tambien le provocan los movimientos del brazo y tronco, y la progresion; pero esto es mas raro.

Disnea, tos, expectoracion. — La disnea que sufrian los enfermos al mismo tiempo que el dolor torácico, dependia por lo comun de la exasperacion de este en las grandes inspiraciones; era moderada en la generalidad de los casos; en algunos, sin embargo, fué muy intensa é independiente del dolor torácico. *Tos* nula en la mitad de los enfermos, rara ó muy rara en los otros, de suerte que puede considerarse la falta de este síntoma ó su poca importancia, como uno de los buenos caractéres de la afeccion. Cuando existia tos iba acompañada de una expectoracion poco abundante, mucosa, incolora ó agrisada, conteniendo pequeñas vesículas de aire y muy raramente algunas estrías de sangre pura.

Signos físicos.—Las alteraciones funcionales que acabamos de mencionar tienen un gran valor diagnóstico; pero serian insuficientes para caracterizar la congestion pulmonal, si no se uniesen á ellas signos físicos que disipan todas las dudas. Estos signos los suministran la mensuracion, la percusion y la auscultacion.

Mensuracion.—El autor no considera su uso como indispensable á la cabecera de la cama del enfermo para fijar el diagnóstico. Practicada por medio del cirtómetro, sirve mas bien como un medio demostrativo y científico, que como medio de diagnóstico usual y práctico. Los signos de percusion, y sobre todo de auscultacion, bastan, en efecto, con los fenómenos de invasion y el dolor torá-

cico, para caracterizar francamente la congestion pulmonal idiopática. El uso del cirtómetro, demostrando que este dolor y estos signos estetoscópicos se manifiestan durante la ampliacion del pecho que acompaña á la hiperemia pulmonal, y que desaparecen con ella, ha hecho más para el conocimiento de esta afeccion, bajo el punto de vista clínico, que los estudios que antes se habian practicado á la cabecera del enfermo; lo cual se concibe fácilmente, puesto que ningun otro medio podia revelar durante la vida el aumento de volúmen del pulmon congestionado.

Percusion.—Suministra signos muy útiles, pero que no son constantes, puesto que en una cuarta parte de casos, la sonoridad torácica era normal. Los demás presentaron una resonancia exagerada ó timpánica, sonido macizo, mas ó menos pronunciado, ya aisladamente, ya ocupando á la vez varias regiones del pecho.

La oscuridad del sonido, indicada hace mucho tiempo como signo de congestion pulmonal sintomática, ha presentado los siguientes caractéres en la congestion idiopática. Raras veces fué absoluta; era casi siempre una submatidez de límites vagos, que ocupaba en la parte posterior, la mitad ó los tercios inferiores del lado afecto, pocas veces toda su altura, y no producia en el dedo la sensacion de resistencia que opone á la percusion una hepatizacion pulmonal ó un derrame pleurítico. Esta falta de resonancia ha ofrecido además la notable particularidad de haberse presentado casi siempre en la parte posterior del lado derecho (11 veces de 14 casos); y como ocupaba siempre el lado en que existia el dolor y los signos característicos de auscultacion, se puede afirmar que la oscuridad del sonido á la percusion se nota mas particularmente en las congestiones del pulmon derecho que en las del izquierdo.

La *sonoridad exagerada ó timpánica* ha sido mas frecuente que la oscuridad de la resonancia. Se ha presentado en 22 enfermos, mientras que el sonido macizo solo se ha observado en 14. Una vez era gèneral en ambos lados, en que existia una congestion pulmonal doble, caracterizada tambien por dolores en los dos costados.

Hay con mucha frecuencia en los signos de percusion

que acabamos de indicar, una movilidad que se observa tambien en los estetoscópicos y que constituye uno de los caractéres originales del padecimiento.

Auscultacion.— Los signos que suministra la auscultacion son muy importantes. Ninguno de ellos es patognomónico; pero unidos á los síntomas funcionales y los datos que se obtienen por la mensuracion, la percusion y la marcha de la enfermedad, son de muchísimo valor. Uno de los caractéres de estos signos es la variabilidad. En las observaciones recogidas por el doctor Woillez se observaron modificaciones bastante numerosas del ruido respiratorio. Puede encontrarse: 1.° debilitado; 2.° exagerado ó pueril; 3.° granuloso ó áspero; 4.° sibilante; 5.° de fuelle; 6.° la espiracion puede ser prolongada; 7.° en fin, hay á veces extertores húmedos.

No pudiendo seguir al autor en el estudio detallado que hace de cada uno de estos signos, me limitaré á indicar el órden de frecuencia relativa en los que ha observado.

Respiracion débil.	27 veces.
Respiracion sibilante ó de ronquido.	19 —
Espiracion prolongada.	18 —
Respiracion granulosa ó áspera.	9 —
— de soplo ó fuelle.	9 —
— pueril.	8 —
Extertores húmedos.	7 —

La debilidad del murmullo respiratorio varía desde la simple debilidad relativa hasta la abolicion casi completa de todo ruido. Se observa en diferentes puntos del pecho, en ambos lados, en uno solo, en que existe el dolor, en la parte anterior ó la posterior.

La respiracion pueril es menos frecuente: el autor no la ha encontrado nunca en los dos lados como el signo anterior. Esta exageracion del ruido respiratorio ocupaba unas veces todo el lado del dolor, ó solamente la parte anterior; en un solo caso se presentó en la region posterior.

La respiracion sibilante ó de ronquido es muy comun; casi siempre ha podido percibirse inmediatatamente por el oido, y en muy pocas ocasiones fué preciso hacer toser al enfermo para comprobarla. Este signo era persistente ó fugaz, produciéndose en los dos tiempos de la respiracion, ó solo en uno de ellos.

La respiracion de fuelle ó soplo bronquial se ha presentado siempre con un carácter bien determinado en los dos tiempos de la respiracion: ocupaba un espacio limitado de las regiones posteriores del pecho.

Nunca la ha encontrado M. Woillez en la parte anterior. —Los doctores Hourmam y Dechambre han llamado la atencion acerca de este soplo tubario de la raiz del pulmon, que desaparece de un instante á otro en el curso de la pneumonía de los viejos, sin embargo de que en la autópsia suele encontrarse el pulmon en este sitio perfectamente sano. Le atribuyen á una respiracion suplementaria y le consideran como una causa frecuente de error de diagnóstico en tales casos. Las investigaciones de M. Woillez han venido á dar una verdadera importancia á este hecho interesante, refiriéndole á la congestion pulmonal en el adulto.

Lo mismo cree el autor que puede decirse del soplo prevertebral, observado por Barthez y Rilliet en los niños, que dichos prácticos han considerado como el resultado de una auscultacion incompleta y como un ruido de trasmision que podria hacer pensar, dicen, en una congestion movible. En concepto de M. Woillez, este soplo se produce por consecuencia de la reflexion del sonido en el tronco bronquial del lado de la congestion, á causa de la menor permeabilidad del órgano hiperemiado. Su rápida desaparicion dependeria de los grados variables de esta permeabilidad.

En este punto, ordinariamente limitado á un pequeño espacio inmediato á la columna vertebral, el soplo es por lo comun muy puro, sin mezcla de ningun otro ruido, mientras que en las demás regiones posteriores suele encontrarse mezclado con extertores húmedos.

Con este asiento especial en la raiz de los bronquios, dicho soplo es un signo excelente de congestion, unido á los demás enunciados, por mas que no deba considerársele como patognomónico, y que se le encuentre tambien en la pneumonía franca y en la pleuresía.

Siendo fácil comprobar por medio de la cirtometría, los diferentes grados de amplitud del pecho en un mismo enfermo, puede estudiarse la congestion en sus diferentes fases de aumento ó disminucion.

De este modo ha podido establecer el autor que la resonancia timpánica es signo de una congestion menor que la oscuridad del sonido ó el sonido macizo. Respecto á la auscultacion, se percibe en las congestiones poco pronunciadas, la respiracion fuerte ó granulosa, la sibilante ó de ronquido, y en fin, la debilidad del ruido respiratorio; el soplo de fuelle se encuentra de preferencia en las congestiones mas fuertes.

Voz torácica.—La auscultacion de la voz, en el curso de la congestion pulmonal, puede decirse que solo ofrece signos negativos. La falta de broncofonía franca en todos los casos en que existia el soplo bronquial, es un excelente carácter negativo de esta congestion comparada á la pulmonía. Sucede á veces que la resonancia normal de la voz está sensiblemente disminuida del lado de la congestion.

Las vibraciones torácicas apreciadas por la aplicacion de la mano á las paredes del pecho, mientras habla el enfermo, se encuentran poco modificadas en la congestion pulmonal. A veces están manifiestamente disminuidas: por lo comun son normales, aun cuando exista el soplo bronquial. El autor nunca las ha encontrado aumentadas como en ciertas pulmonías.

Muchos de los signos estetoscópicos mencionados se suelen encontrar reunidos, en mayor ó menor número, en un mismo indivíduo, y en ocasiones tienen una movilidad extraordinaria, que en ciertos hechos ha sido tanto mas notable, cuanto mas numerosos eran los signos de auscultacion.

El *curso* de la congestion idiopática, ya por el encadenamiento de los fenómenos, ya por su rápida evolucion, es uno de los caractéres clínicos mas importantes de su historia. El solo disipa todas las dudas respecto al valor de los fenómenos observados en muchas circunstancias.

Esta marcha está caracterizada por la aparicion brusca de los accidentes de invasion, principalmente de la fiebre y del dolor torácico; por la duracion efémera de esta fiebre y por la persistencia, despues que ha desaparecido, del dolor y los signos físicos mas ó menos numerosos de percusion y auscultacion; en ciertos casos, por la sucesion

y movilidad de estos signos, que varian de un dia á otro; en fin, por la desaparicion rápida, y frecuentemente en veinte y cuatro horas, de los fenómenos observados, cuando se ha sometido al enfermo á un tratamiento conveniente. En efecto, la duracion del mal está subordinada en gran parte al tratamiento.

De las tres formas anatómicas admitidas por Dubois, de Amiens, en la congestion pulmonal: 1.° infarto sanguíneo de los capilares del pulmon sin extravasacion; 2.° sangre extravasada, sin rotura en las células aéreas (hemoptísis); 3.° dislaceracion del pulmon y derrame de sangre (apoplejía pulmonal); solo la primera es constante. Las otras dos son sumamente raras, y la última, sobre todo, no puede admitirse sino en los casos mas graves, por que, en los ordinarios, la rapidez de la curacion debe hacer desechar toda idea de apoplejía sanguínea.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

CONGESTION IDIOPÁTICA.	PLEURODINIA PROPIAMENTE DICHA.
Fiebre efémera al principio, estado general á veces grave en apariencia.	No hay fiebre ni fenómenos generales.
A veces tos y esputos transparentes, en poquísimos casos sanguinolentos.	Nunca tos, ni expectoracion.
Dolor análogo al de la pleurodinia, pero que puede ser neurálgico; siempre acompañado de otros signos.	Dolor torácico como único síntoma de la enfermedad.
Signos numerosos suministrados por la auscultacion, la percusion y la mensuracion.	Ningun signo por la percusion, la auscultacion ni la mensuracion.

CONGESTION PULMONAL IDIOPÁTICA.	BRONQUITIS AGUDA FRANCA.
Fiebre efémera.	Fiebre mas persistente,
Dolor torácico ordinariamente vivo, localizado, que preocupa al enfermo.	Dolor nulo ó ligero, generalmente vago.
Tos nula ó insignificante.	Tos frecuente, que preocupa al enfermo.
Esputos nulos ó mucosos, transparentes.	Esputos moco-purulentos, opacos.

Frecuentemente no hay extertores húmedos; cuando existen, son pasajeros y movibles como los demás signos.	Extertores húmedos persistentes en la base de ambos pulmones por detrás; los demás signos físicos igualmente mas fijos y durables.
Curso muy rápido, desaparicion del dia á la noche por un tratamiento apropiado: ninguna consecuencia apreciable.	Curso menos rápido, cualquiera que sea el tratamiento; remision gradual: la enfermedad puede pasar al estado crónico.

No debe olvidarse que la hiperemia del pulmon acompaña á todas las enfermedades agudas intrapulmonales, y que por consecuencia se la debe encontrar acompañando á la bronquitis aguda. Segun el autor, esta es la afeccion que se une á las congestiones mas fuertes. No se debe, por lo tanto, extrañar encontrar sus signos reunidos.

CONGESTION PULMONAL SIMPLE.	PULMONIA FRANCA.
Fiebre efémera.	Fiebre persistente.
Tos nula ó rara.	Tos frecuente.
Esputos nulos ó transparentes, no adherentes, teñidos á veces de sangre roja, no mezclada íntimamente con ellos.	Esputos viscosos adherentes, diversamente coloreados por la sangre que se halla mezclada con ellos íntimamente.
Sonido macizo, soplo y extertores crepitantes (cuando existen), que desaparecen frecuentemente de la noche á la mañana; no hay broncofonía ni vibraciones torácicas muy exageradas.	Sonido macizo, soplo y extertores crepitantes persistentes, á veces aun en la convalecencia; broncofonía manifiesta con exageracion de las vibraciones torácicas.
Curacion muy rápida	Curacion gradual.

El diagnóstico diferencial de la congestion y de la pneumonía merece una atencion particular, porque se encuentran con mucha frecuencia en la práctica ejemplos de congestiones que simulan pulmonías verdaderas, por la existencia del dolor de costado, la falta de resonancia torácica, el soplo y los extertores crepitantes. Claro está que no se trata de las flegmasías del pulmon caracterizadas por esputos viscosos, adherentes y diversamente teñidos por la sangre. Estos esputos son, en efecto, el signo mas característico de la inflamacion del tejido pulmonal. Es cierto que la hiperemia idiopática va acompañada á veces de expectoracion sanguinolenta, que podria á primera vista tomarse por la de la pulmonía. Pero el error

es imposible, si se tiene en cuenta la falta de viscosidad de los esputos de la congestion y la simple mezcla de la sangre en el moco en estrías ó placas, mientras que, en los esputos pneumónicos, la sangre se encuentra íntimamente unida con los productos de la expectoracion.

Pero, como en la pneumonía no siempre se presentan estos esputos característicos, y por otra parte, los sanguinolentos se observan pocas veces en la congestion, era necesario buscar en otra parte los elementos del diagnóstico diferencial.

La congestion pulmonal pudiera tambien confundirse con la pleuresía, cuando la primera está caracterizada por el sonido macizo, la debilidad extrema del ruido respiratorio, unido al dolor de costado. El error no podria en este caso ser de larga duracion, porque bastaria en tales circunstancias ver modificarse profundamente ó desaparecer en veinte y cuatro horas todos estos fenómenos, para que hubiera que abandonar la suposicion de un derrame pleurítico. Esta sola prueba es suficiente para distinguir ambas enfermedades.

Ya ha podido advertirse por lo que llevamos manifestado, que existen hechos de congestion, ante los cuales no puede formarse juicio exacto al primer exámen, siendo preciso guardar reserva respecto al diagnóstico y, por consecuencia, al *pronóstico*. Pero cuando se ha reconocido la existencia de una congestion pulmonal simple ó idiopática, se puede establecer un *pronóstico* favorable en la mayor parte de los casos. M. Woillez no admite, pues, con Monneret, que «la hiperemia es peligrosa cuando ocupa un lóbulo del pulmon ó todo el órgano.» Por lo comun, en efecto, la curacion se verifica con mucha rapidez, bajo la influencia de un tratamiento conveniente, sea la que quiera la extension de la congestion y la duracion anterior de esta enfermedad aguda. Es este un carácter tan comun de la congestion pulmonal simple, que siempre que se ven persistir los signos de la hiperemia, resistiendo á la terapéutica oportuna, se debe temer que no se trata de una hiperemia idiopática, sino de una congestion que es solo la primera escena de un padecimiento mas grave. A juicio de M. Woillez, es este

uno de los principios prácticos mas importantes del estudio de la congestion pulmonal.

No debe creerse, sin embargo, que la hiperemia idiopática carezca siempre de gravedad por sí misma; porque en ciertos casos puede producir con mas ó menos rapidez la muerte.

Las indicaciones que hay que llenar en el tratamiento de esta dolencia son muy sencillas y fáciles de establecer. El principal objeto debe ser obrar contra la congestion, porque la fiebre se disipa sin necesidad de medicacion especial.

La energía de la terapéutica está subordinada á la intensidad de los fenómenos sintomáticos.

Las sangrías generales, los vomitivos, las sanguijuelas *loco dolenti*, ó las ventosas secas ó escarificadas, y una preparacion calmante, son las armas terapéuticas con que se combate esta enfermedad. En los casos de hiperemia poco intensa, el vomitivo y las ventosas escarificadas en pequeño número bastan por lo comun para triunfar del padecimiento. El autor se ha limitado casi siempre á estos dos medios, cualquiera que fuese la intensidad de la congestion: 20 á 30 granos de polvo de ipecacuana, asociados á un grano de tártaro emético, y 6 á 10 ventosas escarificadas (que se pueden reemplazar por sanguijuelas), son los medios que generalmente ha aconsejado M. Woillez con excelentes resultados. Tambien suele prescribir una píldora de extracto tebáico por la noche. Solo en casos excepcionales ha tenido que recurrir á la aplicacion de vejigatorios para hacer desaparecer un resto de dolor, que habia resistido á la anterior medicacion. Lo mas notable de este tratamiento es la rapidez de sus buenos efectos, que suelen no hacerse esperar mas de veinte y cuatro horas.

Corea : tratamiento por la anilina y por el haba del Calabar. (*Press. méd. belg.—Gaz. des Hopit.—Medical Times and. Gaz.—Medical Pres.*).

El doctor Fraser refiere, en el *Medical Times*, la historia de 5 casos tratados con completo éxito por el sulfato de anilina. En todos ellos se habian empleado con poco fruto los medios ordinarios de tratamiento. La fórmula

usada por este práctico, consistia generalmente en 5 granos de sulfato de anilina, 10 gotas de ácido sulfúrico diluido, y una onza de agua, tres veces al dia. A la media hora de su administracion podian observarse los efectos del medicamento; la mucosa bucal y las uñas tomaban un color azulado que aumentaba durante dos horas, para desaparecer luego gradualmente. Al segundo ó tercer dia los enfermos solian quejarse de cefalalgia, vértigos, y aun en algunos casos, vómitos, lo cual obligaba á suspender algun dia el tratamiento. La duracion de este ha sido por lo comun de un mes, y la cantidad de anilina administrada de 250 á 300 granos.

Parécenos oportuno recordar que la anilina es un producto de la destilacion del índigo unido á la potasa cáustica, y que puede extraerse tambien de la brea. Cuando está purificada, se presenta en forma de un líquido incoloro, de consistencia oleaginosa, de olor desagradable, y densidad apenas superior á la del agua. Insoluble en esta, muy soluble en el alcohol y el éter, se altera fácilmente en contacto del aire, y bajo la influencia del calor toma un color amarillo oscuro. No es alcalina, pero se une como base á los ácidos, para formar sales cristalizables y solubles, que deben por consiguiente emplearse de preferencia á la anilina en la práctica médica.

El doctor Turnbull ha sido el primero en recomendar esta sustancia en el tratamiento del corea; algunos autores la han empleado despues en otras afecciones convulsivas. El profesor italiano Filiberti ha referido dos observaciones en que la anilina curó una vez convulsiones epilépticas en un pelagroso, y otra hizo desaparecer rápidamente y de un modo estable un corea muy grave.

El doctor Molina cree que este agente ejerce su accion sobre el sistema nervioso cérebro-espinal, y muy poco sobre el circulatorio, y que se parece mucho á las solanáceas virosas, bajo el punto de vista de su accion y de sus indicaciones. Esta sustancia se elimina rápidamente del organismo, dando á las orinas un color amarillo oscuro, y á la piel un tinte azulado más ó menos intenso. Estas coloraciones son muy fugaces y no duran mas que un dia despues de la suspension del remedio. Por lo

demás; el uso de la anilina no ofrece inconveniente alguno, siempre que se le dirija con prudencia. La dósis puede variar desde uno hasta 30 granos.

Haba del Calabar.—El haba del Calabar, medicamento introducido modernamente en el dominio de la terapéutica ocular, se ha ensayado tambien en algunas afecciones nerviosas, y parece que está destinado á prestar buenos servicios á la patología. Pero la ciencia no posee aun datos suficientes para determinar las condiciones morbosas en que puede aplicarse con ventaja. Es importante, pues, tomar nota de los casos en que se experimente, y de los resultados que se obtengan. Por esto extractamos á continuacion, dos observaciones de corea tratadas por este medio, y que han sido publicadas por el doctor inglés Harley.

Era el primer enfermo una niña de 11 años, atacada de corea. Se la administró el polvo de haba del Calabar, en dósis de un grano, que se fué elevando gradualmente hasta 3 granos, tres veces al dia; luego hasta 4 y medio, y en fin, á 6; pero esta última dósis solo se administró una vez al dia. El estado de la enferma mejoró mucho con este tratamiento, cuyos únicos inconvenientes fueron algunos cólicos, y dos ó tres vómitos. En los primeros dias la púpila se contrajo, y el pulso se aceleró en términos que daba 144 latidos por minuto, y una vez llegó hasta 160; pero estos fenómenos fueron disminuyendo hasta llegar á desaparecer. No se observó la irregularidad de pulso, que ha notado el doctor Christison en los experimentos hechos en sí mismo.

El segundo enfermo era un niño de 9 años: durante un mes, de cuya época databa su afeccion, se le habia sometido inútilmente á diversos tratamientos. Sin entrar en la descripcion detallada de los síntomas que presentaba este sugeto, baste decir que no podia tener objeto ninguno en sus manos, ni llevar el alimento á la boca; estaba considerablemente demacrado: el doctor Harley le prescribió unos tres granos de haba del Calabar al dia. Bajo la influencia de este medicamento, el enfermo se restableció gradualmente y de un modo sólido, en términos que, pasado un mes, ya podia vestirse solo, y á los dos meses, no existia síntoma alguno del padecimiento,

siendo excelente la salud general. No se observó ningun síntoma que pudiera atribuirse á la medicacion.

Coriza: curacion rápida por las inhalaciones de amoniaco y por la goma en polvo. (*Gaz. méd. de Lyon.—Jour. de méd. et chir prat.*).

En nuestro ANUARIO anterior, pág. 76, dimos cuenta del tratamiento recomendado por el doctor Luc para la curacion del coriza. La publicacion de este hecho ha movido al doctor Paillon á dar á conocer el método que emplea hace mas de doce años contra esta afeccion, y que tiene, segun el autor, la ventaja de obrar con mas prontitud, siendo tan cómodo, tan inofensivo y seguro como la tintura de iodo.

Consiste en pasar, mas ó menos rápidamente, por debajo de la nariz un frasco destapado que contenga algunos gramos de amoniaco líquido. La rapidez con que debe hacerse la operacion, es relativa á la intensidad y grado de la flegmasía nasal. Si el olfato está abolido, y las fosas nasales obstruidas por la hinchazon de la mucosa, se mantiene debajo de la nariz el frasco, hasta que se perciban los vapores del álcali volátil, lo que no tarda en suceder: una vez conseguido este resultado, se retira el frasco, para volverle á pasar por debajo de la nariz transcurridos algunos segundos, pero esta vez con mas rapidez.

Repitiendo esta pequeña maniobra operatoria, siete ú ocho veces, en el espacio de cinco ó seis minutos, cesa la oclusion de las narices, se restablece la percepcion sensorial, se suprime la secrecion mucosa irritante; en una palabra, desaparecen todas las manifestaciones sintomáticas del coriza. Solo queda en las fosas nasales, y esto no siempre, algunas costras insignificantes debidas á la inflamacion sustitutiva, producida por las emanaciones del amoníaco. El autor asegura que en las muchísimas veces que ha usado este medio, siempre ha obtenido completo éxito.

Goma en polvo.—A los diversos medios ya mencionados como á propósito para precaver la prolongacion y propagacion del coriza, añadirémos el polvo de goma arábiga usado en la misma forma que el rapé, el cual, segun una nota publicada en el *Jour. de méd. prat.* por el doctor Vollant, suprime la inflamacion catarral de la

membrana mucosa con gran rapidez. El autor aconseja que se emplee la goma finísimamente pulverizada. Se hace una fuerte aspiracion por la nariz primeramente atacada, cerrando la otra por medio de la presion de un dedo; en seguida se ejecuta lo mismo en el lado opuesto, repitiendo la misma operacion varias veces, como se hace con el tabaco. La mucosa así expolvoreada pierde muy pronto su humedad, y gracias al barniz que la protege, se hace insensible á la accion del aire frio. Luego que se ha conseguido este resultado, puede decirse que se ha hecho abortar el coriza.

En los casos en que la rinitis ha invadido ya la garganta, lo que se revela por la sensacion de picor y cosquilleo que el enfermo advierte, aun es posible, segun M. Vollant, detener el curso del mal, tocando el sitio de la inflamacion con el dedo préviamente humedecido, y cargado de polvo de goma mas grueso que el destinado á tomarse por la nariz.

Por mas que no me inspire gran confianza este medio, me ha movido á darle á conocer la sencillez de su aplicacion y lo inofensivo de sus efectos.

Delirio emotivo ó de las impresiones: neurose del sistema nervioso ganglionico visceral. (*Arch. gén. de méd.*).

Con el nombre de *delirio emotivo*, y que con mas exactitud pudiera llamarse *delirio de las impresiones*, ha descrito el distinguido alienista doctor Morel, en un notable trabajo publicado en los *Arch. gén. de méd.*, una de las formas de delirio sintomático que se unen de un modo íntimo á las alteraciones del aparato nervioso gangliónico visceral; forma particular cuyos elementos se componen de hechos de *impresionabilidad y de emotividad* (1), con predominio de ciertas ideas fijas, de ciertos actos anormales, sin compromiso obligado, ó al menos absoluto de las facultades intelectuales. Fácilmente se comprenderá la contradiccion aparente de estos términos, si se tiene en cuenta el orígen y el punto de partida asignados á este delirio.

(1) El autor pide que se le disculpe el uso de esta palabra, que no se encuentra en ningun diccionario de medicina.

No es, sin embargo, la primera vez que se afirma la existencia de un delirio sin ninguna de las perturbaciones mentales, que implican de toda necesidad la idea de locura. Testigo el antiguo adagio que dice: Si toda locura es un delirio, no todo delirio es una locura.

Esta nueva forma de delirio, para la que M. Morel reclama un sitio especial en el cuadro de las neuroses, se funda en algunas observaciones muy curiosas, recogidas en su consulta y práctica particular.

Si los hechos de este género no han llamado hasta ahora la atencion de los médicos, consiste, segun el autor, en que no todos los alienistas se hallan en posicion de estudiar el delirio emotivo, considerado en sus causas, en su curso, terminaciones y, en una palabra, en todas las peripecias patológicas que constituyen una neurose de un género determinado. La enfermedad de que se trata tiene, en verdad, sus fases de remitencia é intermitencia, sus períodos agudos y crónicos, sus manifestaciones de actos extraños, insólitos, en desacuerdo con el modo de ser anterior de los pacientes. Se revela igualmente por ciertas ideas fijas que ningun razonamiento puede vencer, por aberraciones de la sensibilidad, que los cuidados mas exquisitos no pueden hacer entrar en su modo de actividad normal. Pero al mismo tiempo debe advertirse que no se observan en los *delirantes emotivos* esos actos sistemáticamente peligrosos, ni esas inclinaciones impulsivas al suicidio ó al homicidio, que obligan á las familias á separarse de sus enfermos y ponerles en los asilos de enajenados. Estos establecimientos no reciben mas que los casos crónicos, es decir, los que representan la funesta terminacion de las diversas afecciones nerviosas.

La generalidad de los médicos que no cultivan esta especialidad, han confundido los casos de esta naturaleza con la hipocondría, el histerismo, epilépsia, locura ú otras neuroses análogas.

Solo la relacion de los hechos puede dar una idea exacta de este singular padecimiento proteiforme; por esto sin duda el autor ha expuesto en su trabajo, con minuciosos detalles, siete observaciones-tipos. No pudiendo nosotros extractarlas en este lugar, indicarémos los caractéres generales del padecimiento.

Uno de los signos patognomónicos esenciales de esta neurose es la facilidad con que los enfermos sufren una impresion de un órden determinado y conforman instantáneamente á ella su pensamiento, sin que la razon ni la experiencia puedan rectificar estas impresiones, ni disipar los vanos terrores que les asedian. No se atreven, por ejemplo, á tocar la moneda de oro, de plata ó de cobre; no se acercarán, sino temblando, á una puerta ó una ventana, y para abrirla ó cerrarla, cogerán la llave con los vestidos, ó se envolverán la mano en el pañuelo.

Esta situacion nerviosa tan dolorosa, física como moralmente, á causa de las tendencias panofóbicas de los enfermos, tiene hasta cierto punto períodos agudos, y períodos crónicos, con fases de remitencia y exacerbaciones caracterizadas por las mismas impresiones morbosas, por los mismos temores y por la perpetracion de los mismos actos ridículos.

La duracion de la enfermedad es muy variable. M. Morel ha visto ciertos hechos de impresionabilidad nerviosa convertirse en un verdadero delirio agudo, delirio temporal en algunas circunstancias, mas prolongado en otras, y que es muy fácil confundir con la locura de tipo maníaco. La impresion puede ser tan fuerte que determine la epilépsia y otras afecciones muy graves, y aun la muerte misma. Pero estos son hechos que no entran, en rigor, en el género de la neurose que estamos estudiando. El delirio que nos ocupa tiene mas bien un carácter crónico. No compromete de un modo absoluto y radical el ejercicio de las facultades intelectuales, ni con mas razon la existencia de los indivíduos.

Este delirio presenta ciertas fases de exacerbacion. El doctor Morel ha visto enfermos que, obligados á vencer sus repugnancias y desempeñar ciertos actos de la vida comun, fueron acometidos de espasmos, convulsiones, verdaderos síncopes. Otros se entregaban á manifestaciones de una sensibilidad pueril, llorando sin motivo, lamentándose por causas fútiles, y prefiriendo mil veces la muerte á las impresiones, á las sensaciones que les asedian, como el temor de una muerte repentina, la caida en un pozo, un precipicio, la mordedura de un perro rabioso, etc. Los actos ridículos, excéntricos, que se de-

rivan de estas impresiones morbosas, tienen un carácter enteramente excepcional. Su punto de partida parece ser una disposicion morbosa del aparato nervioso gangliónico visceral, si se tiene en cuenta la naturaleza de los síntomas observados, los resultados de un tratamiento en relacion con los sufrimientos del organismo, así como las manifestaciones que hacen estos individuos emotivos. Dicen todos que del centro epigástrico han partido los primeros síntomas del mal que les produce impresiones tan desagradables, que llegan hasta encadenar su voluntad y hacerles incapaces de desempeñar actos muy comunes de la vida ordinaria. Reconociendo lo infundado y ridículo de sus temores y de sus acciones, confiesan haberles sentido en secreto largo tiempo, y no haber podido evitar, despues de esta lucha, la manifestacion pública de actos que les avergüenzan y ponen en ridículo; tales como no atreverse á entrar en un carruaje, subir á un primer piso, atravesar una calle, un rio, ver tal ó cual clase de espectáculos, abrazar á su mujer, á sus hijos, coger un instrumento cortante, etc. Todas estas miserias morales, todas estas impresiones morbosas humillan su amor propio, y piden con instancia que se les libre de ellas á cualquier precio.

Alteraciones orgánicas no menos graves coinciden con estos trastornos psíquicos. Los enfermos se quejan mas bien de un dolor general, que de un dolor localizado; sufren en todas partes, y esta sensacion penosa se traduce primero, en los casos ligeros, por inquietudes vagas, por la necesidad de locomocion, por la imposibilidad de permanecer quieto en un sitio, y luego á medida que el mal aumenta, por estados espasmódicos, por sensaciones dolorosas bien determinadas, y que los sugetos perciben en el centro epigástrico, en la profundidad de las entrañas. Sienten una especie de *aura* que parte de estas regiones y que se irradia á todo el sistema cérebro-espinal. A este fenómeno suceden el quebrantamiento de miembros, las jaquecas atroces, calores intolerables seguidos de sudores profusos y á veces de hiperestesias en cualquier region del cuerpo. Cuando la enfermedad no va acompañada de todo este cortejo de síntomas, se quejan los pacientes, por lo menos de un malestar indefi-

nible, de anomalías en la circulacion, alternativas de calor y frio como en las fiebres intermitentes.

Hay igualmente diferencias en la intensidad de los sufrimientos psíquicos, segun que el mal se halle en el estado agudo ó en el crónico. En el periodo de actividad, el mas insignificante fenómeno del mundo exterior es objeto de una impresion dolorosa; el menor ruido hace sobresaltar á los enfermos; todo les incomoda y les irrita. La vista, la palabra de los demás les importuna y les hace sufrir.

Mas adelante, cuando la tolerancia para el dolor está mejor establecida, ó la sensibilidad general mas apagada, se produce una especie de estado de estupor, de adormecimiento físico especial. Llegan, en fin, á un estado en que las apreciaciones, respecto á sus sufrimientos físicos y morales, son de tal modo sutiles, que el médico no sabe á veces en qué órden de sistema ha de buscar el predominio del elemento doloroso, á fin de combatir el mal con mas seguridad.

No deben considerarse todos estos fenómenos como el resultado de una enfermedad imaginaria; representan, por el contrario, una neurose bien determinada.

En individuos naturalmente predispuestos, puede verificarse una terminacion funesta por consecuencia de una impresion repentina. Pero en el curso regular del padecimiento no sucede así: la enfermedad, ya sea resultado de impresiones fuertes ó débiles, puede durar meses y años. No es, sin embargo, incurable. No obstante, cuando ha adquirido carácter de cronicidad, los pacientes caen en la indiferencia y en una especie de misantropía morosa, y no se detienen en ejecutar en público actos ridículos que les hacen pasar por hombres raros y excéntricos.

Etiología.—El *delirio emotivo* no es una enfermedad de la infancia: se observa, por lo comun, entre los 35 y 50 años. No hay diferencia bien marcada respecto á las profesiones ni los temperamentos. Una conmocion violenta del organismo, un gran peligro, una mala noticia inesperada, son las causas que mas frecuentemente obran, en individuos predispuestos por la herencia, para determinar la enfermedad. El estado nervioso de los ascendientes es de todas las causas predisponentes la de mayor

importancia, advirtiendo que no se trata solo de la locura propiamente dicha, sino tambien del histerismo, hipocondría y aun de otras menos complexas. La transicion brusca de una vida activa á otra sedentaria, la menospausia, las pérdidas abundantes, los excesos venéreos, las vigilias prolongadas, los trabajos intelectuales excesivos, no son mas que causas fortuitas de la manifestacion de esta predisposicion hereditaria.

Diagnóstico diferencial.—Estos enfermos no son enajenados en la estricta acepcion de la palabra. Los delirantes emotivos no interpretan sus sensaciones del modo erróneo que los locos; no las atribuyen á fuerzas misteriosas, etc. No sufren alucinaciones, ni ilusiones; en una palabra, no experimentan esas transformaciones que hacen de los dementes otras tantas personalidades, que son radical y esencialmente distintas de lo que eran antes. Cuando más, se les podria confundir con los hipocondríacos y las histéricas.

Tienen con estos últimos enfermos afinidades que crean, por una parte, ciertas influencias hereditarias, y por la otra, la localizacion probable del mal en los mismos aparatos del sistema nervioso. Se encuentra en ellos la fijeza de la idea propia de los hipocondríacos y poseen en el mismo grado que estos la manía de analizar sus sensaciones. Las mujeres son, del mismo modo que las histéricas, eminentemente impresionables.

Pero, ni los hipocondríacos, ni las histéricas, son tristes juguetes de una sensibilidad morbosa, que aparece en el momento de haber recibido una impresion, y se renueva, bajo idéntica forma, cuando esta impresion se reproduce. No caen en las exageraciones de sensibilidad, propias de los delirantes emotivos, y sus temores no tienen el mismo carácter estereotipado; no gritarán que quieren morir, ni suplicarán que se les sujete para librarles de caer en un precipicio; no sufrirán esas conmociones terribles que presentan aquellos á la manera de un acceso repentino de epilepsia. No se entregarán en público ni en secreto á esos actos ridículos de que ya hemos hecho mencion anteriormente.

Tales son los caractéres principales de esta neurose considerada en general. Para explicar sus particularida-

des y detalles, inserta M. Morel en su Memoria las historias de 7 casos prácticos, que pueden servir de tipo, y dan á conocer esta dolencia tan difícil de describir. Las dimensiones que ya tiene este artículo nos impiden extractar estas observaciones. Dice, que podria citar centenares de ejemplos de la influencia fatal ejercida por la *emocion* sobre las facultades intelectuales y aun sobre la vida de los individuos. Desde el estado depresivo, descrito por todos los alienistas con el nombre de *melancolía simple ó lipemanía*, hasta esas situaciones intelectuales perplejas, que consisten en un abatimiento perpétuo, en crisis convulsivas, hay grados importantes de notar bajo el punto de vista de la naturaleza, del curso, del pronóstico de las afecciones nerviosas, que son resultado de las vivas emociones morales.

M. Morel resume, en las siguientes conclusiones, las ideas contenidas en su Memoria.

Estudiando con cuidado los síntomas morbosos del órden fisiológico y del órden moral, que presentan ciertos neurópatas, estamos autorizados á considerar la enfermedad que sufren como una *neurose del sistema nervioso ganglionico*.

El aparato nervioso gangliónico visceral representa, en efecto, segun la justa observacion del doctor Cerise, las condiciones generales del organismo, las necesidades, las inclinaciones que constituyen el *elemento afectivo*.

Al dar el nombre de *delirio emotivo* al cuadro de síntomas que revelan tan extrañas perturbaciones de la sensibilidad física y moral del organismo, hemos querido fijar la atencion sobre una neurose perfectamente caracterizada del sistema nervioso gangliónico visceral, y que no debe confundirse con el histerismo, la hipocondría y mucho menos aun con la locura propiamente dicha.

El diagnóstico se deduce, en estas circunstancias, del exámen de las alteraciones del órden fisiológico y del moral que presenta el enfermo.

Respecto á las funciones fisiológicas, se notarán trastornos del sistema circulatorio y aparato digestivo, alteraciones de la sensibilidad, que se traducen en forma de hiperestesias, y anestesias generales ó locales. La desigual distribucion del calórico, con alternativas de frio in-

tenso y de calor seguido de sudores profusos, sensaciones dolorosas, que, partiendo del centro epigástrico ó de la profundidad de las entrañas, van á irradiarse, ora á todo el cuerpo, ora á las partes laterales, y determinan extrañas anomalías en la distribucion normal de la sensibilidad y del calor.

Estas alteraciones del sistema nervioso indican la gravedad de la situacion. Se produce marcada tendencia á una cronicidad interminable; la digestion se encuentra particularmente comprometida; el marasmo, la caquexia en que caen los indivíduos, los dolores que sienten en el estómago y hasta en las entrañas, han hecho creer frecuentemente en la existencia de una lesion orgánica.

Respecto á las funciones morales, llamará la atencion la facilidad con que se crean las emociones de un órden morboso, la instantaneidad con que se implantan ciertas ideas fijas en la inteligencia y producen temores infundados, impulsiones, por decirlo así, irresistibles, terrores ridículos, que adquieren á veces las proporciones de una verdadera panofobia. Se observará, que, á pesar de la conservacion de las facultades que constituyen el hombre inteligente y razonable, existen extrañas perversiones de la sensibilidad en el hombre moral emotivo ó afectivo. Experimenta repulsiones y antipatías, que son consecuencia de un estado enfermo francamente acentuado. Se les hace, por lo comun, imposible verificar los actos que dependen del ejercicio de la voluntad y que se refieren á los hábitos mas comunes de la vida.

El nombre de *delirio emotivo*, aplicado á esta situacion moral, no debe tomarse en el sentido general de locura, implicando alucinaciones de los sentidos, interpretaciones morbosas de los delirantes por persecucion, y las tendencias peligrosas que obligan á aislar á los enajenados.

Cuando más, se podria confundir esta neurose, en razon á las analogías que existen, con la hipocondría y el histerismo; pero esta confusion no es posible mas que en el período crónico y transformado de estas últimas enfermedades, que se marca tambien por ciertos actos excéntricos, ridículos, imbéciles.

Por regla general, ni los hipocondríacos, ni las histé-

ricas, experimentan los fenómenos morbosos repentinos, instantáneos, las impresiones extrañas que se notan en los delirantes emotivos, en el período agudo de su afeccion. La exageracion *demostrable* de la sensibilidad, las anomalías *igualmente demostrables* en la reparticion del calórico, la invasion repentina de ciertas ideas fijas, el horror de tocar ciertos objetos, no caracterizan de ordinario el estado de los hipocondríacos, á quienes preocupan especialmente los intereses exagerados de su salud.

He dicho que el término de *delirio emotivo* no debe tomarse en el sentido general de locura; sin embargo, habria exageracion en pretender que se le colocase fuera de la ley de las transformaciones morbosas que domina la patogenia de las neuroses y que conduce á la alteracion radical de las facultades intelectuales.

El histerismo, la hipocondría, la epilepsia, están sujetos á cambios que determinan aberraciones mentales perfectamente caracterizadas. Lo mismo puede suceder con el *delirio emotivo*, cuyo pronóstico es tanto mas funesto, cuanto mas puede referirse la enfermedad á las condiciones morbosas de los ascendientes y á ciertas causas patológicas que han alterado fuertemente la constitucion física y moral de los indivíduos.

He observado el delirio emotivo en descendientes de sugetos enajenados ó simplemente hipocondríacos, epilépticos ó histéricos

He encontrado el histerismo, la epilépsia, la hipocondría, ya en estado simple, ya en estado complexo, en personas cuyos padres no habian presentado mas que la emotividad en exceso, con este fenómeno del órden moral, tan sencillo en apariencia y tan complexo, cuando se le examina en sus manifestaciones diversas, de no atreverse á tocar ciertos objetos ó de abrigar temores infundados é irrazonables.

El término de *delirio emotivo* no tiene, pues, nada de exagerado, nada que no se halle en relacion con el trastorno de una funcion orgánica que tiene su asiento en el sistema nervioso gangliónico.

No es la expresion de un estado psicológico, abstracto ó ideal; en otros términos, de una alteracion mental sin lesion concomitante del organismo, puesto que, si se ad-

mite la localizacion de las necesidades, de las inclinaciones que constituyen el *elemento afectivo*, es preciso admitir el factor de estas necesidades, de estas inclinaciones, al que puede darse el nombre de *sentido emotivo* (1).

A falta de la anatomía patológica, que en el estado actual de la ciencia no puede ilustrar la cuestion, justo es decir que los resultados de la terapéutica vienen á confirmar las ideas teóricas respecto á la clasificacion del *delirio emotivo* entre las neuroses del sistema nervioso gangliónico visceral.

En efecto, los febrífugos, los antiperiódicos, los tónicos que se han empleado en el período agudo, no hacen mas que empeorar la situacion. En la fase activa del padecimiento se obtienen ventajas de la hidroterapia, en envolturas en lienzos mojados, afusiones, inmersiones, y como medicamento interno, los opiados á dósis progresivas.

La medicacion tónica, los ferruginosos y los antiperiódicos de que se ha abusado, por haber confundido este estado con una fiebre accesional, pueden emplearse con buen éxito en el período de convalecencia ó de remision y cuando las funciones digestivas hayan entrado en estado normal.

La medicacion excitante, en la que debe colocarse la electricidad, será útil en el período crónico que se marca sobre todo, bajo el punto de vista fisiológico, por el abatimiento general, la caquexia, el marasmo, la anestesia, y en el moral, por la debilidad cada vez mayor de la voluntad, por tics ridículos, extraños, por la indiferencia de los sentimientos y frecuentemente por la oposicion absoluta á tomar medicamentos, cosa bien contraria á los hábitos de los hipocondríacos.

Tales son las principales conclusiones que el autor deduce de su trabajo, que ofrece, á no dudarlo, interés práctico; pero que no creo sea bastante para que la enfermedad que le motiva ocupe un lugar en el cuadro no-

(1) Es el sentido que, segun Guislain, crea las emociones. Los alemanes poseen una palabra para expresar el factor de las necesidades, de las inclinaciones y de los sentimientos; es la palabra *gemüth*. En francés (como en español), solo puede traducirse por *sensibilidad moral*. (N. del A.)

sológico, en concepto de entidad patológica distinta. Es posible que los alienistas no vean en ella mas que una de esas formas variadas de la monomanía razonadora, á la que cada uno ha dado un nombre particular segun su interpretacion, como los de locura de duda (Falret), locura moral (Lunier), delirio parcial difuso (Delausiave), monomanía con conciencia (Beillarger), lesion de sensibilidad (Belloc), y á que el mismo M. Morel ha llamado delirio sistematizado.

Delirio por inanicion en las enfermedades. (*Arch. gén. de méd.*).

El doctor Becquet se ha propuesto estudiar el delirio que aparece en ocasiones durante el curso y, principalmente, á la declinacion de las enfermedades, como expresion sintomática de la inanicion, ya resulte esta de una dieta sostenida con un rigor irreflexivo, ya, lo que es mas comun, sea consecuencia de la falta de aptitud del estómago para conservar los alimentos.

No es seguramente desconocido en la práctica este delirio secundario, que pertenece á la convalecencia; varios autores han llamado la atencion acerca de su verdadera causa, insistiendo á la vez en el peligro que hay en confundirle con el delirio inflamatorio. M. Trousseau ha recordado recientemente este hecho en su *Clínica del Hotel-Dieu*. Pero el objeto principal del trabajo del doctor Becquet consiste en investigar si este delirio se presenta con una fisonomía particular, con caractéres que le sean propios y permitan establecer claramente el diagnóstico con exclusion de las otras formas de delirio secundario, frecuentemente observadas al fin de las enfermedades largas, sobre todo de las fiebres graves. Colocándose exclusivamente en el terreno clínico y tomando por base las observaciones de Chomel en 18 enfermos que sucumbieron por inanicion, á consecuencia de vómitos incoercibles; otra que se halla en la clínica de Andral, y algunas que le son personales, cree haber comprobado que el delirio producido por una abstinencia mas ó menos completa y de variable duracion, se presenta siempre con la misma forma, debiéndosele caracterizar por un delirio de calma, tranquilo, provocado por alucinaciones. Tal es el tipo

general; pero puede indudablemente modificarse y revestir aspectos diferentes, no por la naturaleza de la dolencia primitiva ó de una idiosincracia particular del enfermo, sino que parece que la especialidad de la causa domina á estas condiciones. Es necesario buscar la razon de estos cambios que sufre el delirio en una circunstancia notable que es uno de los puntos mas interesantes de su historia, y que determina su valor pronóstico: el delirio no se manifiesta siempre en el mismo período de la inaniciacion (1). A veces aparece al principio de este estado, y es, por decirlo así, la primera manifestacion: otras, por el contrario, se presenta mas tarde y va precedido de síntomas ya significativos, como demacracion, gran postracion de fuerzas, aceleracion de pulso sin aumento de calor en la piel: en estas circunstancias, los accidentes cerebrales se desarrollan á la vez que los últimos síntomas de la inanicion, á saber: la completa postracion muscular y el enfriamiento de las extremidades. Pero como el delirio no hace mas que traducir el estado de debilidad del cerebro, y como esta es tanto mas absoluta, cuanto mas avanzado se encuentre el período de inaniciacion, se comprende que será desde luego, ó se hará con mucha prontitud mas completa y profunda, segun que se refiera á una época mas adelantada de la inanicion. Sucederá entonces, segun los casos, que el enfermo, aun cuando delire, podrá aun ponerse en relacion con las personas que le rodean, ó bien que, concentrado en su delirio, no responderá á las preguntas que se le dirijan, y aun parecerá que no las comprende.

Por estos motivos, el autor se considera autorizado á establecer dos formas en esta clase de delirio: una *benigna*, y otra *grave*.

La primera puede producirse, como hemos visto, independientemente de los demás signos de la inanicion; entonces, el principio de los fenómenos cerebrales es brusco; se presentan sin que nada, en la situacion mental del enfermo, pueda hacerles preveer; no se observa de an-

(1) Neologismo empleado por Chossat, para designar la sucesion de los cambios producidos en la economía, por la privacion de alimentos y cuyo término es la inanicion.

temano, ni agitacion, ni irritabilidad nerviosa, ni modificaciones notables del carácter. Se ha indicado á veces insomnio, mas frecuentemente agitacion durante el sueño.

El enfermo, pronuncia con intérvalos mas ó menos largos, frases incoherentes que sorprenden á las personas que le rodean; sin embargo, responde aun razonablemente á las preguntas que se le hacen; pero muy luego, constantemente ocupado de las alucinaciones que le asedian, con dificultad se deja distraer. Contesta á lo que se le dice, y luego que se le deja de hablar, ó interrumpiendo bruscamente una frase comenzada, se dirige á una persona imaginaria ó se inclina como para seguir con la vista un objeto que llama su atencion. No parece tener conciencia del lugar en que se encuentra, pero conoce por lo comun á las personas que le hablan.

En la mayoría de los casos, la perturbacion intelectual cesa lenta y gradualmente; á veces, sin embargo, es seguida de un delirio secundario con excitacion, y de una pérdida prolongada de la memoria, fenómeno, no obstante, poco comun, porque el delirio benigno no deja profundos vestigios en las funciones cerebrales, y el sugeto, cuando ha cesado de delirar, recobra inmediatamente la integridad de su razon. Puede suceder, sin embargo, que algunos dias despues de haber desaparecido el delirio, continuen las alucinaciones, sin que se alteren por esto las facultades intelectuales; el enfermo las conoce, se da cuenta de ellas, y conserva perfectamente su recuerdo.

Si se desconoce la naturaleza de estos fenómenos cerebrales, ó la enfermedad primitiva se opone á que se alimente al enfermo, fácilmente se concibe que en este caso, el *delirio benigno* termine, despues de un tiempo variable que no es posible determinar, en *delirio grave*. Entonces, este no seria mas que el segundo grado de aquel. El autor, á pesar de ello, ha hecho una forma particular, porque muchas veces empieza desde luego con este carácter.

Como en el caso anterior, el delirio se desarrolla de pronto, sin haber sido precedido de síntomas cerebrales que le hiciesen presentir; al principio vago é intermitente, se hace muy pronto contínuo. Entonces el

enfermo, en decúbito dorsal, casi inmóvil, pronuncia, por decirlo así, sin interrupcion, palabras ininteligibles; calla á veces por algunos momentos, para comenzar de nuevo del mismo modo. Tiene la vista fija en algun punto del espacio, hácia el que concentra toda su atencion, ó parece que no puede fijar la vista en ningun sitio, porque sus ojos están agitados por movimientos convulsivos; pasa la mano por las ropas de la cama, como si buscase alguna cosa, y la extiende á veces en el vacío, para coger un objeto que cree tener delante de sí. Cuando se le habla en voz alta, se consigue alguna vez llamar su atencion; se interrumpe entonces, vuelve lentamente la cabeza; balbucea algunas palabras incoherentes, y despues de algunos instantes de silencio, continúa hablando.

Este estado puede prolongarse por un tiempo variable; en ocasiones, casi repentinamente, en cuarenta y ocho horas, la situacion se agrava de un modo extraordinario; el enfermo entonces balbucea palabras ininteligibles, cae en un adormecimiento contínuo, no responde á las preguntas, y parece que no ve ni entiende. El pulso se acelera hasta el punto de no poderse contar las pulsaciones, tan pequeñas que apenas se perciben. Las extremidades se enfrian; los movimientos son imposibles; el cuerpo está aplanado en la cama; la cabeza inclinada atrás; los ojos agitados con movimientos espasmódicos ó fijos; las conjuntivas inyectadas, las encías tumefactas; el vientre deprimido; la lengua húmeda y blanca. En estas circunstancias es casi inevitable la muerte.

Este delirio es el mismo que se manifiesta al fin de la mayor parte de los padecimientos de larga duracion, y así es como mueren un gran número de enfermos. Pero, segun M. Becquet, hay muchos que no sucumben de la dolencia que el médico ha diagnosticado, sino de la inanicion, que desconoce.

La inanicion es, con efecto, segun ha hecho notar Chaussat, una causa de muerte que marcha de frente y en silencio con toda enfermedad en que la alimentacion no se encuentra en estado normal; pero puede á veces llegar á su término natural antes que la afeccion á que acompaña silenciosamente; en este caso, de epifenó-

meno que era al principio, se convierte en enfermedad principal; los signos que la revelan disimulan los síntomas del mal primitivo, y en realidad es ella la que mata. El autor cita el ejemplo de un tísico, en que se observaron perfectamente estas circunstancias.

En estos casos, la inanicion no es efecto directo de la privacion de alimentos, sino de una falta de proporcion entre estos y las pérdidas excesivas que sufre el enfermo; puede serlo tambien de una alteracion profunda en la asimilacion. Como estas condiciones se encuentran muy á menudo en las enfermedades largas, se deduce de aquí naturalmente la importancia práctica de que el médico no pierda de vista la necesidad de mantener el equilibrio entre la cantidad de las pérdidas y los elementos de reparacion.

Cuando la inanicion constituye por sí sola toda la enfermedad; cuando no es un epifenómeno, es posible volver á la vida á los enfermos, aunque hayan llegado á ese período extremo que M. Chossat designa en sus experimentos con el nombre de *muerte aparente*. Pero los síntomas desaparecen con muchísima lentitud bajo la influencia de un tratamiento hábilmente dirigido. Rodeado de focos artificiales de calor, el cuerpo se calienta primero; entonces el estómago acepta y digiere los alimentos que se le dan valientemente, y se verifica la asimilacion. Sin embargo, no se restablece la inteligencia en el momento que se reanima la vida, y no suele tardar menos de quince dias en ir cesando el delirio por intérvalos. Despues que el paciente recobra la plenitud de sus facultades intelectuales, hay una que queda resentida por mucho tiempo, y aun por toda la vida, y es la memoria. En algunos de los casos observados por el autor, los sugetos no la recobraron nunca.

En el momento en que el enfermo comienza á adquirir algunas fuerzas, por efecto de una alimentacion sustancial, cuando toca á la convalecencia, es posible que se produzca un delirio agitado con excitacion, muy diferente, en cuanto á su aspecto, del delirio tranquilo, que se habia observado antes, y enteramente opuesto á él en cuanto á su causa y naturaleza. Parece que el cerebro, sumido hasta entonces en el estupor en que le deja una

sangre insuficiente para nutrirle y sostener su excitacion fisiológica, reacciona de pronto con una energía desordenada, bajo el estímulo de una sangre mas rica y mas caliente á la vez.

La aparicion de este delirio agitado, que ha sido de corta duracion en los casos que refiere M. Becquet, debe considerarse, á su juicio, como el signo que cierra la série de los fenómenos de retroceso de la inanicion; cuando menos indicará, en la práctica, el momento en que no debe continuarse dando alimento sino con mucha prudencia: el objeto está conseguido, y es preciso cuidar de no ir mas allá de sus límites regulares.

Juzgando solo por los caractéres semeióticos que acabamos de indicar, parece que debe considerarse el delirio por inanicion como de naturaleza atónica, y colocarle entre las formas depresivas del delirio. La *anatomía patológica* confirma esta idea de un modo indudable. En los casos en que Andral, Chomel y el autor han tenido ocasion de practicar la autópsia, la masa encefálica y las membranas que la envuelven, lejos de estar inyectadas, se encontraban exangües y pálidas, como se presentan en la mayor parte de los indivíduos que sucumben á consecuencia de un padecimiento de larga duracion, ó en que ha habido alteracion de la hematosis; dos veces ha encontrado Chomel una coleccion notable de serosidad en los ventrículos laterales del cerebro, pero sin inyeccion del órgano. Este autor ha buscado con el mayor cuidado el mas pequeño vestigio de alteraciones hiperémicas ó inflamatorias sin haberle podido encontrar, porque no habiendo comprendido la causa de los fenómenos cerebrales, que ha descrito tan perfectamente, los consideraba como accidentes constitutivos de una enfermedad nueva para él, y cuya naturaleza anatómica estudiaba con avidez, interrogando á todos y cada uno de los órganos despues de la muerte, sin que en ninguna parte hallase la respuesta. Este silencio tiene, para M. Becquet, grande importancia, porque prueba que hay que rechazar toda idea de irritacion, y entonces es posible dar á este delirio un carácter nuevo tomado de la anatomía patológica: es un delirio pasivo, que reconoce por causa la falta de estímulo, una verdadera atonía del cerebro.

Al llegar á este punto, el autor se anticipa á presentar dos objeciones, que cree pueden dirigírsele: 1.° El delirio tranquilo, alucinado, que se presenta en el curso, y sobre todo á la declinacion de una enfermedad, ¿es siempre un signo de inanicion?

M. Becquet contesta negativamente; y sin ocultarse las graves dificultades que en la práctica se encuentran para establecer un *diagnóstico diferencial*, piensa que en muchos casos podrá conseguirse, no limitándose á la simple apreciacion de la forma del delirio, que, por grande que sea su significacion semeiótica, no basta para decidir absolutamente cuál es la causa que le produce. Hay que tener en cuenta todas las circunstancias concomitantes. ¿Cómo admitir, por ejemplo, que el delirio que se presenta en una persona robusta, al fin de una enfermedad cuya duracion no ha pasado de doce á quince dias, y en el momento en que el enfermo empieza á alimentarse y á recobrar las fuerzas sea debido á la inanicion?

2.ª ¿La inanicion no puede producir mas que esta forma de delirio tranquilo?

Es muy importante deslindar esta cuestion, porque se ofrece diariamente en la práctica, con ocasion de todo delirio que sobrevenga en un enfermo, en la época en que se produce de ordinario el de inanicion. En efecto, admitido en principio que la alimentacion, casi siempre insuficiente, á que está sometido el sugeto, durante el curso de un largo padecimiento, puede ser causa de delirio, y mientras no se haya demostrado de un modo irrefragable que este delirio se presenta siempre, y en todos los casos, con caractéres idénticos, perfectamente determinados, hay derecho para suponer que todo delirio que sobreviene al fin de una enfermedad larga, es delirio de inanicion. A esta idea parece inclinarse M. Trousseau, cuando discute este punto de patología en las lecciones que ha consagrado á la fiebre tifoídea.

Estudiando M. Becquet los diferentes delirios que se manifiestan al fin de las enfermedades, y sobre todo de la fiebre tifoídea, que es donde mas se observan, se aparta de la doctrina del eminente clínico del Hotel-Dieu. En los casos referidos por Graves, que es quien primero ha llamado la atencion acerca del delirio tardío de esta

fiebre, que se desarrolla cuando la enfermedad parece terminada, el delirio revistió desde el principio la forma del maníaco con excitacion; fué siempre violento; no hubo esas alucinaciones suaves y tranquilas que dejan á los pacientes en una profunda postracion muscular. Pero aparte de esto, existia siempre una excitacion, una irritabilidad nerviosa, que en todos los enfermos se ha conservado despues de la desaparicion de los demás fenómenos del padecimiento primitivo, y que debe considerarse como un prodromo del delirio, prodromo que no se ha observado nunca en el de inanicion.

La naturaleza y la feliz influencia del tratamiento empleado viene en apoyo de esta opinion, puesto que en dos de los tres enfermos se obtuvo la calma por medio del tártaro emético, á altas dósis, y de los opiados.

El mismo Graves compara este delirio al delirium tremens, al traumático y á la manía puerperal. «Nada, dice, autoriza á negar, al tifus el poder patogénico que se concede al parto, á las heridas, las fracturas y al abuso prolongado de los alcohólicos; porque ningun tifus grave verifica su evolucion sin atacar profundamente al sistema nervioso. Este delirio se encuentra unido á los fenómenos tíficos, ya terminados, por esa excitacion nerviosa que hemos notado como signo prodrómico, y que constituye en cierto modo un eslabon intermedio, que enlaza con la enfermedad misma ese síntoma tardío, que es su última expresion.»

Por estas razones, no se puede considerar como delirio de inanicion el delirio agudo, maníaco, de forma violenta, que se manifiesta al fin de una enfermedad febril.

No podemos seguir al autor en esta interesante discusion; nos limitarémos á consignar la consecuencia práctica que de ella deduce: el delirio tranquilo, alucinado, manifiesta siempre un estado de depresion, de atonía del cerebro, é indica el uso de un tratamiento francamente tónico: el delirio agudo, agitado, anuncia, por el contrario, un estado de sobreexcitacion cerebral, y marca otra regla de conducta, sin que esto sea decir que deba suspenderse la alimentacion, pero sí que es necesario caminar entonces con mucha prudencia.

El delirio de inanicion, considerado en sí mismo, no tiene un valor *pronóstico* considerable. Se puede mirar como menos grave el estado del enfermo, cuando este da cuenta de sus alucinaciones, que cuando está completamente abstraido y no hace mas que balbucear palabras ininteligibles: lo que particularmente fija el pronóstico en el momento que el delirio se manifiesta, es la apreciacion de los otros signos de la inanicion y, sobre todo, de la temperatura, que se puede comprobar por medio del termómetro. Sin embargo, cuando aparece el delirio solo como manifestacion primera de la inanicion, no se debe considerar nunca como un síntoma indiferente: la rapidez con que pueden precipitarse los accidentes, aconseja que se obre con prontitud, sin fijar un pronóstico definitivo, porque hay que contar con la impresionabilidad del estómago, que quizás no se preste á recibir y digerir la cantidad de alimentos que reclama el estado general.

Tratamiento. No hay en rigor un tratamiento del delirio de inanicion: el uso de los revulsivos y derivativos es un contra-sentido; dar el opio ó los antiespasmódicos, es fatigar inútilmente el estómago y perder un tiempo precioso; es preciso no hacer caso del síntoma, y tratar la enfermedad, que es la inanicion. Resumirémos brevemente los preceptos que se deben observar:

1.° En los casos de *muerte aparente*, es preciso ante todo calentar artificialmente al enfermo. Sin conseguir esto, no hay digestion posible.

2.° Cuando el delirio se presenta en su forma grave, se debe alimentar con rapidez, sin vacilar, dando casi de primera intencion la cantidad regular de alimentos que consume un hombre sano, y aun no debe temerse ir mas allá, porque es preciso hacer frente, no solo á la necesidad de reparacion, sino tambien atender á las pérdidas excrementicias considerables que se verifican durante los primeros dias.

3.° Esta fórmula de tratamiento no es absoluta, y solo debe aplicarse en las condiciones menos avanzadas de la inanicion. Es necesario arreglar la cantidad de alimentos al grado de esta, sin lo cual se podria provocar y sostener un delirio agudo, violento, delirio secundario,

que indica una excitacion en las funciones cerebrales.

4.° Cuando quiera que se produzca este delirio secundario, debe servirnos para guardar mayor reserva en la alimentacion.

5.° En el tratamiento del delirio por inanicion, se presenta siempre una cuestion capital: la aptitud digestiva del estómago. La mayor parte de veces la causa de la situacion en que el enfermo se encuentra es el haber rechazado el estómago los alimentos que se ingerian: poco á poco ha llegado hasta volver una cucharada de caldo ó de leche. Es necesario reparar este error de dietética en el momento en que el enfermo está moribundo, y ¡cosa notable! en estas circunstancias supremas el estómago se presta á recibir alimentos. Dos de los sugetos, cuya historia refiere M. Becquet, habian devuelto leche, caldo de pollo, tisana: el uno toleró el primer dia caldo de gran sustancia y vino, y desde el segundo carne; el otro, el primer dia comió una chuleta digiriéndola perfectamente. Estos hechos son conocidos de un modo general de muy antiguo, por todos los prácticos, y hace unos treinta años hicieron la fortuna de un empírico célebre; es, por lo tanto, de grande interés demostrar que son verdaderos y de una aplicacion tan notable en el momento mismo en que la vida está próxima á extinguirse.

Inútil seria encarecer la importancia de la cuestion tratada por el doctor Becquet, mirándola en abstracto; harto probada está ya por la práctica y los escritos de clínicos tan eminentes como Graves y Trousseau. Pero considerándola mas en concreto, no puede desconocerse que el autor del trabajo que acabamos de analizar la ha estudiado mas profunda y detalladamente, fijando á nuestro juicio, acerca de algunos de sus puntos, opiniones mas admisibles que las anteriormente emitidas, y con las cuales nos hallamos conformes. Sin haber resuelto el doctor Becquet todos los difíciles problemas que esta cuestion encierra, es indudable que la ha ilustrado mucho; sobre todo en lo que se refiere á las aplicaciones prácticas, estableciendo reglas que pueden servir en muchísimos casos para fijar el diagnóstico de un modo cierto y preciso. Así podrá evitarse esa terapéutica errónea

y harto frecuente por desgracia, que ve en el delirio que acabamos de describir un motivo para prolongar la dieta ó para suspender la alimentacion, si alguna, aunque ténue, se habia concedido al enfermo, martirizándole en cambio con revulsivos profusamente empleados, y con antiespasmódicos de todas clases, que ningun resultado beneficioso pueden producir. Reminiscencias de una doctrina absoluta y exclusiva, tiempo es ya de que se vaya abandonando tan viciosa práctica.

Delirium tremens: su tratamiento por el capsicum annum y por el tártaro estibiado. (*Méd. Pres. and circular.—Bull. méd. de l'Aisne*).

Entre los numerosos medios que se han preconizado contra el delirio de los borrachos, figuran los excitantes generales: á este título, sin duda, parece que se emplea con éxito en las Indias occidentales el capsicum annum, pimienta larga, cuya accion en la economía no puede menos de hacer que se la coloque entre esta clase de medicamentos. Segun los doctores Kinnear y Lawson, en el hospital de Melville se han recogido mas de 70 á 80 casos de delirium tremens, en que se obtuvieron excelentes resultados del agente en cuestion. Se administra en forma de polvo á dósis de un escrúpulo; en ciertas ocasiones puede bastar una sola dósis.

El doctor Lyons, médico del hospital de Whitworth, ha experimentado recientemente este remedio en un caso bien marcado de delirium tremens, enfermedad muy comun en el Reino-Unido. Se trataba de un hombre de 40 años, que entró en el hospital con todos los síntomas de la afeccion que nos ocupa, y que no enumeramos en obsequio de la brevedad. Los accidentes contaban cinco dias de fecha cuando se empezó el tratamiento, administrando 30 granos de polvo de capsicum en un solo bolo, que el paciente tomó sin dificultad, á pesar de una sensacion de ardor bastante intensa en la boca y la faringe, que no tardó mucho en hacerse sentir tambien en el estómago y tubo intestinal. Transcurridos apenas sesenta minutos, el enfermo se durmió con un sueño tranquilo que duró cuatro horas, al cabo de las cuales despertó en completa calma con todo su conocimiento y en un estado de verdadera convalecencia. Es sensible que poco tiempo

despues, á pesar de este estado satisfactorio, se creyese deber administrar una pocion que contenia una cantidad considerable de gotas negras, que solo se habia prescrito condicionalmente para el caso en que el capsicum no diera resultado. Esta circunstancia podria atenuar, á los ojos de ciertas personas, el valor terapéutico del hecho; pero, sin embargo, no le invalida en realidad á juicio del autor, puesto que el estado del enfermo, al tiempo de despertar, no indicaba el uso de la preparacion opiada.

No nos parece del todo convincente esta razon, y si el capsicum no contase con mas títulos que este caso para ocupar un lugar en la terapéutica del delirium tremens, por nuestra parte dudariamos en concedérsele hasta que hiciera nuevas y mas seguras pruebas de su eficacia.

Tártaro estibiado.—El doctor Desprez ha empleado en muchos casos, con buen éxito, el tártaro estibiado. Damos á continuacion el resúmen de sus observaciones, bastantes para que pueda formarse juicio de su terapéutica. Un jóven sufrió la fractura de una costilla á consecuencia de una contusion; al cuarto dia empezaron á manifestarse, durante la noche, síntomas de delirium tremens: agitacion, locuacidad incesante, alucinaciones. Se administró el jarabe de digital á dósis elevadas (cuatro cucharadas en veinte y cuatro horas). Al sexto dia los accidentes habian aumentado, aun cuando el herido no se quejaba de ningun dolor en el pecho. No habiéndose conseguido resultado alguno con la digital, se administraron 100 gramos de jarabe de morfina en el espacio de ocho horas: continuaba siempre la misma violenta agitacion. Entonces se recurrió á la pocion de tártaro estibiado (40 centígramos en 150 gramos de vehículo), para administrar una cucharada de hora en hora. A la tercera dósis se restableció la calma: un sueño reparador, que se prolongó á la mañana siguiente por medio de unas cucharadas de la misma mixtura, puso término á la agitacion y á las alucinaciones: el pulso, que se habia elevado de 60 á 100 pulsaciones, volvió sucesivamente á su estado normal, y transcurridos dos dias, el enfermo sentia perfectamente el dolor, resultado de la fractura.

Derrames pleuriticos: aplicacion de los tubos de *drainage* para evacuar los líquidos contenidos en la cavidad torácica. (*Journ. Of. méd. scien.*).

El uso de los tubos de *drainage*, en los casos de derrames pleuríticos, es de fecha muy moderna. M. Chassaignac es quien primero propuso y aplicó este modo de tratamiento. Un gran número de cirujanos ingleses, entre los cuales podemos citar á los profesores Ledwich, Goodfellow, Banks, Fincham le adoptaron tambien.

El doctor Kidd ha publicado recientemente una observacion interesante, que vamos á resumir en pocas palabras.

Una señora, jóven, hija de padres tísicos, y que tenia tos hacia algun tiempo, parió por tercera vez el 26 de octubre del 63; el parto fué natural y de poca duracion. A las cuarenta y ocho horas se presentó retencion de orina y dolores en la region ilíaca; fué preciso sondarla, no consiguiéndose la salida espontánea de la orina hasta pasados cuatro dias. Tenia el pulso acelerado, la piel caliente, pero los loquios eran bastante abundantes y la secrecion láctea se verificaba bien. A los seis dias del parto sintió repentinamente un dolor agudo en el costado izquierdo, al nivel de las inserciones del diafragma. Cuando M. Kidd la vió, se hallaba sentada en la cama, no pudiendo estar echada por la intensidad del dolor y la disnea. La respiracion era rápida y como convulsiva, y el pulso sumamente acelerado. A la percusion y auscultacion no se encontró ningun ruido anormal. En este estado, se presentó hipo y vómitos, que hicieron aun mas penoso el dolor. No tardó en aparecer un derrame en el lado izquierdo, y en poco tiempo se hizo tan abundante, que en todo el costado era macizo el sonido á la percusion; el corazon estaba fuertemente empujado hácia la derecha.

Se intentó, pero sin éxito, un tratamiento puramente médico por espacio de veinte y tres dias. En esta época se practicó la toracentesis, evacuándose litro y medio de líquido sero-purulento. El alivio inmediato, que siguió á la operacion, duró muy poco tiempo, y á los diez dias se habia reproducido el derrame en la misma ó mayor can-

tidad. Siguiendo los consejos del doctor Banks, se introdujo un tubo de *drainage*, y el resultado excedió á cuanto podia esperarse. El corazon volvió á su situacion normal, el pulmon se dilató, y el derrame fué disminuyendo gradualmente en cantidad. A los tres meses se quitó el tubo, y á los veinte dias la enferma se encontraba completamente curada.

El doctor Kidd resume, en las siguientes conclusiones, los diversos casos de indicacion de los tubos de *drainage*, en el tratamiento de los derrames pleuríticos:

1.° El tubo de *drainage* puede introducirse, sin temor alguno, en la cavidad de las pleuras, y en ciertos casos constituye el mejor agente terapéutico de que dispone el profesor.

2.° En el enfisema, resultado de una pleuresía aguda ó crónica, presta los mayores servicios, y en los casos en que se tenga seguridad que el líquido es purulento, cuanto mas pronto se introduzca el tubo, mas probabilidades habrá de curacion, porque el pulmon puede entonces dilatarse, al menos parcialmente, y las fuerzas del enfermo no están aun agotadas.

3.° Cuando el líquido extraido de la cavidad pleurítica es seroso, vale mas no poner inmediatamente el tubo, porque puede suceder que el derrame no se reproduzca. Si por desgracia ocurre lo contrario, y se advierte gran dificultad en la respiracion, debe recurrirse al medio de tratamiento que nos ocupa.

4.° Cuando existe un trayecto fistuloso y el pus no fluye fácilmente, dándose lugar con esto á que se descomponga, está indicado hacer una contra-abertura en la parte inferior de la pleura, é introducir un tubo de *drainage*.

5.° En los casos de hidro-pneumo-torax, la introduccion de un tubo de esta clase puede, no solo disminuir los sufrimientos de los enfermos, sino tambien prolongar su existencia.

6.° No debe retirarse el tubo hasta que la supuracion está completamente agotada.

Derrames pleuríticos: diagnóstico, causa particular de error en ciertos casos. (*Union méd.—Dict. des prog.*).

Se considera generalmente á la pleuresía como una enfermedad cuyo diagnóstico ofrece un alto grado de exactitud, por el uso de los medios físicos de exploracion. El hecho es cierto en la inmensa mayoría de los casos; pero dista mucho de ser absoluto. Si á veces la falta de respiracion vesicular y de resonancia puede hacer creer en un derrame que no existe; puede, en cambio, en otras ocasiones, no encontrarse los signos característicos del derrame, aun cuando este sea muy considerable.

M. Woillez ha publicado recientemente la observacion de dos hechos de pleuresías con derrame purulento, que no se reconoció hasta practicar la autópsia. En ambos sugetos, no solo ha podido engañar la auscultacion, sino hasta la misma percusion. Se oia el ruido respiratorio, á través de una capa de líquido, mas ó menos gruesa, y la resonancia habia aumentado mas bien que disminuido.

En el primer caso, despues de practicar la toracentesis al vigésimo dia, la falta de sonoridad quedó limitada á la region submamaria por delante, y al tercio inferior por detrás, en el lado derecho; los últimos dias de la vida se elevó un poco por la parte anterior, y la resonancia, en lugar de ser mate, se hizo manifiestamente timpánica. La respiracion era débil y vesicular en todas las regiones del pecho. Sin embargo, los fenómenos generales se iban agravando, y el cirtómetro indicaba una ampliacion lenta y creciente del torax: de 735 se elevó á 830 milímetros.

Percutido por delante el lado derecho despues de la muerte, daba aun un sonido exagerado ó timpánico de arriba abajo. La cavidad torácica no contenia, sin embargo, aire; la llenaban 3 litros próximamente de serosidad turbia con falsas membranas. El pulmon estaba comprimido por el derrame hácia la parte posterior, contra el mediastino, donde formaba un segmento de esfera, de convexidad libre por el lado de la pleura, adherente de arriba abajo, por delante á las paredes torácicas, al nivel de los cartílagos de las costillas verdaderas.

Este pulmon, así aplastado y reducido de volúmen,

daba á la percusion mediata un sonido manifiestamente timpánico y mas claro que la sonoridad obtenida por delante en el lado izquierdo, perfectamente sano.

En el segundo caso, los fenómenos estetoscópicos, muy claros á la entrada del enfermo en el hospital, fueron luego disminuyendo. En lugar de un sonido macizo general por detrás y á la izquierda, habia vuelto la resonancia en el vértice y la base, manifestándose por delante extertores húmedos, en ambos lados, la víspera de la muerte. El murmullo respiratorio se oia siempre por todas partes, y no existia soplo de fuelle mas que en la region posterior de la base: la autópsia, sin embargo, reveló un derrame purulento en todo el lado izquierdo, sin indicio de pneumotorax, como en el caso anterior. El pulmon, comprimido hácia dentro, se adheria á las paredes torácicas anteriores, desde el vértice hasta el diafragma.

La explicacion que da M. Woillez de estas anomalías, difiere mucho de las de otros observadores, sobre todo en lo que se refiere al timpanismo.

En lo que concierne á la auscultacion, cree este autor que, al explicar los hechos de transmision de los ruidos respiratorios, al través de un derrame abundante de la pleura, apoyándose únicamente en la propiedad física que tienen los líquidos de trasmitir fácilmente los sonidos, se ha hecho una aplicacion demasiado absoluta de esta ley, descuidando otro de los datos del problema, que no se debe olvidar; es este, las condiciones en que se produce el ruido respiratorio en su punto de orígen, y que se trasmite al oido del observador al través del líquido derramado.

Los hechos demuestran que esta propagacion se produce cuando el pulmon se encuentra en condiciones tales que los ruidos respiratorios son exagerados. Así se explica el paso del soplo bronquial al través de un derrame considerable. El murmullo vesicular es entonces reemplazado por una respiracion bronquial mas fuerte que el ruido normal, por consecuencia del aumento de densidad del pulmon, debida á su compresion, ó á la retraccion sobre sí mismo.

MM. Barthez y Rilliet explicaron ya, en 1852, la res-

piracion cavernosa ó anfórica que se nota en ciertas pleuresías por esta condensacion del tejido pulmonal, y tambien por la aplicacion del pulmon á las paredes torácicas, y por la resonancia de los ruidos laringo-bronquiales en el tejido condensado. M. Woillez admite completamente esta doctrina para los hechos que acabamos de referir, haciendo notar que no se trataba aquí de ruido respiratorio anfórico ó cavernoso. Se percibia en todo el lado del derrame una respiracion vesicular. Se concibe bien que el ruido respiratorio producido en el pulmon, condensado por la compresion, pueda ser exagerado sin tener el carácter de soplo, cavernoso ó anfórico, y trasmitirse entonces mas fácilmente al través del líquido, y del mismo modo se comprende que los ruidos de soplo puedan modificarse y parecer una respiracion natural debilitada, atravesando el líquido pleurítico, para llegar al oido del observador que ausculta.

Estas condiciones, añade el autor, se encontraban en el enfermo, cuyo pulmon estaba condensado por su compresion contra el mediastino.

Estudia M. Woillez en seguida la sonoridad obtenida por la percusion al nivel mismo del derrame.

Físicamente, dice, no puede explicarse la exageracion del sonido que se encuentra muchas veces al nivel de un pulmon condensado; pero hay que admitir forzosamente el hecho, con Skoda, como ha demostrado el autor en su memoria sobre el *timpanismo pulmonal*; ahora llama la atencion acerca de la nueva prueba suministrada por uno de los dos enfermos: practicando la percusion en el cadáver, al nivel de las adherencias pulmonales, se percibia, en efecto, un sonido timpánico muy manifiesto. Esta es una demostracion directa del aumento de sonoridad en el sitio del pulmon condensado, é inclina á creer que, siendo exagerado el ruido provocado, pueda percibirse aun á través del derrame. Sin embargo, para que esta propagacion aparente se compruebe, es necesario que el pulmon condensado se halle en relacion con las paredes torácicas, de tal suerte que percutidas estas puedan á la vez trasmitir y recibir directamente las vibraciones provocadas en el pulmon por la percusion torácica. Aquí, la anomalía de percusion, bajo el punto de vista

del derrame, consistiria, pues, en la trasmision del sonido por las paredes torácicas, mas bien que por el líquido derramado. En efecto, ya se ha visto que el enfermo presentaba un pulmon, á la vez comprimido contra el mediastino, y adherente por la parte anterior á las paredes del torax en el lado derecho, al nivel de las costillas verdaderas.

Esta explicacion le parece al autor tanto mas legítima, cuanto que los experimentos hechos en un tonel cerrado, casi lleno de líquido, y con cierta cantidad de aire en su parte superior, han dado los mismos resultados.

La teoría de M. Voillez, como ya hemos indicado, se aparta mucho de la de otros autores, sobre todo respecto al timpanismo.

Muchos casos, referidos con motivo de esta nueva teoría del timpanismo en la pleuresía, no han hecho mas que oscurecer la cuestion. Así es que en un jóven tísico, que presentaba un sonido timpánico de tonel hácia la region mamaria derecha y en la parte posterior del lado izquierdo, que persistió hasta la muerte, y pudo comprobarse aun antes de practicar la autópsia, se encontró en la pleura, en lugar de aire, litro y medio de serosidad cetrina con falsas membranas.

M. Potain ha observado tambien, en el hospital Necker, la produccion repentina de un timpanismo muy marcado al lado izquierdo despues de un violento dolor, mientras que el lado derecho estaba lleno de líquido. Practicada la toracentesis, se extrajeron 6 litros y medio de serosidad, y á medida que esta salia, disminuia la resonancia en el lado izquierdo, acabando por desaparecer completamente. Es necesario explicarlo, en este caso, por la simple compresion del pulmon izquierdo, efecto del derrame del lado opuesto, que, determinando la tension pulmonal, produce este fenómeno acústico.

Esta es la explicacion adoptada por M. Gueneau de Mussy para tres casos de derrames observados con timpanismo.

Diabetes sacarina: su tratamiento por el citrato de sosa. (*Jour. de méd. de Bordeaux*).

Desde los interesantes estudios y experimentos de Vœher, se sabe que las sales alcalinas de ácidos orgánicos, administradas á dósis débiles, para producir efectos purgantes, son absorbidas; que su ácido es quemado en el acto respiratorio intersticial, y las bases eliminadas por las orinas en estado de carbonatos.

Estos hechos autorizan á admitir que el citrato de sosa, sin alterar, como los carbonatos alcalinos, la digestion primitivamente ácida del estómago, pone secundariamente al organismo bajo la influencia del carbonato alcalino indispensable á la combustion intersticial de la glucosa alimenticia.

Por este motivo, ha propuesto recientemente M. Guyot-Danecy, farmacéutico en Burdeos, el uso del citrato de sosa en dósis de 4 á 8 gramos en el tratamiento de la diabetes. Segun este autor, el análisis químico demuestra que el azúcar desaparece de las orinas despues de la administracion de este citrato, mezclado á los alimentos como condimento, en lugar de la sal comun, y aun se puede, mediante esta mezcla, permitir el uso del pan y las legumbres feculentas.

Si los hechos clínicos demostrasen que por este medio se evitan los inconvenientes de la administracion, largo tiempo continuada, del bicarbonato de sosa y del agua de Vichy, seria un descubrimiento práctico de importancia.

Diarrea colérica: diagnóstico diferencial. (*Siglo médico*).

El laborioso é ilustrado médico de Hellin señor Martinez y Gonzalez ha publicado, en el *Siglo médico*, algunas observaciones clínicas muy interesantes, acerca de la importancia que tiene el estudio del estado de la circulacion para establecer el diagnóstico y pronóstico en los casos de diarrea que se sospeche pueda ser colérica. Las investigaciones de este autor tenian por objeto comprobar los resultados obtenidos por el doctor Poznauski durante la invasion colérica de 1848 en Viena y Polonia y la de 1853 en San Petersburgo, que pueden resumirse

en las siguientes conclusiones: 1.° antes del cólera, y en su período epidémico en que muchos individuos gozan, al parecer, de perfecta salud, desciende el número de pulsaciones á 45 y hasta 42 por minuto; 2.° á este descenso no acompaña ningun síntoma morboso; 3.° los casos de cólera solo se presentan en los individuos préviamente atacados de esta lentitud de la circulacion; 4.° este fenómeno, que precede algunos dias á los síntomas coléricos, puede considerarse como signo patognomónico ó prodrómico de la inminencia del cólera.

El señor Martinez y Gonzalez no ha encontrado este fenómeno en ninguno de los muchos individuos que en 1860 y 1865 fueron objeto de sus curiosas é interesantes indagaciones. Pero si estos ensayos no produjeron resultado alguno respecto á los sanos destinados al sacrificio del cólera, no ha sucedido lo mismo con los enfermos atacados de diarrea bajo la constitucion epidémica.

Hé aquí el extracto de las curiosas observaciones del autor.

Observacion 1.ª—Un jornalero, de 25 años de edad, fué invadido de diarrea, y su pulso descendió hasta 48 pulsaciones por minuto. Eran las siete de la mañana cuando vimos por primera vez á este enfermo, que, á pesar de los recursos empleados con el mayor esmero, se hallaba por la tarde con todos los síntomas del cólera confirmado.

2.ª Un yesero, de 40 años de edad, amaneció con una diarrea molestísima. Su pulso daba 42 pulsaciones por minuto. Se le ordenó un tratamiento conveniente y racional, y antes de las doce del dia habia entrado en el período álgido del cólera.

3.ª Una lavandera, de 31 años de edad, al oscurecer principió á sentirse fatigada por fuertes dolores abdominales con borborigmos y cursos. El pulso descendió á 46 pulsaciones por minuto. A la una de la mañana, se habia caracterizado el cólera.

4.ª Una jóven, costurera, de 24 años de edad, se sintió con diarrea á media mañana. Su pulso daba 75 pulsaciones por minuto. Al dia siguiente habia desaparecido el flujo del vientre sin consecuencia alguna colérica.

5.ª Un niño, de 6 años de edad, principió á hacer cursos frecuentes dos horas despues de la comida. El pulso

latia 90 veces por minuto. Al dia siguiente se encontró bueno, sin haber empleado mas cuidados que la dieta y agua de arroz.

6.ª Una criada de servicio, de 22 años de edad, alarmó á sus amos hasta el punto de mandarla inmediatamente á su casa, por sentirse con una diarrea bastante viva. Su pulso daba mas de 70 pulsaciones por minuto. Curacion pronta, como en el caso anterior, y sin consecuencia colérica.

7.ª Una campesina, de 69 años de edad, se sintió con una diarrea dolorosa y angustiosa. El pulso daba 41 pulsaciones por minuto. A pesar del cuidadoso esmero con que se combatió esta disposicion, á las pocas horas se encontraba en el segundo período del cólera.

Fácilmente se comprende la inmensa importancia que tendria, bajo el punto de vista del diagnóstico, de la terapéutica, del pronóstico y de la estadística médica, la comprobacion del fenómeno observado por el modesto cuanto estudioso profesor de Hellin, al que en este caso deberia la ciencia un notable adelanto.

Enfermedades por infeccion: fiebre tifoidea, infeccion pútrida y viruela, existencia de infusorios en la sangre en estos padecimientos. (*Montp. méd.—Gaz. méd. de Strasburg*).

La putrefaccion es una fermentacion especial: el papel asignado á las fermentaciones en el mundo organizado y vivo, se engrandece cada dia, y adquiere nueva y mayor importancia. Muchos fenómenos, hasta ahora inexplicables, se refieren hoy á las fermentaciones. Bien conocido es el modo de obrar del fermento, y la accion de esos microzoarios y esos micrófitos que se nutren de la materia orgánica, la absorben y reducen sus elementos.

Entrando resueltamente en este campo, aun poco explorado, y que promete abundante cosecha á los investigadores, los doctores Coze y Feltz, de Estrasburgo, han practicado interesantes experimentos, que si se confirmasen, vendrian á probar que la infeccion pútrida, la fiebre tifoídea y la viruela tienen por orígen una fermentacion que puede calificarse de *pútrida* y que reside en la sangre.

Para dar una idea del interesante trabajo de estos autores, no podemos hacer nada mejor que transcribir el

análisis que de él ha hecho el sabio crítico del *Montpellier médicale*, doctor Pecholier.

Las conclusiones de MM. Coze y Feltz, que encuentran su apoyo en las publicadas por Tigri, Davaine y muchos otros sabios, son: que la sangre de los indivíduos atacados de infeccion pútrida, de fiebre tifoídea y de viruela, contienen bacterios, y que la presencia de estos animalillos constituye el hecho inicial de la enfermedad. A ellos es á los que debe atribuirse el punto de partida de todos los desórdenes. Viviendo á expensas de la sangre, tendrian por resultado consumir sus elementos fundamentales y segregar nuevos productos, que serian tóxicos para el cuerpo humano: á semejanza, por ejemplo, de la levadura de cerveza, que, nutriéndose de azúcar, forma ácido carbónico y alcohol.

Estos estragos, producidos por los bacterios en la sangre, se prueban, segun dichos prácticos, por dos autoridades concordantes: el testimonio del microscopio y el de los reactivos químicos.

El microscopio demuestra:

1.° Una alteracion en la forma y consistencia de los glóbulos rojos (recortados en picos y difluentes).

2.° Un aumento en el número de los glóbulos blancos en relacion con lo que se prolongue la infeccion.

3.° La presencia de un número mas ó menos considerable de bacterios.

Los reactivos químicos indican una disminucion en la cifra de los glóbulos y de los elementos albuminosos, un aumento en la proporcion del agua y de la fibrina, una disminucion ó un aumento en la proporcion de las oxidaciones intra-orgánicas. El análisis de los gases de la sangre ha permitido comprobar menor proporcion de oxígeno en la arterial y en la venosa y un aumento de ácido carbónico; prueba tambien que á la muerte hay en este líquido tanto ácido carbónico como oxígeno, y que la enfermedad tiende á equilibrar las cifras de estos dos gases.

La sangre es, por otra parte, un medio perfectamente preparado para una fermentacion: reaccion alcalina, temperatura, materias fermentescibles, etc.

La integridad del epitelium de proteccion de las mu-

cosas no es obstáculo para la introduccion de los bacterios ó sus gérmenes en la sangre. El epitelium pulmonal se manifiesta mas refractario que los otros, y el del recto menos que el del estómago.

Los doctores Coze y Feltz han estudiado el papel de los bacterios en tres enfermedades diferentes: la infeccion pútrida, la fiebre tifoídea y la viruela. Hé aquí las conclusiones que se refieren á cada una de ellas:

1.° *Infeccion pútrida.*—Se encuentran en la sangre de los sugetos atacados de esta afeccion, bacterios que tienen un aspecto y tamaño determinados. La introduccion en la sangre de los elementos moleculares de los líquidos pútridos, y no el líquido mismo, es la que determina la putrefaccion de aquella.

La muerte de los animales en quienes se hicieron los experimentos, se verificó con mas ó menos rapidez, á veces en treinta ó cuarenta horas. El síntoma mas notable es el aumento de temperatura, debido, segun Coze y Feltz, á las reacciones químicas, dependientes de la fermentacion interna. El análisis químico indica una disminucion en la oxidacion de los elementos protéinicos y un ligero descenso en las combustiones intra-orgánicas. La sangre contiene menos oxígeno y mas ácido carbónico.

2.° *Fiebre tifoídea.*—Los autores han encontrado una especie de bacterios, especial á la sangre tifoídea, que recuerda al *bacterium catenula*. La sangre de un conejo, infectado por la introduccion de bacterios tifoídeos, determina efectos muy apreciables en el organismo de otro conejo. La sangre de este puede á su vez infectar á la de otros animales de la misma especie. De este modo se reproducen las generaciones sucesivas de los infusorios; y cuanto mas se repiten estas generaciones, mas activos y rápidos son los accidentes que los bacterios producen. La fiebre es independiente de la lesion de las placas de Peyero: se traduce, sobre todo, por un aumento de temperatura, debido á los fenómenos de fermentacion.

3.° *Viruela.*—Tambien en esta enfermedad han observado una nueva especie de bacterios, que corresponde al *bacterium termo* de Muller. La sangre venosa de los hombres variolosos es infectante para los conejos. La muerte se verifica en diez horas como mínimum y con dósis de

inoculacion muy pequeñas. Se nota la misma elevacion de temperatura y los mismos cambios en la sangre que en el caso anterior.

Tal es el resúmen de las conclusiones de los experimentos de MM. Coze y Feltz, que hemos creido deber dar á conocer, porque no puede ocultarse á nuestros lectores el inmenso valor que adquiririan el dia en que quedase demostrada de una manera evidente su exactitud. Pero, aun cuando la analogia y la corriente de las ideas modernas las presten cierto apoyo, es imposible aceptar hechos tan fundamentales, sin que hayan recibido muchas veces la sancion de los observadores mas competentes; porque en estas materias es muy fácil el error; si el microscopio ilustra y enseña frecuentemente, tambien engaña muchas veces. Antes de dar valor y significacion á estas observaciones, se necesitan muchas y precisas experiencias para resolver algunas cuestiones importantes, empezando por determinar si con efecto se encuentran bacterios en la sangre de los sugetos atacados de viruela, fiebre tifoídea é infeccion pútrida. Si existen en todos los casos. Si no se hallan en otros enfermos y aun en personas sanas. Si no se desarrollan despues de la muerte ó al menos despues que la sangre ha sido extraida de los vasos.

El dia en que estas cuestiones quedasen definitivamente probadas, la ciencia habria hecho un gran progreso, ilustrando de un modo enteramente nuevo la patogenia de las fiebres y de todas las enfermedades virulentas, porque es indudable que lo que se demostrase bajo este punto de vista, respecto á la viruela y la fiebre tifoídea, demostrado estaria para el cólera, fiebre amarilla, etc., llegando así al conocimiento de la especie de fermento especial de cada enfermedad virulenta y del género de fermentacion que la corresponde.

Si la accion de ciertos fermentos sobre la sangre es el fenómeno inicial de muchas enfermedades, el contagio de estas es una consecuencia necesaria de semejantes premisas. Los hábiles experimentadores de Estrasburgo sostienen que ellos le han producido fácilmente. Basta que se introduzca en la sangre de un indivíduo sano una especie de bacterios ó aun sus gérmenes, para que si no

hay una falta especial de aptitud en el sugeto, se efectúe la fermentacion morbosa por efecto de una incubacion en que los gérmenes se desarrollan y multiplican silenciosamente. Fácilmente se comprende el inmenso papel que habria que conceder al contagio en un gran número de afecciones.

La terapéutica misma, que hasta ahora ha sacado tan escaso provecho de los progresos de la fisiología patológica, encontraria quizás, en el descubrimiento de los dos médicos de Estrasburgo, la ocasion de nuevos adelantos.

Si una fiebre fuese debida á la descomposicion de la sangre por la fermentacion correlativa á la presencia de los infusorios, claro está que se presentarian tres indicaciones dominantes: 1.ª oponerse al desarrollo de los gérmenes; 2.ª destruir los que se hubiesen producido; 3.ª expulsar fuera de los vasos sanguíneos y del organismo los productos de excrecion de los fermentos.

Esta última indicacion justificaria y explicaria los maravillosos efectos del método evacuante, tan en boga en la práctica de la mayor parte de los médicos hipocráticos. Respecto á su uso, habria, sin embargo, que establecer distinciones, segun el doctor Pecholier. Si se probase, como hace presumir la analogía, que los fermentos morbosos mueren en la sangre luego que esta ha llegado á cierto punto de saturacion de los productos de su secrecion, no seria al principio, sino en el momento de la saturacion (coccion de los antiguos), cuando habria que administrar los purgantes.

Respecto á las otras dos indicaciones principales, ya hemos dicho consistirian en poner obstáculo al desarrollo de los gérmenes y destruir los que se hubiesen producido. Despues de los estudios de M. Tigri, de Siena, ha pensado el doctor Pecholier que quizá habria un medio soberano para impedir la evolucion de los gérmenes de los fermentos introducidos en la sangre, idea que le han inspirado los experimentos del profesor Bechamp. La creosota, que se opone al desarrollo del moho en el agua azucarada, y en general al de todos los gérmenes de fermentos, es probable que pudiese desempeñar igual papel en la sangre: quizá en estas circunstancias produciria el mismo resultado que el que ha dado en manos de M. Mas-

se, para impedir la evolucion de los esporos del *Trichophyton tonsurans*. Fundado en estas consideraciones, el doctor Pecholier espera la ocasion favorable para hacer esta clase de ensayos en la fiebre tifoídea. Una pequeñísima dósis de creosota basta para proteger por mucho tiempo una disolucion de azúcar, segun ha demostrado M. Bechamp. Se necesitaria, pues, introducir muy poca cantidad de esta sustancia en la sangre para impedir el desarrollo de los gérmenes de los bacterios, circunstancia muy importante, á causa del mal sabor y acritud del medicamento. De todos modos, seria bueno indagar si existen otros medicamentos que puedan llenar mas fácilmente esta indicacion.

La creosota es impotente para destruir los fermentos una vez desarrollados; importa mucho, por lo tanto, encontrar un agente que pudiese obrar en este último sentido, ó mas bien muchos medicamentos distintos, porque es posible que cada especie de bacterios tenga un veneno particular. El distinguido práctico de Montpellier pregunta si la quina no pertenecerá al número de estos antídotos, del mismo modo que el alcanfor, ámbar gris y almizcle.

Todas las deducciones que preceden se fundan en la legitimidad de las conclusiones experimentales de los doctores Coze y Feltz, las cuales, como ya hemos indicado, no pueden aceptarse sin muchas mas pruebas. Esperemos que nos las suministren la observacion y la experiencia.

Epilépsia: tratamiento. (*Jour. de méd. mentale.—Bull. de thér.—Union méd.*).

El doctor Schreyer, de Hamburgo, recomienda con grande entusiasmo un plan terapéutico á que, *segun dice*, han debido la curacion muchos epilépticos.

Empieza por sumergir á los enfermos en un baño general, cuya temperatura sea de 28° R.; media hora despues de salir del baño se hacen afusiones de agua fria en la nuca y la columna vertebral, despues de lo que manda que se practiquen muchas fricciones secas en estas partes. Administra de tiempo en tiempo purgantes salinos y prescribe diariamente la digital, cuya dósis va

aumentando desde 4 á 12 granos. Esta última la sostiene pocos dias, luego la disminuye hasta llegar á la primitiva, para seguir mas tarde de nuevo la progresion ascendente, todo con objeto de hacer tolerable el medicamento, que de otro modo produciria fenómenos tóxicos. El doctor Schreyer, dice, que este tratamiento, constituido por los baños, afusiones, purgantes salinos y digital, debe durar por lo menos seis meses, aunque mucho antes desaparezcan en algunos casos todas las manifestaciones epilépticas.

Asegura haber tratado por este método á 16 epilépticos. Trece curaron perfectamente, y desde el primer momento; los tres restantes, si bien se aliviaron mucho, continuaban con algun acceso; pero afirma que, teniendo constancia y continuando por mas tiempo el mismo plan, llegó á conseguir la curacion completa.

Nuestros lectores habrán visto con *admiracion* los resultados obtenidos con el tratamiento de este autor. Y, en efecto, tantos casos de curacion como enfermos se sometieron á su uso, y esto tratándose de una afeccion reputada en la ciencia casi como incurable, raya en lo milagroso. Nosotros necesitariamos ver otras diez y seis curaciones de epilépsias *bien diagnosticadas*, para creer en esta pretendida infalibilidad de la terapéutica del médico hamburgués. Si así fuese, la humanidad deberia levantarle una estátua.

Despues de todo no encontramos inconveniente alguno en que se ensaye este método, que, si no la curacion completa, podrá, en algunos casos, proporcionar un alivio mas ó menos considerable, siquiera por lo que tiene de hidroterápico.

Bromuro de potasio. — El doctor Voisin, médico de Bicetre, ha publicado una memoria muy importante acerca del uso terapéutico del bromuro potásico, sobre todo en la epilépsia. De los datos y observaciones clínicas, contenidas en este trabajo, resulta que, empleando el bromuro de potasio en cantidad de 8, 9 y 10 gramos diarios en 24 epilépticos, el autor ha conseguido suspender los accesos en 4 enfermos; 6 han experimentado una mejoría muy notable; 10 un alivio ligero, y 4 no han advertido efecto alguno. Estos resultados difieren, pues,

esencialmente de los de M. Moreau, obtenidos casi en idénticas condiciones (V. ANUARIO de 1865, pág. 104), salvo las dósis que han sido aquí mucho mayores.

M. Voisin deduce de sus experiencias, que el bromuro de potasio es completamente inútil en la epilépsia dependiente de lesiones del cerebro congénitas ó accidentales. Así parece al menos resultar de las cuatro observaciones en que el medicamento no produjo efecto alguno.

Es, por el contrario, indudable la utilidad de este agente en los casos mas comunes en que la epilépsia es idiopática, una pura neurose. Conviene mucho para el buen resultado, que la enfermedad no sea muy antigua, sin lo cual el cerebelo y la médula oblongada presentan diversas lesiones que son una causa secundaria de la reproduccion de los accesos; pero cuando la afeccion es reciente y no cuenta mas de cuatro á cinco años, el bromuro tiene una influencia eficaz, particularmente en los siguientes casos :

1.° En la epilépsia, cuya causa predisponente es una grande impresionabilidad, una exaltacion de la sensibilidad, y en lo que se llama temperamento nervioso exagerado : condiciones en que el mas ligero motivo basta á veces para hacer que se presente el padecimiento.

2.° En la epilépsia producida por emociones vivas, impresiones desagradables, terror, el onanismo, y los excesos venéreos en indivíduos no predispuestos á la enfermedad.

3.° En la epilépsia hereditaria de naturaleza puramente neurósica, ya sea que los ascendientes padecieran esta misma afeccion, ya otras neuroses, sobre todo convulsivas, como el histerismo, el corea, etc.

En estas tres categorías en que la epilépsia depende por lo comun de la exaltacion excesiva de la fuerza éxcito-motriz de la médula, es cuando el bromuro potásico puede ser eficaz. Uno de los mejores resultados terapéuticos que produce este agente es la sedacion de la indicada fuerza. En efecto, bajo su influencia muchos enfermos han dejado de experimentar las bruscas sacudidas que les atormentaban dia y noche, y que eran indudablemente producidas por la accion refleja de la médula. Su supresion absoluta y rápida hace creer que el

bromuro tiene una especie de accion electiva sobre la causa que las determina, es decir, sobre la fuerza éxcito-motriz de la médula.

Resulta de aquí que una de las principales indicaciones terapéuticas del bromuro de potasio es la *exaltacion de la fuerza éxcito-motriz de este centro nervioso*, que se manifiesta por sacudidas, saltos, movimientos bruscos, diurnos ó nocturnos, parciales ó generales. El agente terapéutico que nos ocupa calma estos fenómenos que en algunos enfermos hacen insoportable la vida por su frecuencia; interrumpen el sueño, le agitan, haciendo despertar al paciente fatigado y lleno de cansancio. El bromuro de potasio produce así una calma y una tranquilidad, hácia la que llama mucho la atencion el epiléptico, que goza entonces un sueño reparador á que no estaba acostumbrado, y que tiene grande importancia en estos sugetos de ordinario tan excitables.

Inhalaciones de gas del alumbrado. —No habrá ninguno de nuestros lectores que no recuerde los maravillosos efectos que se atribuian á las inhalaciones del gas del alumbrado en el tratamiento de la coqueluche, puesto que están consignados en los anteriores ANUARIOS. Ahora se pretende que este medio sirva tambien para la curacion de la epilépsia. El doctor Siry refiere que uno de sus clientes habia sido atacado, sin causa apreciable, de esta enfermedad. En el espacio de diez y ocho meses tuvo 27 accesos muy violentos, á pesar de la esmerada asistencia de cuatro distintos médicos. En este estado oyó decir que un sugeto, epiléptico desde la infancia, se habia curado sin recidiva desde que entró á trabajar en una fábrica de gas. Con esta noticia, el enfermo se decidió á pasar, cuatro horas diarias por lo menos, cerca de los depuradores de gas de la fábrica de la calle de Courcelles en Paris, y desde entonces no ha vuelto á presentarse ningun nuevo ataque. En la nota publicada en la *Union médicale* no se dice el tiempo que habia transcurrido desde que se empezó el tratamiento hasta la fecha de la publicacion, lo cual habria sido de mucha importancia conocer. La falta de este y otros detalles de interés, y el no ser mas que dos los casos que se dicen curados por semejante medio, cuya accion tampoco puede explicarse

racionalmente, hace pensar que no han de ser las inhalaciones de gas del alumbrado el áncora de salvacion de los infelices epilépticos. La justicia nos obliga á decir que el doctor Siry anuncia el hecho sin pretensiones de ningun género, y tal como se le ha referido su cliente, con el fin de que pueda ensayarse en casos análogos. Desgraciadamente no faltarán ocasiones en que hacerlo.

Erisipela gangrenosa: tratamiento por el sulfato de quinina á alta dósis. (*Pres méd. belge*).

El profesor Thiry dice que nunca podrá elogiarse bastante la eficacia del sulfato de quinina administrado á alta dósis en los erisipelas en general, pero sobre todo en las gangrenosas. En estas, á su juicio, el peligro no nace del estado local, que resistiria poco entregado á sus propias fuerzas, sino del estado general bajo cuya dependencia aquel se encuentra. Este estado general es por lo comun insidioso, revelando la influencia de una infeccion, cuyo efecto se deja sentir á la vez en la sangre y el sistema nervioso ganglionico, y contra la cual es contra la que hay que dirigir una medicacion enérgica y eficaz, que no es otra que la quina y sus derivados.

En comprobacion de esto, refiere M. Lebel dos casos recientemente observados en la clínica del doctor Thiry.

Era el primero un jóven de 26 años, afectado de una erisipela gangrenosa extensa del pene y del escroto, con numerosas escaras negras. La enfermedad se extendia hasta la aponeurose perineal, con infarto de los gánglios inguinales, que se hallaban dolorosos á la presion: gran postracion de fuerzas, falta de toda reaccion moral, mirada apagada, fácies tífica, decúbito dorsal, inmovilidad, pulso pequeño y frecuente, lengua seca y cubierta de una capa saburral, deposiciones líquidas, orinas escasas, en fin, todos los síntomas que indican una situacion gravísima.

Se prescribieron lociones cloruradas y con vino aromático localmente, y limonada acidulada, una pocion con quina y caldos interiormente.

Al desprenderse las escaras quedó una superficie de mal aspecto, y se presentaron hemorragias secundarias repetidas y abundantes.

A los pocos dias una nueva complicacion vino á agravar el estado del enfermo, que fué acometido de un escalofrio; la cara tomó un aspecto alarmante; ojos mates, hundidos; pulso pequeño, frecuente, filiforme; lengua seca, resquebrajada y negruzca; deposiciones fétidas, supuracion poco abundante y de mala naturaleza; subdelirio. Estos síntomas hicieron diagnosticar un estado septicémico muy pronunciado.

En vista de tal situacion, y comprendiendo que no habia un momento que perder para aplicar un tratamiento enérgico, el doctor Thiry prescribió un gramo de sulfato de quinina en 6 papeles para tomar uno cada dos horas. Por la tarde una lavativa con 60 centígramos de la misma sal. Curas con ungüento excitante. Se continuó este tratamiento por espacio de diez dias, no disminuyendo las dósis del medicamento hasta que se vió que los síntomas remitian. A los quince dias habia desaparecido la gravedad, el estado general era excelente; parecia que el enfermo habia resucitado á una vida nueva. Las heridas producidas por el desprendimiento de las escaras, cicatrizaron con bastante rapidez.

Incontestablemente este sugeto debió su salvacion al tratamiento enérgico por el sulfato de quinina.

El segundo caso era un hombre con una afeccion sifilítica antigua, en la que habia tenido tres recidivas. Durante la tercera fué acometido de una erisipela grave de la cara que se extendió muy luego al cuero cabelludo. La cabeza estaba muy tumefacta, la cara de color rojolívido; los párpados tan edematosos que no se podian descubrir los ojos; pulso pequeño, acelerado; alternativas de calor y frio; gran postracion; somnolencia; por la noche delirio y agitacion. Lengua cubierta de una capa blanquecina.

Se empezó el tratamiento por la administracion de un emeto-catártico. Sin embargo, convencido M. Thiry que solo la quinina podia salvar el peligro, prescribió una lavativa compuesta de 60 centígramos de sulfato de quinina en 60 gramos de agua, que se aplicaba todas las tardes antes del recargo. Además se hacia tomar al enfermo 10 centígramos de la misma sal cada dos horas.

A los tres dias de este tratamiento, se notaba ya una

notable remision en la gravedad de los síntomas; por cuyo motivo se disminuyeron las dósis del sulfato de quinina. Transcurridos nueve dias, la erisipela se encontraba completa y radicalmente curada.

Espasmo facial doble, dependiente de una úlcera en el pilar anterior del velo del paladar. (*Deutsche Klinik*).

M. de Graefe ha presentado, á la Sociedad de medicina de Berlin, una mujer atacada de un espasmo convulsivo doble de la cara, cuyo orígen es sumamente curioso. El espasmo era tan violento y contínuo, que hacia cuatro meses que la enferma no podia andar sola por la calle, á causa de la oclusion casi incesante de sus ojos. Se creyó al pronto que se trataba de un espasmo reflejo; pero la exploracion de los puntos ordinariamente interesados dió un resultado negativo. Se observó por el contrario que, comprimiendo el pilar anterior del velo del paladar, de modo que se le apretase contra la mandíbula, las contracciones mas violentas cesaban instantáneamente. Un exámen mas atento demostró que existia al nivel de este sitio una pequeña ulceracion de aspecto ligeramente gangrenoso, que era, á no dudarlo, el punto de partida de los fenómenos de la cara. La limpieza, auxiliada con gargarismos ligeramente clorurados, hicieron cicatrizar rápidamente esta úlcera, y á medida que se iba verificando, los espasmos disminuyeron de intensidad y de frecuencia, hasta desaparecer por completo cuando terminó la cicatrizacion.

Espermatorrea: su tratamiento por la electricidad. (*Ann. de l'electricité méd.*).

Entre las lesiones determinadas por los excesos venéreos, masturbacion ó cóito, una de las mas graves es la espermatorrea. Sin embargo, las pérdidas seminales no son producidas solamente por dichos excesos; pueden reconocer otras muchas causas, y en ocasiones es difícil asegurar la parte que corresponde á cada una.

Segun M. Durand, que se ha ocupado del tratamiento de esta afeccion en un buen artículo publicado en los *Annales de l'eléctricité médicale*, la espermatorrea no es tan frecuente como piensan algunos autores: de 500 en-

fermos que se cree la tienen, solo existe en dos ó tres cuando más.

Este práctico admite dos especies: una dependiente de un estado flegmásico, y otra que reconoce por causa una atonía del sistema nervioso genital.

El diagnóstico diferencial de estas dos variedades es muy importante; pero no es siempre fácil de hacer, sobre todo al principio de la enfermedad. Cuando el orígen es una flegmasía aguda ó crónica, la eyaculacion, durante el cóito, es acompañada de una sensacion de calor y escozor, y el esperma presenta á veces estrías sanguinolentas y aun pus. Esta especie de espermatorrea va casi siempre precedida de poluciones, al principio nocturnas, despues diurnas.

En las pérdidas seminales por atonía nerviosa del aparato genital no se observan nunca estos síntomas. Los órganos están lánguidos y casi impotentes, la eyaculacion, cuando es posible, se verifica con lentitud, y nunca hay dolor ni escozor.

No mencionarémos todos los medios preconizados contra las pérdidas seminales. Es sabido el gran éxito que obtenia Lallemand en el tratamiento de esta enfermedad, por medio de la cauterizacion con el nitrato de plata. Pero tan indicado y eficaz, dice M. Durand, como me parece este método en la espermatorrea flegmásica, acompañada de ulceraciones ó de otra cualquiera alteracion del verumontano, tan inútil y aun perjudicial le creo en la espermatorrea atónica. Este es el caso en que conviene emplear la electricidad. Se puede usar la corriente directa de una pila de proto-sulfato ó bi-sulfato de mercurio de seis á ocho elementos. Se introduce el polo negativo en el conducto de la uretra dentro de una sonda de goma, y con una placa de cobre en su extremidad vesical en comunicacion con el anillo exterior de la sonda por medio de un hilo conductor.

El polo positivo se aplica al muslo ó al periné, mas ó menos lejos, segun la accion que se quiera obtener y la intensidad de la corriente. Las sesiones no deben durar mas de cinco á seis minutos, y se repetirán cada dos ó tres dias. En todos los casos es prudente empezar siempre por una corriente débil, cuya fuerza se aumenta in-

sensiblemente. La mejoría no se hace esperar mucho tiempo, y es raro que no se obtenga la curacion despues de un mes del uso de este método.

El modo de obrar de la electricidad se explica perfectamente, al decir del autor; imprime una modificacion particular á la porcion prostática de la uretra. A nuestro juicio, la explicacion no solo no es perfecta, sino que nos deja tan á oscuras como estábamos antes.

Además de la espermatorrea verdadera, hay otros estados patológicos de la próstata, en los cuales es grande la excitacion de los indivíduos que los sufren: estos enfermos arrojan por la uretra una materia viscosa, que creen ser esperma, y que las mas veces está compuesta de moco uretral, de líquido prostático y secreciones de las glándulas de Littré y de Cooper. Algunos autores, entre ellos Lallemand y Pasquier, no han dudado en practicar la cauterizacion en estos casos, ya para influir en la imaginacion de los sugetos, ya para modificar la sensibilidad de la uretra, dando así razon á la teoría de las acciones reflejas de Brown-Sequard, que considera las neurosis de que hablamos, como de forma centrípeta.

La electricidad modifica mejor este padecimiento que la cauterizacion con el nitrato de plata. El tratamiento, por lo demás, nada tiene de peligroso. Debe usarse la corriente intermitente por mucho tiempo, ó mejor, repetida con frecuencia.

Fiebre intermitente de las mujeres nerviosas. (*Bull. de thér.*).

Hay ciertas afecciones que simulan de un modo extraordinario la fiebre intermitente legítima: se encuentran, en efecto, con bastante frecuencia en la práctica, pirexias, cuyos accesos periódicos bien marcados no son en realidad mas que la fiebre héctica de una lesion visceral. Las enfermedades del cerebro y las de los órganos urinarios van tambien acompañadas muy á menudo de un movimiento febril caracterizado por intermitencias perfectas.

Todos los autores clásicos describen con cuidado esta fiebre sintomática; pero, segun el doctor Cantel, estos mismos prácticos han dejado completamente en ol-

vido esa forma de fiebre intermitente, que pudiera llamarse nerviosa, segun el autor.

Solo Graves, en sus célebres *Lecciones de clínica*, hace mencion de esta fiebre, que, al decir de tan eminente médico, no se observa mas que en las mujeres nerviosas, de las que es exclusivo patrimonio. «Despues de un parto, de una enfermedad aguda, ó á consecuencia de emociones morales vivas, estas personas impresionables, dice el doctor Graves, quedan sujetas á paroxismos febriles periódicos.» En el hecho referido por este observador, fueron ineficaces los antiperiódicos, mientras que cedieron fácilmente los accesos con el uso de los antiespasmódicos.

El doctor Cantel refiere, en un artículo publicado en el *Bull. de thér.*, dos casos un poco diferentes por la fase sintomática, pero de naturaleza exactamente idéntica al descrito por el distinguido clínico de Dublin. En ambos tuvo que rectificar el diagnóstico de otros médicos, que no habian visto en estos paroxismos febriles mas que una fiebre intermitente legítima.

Se trataba en la primera observacion de una jóven de 18 años que á los ocho dias del parto fué acometida de accesos de fiebre intermitente terciana. La enfermedad contaba ya tres semanas de duracion, habiéndose empleado desde el principio la quina y el sulfato de quinina bajo todas las formas, *intus et extra*, sin conseguir el menor alivio. Los profesores que visitaban á la enferma insistian sin embargo en que era necesario continuar en el uso de esta medicacion.

Un exámen atento de la paciente, durante el intérvalo de un acceso, hizo comprender al doctor Cantel, que, á pesar de la gran demacracion y palidez de esta jóven, no existia en ella ninguna lesion orgánica, lo cual alejaba la idea de una fiebre sintomática. Entonces se fijó el autor en la de una fiebre *intermitente nerviosa* de Graves, y los datos y noticias que recogió vinieron á confirmar su opinion. Esta mujer habia sido siempre de una salud delicada, sin haber estado, no obstante, enferma hasta esta época. Se advertian en ella todos los atributos de un temperamento nervioso francamente caracterizado. El parto no habia presentado nada de anor-

mal; pero la criatura vivió muy pocos dias, y esta pérdida impresionó vivamente á la madre.

A los siete dias fué acometida de un escalofrio bastante largo, y casi inmediatamente despues de una dificultad grande en la respiracion, que la obligaba á estar sentada en la cama. Este estado duró dos horas próximamente, pasadas las cuales el frio y la disnea fueron reemplazados por sudores profusos, que se prolongaron dos ó tres horas: esta escena morbosa se reprodujo del mismo modo á las cuarenta y ocho horas, continuando así los dias siguientes. El pulso estaba febril durante el acceso.

Todas las causas ocasionales de la fiebre intermitente de las mujeres nerviosas se encuentran aquí reunidas: temperamento nervioso, parto, emociones morales, nada faltaba para ilustrar el diagnóstico. Si alguna duda pudiese quedar, añade el doctor Cantel, habria desaparecido en el momento de observar la ortopnea, *manifestacion esencialmente nerviosa*, que venia á hacer desaparecer el incógnito con que de ordinario se presenta la fiebre descrita por Graves.

Establecido el diagnóstico, el autor anunció con la mayor confianza una pronta curacion, que afortunadamente no se hizo esperar.

Eligió de preferencia, entre los antiespasmódicos, la belladona, á causa de su propiedad antiasmática, administrando tres veces al dia una píldora compuesta de un centígramo de polvo y otro centígramo de extracto. Despues de emprendido este tratamiento, los accesos solo se presentaron dos veces y mucho mas débiles, de modo que transcurridos diez dias, se suspendió la medicacion antiespasmódica. Durante mes y medio se sujetó á la enferma al uso de las preparaciones ferruginosas y de un régimen apropiado, para combatir un estado clorótico que efectivamente desapareció bajo su influencia.

La segunda enferma era una mujer de 40 años; se hallaba absolutamente en las mismas condiciones que la anterior. De un temperamento nervioso muy acentuado, perdió á su hijo á los pocos dias del parto, y desde entonces fué acometida de una fiebre intermitente terciana, de que no pudieron librarla los antitípicos.

Sus accesos eran notables por la falta del segundo es-

tadio, y durante el período del frio, la enferma se quejaba de esa sensacion penosa de constriccion, conocida con el nombre de *bola ó globo histérico*.

El mismo tratamiento por la belladona fué seguido de un resultado feliz tan rápido como en el caso anterior.

En resúmen, concluye el doctor Cantel, segun el hecho que refiere M. Graves, y los dos cuyas historias se acaban de consignar, es de toda evidencia que existe en las mujeres nerviosas una fiebre, semejante en un todo, por la *forma*, á la intermitente terciana legítima.

Más aun, y en esto se funda el interés de las dos observaciones que anteceden, esta pirexia puede llevar la imitacion de la fiebre periódica hasta simular sus anomalías. Así se ven fiebres intermitentes que no tienen mas que uno ó dos de los tres estadios ordinarios; la fiebre intermitente de las mujeres nerviosas debe aparecer tambien con todas estas manifestaciones incompletas, puesto que en los dos casos observados por el autor solo caracterizaban los accesos el primero y el tercer estadio.

Pero no se limita á esto la anomalía en dichas observaciones: la naturaleza de esta fiebre periódica es esencialmente nerviosa; su etiología, la idiosincrasia de los sugetos en quienes se ha observado, su curacion por medio de los antiespasmódicos, lo demuestran superabundantemente; y, sin embargo, en la sintomatología de Graves, el elemento nervioso es siempre larvado, mientras que en las enfermas del doctor Cantel se manifestaba en una por el globo histérico, y en la otra por una marcadísima ortopnea.

Estos fenómenos nerviosos que facilitan el diagnóstico, no pueden confundirse con las neuroses periódicas, que nunca se acompañan de fiebre, y que, además, no resisten á la accion del sulfato de quinina.

Así, pues, siempre que, en el puerperio, despues de una enfermedad aguda ó á consecuencia de emociones morales vivas, las personas de temperamento nervioso é histéricas sean atacadas de paroxismos febriles periódicos, deberá tenerse presente la posibilidad de una fiebre nerviosa intermitente. Esta duda debe convertirse en completa certidumbre, si se agregan algunos sínto-

mas nerviosos á los accesos y si se ha administrado inútilmente el sulfato de quinina; entonces deben darse sin vacilacion los antiespasmódicos que curarán con facilidad esta dolencia, fuerte solo por su hipocresía.

Fiebre tifoidea: su tratamiento por medio del iodo, y por los purgantes y la alimentacion. (*Gaz. hebd.*— *Journ. de méd. et chir. prat.*).

El doctor Willebrand, profesor de medicina práctica en Helsingfors, preconiza con entusiasmo el iodo en la terapéutica de la fiebre tifoídea. Emplea una fórmula compuesta de: iodo, 30 centígramos; agua destilada, 4 gramos; ioduro potásico, 60 centígramos.— Se administran 3 ó 4 gotas en un vaso de agua, cada dos horas.

Las modificaciones favorables que esta medicacion imprime á la marcha de la fiebre tifoídea, son, segun el médico finlandés, las siguientes: 1.° disminucion considerable, durante el dia, de la elevacion de temperatura; defervescencia rápida y regular; apirexia y convalecencia en un período relativamente muy poco avanzado del padecimiento; 2.° integridad de la inteligencia durante todo el tiempo del mal, ó cesacion rápida de los accidentes delirantes, etc.; 3.° falta de fuliginosidades bucales, ó desaparicion de ellas, si existian, al cabo de dos ó tres dias. En fin, la medicacion iodada no ejerce en ningun caso accion desfavorable sobre las vías digestivas y respiratorias.

M. Willebrand incluye en su memoria 13 observaciones que, aun cuando carecen de muchos detalles importantes, parece, sin embargo, que confirman, dentro de ciertos límites, sus conclusiones. En 3 enfermos, segun lealmente confiesa el mismo autor, se observaron accidentes de colapsus muy graves, á los que no parece que era extraña la medicacion iódica.

En una nota dirigida por el doctor Regis (de Auterive), á la *Gaz. hebd.*, dice este médico que, sin conocer los ensayos de Willebrand, y quizás antes que este práctico, habia él usado la misma terapéutica en casos semejantes, y con resultados igualmente felices.

En una epidemia de fiebres tifoídeas, en que la enfermedad estaba caracterizada desde el principio por el pre-

dominio marcado de fenómenos nerviosos, que no tardaban en agravarse, y atribuyendo un estado atáxico tan rápido y grave á los efectos de una intoxicacion miasmática que obrase á la manera de un fermento, creyó el autor poder detener su marcha progresiva por medio del iodo, usado interior y exteriormente.

Sometió en consecuencia á algunos enfermos al uso de la pomada iodada, en fricciones al vientre, mientras que se administraba al interior, cada dos horas, una cucharada de una pocion compuesta de:

Tintura alcohólica concentrada de iodo. . . .	0,4 decigr.
Agua de tila.	2 onzas.
Agua de azahar.	1 —
Jarabe simple.	1 —

En todos los casos en que se usó este tratamiento, que fué en 6 adultos, se advirtió la rápida remision, y luego la desaparicion completa de los síntomas nerviosos. La enfermedad quedaba reducida á las sencillas proporciones de una entero-mesenteritis benigna.

El autor confiesa que sus observaciones son aun poco numerosas, para que pueda deducir conclusiones definitivas ó preceptos terapéuticos formales; pero la importancia de su objeto debe hacerlas dignas de la atencion de los prácticos.

El doctor Fontan, por su parte, ha dado á conocer, á la Sociedad de medicina de Burdeos, un método de tratamiento que considera como peculiar suyo, y al que, segun dice, debe el extraordinario éxito de no haber perdido un solo enfermo de los 184 en que le ha empleado. Consiste en lo siguiente: Los tres primeros dias, no estando aun la fiebre bien caracterizada, se contenta con administrar bebidas templadas; pero desde el cuarto, si se manifiestan los síntomas tifoídeos, prescribe caldos cinco ó seis veces al dia, en cantidad de dos ó tres cucharadas cada una. Por la tarde, suponiendo que el enfermo sea un adulto, se le hacen tomar, en una sola dósis, de 40 á 50 centígramos de calomelanos, en una cucharada de agua, y á la mañana siguiente se administra una onza de aceite de ricino. Se repiten tres veces estos dos purgantes, dejando un dia de intérvalo, durante el que el paciente bebe agua de Seltz y limonada fria: al mismo

tiempo se le ponen lavativas de agua fria, y compresas frias al vientre, cuidando tambien de hacer aplicar sinapismos ambulantes con frecuencia, y de renovar el aire de la habitacion, haga el tiempo que quiera, y sin miedo de que se desarrolle una bronquitis ó una pneumonía. Hácia el décimo ó duodécimo dia, el autor administra tres veces un vaso de agua de Sedlitz, alternando con el agua de Seltz. A partir de este momento, empieza á alimentar al enfermo, dándole sopa, leche y chuletas. Hácia el décimoquinto dia, tres cucharadas de vino de quina diariamente : debe hacerse levantar al paciente tan pronto como pueda tenerse de pié. Si sobreviene delirio, prescribe una pocion alcanforada y lavativas con almizcle. El doctor Fontan concluye diciendo que no emplea nunca una medicina sintomática, y sean las que quieran las complicaciones, practica rigurosamente su tratamiento.

Hace diez y ocho años que el autor usa este método; y segun asegura, no ha perdido un solo enfermo de fiebre tifoídea, aunque ha tratado 184, resultado estadístico que me parece mas extraordinario que los medios que emplea para lograrle, y que entran en la práctica de muchísimos médicos. Como ha podido notarse, su plan se parece mucho al de los purgantes repetidos, agregándole la práctica hoy recomendada por clínicos respetables, de alimentar pronto á estos enfermos. Por otra parte, segun muy oportunamente hace notar el doctor Garnier, es bastante cómodo el sistema seguido por el doctor Fontan, para contar sus triunfos, porque cuando el enfermo sucumbe antes del dia vigésimoprimero, no le anota; y es bien sabido que, en los casos graves, la muerte se verifica no pocas veces antes de esta época. Por último, nos parece una terapéutica poco racional aplicar el mismo tratamiento á todos los enfermos, sin distincion de ninguna clase, y sean las que quieran las complicaciones que puedan presentarse.

Fiebre tifoidea y viruela : alteraciones de los músculos. (*Gaz. méd.*).

Despues de haber comprobado M. G. Hayem las alteraciones musculares descritas por Zenker en la fiebre tifoídea, ha tratado de indagar si estas lesiones consisti-

rian verdaderamente en degeneraciones particulares, propias de la enfermedad, como cree el autor aleman, ó si, por el contrario, no representarian en los músculos alteraciones análogas á las que se encuentran frecuentemente en el hígado, bazo, riñones, etc., en la autópsia de los sugetos muertos, no solo de fiebre tifoídea, sino de otras enfermedades generales febriles.

Aun cuando no están aun terminados los estudios de M. Hayem acerca de esta cuestion, ha creido oportuno dar á conocer sus primeros resultados á la Sociedad de biología, en una interesante nota.

Habiendo tenido ocasion de practicar muchas autópsias de variolosos, sus observaciones se refieren principalmente hasta ahora á la viruela: al mismo tiempo que encontraba en esta dolencia las lesiones del sistema muscular, ha podido comprobar los principales resultados de los trabajos de Zenker y Waldeger, respecto á la fiebre tifoídea. Ha visto, igualmente en muchas otras enfermedades piréticas, los mismos fenómenos, y este hecho general es el que ha llamado su atencion, pareciéndole digno de estudio.

Antes de describir el autor las alteraciones musculares, cita rápidamente algunos casos que pueden servir de ejemplos.

Viruela—En once autópsias de esta afeccion en adultos de ambos sexos, ha encontrado nueve veces lesiones musculares muy manifiestas, y en los dos casos en que la muerte se verificó con mucha rapidez, solo se advirtió un grado intenso de hiperemia muscular; pero en ambos se examinaron muy pocos músculos.

El exámen de estos se hizo primero en estado fresco, y luego, despues de algunos dias de maceracion, en el ácido crómico. Se eligieron de preferencia los grandes rectos del abdómen, los adductores del muslo, los psoas, los glúteos, gemelos y soleos, y los sacro-lumbares.

Los reactivos empleados fueron: ácido acético, mas ó menos diluido, la solucion de potasa de Moleschott, el éter, el cloroformo y el agua iodada.

Enfermedades diversas.—El autor no ha tenido hasta ahora ocasion de observar dichas alteraciones muscula-

res mas que en el pequeño número de casos siguientes: Escarlatina, 1; sarampion, 2; erisipela ambulante complicada con meningitis, 1; meningitis tuberculosa, en una niña de 13 años, 1; tuberculizacion generalizada aguda, 1; fiebre puerperal, con abscesos metastáticos, 1.

Para dar á estos hechos su verdadero valor, es necesario añadir que son los únicos ejemplos de estas enfermedades, que M. Hayem ha examinado bajo este punto de vista, y que por consecuencia no ha podido notar apenas resultados negativos. Además, en un gran número de otras afecciones se encuentra siempre, por el contrario, el sistema muscular perfectamente sano, ó bien afectado, como en el alcoholismo crónico, por ejemplo, de transformaciones adiposas que no deben confundirse con las que nos están ocupando.

Así es que, en los casos de flegmasías, de caquexias tuberculosas ó cancerosas, de enfermedad de Bright, y muchas otras dolencias, el autor ha obtenido siempre resultados negativos. En el cólera, en que se habia creido encontrar alteraciones análogas, ha observado, por el contrario, la conservacion perfecta de las fibras musculares, y esto aun cuando el padecimiento terminase despues de un largo período tifoídeo. Pero cuando el cólera se desarrolla en enfermos atacados anteriormente de fiebre tifoídea (2 casos), de viruela (1 caso) ó de sarampion (1 caso), se han presentado las alteraciones musculares que corresponden á estas enfermedades.

Descripcion general de las alteraciones. — Para que se comprenda bien la evolucion y para que la descripcion sea aplicable á todos los casos, M. Hayem distingue tres grados, indicando en cada uno de ellos caractéres que se pueden comprobar á simple vista y por el microscopio.

Primer grado.—Las alteraciones que presentan los músculos son al principio poco marcadas. Están casi siempre un poco tumefactos y duros, de color moreno ó rojo oscuro, mas friables que en el estado normal. Estos cambios son debidos á una hiperemia general muy intensa. El autor duda que al principio las lesiones puedan llegar hasta la extravasacion sanguínea.

En algunos puntos irregulares, en general en forma

de bandas mas ó menos prolongadas, se observa ya, desde el primer grado, una decoloracion y una fragilidad anómala de los haces musculares, caractéres que adquieren su máximum de intensidad y extension en el grado siguiente.

Al microscopio, se ve en los vasos una congestion que se extiende hasta los mas finos capilares. La fibra muscular se entumece, se hace sinuosa é irregular; su estriacion persiste, ó aun parece mas marcada: muy luego aparecen granulaciones agrisadas, que se depositan al principio irregularmente, pero siempre entre las fibrillas de las fibras primitivas.

Estas finas granulaciones se disuelven casi todas en el ácido acético, luego aumenta su número, las fibras musculares toman un aspecto pulverulento, granuloso, y entonces algunas resisten al ácido acético. Al mismo tiempo, los núcleos musculares se hacen mas numerosos, y se multiplican por division; frecuentemente ocultos por las granulaciones ó los aspectos variables de las fibras musculares, solo se les ve aparecer despues de la accion de los reactivos.

En los puntos en que los haces están pálidos y friables, se observa la trasformacion llamada cérea por Zenker; pero es mas comun en los otros grados avanzazados. En el tejido celular interfibrilar (*perimysium internum*), además de los capilares llenos de glóbulos de sangre, se ven tambien algunos exudatos amorfos ó granulosos, y una multiplicacion mas ó menos abundante de los núcleos.

Segundo grado.— Los cambios son mas profundos. El color de las partes alteradas es variable; ya por las diversas formas de exudatos, ya porque se producen extravasaciones sanguíneas, dependientes de la alteracion del mismo músculo.

El tinte normal de este es siempre mas pálido; pero la decoloracion afecta con desigualdad á los distintos haces. Unos se presentan de color gris rosado; otros amarillentos ó blanquecinos; algunos con manchas marmóreas ó rojizas. Al mismo tiempo su aspecto liso y su brillo particular se encuentran profundamente modificados. Si se hace un corte longitudinal, se observa aun el

aspecto fasciculado; pero la superficie de la seccion es mate, finamente granujienta, á veces hendida; los haces, unidos unos á otros, tienen frecuentemente coloraciones diversas.

En este grado la consistencia se halla siempre alterada; las masas musculares están aun duras; pero tienen gran fragilidad, y su dislaceracion ofrece un aspecto granuloso muy pronunciado. En ciertos casos, puede llegar el segundo grado sin presentar caractéres tan marcados, porque no siempre pasan las fibras al estado céreo ó granuloso-céreo. El exámen histológico demuestra solo una exageracion de las lesiones mencionadas en el primer grado.

No enumerarémos aquí los caractéres histológicos de la degeneracion granulosa y cérea de las fibras musculares descritos por Zenker, puesto que ya nos hemos ocupado de ellos en otro lugar (1). Por otra parte, M. Hayem cree que esto son diversos estados y no formas especiales de degeneracion.

Tercer grado.— Mientras que se verifican estas alteraciones degenerativas, tiene lugar un trabajo particular de regeneracion ó reproduccion, que describirémos luego, pero indicando antes como tercer grado de desorganizacion los caractéres que presentan en ciertos casos algunas porciones de músculos.

Esta disgregacion avanzada se verifica en general por focos difusos, pero no en la totalidad del músculo entero. La *coloracion* difiere segun los grados de aquella y varias complicaciones. En efecto, en estos casos es cuando se observan las rupturas musculares, indicadas por muchos autores, y derrames de sangre mas ó menos recientes. En general, la coloracion no es uniforme; se presenta amarillenta, agrisada, á veces morena, violada, cuando existe sangre extravasada.

La consistencia es siempre menor que en los otros grados. En ciertos puntos hay verdadera difluencia de los haces musculares. La fragilidad es tal, que las fibras se dislaceran y aun pueden reducirse á papilla; entonces se observa en los cortes una especie de detritus purifor-

(1) ANUARIO, t. III, p. 129.

me, teñido de sangre mas ó menos alterada. Son estos verdaderos focos de reblandecimiento muscular; solo se observan en puntos limitados. No representan sino un grado mas avanzado de las mismas lesiones, y deben entrar en la descripcion general.

El exámen microscópico demuestra, en efecto, en estos casos una disgregacion adelantada de las fibras musculares, que están siempre mas ó menos divididas en forma de restos céreos, gránulo-céreos, ó simplemente granulosos: algunas están reducidas á mil fragmentos longitudinales, discoídeos, irregulares ó redondeados. Estos detritus musculares suelen tener núcleos abundantes. Nadan entre los del *perimysium internum*, que se encuentra tambien muy alterado.

Tal es sucintamente la idea general de las alteraciones musculares. Conducen poco á poco á la desorganizacion de los elementos del músculo, y por consecuencia, á la desaparicion de cierto número de fibras primitivas (atrofia numérica).

Pero al lado de este trabajo destructor, se verifica al mismo tiempo otro importante, cuyo fin es la reconstitucion de fibras nuevas, y que Hayem cree conveniente describir aparte.

Esta *regeneracion* tiene lugar al mismo tiempo que el trabajo destructor, y se encuentra en su apogeo cuando los enfermos han tardado en sucumbrir. Se observa del mismo modo en la viruela que en la fiebre tifoídea, y donde quiera que las fibras musculares han sufrido una alteracion tal, que no puede verificarse la curacion sin que desaparezca la fibra antigua.

Tiene dos puntos de partida: se verifica á expensas de los núcleos musculares multiplicados y tambien por medio de los núcleos del *perimysium internum*, que se ven producirse á veces en grande abundancia á lo largo de los vasos. Al cabo de cierto tiempo, los músculos se encuentran regenerados ó reproducidos, y por consiguiente, al fin de la convalecencia de las enfermedades en que aparecen las alteraciones musculares que acabamos de describir, un cierto número de músculos ó de haces musculares son de formacion nueva.

Fiebres intermitentes: etiología: espórulos de una criptógama como causa de esta enfermedad. (*American. Jour. of méd. sciences.—Jour. de méd. de Bruxelles.—Dict. des progrés.—Siglo médico*).

El singular fenómeno de la intermitencia, en las fiebres de este nombre, es uno de los problemas patológicos que más han ejercitado la sagacidad de los médicos, sin que se haya podido descubrir su esencia, á pesar de conocer el remedio específico. Todo lo que se sabia de mas cierto, respecto á la causa de las intermitentes, por repetidas y constantes observaciones, es que en las localidades próximas á aguas cenagosas, que corren por un suelo de aluvion, en los países cálidos sobre todo, donde las formaciones geológicas son mas recientes, se desarrolla en ciertas épocas una influencia deletérea conocida bajo el nombre de *miasmas*; pero nunca se habia logrado aislar esta materia nociva. El doctor Salisbury, médico de los Estados-Unidos, cree haber hecho este importante descubrimiento.

Por medio del microscopio ha comprobado la presencia constante de espórulos de una planta criptógama, suspendidos en la atmósfera húmeda de las regiones palúdicas, donde reinan endémicamente las calenturas intermitentes y remitentes. Para recoger estos espórulos se ha valido de platos ó discos de cristal, suspendidos de noche á un pié de distancia de la superficie de las aguas estancadas y pantanosas. A la mañana siguiente, la cara inferior del disco estaba cubierta de gotitas de líquido, que contenian los mismos cuerpos microscópicos observados despues en la expectoracion de los enfermos, y compuestos de células especiales, y á los que considera como la causa de la intermitencia. Son unas celulillas oblongas, de tipo algoídeo, muy parecidas á las células palmeladas, con un núcleo distinto, rodeado de una pared celular, con un ancho espacio transparente entre la cubierta y el núcleo.

Repetidos los experimentos en diversos sitios, dieron siempre los mismos resultados; y como prueba de que esta es la fuente y orígen del mal, M. Salisbury ha encontrado las mismas células en la expectoracion de gran número de febricitantes y de personas expuestas por la

mañana y la noche á los efluvios palúdicos. Su secrecion salival contenia células microscópicas y otros cuerpos; pero las en cuestion eran las únicas que se presentaban constantemente.

El autor descubrió el orígen de la naturaleza algoídea de estas células repitiendo sus experimentos en los pantanos próximos á la ciudad de Lancaster, en el Ohio. Teniendo que atravesar, para llegar á ellos, una extensa pradera llena de barrancos, de que se habian retirado las aguas y donde crecian plantas del tipo palmelado, experimentó una sensacion particular en las fáuces y los bronquios, y á su regreso observó que los esputos contenian las células que nos ocupan. Suspendiendo sus platos en la superficie del suelo de esta llanura desecada, los encontró por la mañana cubiertos de ellas. Tambien las observó en el cieno de los barrancos, colocado en el objetivo del microscopio. Esta triple prueba confirmativa no dejaba lugar á duda alguna.

Continuando el señor Salisbury sus investigaciones en muchos distritos infestados de fiebres intermitentes, demostró en todas partes la existencia de las células y de esta planta, y su influencia patogénica en la fiebre. En algunas localidades nuevamente invadidas, pudo reconocer una abundante vegetacion de algas tóxicas en las orillas de un foso recien abierto, y que nunca se habia sospechado que pudiera ser la causa de la enfermedad.

Para evitar toda objecion, faltaba hacer la prueba directa del poder febrígeno de estos vegetales. Al efecto, el señor Salisbury hizo llenar seis toneles de tierra tomada en la superficie de una pradera húmeda, pantanosa, cubierta de las mencionadas plantas. Se arrancaron pedazos del diámetro de los toneles de la superficie de la tierra, cubiertos con su vegetacion y se les envaló con cuidado. Trasportados á un distrito montañoso, á una localidad elevada trescientos piés sobre el nivel del mar, muy sana, donde nunca habia habido un caso de fiebre ocasional, y á cinco millas de distancia próximamente de todo terreno palustre, se colocaron destapadas estas cajas de criptógamas en una ventana de un segundo piso, en cuya habitacion dormian dos jóvenes, y que se tuvo constantemente abierta. Al cuarto dia se suspen-

dieron encima los platos de cristal, que descubrieron inmediatamente el cuerpo del delito: la superficie inferior estaba cubierta de esporos palmelados, y numerosas células de la misma especie se encontraban adheridas á un plato colgado en la habitacion, el cual se habia mojado con una disolucion concentrada de cloruro de cálcio.

A los doce dias, uno de los jóvenes tuvo un acceso de fiebre intermitente, y el otro fué atacado á los catorce. Ambos sufrieron tres accesos sucesivos de tipo terciario, que se curaron con el específico conocido.

Estas pruebas clínicas, repetidas en muchas ocasiones, dieron siempre los mismos resultados: son, pues, decisivas en favor de la interpretacion que da el autor á la nueva patogenia de la fiebre intermitente. Despues de haber hecho un estudio especial de la altura á que se elevan estos esporos criptogámicos en los diferentes sitios en que los ha observado, trata de explicar cómo la quinina cura las intermitentes sin obrar sobre el veneno introducido en el organismo. El aparato urinario seria su vía de eliminacion, y los diuréticos, diaforéticos y expectorantes habrian en este caso de considerarse como auxiliares poderosos para facilitarla. Describe cinco especies de plantas que pueden producir la enfermedad, con el nombre genérico de *gemiasma*; á otro tipo le denomina *protuberans*. El único medio de evitar los efectos deletéreos seria el riego con una solucion de cal cáustica.

No nos parece necesario por el momento extendernos en mas ámplios detalles. Basta indicar este descubrimiento á los observadores laboriosos para que, estudiándole, bajo todos sus aspectos, sepamos si es exacto y susceptible de producir los fecundos resultados que el autor se promete. En este caso seria evidentemente una de las conquistas mas importantes de este siglo, y mereceria figurar en la misma línea que la vacuna y la anestesia.

El doctor Van den Corput, uno de los mas distinguidos y estudiosos médicos belgas, ha publicado, en el *Jour. de méd. de Bruxelles*, una nota en confirmacion del descubrimiento de Salisbury; dice que, siendo estudiante, ha observado muchas veces que, cuando dejaba en su habitacion algas y vegetales palustres, sufria invariablemente algunos dias despues verdaderos accesos de fiebre

intermitente. Lo que le sugirió la idea de si podria colocarse la causa de esta afeccion entre las emanaciones gaseosas de naturaleza hidrogenada, como pretendian Rigaud de Isle y Julia, ó si residiria mas bien en algas microscópicas, cuyos espórulos, sumamente ténues, serian arrastrados por los vapores acuosos ó por el viento. Los recuerdos del autor de aquella época dan una explícita contestacion á esta duda. Cuando en 1843 cursaba en la Universidad de Lieja, el sabio profesor Cárlos Morren le habia entusiasmado de tal modo con el estudío fisiológico de las algas de agua dulce, que tenia cubiertas las ventanas y la chimenea de su habitacion de platos llenos de confervas, zygnemas, oscilarias, etc., y comunicaba al profesor sus observaciones sobre estos vegetales. M. Morren le decia siempre: «Tened cuidado en la época de la fructificacion, porque los esporos de las algas producen fiebre intermitente; lo he observado siempre que las estudio muy de cerca.» Como Van den Corput cultivaba sus algas en agua pura, y no en la de los pantanos donde las habia recogido, no dió ninguna importancia á estas advertencias. Transcurrido un mes, en la época de la fructificacion, fué acometido de escalofrío, con castañeteo de dientes y fiebre, que duró seis semanas. Cuando refirió el accidente al doctor Morren, este le manifestó que ya habia visto á otros varios á quienes habia sucedido lo mismo.

Se ve, pues, que antes que el profesor Salisbury hubiese demostrado específicamente la planta, el alga prolígena de estos espórulos morbosos, ya estaba hecho el descubrimiento por la observacion clínica, aunque sin darle la importancia que debia tener, cosa rara por cierto en un sabio como M. Morren y en un profesor del talento y las dotes de Van den Corput; pero fenómeno que no es único en la historia de los descubrimientos científicos, preparados casi siempre de antemano por ideas, ensayos, tentativas, al parecer inconexas; pero que, reunidas y abarcadas bajo un punto de vista concreto por un talento superior, hacen que este asuma en sí toda la gloria de un hecho, que es obra del tiempo, quizás de los siglos y de los esfuerzos de muchos trabajadores. No se crea por esto que tratemos de amenguar la que de derecho corres-

ponde á M. Salisbury, y que será muy grande, si las observaciones ulteriores confirman definitivamente que ha encontrado la causa de las fiebres intermitentes palúdicas.

M. Lemaire reclama tambien su parte de prioridad en el descubrimiento. Dice este autor, que en 1861 demostró en el Museo de Paris al profesor Gratiolet y á los doctores Senechal y Desmarets, ayudantes-naturalistas, que los gases que se desprenden de las materias en putrefaccion avanzada, contienen siempre, en el vapor de agua que les acompaña, ya esporos, ya otros cuerpos reproductores de micrófitos y microzoarios. Basta condensar este vapor por el frio y examinarle al microscopio para convencerse de esta verdad.

El resultado de estas primeras investigaciones se consignó en el *Moniteur Scientifique* del doctor Quesneville (15 de octubre de 1862). Desde esta época, dice M. Lemaire, me he fundado en este descubrimiento para sostener que los miasmas que producen las fiebres palúdicas son séres dotados de vida. Este trabajo, añade, se ha reproducido en mi libro sobre el ácido fénico.

En 1864 el autor marchó á Soloña con el profesor Gratiolet, para repetir sus experimentos acerca de los miasmas que se desprenden de los numerosos pantanos de este pais, y eligieron al efecto los que los naturales consideran como mas insalubres. Condensaron, por medio del frio, á un metro próximamente de la superficie, el vapor de agua que se desprendia; le examinaron sobre el terreno á simple vista, y con los papeles reactivos, y luego, por fin, valiéndose del microscopio. Por este medio reconocieron que, en el momento de su condensacion, este líquido contenia esporos esféricos, ovoídeos y fusiformes, y despues un gran número de células pálidas de varias dimensiones. Encontraron en cantidad considerable pequeñísimos cuerpos semi-transparentes. El resúmen de estas investigaciones con otras no menos interesantes, se encuentra consignado en las actas de la Academia de ciencias (7 y 29 de agosto de 1864), y el autor las ha extractado tambien en la segunda edicion del folleto sobre el ácido fénico.

Nuestro compatriota, el ilustrado médico D. Santiago García Vazquez, en una carta dirigida al *Siglo médico*,

reivindica para sí la prioridad de la idea que atribuye al desarrollo de vegetaciones de mucedíneas ú hongos microscópicos en el organismo humano, la causa de las intermitentes, y cita, para probarlo, algunos párrafos de trabajos suyos publicados en el mismo periódico. Con efecto, en 1857 manifestaba este autor en uno de ellos, sus presunciones sobre la *posibilidad de que ciertos vegetales parásitos fuesen causa bastante para determinar las fiebres y afecciones palúdicas*, algunas de las enfermedades pútridas, las pseudo-membranosas ó diftéricas y otras.

En setiembre de 1861 (núm. 443 del *Siglo médico*), exponiendo algunas consideraciones sobre el parasitismo vegetal como agente morbígeno, consignaba un párrafo en que decia : «El efluvio pantanoso no es un mito etiológico, no se halla ya envuelto en las nubes del misterio : conocido el parasitismo vegetal como agente morbígeno ; demostrada la posible existencia sobre los organismos animales vivos de las mucedíneas ú hongos microscópicos ; estudiadas las condiciones histológicas y fisiológicas de las mismas, su infinito número, su efímera existencia individual, su incalculable reproduccion, sus fenómenos químico-orgánicos y otras circunstancias hasta el dia ignoradas, y comparadas todas ellas, y establecida la respectiva analogía con las propias y características de varias enfermedades, no creo pueda decirse con razon que los efluvios pantanosos son un mito envuelto por las nubes del misterio ; no tendremos la demostracion matemática, pero sí la prueba subjetiva de su real y efectiva existencia, y de su *más que presumible influjo en la produccion de las fiebres intermitentes*.»

Basta lo dicho para que se comprenda que, con efecto, muchos años antes de que el doctor Salisbury hubiese obtenido la *demostracion matemática* (si sus observaciones son exactas), cuya falta confesaba el señor García Vazquez, ya este profesor sostenia con cierto convencimiento una hipótesis á que le condujo la induccion pura, y que despues han convertido en hecho demostrado las investigaciones del práctico americano.

Fiebres intermitentes : elevacion de temperatura como signo importante de diagnostico. (*Pabellon méd.*).

Ya en otro lugar de este ANUARIO nos ocupamos de la importancia de la temperatura comprobada por medio del termómetro, en el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades en general. Cúmplenos ahora dar cuenta de la aplicacion de estos conocimientos á un caso concreto, las fiebres intermitentes, extractando un artículo que, traducido del inglés, ha publicado, en el *Pabellon español*, el doctor Taylor.

Segun el autor, el único síntoma constante de la fiebre, es el calor anormal, pues todos los demás signos pueden inducir á error. Esto sucede con frecuencia en las calenturas intermitentes, y para dar un ejemplo citarémos un caso práctico. Un jóven de 18 años ingresó en el hospital á consecuencia de padecer una intermitente terciana bien caracterizada, con todos los síntomas propios de cada período. Tenia el bazo muy infartado, y su aspecto general revelaba un estado anémico. Con el descanso y la permanencia en cama y demás precauciones higiénicas, desaparecieron en pocos dias todos los síntomas; el enfermo recobró el apetito y pudo abandonar el lecho. Se creia curado; pero para cerciorarse el doctor Ringer, le hizo permanecer un dia en cama á fin de comprobar el estado de la temperatura del cuerpo. El termómetro dió á conocer que existia la misma elevacion que cuando estaban desarrollados de una manera muy marcada todos los fenómenos propios de la fiebre. Es muy frecuente observar casos análogos, viéndose á menudo que con el uso de la quinina se disocian los síntomas de la enfermedad, aun cuando la fiebre, demostrada por el termómetro, continúa en pié.

Esta coincidencia de la elevacion de temperatura con la falta de los demás síntomas de la intermitente continúa durante mucho tiempo, en cuyo hecho encuentra el autor la explicacion de aquellos casos aparentemente curados, en los cuales, al volver al trabajo, á la intemperie ó á otras causas, se reproduce de nuevo el cuadro sintomatológico completo del padecimiento.

Es, pues, evidente, dice el autor, que la temperatura

es el único guía seguro para darnos á conocer el estado del enfermo, así como nos enseña que es preciso continuar el tratamiento, si, aunque falten los demás síntomas, sigue aumentando el calor del cuerpo.

Algunas veces la quinina hace desaparecer todos los fenómenos patológicos y disminuye mucho la elevacion diaria de la temperatura; pero siempre queda esta un poco aumentada. En tales casos, las causas mas insignificantes hacen que reaparezca el mal en toda su intensidad. A estos enfermos no se les debe dar por curados.

De lo que acabamos de decir, se deduce lo importante que es fijar el grado de elevacion que se necesita para demostrar que continúa la enfermedad. Para esto debe recordarse que en el estado de salud se verifica un ascenso diario de la temperatura de 2 á 2 ½ grados Fahrenheit. La temperatura mínima del cuerpo desciende frecuentemente á 97° Fahrenh. (36 ½ centíg.); ascendiendo el máximum á 99 ó 99 ½ Fahrenheit (37 2/9 á 37 5/9 centígrados). Las variaciones diarias de la calorificacion en estado de salud son mayores en los jóvenes que en los adultos.

La temperatura mínima se encuentra generalmente entre las doce del dia y las cuatro de la mañana. Despues de esta última hora vuelve á subir el calor, llegando á su máximum á eso de medio dia. De aquí que una mera elevacion absoluta no constituya una prueba de la continuacion de la enfermedad, para la cual es preciso que la elevacion sea mayor que la temperatura máxima del estado de salud. Si el termómetro marca 100° Fahren. (37 7/9 centígr.), ó más, puede asegurarse que no está curado el paciente.

Reconociendo, como no podemos menos de hacerlo, la importancia que tiene, en ciertos casos, la comprobacion exacta, por medio del termómetro, de la temperatura del cuerpo, nos parece que los autores ingleses tienden á exagerar su significacion semeiológica y pronóstica, lo cual pudiera contribuir á desacreditar este medio de investigacion, en vez de generalizar su uso entre los prácticos. La observacion clínica decidirá lo que haya de exacto en estas aseveraciones bastante absolutas.

Fiebres intermitentes: modo de administrar el sulfato de quinina.
(Bull. gén. de thérap.).

En un excelente trabajo publicado por el doctor Augé, de Reuilly, asegura este práctico que los métodos generalmente usados para la administracion del sulfato de quinina son viciosos, porque unos, como sucede con el de Torti, exponen á que no haya tolerancia siendo vomitado el medicamento, y otros, como el de Bretonneau, dan lugar á frecuentes recidivas.

Para establecer el modo y forma en que debe darse el sulfato, es preciso ante todo resolver de antemano la siguiente cuestion: ¿Cuánto tiempo despues de haber administrado esta sal se manifiesta su máximum de accion? Segun M. Augé, toda la terapéutica de las fiebres intermitentes está encerrada aquí. El sulfato de quinina debe administrarse de modo que su accion máxima coincida con el momento en que debe aparecer el acceso. Segun varios autores, esto sucede á las nueve horas de la ingestion del medicamento. Conocido ya este dato del problema, el doctor Augé estableció la siguiente medicacion en varios casos de intermitentes de todos tipos.

Sulfato de quinina. . . . . 1 gramo 50 centígr.

Divídase en 15 papeles.

Para tomar 3 al dia; el primero nueve horas antes de la fiebre; el segundo, siete; y el tercero, cinco.

Todas las intermitentes desaparecieron sin recidiva. Debe advertirse que en estos casos la afeccion era reciente.

El tratamiento, no obstante, ha sido tambien eficacísimo en las rebeldes. El autor cita en apoyo de su método, algunos casos en que la enfermedad contaba 10, 12 y 15 meses de duracion, habiendo consumido los pacientes grandes cantidades de sulfato de quinina sin resultado alguno, y que se curaron con esta misma sal administrada del modo que acabamos de describir.

Con igual éxito se ha aplicado á la curacion de las neuralgias, en cuyo caso M. Augé añade á la fórmula antes indicada 8 centígramos de acetato de morfina.

Se ha usado del mismo modo en el tratamiento de las

fiebres remitentes, con especialidad en la tifoídea que afecta esta forma. Dice que ha obtenido excelentes resultados administrando 3 papeles de sulfato de quinina de 0,10 centígramos cada uno, durante seis ó siete dias.

Este modo de administrar el sulfato de quinina es, en opinion del autor, evidentemente racional, y ofrece grandes ventajas; siendo de las mas notables la facilidad con que se tolera esta sustancia por razon de la pequeñez de las dósis y la consiguiente economía que de esto resulta. Se impide tambien por este medio un accidente muy comun y que suele alarmar á los enfermos; la intoxicacion quínica.

La única dificultad con que se tropieza por lo general es la hora de la administracion del medicamento, que de ordinario tiene que verificarse durante la noche; dificultad, como se comprende, de poca importancia cuando se trata de curar una intermitente rebelde ó una intensa neuralgia.

Nos parece que el método propuesto por el doctor Augé merece experimentarse; le encontramos, con efecto, racional, y de seguro es inofensivo para los enfermos en quienes se ensaye.

Hemiplegia de causa dispépsica. (*Bull. gén. de thérap.—Journ. de méd. et chirurg.*).

Las alteraciones de los sentidos, la debilidad muscular, los vértigos, las anestesias cutáneas, considerados durante mucho tiempo como de pertenencia casi exclusiva de la congestion sanguínea del encéfalo, son muy á menudo fenómenos nerviosos ligados á la dispépsia, y tratando esta convenientemente, se pueden hacer desaparecer dichos accidentes sin necesidad de recurrir á la sangría, que con tanta profusion se empleaba hace algunos años, y aun en la actualidad, para combatirlos. ¿Sucederá lo mismo con la hemiplegia? ¿Deberá siempre referirse esta á una lesion visible y material del encéfalo ó de los cordones nerviosos que de él nacen? El doctor Piham-Dufeillay no lo cree así, ó al menos este distinguido médico ha publicado dos casos de hemiplegia repentina, que simulaban á primera vista una parálisis dependiente de hemorragia cerebral, y que las condi-

ciones especiales, en medio de las que han sobrevenido, hacen que el autor las considere como ligadas á la dispépsia gástrica, de igual manera y con el mismo título que las anestesias cutáneas, los vértigos, las debilidades musculares, etc.

El primero de estos casos se refiere á un comerciante de vinos, de 30 años de edad, dispépsico hacia tres años, y con este motivo sujeto á vértigos, anorexia, vómitos, etc. Este estado tenia al principio largas remisiones, debidas casi siempre á la regularidad del régimen, y exacerbaciones que coincidian por lo comun con algunos ligeros excesos, afecciones morales, ó un cambio brusco en su método de vida. El 7 de diciembre volvia el enfermo de un viaje fatigoso, contrariado en sus negocios, y quejándose de una agravacion sensible en sus vértigos. Por la noche le despertó uno de estos, quedándose al principio, como de costumbre, inmóvil, con la cabeza tendida sobre la almohada y los ojos cerrados, á fin de disminuir la sensacion de náuseas que el mas pequeño movimiento exageraba de un modo extraordinario. Permaneció en esta completa inmovilidad durante algunos minutos; despues, viendo que el vértigo continuaba aumentando y que los vómitos eran inminentes, hizo un esfuerzo para levantarse; pero con gran terror suyo, volvió á caer, sin que pudiera conseguirlo por completo, y menos aun extender el brazo fuera de la cama. Llamó inmediatamente á su familia, y apenas habia trascurrido una hora cuando fué á visitarle M. Piham-Dufeillay, encontrándole en las condiciones siguientes:

Parálisis total del movimiento en el lado izquierdo. El brazo y la mano estaban inertes; lo mismo sucedia con el miembro abdominal. La sensibilidad cutánea profundamente modificada; la piel, casi insensible al dolor, á pesar de que se conservaba el tacto. Un exámen ulterior demostró que estas modificaciones de la sensibilidad no eran uniformes en todo el lado paralizado, sino que variaban sensiblemente de intensidad en puntos bastante próximos unos de otros. El enfermo hablaba perfectamente bien, y sus facultades intelectuales se encontraban en estado normal. El vértigo habia desaparecido por completo. Un facultativo llamado al mismo tiempo que el doc-

tor Dufeillay, queria sangrar al enfermo; pero este, que conocia de mucho tiempo atrás los antecedentes del sugeto, se opuso, apoyándose al mismo tiempo en varias circunstancias muy importantes, tales como el estado natural de la boca y de la fisonomía, la integridad de la pronunciacion y de la inteligencia; en fin, la desaparicion incompleta de la sensibilidad. El tratamiento se redujo á la administracion de ligeros difusivos.

Al dia siguiente habia disminuido de un modo notable el adormecimiento muscular; pero persistia la parálisis: el enfermo recobró la tranquilidad, y nada de particular se observó durante el dia mas que algunos ligerísimos y fugaces vértigos, que se repitieron tres ó cuatro veces durante veinte y cuatro horas.

El único tratamiento á que el autor sometió á este sugeto, fué el uso simultáneo del ruibarbo, la nuez vómica, el hierro, el manganeso, y una pequeñísima cantidad de opio, mezclado todo para tomar un papelito antes de la comida. Se arregló la alimentacion de manera que el enfermo hiciese cuatro comidas al dia, á horas fijas y en pequeñas cantidades cada vez. Las carnes asadas y fritas, algunas legumbres bien cocidas y la cerveza formaron la base de sus alimentos y bebidas. Gracias á este régimen, ayudado en los primeros dias de algunos estimulantes difusibles, como el té con algunas gotas de aguardiente, el estado del enfermo mejoró de un modo muy rápido. A los trece dias de haberse manifestado la hemiplegia, se levantaba apoyado en una persona; pocos dias despues andaba fijándose solo en un baston, y al mes de haber caido enfermo, la sensibilidad cutánea se habia restablecido en muchos puntos por completo y de un modo notable en otros; salia á la calle, y empezaba á entregarse á sus ocupaciones.

El segundo hecho referido por el práctico de Nantes, ofrece grandísima analogía con el precedente, y por lo tanto creemos supérfluo reproducirle. Nos bastará indicar la relacion probable, si no cierta, de causa á efecto, entre la dispépsia que sufrian los dos enfermos y los accidentes de parálisis que se presentaron repentinamente en ellos. Estos hechos, si fuesen confirmados por observaciones ulteriores, serian una nueva prueba del poder de

las simpatías gástricas, y demostrarian que aun dista mucho de haberse agotado el número de los accidentes extraordinarios con que la dispépsia puede simular lesiones orgánicas de los centros nerviosos.

Hidrofobia: preservativo. (*Siglo médico*).

Un modesto profesor, cuyo nombre no revela el *Siglo médico*, ha comunicado á este periódico una observacion que pudiera ser muy importante, si se confirmase, por los beneficios que reportaria á la salud pública.

Hace tiempo que algunos pueblos rurales de Galicia tienen la idea de que los perros mordidos por la víbora comun, que abunda en aquellas campiñas, no son susceptibles de contraer la rabia, aun cuando sean mordidos por otros perros afectados de este mal, y medien todas las condiciones de una inoculacion segura, por haber recibido lesiones de continuidad; estableciéndose de aquí la creencia de que el veneno de la víbora es un verdadero preservativo de la rabia. Por esta razon, buscan entre las espesuras y matorrales uno de estos reptiles, para hacerle que muerda á los perros nuevos que se destinan á guardar las casas, ó que han de servir para la caza.

Esta tradicion no pasó desapercibida para el autor anónimo, y durante veinte años ha sujetado á esta prueba muchos perros de cinco, seis y mas meses, no cesando de hacer ensayos para cerciorarse de la verdad del hecho. En todos ellos notó que la mordedura de la víbora era seguida de una tumefaccion en la parte y tejidos adyacentes, con somnolencia, fiebre y malestar del animal durante tres dias, en los que le aplicaba un poco de aceite comun al sitio inflamado, dándoselo tambien interiormente mezclado en el caldo. En seguida disminuian todos los síntomas, para desaparecer por completo pasados tres ó cuatro dias más. Si trascurridos algunos meses se sujetaba nuevamente al animal á la mordedura del reptil, apenas se advertia una ligera hinchazon, y repitiendo el experimento, no se producia ningun efecto, neutralizando enteramente el organismo aquel veneno, sin tener consecuencia alguna la mordedura.

Todos estos perros, en diferentes épocas y edades,

han sido muy mordidos por otros rabiosos, que causaron destrozos en partes donde debiera haber inoculacion virulenta, y ni una sola vez se presentó en ellos la hidrofobia. Debiendo advertir, para evitar objeciones y dudas respecto á la inmunidad de ciertas familias, que eran de diferentes madres y distintas clases, perdigueros, galgos, mastines, etc.

Todos estos hechos inclinan á creer que el veneno de la víbora, inoculado en el perro, preserva de la hidrofobia. Así como la vacuna destruye la susceptibilidad para el desarrollo de la viruela y receptividad del vírus varioloso, del mismo modo obra el veneno de este reptil respecto al vírus lísico.

Sin que aceptemos todavía como verdadero el hecho, que pudiera ser una de tantas ilusiones como todos los dias estamos presenciando, la observacion nos parece atendible y digna de estudio y comprobacion.

De todos modos, es laudable, por su rareza, en estos tiempos de charlatanismo y cínica pedantería, la modestia de este profesor que, poseyendo un descubrimiento de importancia, caso de que se confirme, oculta su nombre y expone lo que ha observado, sin afan de lauro alguno, y por el único deseo de hacer bien. ¡Cuántos conocemos que con mucho menos motivo han querido hacer pasear triunfalmente su nombre por las cinco partes del mundo! No necesitariamos salir de nuestro país para poder citar algunos ejemplos, porque tambien se va inoculando en el grave y sesudo carácter español la fiebre de la época, el deseo de adquirir celebridad de relumbron en las columnas de los periódicos.

Inflamaciones agudas: enfermedad de Bright: temperatura. (*Press. méd. belg.*).

El uso del termómetro, empleado primero en Alemania por Antonio De Haen, de Viena, y recomendado despues, entre otros, por Wunderlich y Virchow, en el mismo país, y Parkes y Ringer, en Inglaterra, va adquiriendo cada dia mayor importancia en el diagnóstico médico. De acuerdo el doctor Riter con estos observadores, dice, en un artículo publicado en la *Presse médicale belge*, que por medio de la aplicacion metódica de este

instrumento ha logrado distinguir, en un gran número de circunstancias, las formas variadas de la fiebre, juzgar de la gravedad del mal en los casos de reumatismo agudo, de tuberculosis, y reconocer con mucha prontitud el cambio desfavorable que puede sobrevenir en el curso de muchas afecciones.

El autor cree que muy pronto será tan necesario apreciar con exactitud la temperatura termométrica del cuerpo, como notar de una manera exacta las pulsaciones arteriales y sus diversos caractéres, y la vaga expresion de *piel caliente, piel fria*, desaparecerá por completo de la historia de las enfermedades.

En el curso de todas las inflamaciones agudas de los diferentes tejidos de la economía, la temperatura aumenta siempre anormalmente, y con frecuencia hasta un grado considerable. No es raro verla subir hasta 103 ó 105° de Fahrenh., de 98 á 99° en que se encontraba en estado normal. Su grado de elevacion es proporcional á la intensidad de la flegmasía, que puede medirse por este dato. Por su medio, dice el autor, se puede determinar con exactitud la duracion é intensidad de la enfermedad aguda de Bright. Desde que cesa el estado agudo, la temperatura se hace normal; las alteraciones crónicas de los riñones, que son su consecuencia, no la modifican nada. En muchos casos agudos de esta afeccion, largo tiempo despues que la temperatura ha descendido á su tipo fisiológico, y que la inflamacion, por consiguiente, ha desaparecido, continúa evacuándose por las orinas sangre procedente de los riñones. Este síntoma pasa de ordinario por un indicio seguro de la persistencia del estado de agudeza, y se practican escarificaciones y se prescribe un régimen á propósito, con la esperanza de calmar esta flegmasía imaginaria.

Como prueba de esto, cita M. Riter el caso de una jóven de 10 años, atacada de escarlatina el 3 de abril de 1865. La enfermedad terminó felizmente, y la convalecencia continuó sin novedad particular hasta el 30 del mismo mes, en cuya época la temperatura del cuerpo se elevó á 105° Fahrenh., manteniéndose á estos grados hasta el 4 de mayo, en cuyo dia se hizo normal. El dia 2 del mismo disminuyó la cantidad de las orinas, que se

presentaron mezcladas con sangre. El 12 no existian ya vestigios de esta. El 10 y el 11, aunque se descubrieron algunos glóbulos por medio del microscopio, no se pudo, sin embargo, comprobar la presencia de la albúmina con el calor y el ácido acético. Luego que descendió la temperatura, la enferma, que no tuvo anasarca, se restableció rápidamente.

Este caso demuestra que no debe deducirse de la presencia de la sangre en las orinas que el padecimiento se halle en estado agudo; conclusion que puede inducir á error al médico, haciendo establecer una terapéutica, cuando menos inútil, y aun acaso perjudicial. Porque una de las principales causas predisponentes del paso del período agudo al crónico, en la enfermedad de Bright, es un estado anémico, y la debilidad del sugeto, que provoca y aumenta un tratamiento antiflogístico intempestivo. Es, pues, importante saber cuándo cesa el estado agudo y comienza el crónico, porque estas dos fases de la afeccion exigen medicaciones diametralmente opuestas. El termómetro es el único que puede darnos este conocimiento; porque todos los demás síntomas obtenidos por el exámen del pulso, de la lengua, etc., no son constantes. En general, el período agudo de la enfermedad de Bright, graduándole por los datos termométricos, es de tres á seis dias.

Laringoscopia: medio de obtener la insensibilidad de la faringe necesaria para la exploracion laringoscopica. (*Montp. méd.*).

El doctor Guinier, de Montpellier, que ocupa un lugar distinguido entre los prácticos que se dedican con especialidad á las exploraciones laringoscópicas, ha presentado varias notas á la Academia de Medicina de Paris, deduciendo como conclusiones:

1.° La utilidad y la necesidad del exámen laringoscópico para el diagnóstico positivo y la cura radical de las enfermedades de la laringe y de las alteraciones de la voz.

2.° La facilidad, á veces admirable, pero siempre positiva y segura, de este exámen, cuando se practica con la destreza necesaria.

3.° La indiferencia notable, espontánea ó adquirida, de la mucosa de la faringe, laringe y tráquea en general

al contacto de los cuerpos extraños, y la localizacion de una sensibilidad especial en la base de la lengua, la cara laríngea de la epiglotis y los ligamentos bucales.

4.° El mecanismo de los accesos de sofocacion de ciertas enfermedades, como el croup y la coqueluche, por ejemplo, por oclusion enteramente espasmódica y mas ó menos completa de la glotis.

5.° En fin, la facilidad de obtener, por una accion metódica y local, la curacion de alteraciones patológicas ó de producciones orgánicas anormales situadas en la profundidad de la laringe.

No pudiendo analizar aquí detalladamente todos estos trabajos, nos limitarémos á extractar, por su importancia práctica, un excelente artículo sobre el *medio de obtener la insensibilidad de la faringe, necesaria en el exámen laringoscópico.*

Una larga experiencia en el manejo del laringoscopio le ha permitido á M. Guinier darse cuenta de ciertos fenómenos atribuidos á la sensibilidad táctil de la úvula y de la mucosa de la faringe, sensibilidad que haria cuando menos muy difíciles, si no imposibles, en la mayor parte de los casos, las exploraciones laringoscópicas. Inútilmente se ha buscado en ciertos agentes medicinales, como el bromuro de potasio, la anestesia de estas partes.

Se ha dicho que las náuseas y los vómitos eran provocados por la titilacion de la úvula. Y, sin embargo, á medida que se extiende el uso del laringoscopio, disminuye la constancia de estos accidentes, siendo admirable la facilidad con que ciertas personas soportan esta exploracion, mientras que otras muy refractarias se acostumbran con bastante prontitud. Cree el autor, que hay en el conjunto de los actos reflejos que determina esta pretendida sensibilidad de la cámara posterior de la boca, un mecanismo delicadísimo, aun poco estudiado, y que, á su juicio, es el siguiente:

La mucosa de la faringe, y con particularidad la de la base de la lengua y la epiglotis, puede considerarse como un centinela nervioso, como un órgano de sensacion especial, con respecto á la glotis. Su contacto por un cuerpo extraño no insalivado, pone en juego una sensi-

bilidad especial, cuya consecuencia inmediata es la oclusion instantánea de la glotis, probablemente por acto reflejo. Impidiendo esta oclusion el acceso del aire, queda bruscamente interrumpida la respiracion. Esta suspension y la alteracion de la hematosis, que es su consecuencia, perturban la accion nerviosa y ejercen una influencia muy activa en la produccion de las náuseas y del vómito.

M. Guinier aduce como prueba, que no todos sufren en el mismo grado estas sensaciones desagradables. En algunas personas se toca impunemente la úvula, se pasea el espejo laringoscópico sobre toda la bóveda faríngea sin provocar la menor náusea. Si se observa de cerca á estos indivíduos, al parecer insensibles, se nota que sus movimientos respiratorios son regulares y rítmicos durante la exploracion.

Hay otros sugetos, que, refractarios á un primer exámen, se acostumbran muy pronto, sin mas que concentrar toda su atencion en los movimientos respiratorios, de modo que no se interrumpa un solo instante esta funcion.

Existen, en fin, personas en quienes la sola vista de un instrumento que haya de introducirse en su boca, produce al instante náuseas y esfuerzos de vómito. El autor compara, en este último caso, la contraccion de la glotis á la que obliga á cerrar los párpados cuando se amenaza con un golpe. Del mismo modo que unos son dueños de dominar su impresion y otros no; así tambien los hay que tienen bastante fuerza para sobreponerse á la impresion, y respirar libremente, á pesar de la presencia de un cuerpo extraño en la faringe, mientras que otros no pueden conseguirlo y contraen involuntariamente su glotis al solo aspecto de un depresor que se dirige hácia la boca. De estos últimos, los primeros soportan bien desde el principio el exámen laringoscópico y aun las diversas operaciones intralaríngeas, y los segundos tendrán necesidad de una educacion fisiológica prévia, y aun podrá encontrarse alguno que sea completamente refractario: el autor, sin embargo, dice, que no ha hallado ninguno hasta ahora.

Si se quiere otra clase de pruebas de la influencia que ejerce la suspension espasmódica de la respiracion en la produccion del vómito, no hay mas que examinar los he-

chos patológicos. Todo acceso de tos convulsiva, que detiene espasmódicamente la respiracion, determina vómitos; así sucede en la tos convulsiva de la coqueluche, en la de la tuberalizacion pulmonal, etc.

Por exquisita, pues, que sea en apariencia la sensibilidad táctil de la úvula y cámara posterior de la boca en general, no deja de estar sometida hasta cierto punto al imperio de la voluntad, y es posible atenuarla hasta que desaparezca por completo. La consecuencia práctica que de aquí se desprende, es muy fácil de deducir.

Para obtener la insensibilidad táctil de las partes á que toca el espejo gutural en el exámen laringoscópico, no hay necesidad de ningun medicamento anestésico; basta recomendar al enfermo que sostenga íntegra la respiracion, esforzándose en efectuar, por una contraccion, sobre todo, diafragmática, grandes movimientos respiratorios. El laringoscopio no provoca entonces sensacion ninguna desagradable. Una vez convencida, por esta prueba prévia, de la inocuidad absoluta de la presencia del espejo, la persona examinada se prestará con mas docilidad á todas las exploraciones necesarias.

Meningitis reumática. (*Dict. ann. des progrès*).

En un nuevo estudio destinado á su excelente *Tratado de patologia interna*, ha reunido M. Gintrac, bajo este título, 27 observaciones, de ellas 21 de meningitis craneanas y 6 de meningitis espinal.

La cefalalgia fué uno de los fenómenos que se notaron desde el principio: el delirio fué diez y siete veces el signo de invasion. En unas ocasiones fué tranquilo, en forma de subdelirio; en otras, violento, furioso, acompañado de gritos. Por lo comun viene en seguida el sopor con fenómenos convulsivos, espasmódicos. Los ojos estaban huraños, brillantes, en muchos enfermos; hubo estrabismo en 3; 5 tuvieron náuseas y vómitos.

Todos estos fenómenos cerebrales faltaban por completo, ó eran muy ligeros, en la meningitis raquidiana; en esta, los signos eran locales, como dolores en el cuello, columna vertebral, regiones lumbares, rigidez del tronco, opistótonos, contractura ó espasmo de los maseteros;

dolores, calambres, movimientos espasmódicos, y aun parálisis de los miembros inferiores y de la vejiga.

Esta enfermedad reviste además una forma general predominante, adinámica ó atáxica, segun las disposiciones individuales de los sugetos. En unos hay tendencia al estado tifoídeo; en otros, abscesos remitentes, perniciosos; en ocasiones se observa erisipela, flebitis ó una diátesis purulenta.

Seria muy importante y útil para la patogenia de esta enfermedad, determinar, si no coincide, en cierto número de casos, con el reumatismo articular, y si la ley de coincidencia de este con la pericarditis no se extiende á las otras grandes serosas, como ha indicado M. Desclaux, de Tolosa, á propósito de una peritonitis metastática, desarrollada bajo la influencia manifiesta de una diátesis reumática.

Tres observaciones recogidas en la clínica del doctor Lebert, prueban igualmente la realidad de esta etiología, asi como los casos referidos por Gublert y Leudet.

Entre la generalidad de los prácticos españoles siempre se ha tenido, como un hecho indudable, la influencia etiológica del reumatismo sobre las flegmasías, no solo del pericardio, sino de las demás membranas serosas.

Mielitis presentando los sintomas de un corea violento. (*Med. Times and. Gaz.—Gaz. hebd.*).

El doctor Hine ha publicado un hecho muy curioso de meningo-mielitis, cuyo cuadro sintomatológico era el correspondiente á un corea intenso.

Tratábase de una mujer de 21 años, pletórica, y que se encontraba en el octavo mes de su segundo embarazo, presentando los síntomas siguientes: movimientos desordenados, contínuos é involuntarios de los músculos de las extremidades superiores é inferiores; insomnio, cefalalgia frontal bastante intensa, calor vivo en la cabeza, aceleracion del pulso, un poco de sed, y dificultad en la articulacion de la palabra y en la deglucion. Esta jóven decia que á la edad de 13 años tuvo un ataque grave de baile de San Vito, afeccion de que tambien habia padecido su madre en diferentes ocasiones durante su juventud. Diez dias antes del en que se hacia el exámen, ha-

llándose perfectamente buena, fué á visitar á unos parientes que, contra lo que ella esperaba, la recibieron con mucha frialdad. A la impresion que la produjo este hecho atribuia el orígen de su padecimiento. Durante ocho dias, se advirtió cierta exaltacion nerviosa en su carácter, estado que se fué agravando poco á poco, al mismo tiempo que se presentaron contracciones musculares involuntarias. El reposo, una aplicacion de seis sanguijuelas á las regiones temporales, las lociones frias á la cabeza, los purgantes y la dieta láctea no produjeron otro alivio que disminuir notablemente la cefalalgia. Los movimientos convulsivos fueron haciéndose mas violentos, en términos que la costaba mucho trabajo á la enferma poderse tener de pié. Una mixtura opiada no dió resultado alguno. Pasados dos dias, la agitacion de las extremidades era aun mas violenta; la inteligencia, sin embargo, se conservaba íntegra, la moral de la enferma no estaba afectada, y segun ella misma decia, no sufria dolor alguno.

Se provocó el parto prematuro, esperando dominar por este medio los accidentes nerviosos. La mujer parió sin accidente alguno y en poco tiempo; pero los fenómenos coréicos continuaron como antes. Dos granos de acetato de morfina, tomados en dósis fraccionadas, no pudieron producir el sueño; lo mismo sucedió con cantidades bastante considerables de clorodina. La enferma, despues de haberse debilitado gradualmente, murió á los doce ó catorce dias de la invasion de la enfermedad.

En la *autópsia* se encontró una cantidad anormal de líquido turbio y sonrosado en el conducto raquidiano. En la region cervical, la médula y sus membranas parecian hallarse en su estado fisiológico; pero desde la séptima vértebra dorsal hasta la segunda lumbar todas las meninges presentaban un color rojo intenso; la aracnóides estaba muy engrosada y de consistencia pulposa. En la parte media de la region dorsal, la médula se encontraba muy reblandecida, en términos que su consistencia era la de una crema difluente. Las meninges cerebrales un poco congestionadas, y la aracnóides ofrecia una ligera opacidad en la cara convexa del hemisferio derecho. Los demás órganos de la economía en estado completamente normal.

Llama la atencion en este caso la falta de los síntomas ordinarios de la inflamacion de la médula ó de sus membranas.

No habia ni raquialgia, ni hiperestesia espinal; ni espasmo ó contraccion tetánica de los músculos del dorso; ni alteracion en las contracciones del corazon ó en los movimientos respiratorios; retencion de orina, ni ningun otro síntoma paralítico. Los fenómenos eran exclusivamente los de un corea intenso, con la única purticularidad de que los movimientos convulsivos no estaban mas pronunciados en un lado que en otro. Las lesiones observadas en la autópsia no podian dejar duda ninguna respecto á su naturaleza; se trataba evidentemente de una inflamacion de la médula y de sus membranas.

Neuralgias ciática y raquidiana, curadas por las inyecciones hipodérmicas de narceina, morfina y atropina. (*Bull. de thér.*—(*British. méd. jour.*).

Aun cuando ya diferentes veces hemos referido casos de curacion de neuralgias por medio de las inyecciones subcutáneas, no parece inútil, para completar la historia de este medio terapéutico, añadir algunas nuevas observaciones que servirán tambien para dar á conocer dos medicamentos, la narceina y la atropina, no muy usados de esta manera.

Se refiere la primera observacion á un jóven de 34 años que entró en el servicio del doctor Delpech con un dolor fijo en el trayecto del nervio ciático, datando ya de ocho dias. Se le sometió inmediatamente á un tratamiento bastante activo, baños de vapor, fricciones y vejigatorios curados con 2 centígr. de clorhidrato de morfina, que se aplicaron sucesivamente sobre los principales puntos dolorosos.

A los diez dias de esta terapéutica solo se habia conseguido un ligerísimo alivio. Entonces se practicó una inyeccion con 5 centígramos de narceina, disueltos en un centímetro cúbico de agua destilada.

El mismo dia de la operacion el enfermo estuvo casi constantemente dormido: por la tarde se quejó de dolor de cabeza y algunas náuseas. Sin embargo de estos accidentes, el dolor habia disminuido de un modo sensible.

Habiéndose exacerbado la neuralgia á los tres dias, se practicó una segunda inyeccion con 7 centígr. de narceina. A las cinco ó seis horas el enfermo fué acometido de vómitos y dolor de cabeza que le impedia dormir. La neuralgia empezó á disminuir á la media hora de la inyeccion, y el sugeto pasó la noche sin incomodidad.

Las alteraciones fisiológicas que acabamos de indicar no duraron mas que algunas horas. El dolor no volvió á presentarse, saliendo este hombre del hospital á los pocos dias completamente curado.

La segunda observacion se refiere á una señora de 60 años, de excelente salud, que fué acometida repentinamente de un dolor intensísimo en todo el miembro inferior derecho, que ella atribuia á un exceso de trabajo. Comparaba los dolores á la sensacion producida por una série de picaduras de alfiler acompañadas de sensacion de quemadura. Al mismo tiempo se presentaron calambres en la pantorrilla. Estos síntomas se exacerbaban por la noche, obligando á la enferma á prorumpir en gritos. La presion exasperaba el dolor terriblemente.

Se practicó una inyeccion subcutánea de 10 gotas de la solucion de clorhidrato de morfina, usada por M. Tillaux en el tratamiento de las neuralgias (solucion de 0,02 de sal por un grámo de agua, ó sea un milígramo por gota). La puncion que se hizo al nivel del gran trocánter, fué muy dolorosa. La enferma pasó bastante bien la tarde y el dia siguiente en que por la noche volvieron á exasperarse los dolores. Nueva inyeccion con 15 gotas de la solucion, que produjo el mismo alivio. Para conseguir la curacion completa, se necesitaron tres inyecciones más, aumentando en cada una cinco gotas del líquido medicinal.

El doctor Ch. Hunter ha presentado recientemente, á una Sociedad médica de Lóndres, un jóven afectado de neuralgia raquidiana, enfermedad que ha descrito perfectamente Graves; pero que parece ser muy rara. La afeccion se habia manifestado en diferentes ocasiones, curándose siempre con la atropina en inyecciones subcutáneas.

El paciente era un niño de siete años; á los tres tuvo la coqueluche, y al terminar esta, un ataque de eclampsia muy intenso. A consecuencia de él quedó insensible

durante muchos dias, y al recobrar la sensibilidad, se notó una parálisis de todo el lado derecho. Desde esta época empezó á sufrir una neuralgia de forma particular, contra la que se ensayaron inútilmente diversos medios, entre otros la electricidad. Esta neuralgia se manifiesta casi repentinamente, en forma de paroxismos sumamente dolorosos, y ocupa siempre la region raquidiana. Despues de haber empezado así, dura por lo comun de tres á siete dias, y consiste en accesos que presentan dos grados diferentes de intensidad; los mas dolorosos se repiten de diez á doce veces al dia. Ni la presion ni la percusion determinan ninguna sensibilidad en la columna vertebral; las pupilas están siempre dilatadas algun tiempo despues de presentarse los dolores. El 29 de noviembre, á las pocas horas de haber empezado el ataque, inyectó M. Hunter $\frac{1}{60}$ de grano de atropina en la region raquidiana: se detuvieron los accesos. El 16 de diciembre, nuevo ataque: ya habian dado seis accesos cuando se inyectó $\frac{1}{40}$ de grano del mismo medicamento: suspension de los dolores durante doce horas, pasadas las cuales reaparecen, cesando con otra inyeccion. Hasta el 12 de enero el enfermo no tuvo novedad alguna; pero en este dia se presentó otro ataque cuyo desarrollo se contuvo con una sola inyeccion. Despues de cada una de estas, el niño se dormia tranquilamente, sin que nunca se hayan presentado síntomas de intoxicacion por la atropina.

Neuralgia del nervio lingual: su tratamiento por la electrizacion de la cuerda del tambor. (*Bull. de la Soc. de méd. de Gand.—Gaz. méd.*).

La neuralgia del nervio lingual es tan rara, que los autores no citan ejemplos de ella, ni sus síntomas se encuentran descritos en los clásicos: por esto creemos útil extractar con algunos detalles la siguiente observacion publicada por el doctor Neffe.

Habiéndose expuesto un hombre, de 40 años y de temperamento linfático, á la accion de corrientes de aire intensas, sintió repentinamente un dolor en la parte posterior y lateral izquierda de la boca, correspondiendo á la cara interna de la encía frente á la última muela inferior. Al principio no era mas que un punto doloroso:

transcurridas algunas horas, el padecimiento se hizo mas intenso, llamando la atencion del enfermo, por haberse extendido tambien á las regiones anteriores: se fué irradiando progresivamente del sitio indicado hácia la punta de la lengua. El dolor era tan agudo que no dejaba descansar al enfermo; le sentia inmediatamente debajo de la lengua, terminando hácia delante, en la union del tercio anterior, con los dos posteriores de este órgano, y por detrás en la parte interna del alvéolo de la última muela. El sugeto comparaba la sensacion que le producia, á la que se advierte despues de haberse mordido con fuerza la lengua; le parecia que las papilas linguales estaban fuertemente tumefactas, y que los movimientos de la parte dolorida eran algo difíciles. Pasadas algunas horas, apenas podia abrir la boca, teniendo que renunciar á los alimentos sólidos, por lo penosa que era la masticacion. Examinada la cavidad bucal por el doctor Neffe, vió que apenas existia la turgencia de que se quejaba el paciente; pero observó todos los síntomas de una saburra gástrica muy pronunciada. Algunas horas mas tarde continuó la propagacion del dolor, manifestándose un punto doloroso debajo de la mandíbula inferior en su lado izquierdo, al nivel de la glándula submaxilar, y las encías superiores é inferiores del mismo lado se pusieron tambien doloridas desde su extremidad posterior hasta la línea media anterior.

El dolor era permanente, pero á largos intérvalos se exasperaba por algunos instantes, para volver luego á su intensidad habitual.

Si el diagnóstico de esta afeccion habia sido difícil al principio, dejó de serlo desde el momento en que el dolor adquirió los caractéres indicados. Los síntomas de que se quejaba el enfermo concordaban perfectamente con la distribucion del nervio lingual.

Los calmantes de todas clases, usados interior y tópicamente, fueron inútiles; hasta se empleó una solucion concentrada de atropina sin resultado alguno. Cuando el doctor Neffe adquirió el convencimiento de que se trataba de una neuralgia de dicho nervio, tuvo la idea de combatirla faradizando la cuerda del tambor, con la esperanza de que una corriente eléctrica de cierta inten-

sidad podria modificar ventajosamente el estado del nervio enfermo.

La conexion íntima que existe entre el ramo lingual y la cuerda del tímpano, la facilidad con que se electriza esta, llenando el oido de líquido é introduciendo en él un reóforo, mientras se tiene aplicado el otro sobre la apófisis mastóides, decidió al autor á intentar la curacion por este medio.

Sus esperanzas se realizaron completamente; porque apenas habia empezado á pasar una corriente de rápidas intermitencias al través del oido, cuando el enfermo aseguró que no sentia dolor. La sesion duró veinte y dos minutos próximamente: durante este tiempo el enfermo no sufria; pero tan luego como cesó la accion de la electricidad, reaparecieron los dolores, aunque muchísimo menos intensos. Al dia siguiente se repitió dos veces la faradizacion, desapareciendo siempre el dolor, para volverse á presentar algun tiempo despues, pero siempre con menor intensidad.

Al otro dia tres sesiones eléctricas, observándose los mismos fenómenos; el dolor era ya entonces muy soportable, habiéndose reducido mas bien á una sensacion de entorpecimiento; el enfermo comia con facilidad y dormia bien; se suspendió la faradizacion, y pasados algunos dias se hallaba completamente curado.

Neuralgias rebeldes, tratadas por las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de morfina. (*Bull. gén. de thérap.*).

Cuanto mas positiva é incontestable es la eficacia de un método terapéutico, es de mayor importancia propagarle, haciendo que se generalice, para poner de manifiesto el verdadero terreno práctico de sus aplicaciones. El método hipodérmico ha entrado ya de lleno en el dominio de la ciencia; pero, como muchos otros, no es infalible, y por consecuencia se necesita que se multipliquen los casos verdaderamente favorables á su accion, á fin de que, guiado el práctico por la analogía, su determinacion sea mas pronta y segura, á la vez que menos expuesta á errores. Esta consideracion es la que nos mueve á resumir aquí los hechos siguientes, observados por el doctor Dugardin-Beaumetz.

Se trata, en primer lugar, de una *neuralgia braquial* muy rebelde en una señora de 42 años. Unos diez meses antes de la época á que se refiere la observacion, sintió en el brazo izquierdo un dolor, que atribuia á haber hecho un esfuerzo para alcanzar un objeto que estaba muy alto. El dolor era errático, ocupando tan pronto el codo como la muñeca ó el hombro. Las aplicaciones de una pomada de cloroformo no produjeron alivio. — Pasado un mes, los dolores habian adquirido tal intensidad, que no permitian á la enferma un solo momento de reposo; todos los medios terapéuticos empleados, lejos de calmar los sufrimientos, parecia que los aumentaban. En esta época, los dolores se fijaron en un sitio casi constante, que era el trayecto de los nervios mediano y radial; eran contínuos, pero con exacerbaciones que constituian verdaderos accesos, durante los cuales la señora prorumpia en lastimeros gritos, siendo imposible ejecutar el mas pequeño movimiento con el brazo enfermo. — Se notaba en todo el miembro una marcada hiperestesia cutánea, y notable debilidad en los movimientos. Durante las crísis dolorosas, se advertia un temblor general en la extremidad, apreciable sobre todo por la aplicacion de la mano. Examinando atentamente el brazo izquierdo y las regiones cervical y dorsal de la columna vertebral, no se advertia hinchazon ni tumor alguno á qué poder referir los dolores. La continuidad de estos y la falta de sueño habian debilitado profundamente á la enferma.

Viendo que no producian ningun resultado las pomadas y linimentos calmantes, los opiados al interior, la electricidad y la hidroterapia, que se pusieron en uso sucesivamente, se recurrió á las inyecciones hipodérmicas, introduciendo por este medio en la parte posterior del codo 10 gotas de una solucion compuesta de 30 centígramos de atropina y 30 gramos de agua destilada. Pero sobrevinieron fenómenos tóxicos que obligaron á abandonar este medicamento. Se empleó entonces una solucion de clorhidrato de morfina, que contenia 2 milígramos por gota, inyectándose de este modo con la jeringa de Pravaz, 2 centígramos de la sal mórfica, en la parte posterior del brazo. A los pocos minutos advirtió la enferma una sequedad muy notable en

la boca y la faringe; despues una sensacion de opresion en las regiones temporales, fenómenos que fueron seguidos á muy poco tiempo de un bienestar extraordinario; cesacion completa de los dolores, aun cuando ejecutase toda clase de movimientos: á este primer período de reposo sucedió un sueño bastante tranquilo, durante el cual habia algo de resentimiento en los dolores, pero tan ligero, que nunca, desde el principio de la enfermedad, se habia observado una remision, ni tan notable, ni tan prolongada. Sin embargo, á las veinte y cuatro horas reaparecieron los síntomas con su primitiva intensidad; pero repitiendo la misma operacion, se obtuvieron iguales resultados. Fué preciso continuar las inyecciones subcutáneas durante algunos dias, no pasando nunca de la dósis de 3 centígramos. Los dolores fueron cesando poco á poco; el estado general se mejoró; la hidroterapia y los baños de mar completaron la cura, que no se ha desmentido en lo sucesivo.

El segundo hecho se refiere á una *neuralgia ciática*, contraida por un sugeto de 35 años, á consecuencia de haber tomado un baño frio, despues de una marcha bastante penosa en un tiempo de gran calor: inmediatamente se presentó un dolor vivo en toda la extension de la pierna, que imposibilitaba la progresion, exacerbándose extraordinariamente con los movimientos; era contínuo, y para indicar su asiento, el enfermo trazaba bastante bien el trayecto del nervio ciático.

A causa de la intensidad de los sufrimientos, se recurrió inmediatamente á las inyecciones de clorhidrato de morfina, practicando una con un centígramo de esta sal en la region glútea; á los cinco minutos habia desaparecido completamente el dolor, que se reprodujo algunas horas mas tarde, aunque con mucha menos intensidad. Se continuaron las inyecciones por espacio de diez dias, al cabo de los cuales no quedaba de la neuralgia mas que un simple adormecimiento, que desapareció pocos dias despues.

No puede menos de notarse en estos hechos la rapidez del efecto producido por la inyeccion, el cual, sin embargo, no debe olvidarse que es pasajero, y que exige

por lo tanto, la repeticion de las inyecciones, en proporcion con la tenacidad del mal.

Tampoco deben pasar desapercibidas las manifestaciones tóxicas de la atropina, en el primer caso, el cual, unido á muchos otros que ya registra la ciencia, contribuye á asegurar á la morfina, en estas circunstancias, una preferencia incontestable.

Neuroma medular ó cerebroma, desarrollado en el espesor del cerebro. (*Gaz. hebd.*).

El gran valor que indudablemente tiene, bajo el punto de vista de la anatomía patológica, la observacion presentada por M. G. Hayem á la Sociedad de biología, y de la que hacemos á continuacion un ligerísimo extracto, nos obliga á darla un lugar en nuestro ANUARIO, siquiera la falta de espacio haga que tengamos que prescindir de toda clase de detalles, algunos muy interesantes. Se puede asegurar, sin temor de equivocarse, que es el caso mas completo de neuroma medular de los centros nerviosos que se ha publicado hasta ahora.

Despues de fijar el autor lo que han descrito Fœrster y Virchow con el nombre de neuroma medular, hace notar que, en el caso que él ha observado, se trata de un verdadero tumor, perfectamente circunscrito, compuesto casi exclusivamente de los elementos nerviosos centrales, y que habia adquirido un volúmen considerable. Desde su entrada en el hospital, el enfermo ofrecia, de un modo evidente, un conjunto de síntomas bastante para que se pudiese diagnosticar un tumor cerebral. Los signos eran en particular: la hemiplegia lenta, progresiva, sin pérdida de conocimiento; cefalalgia interna, frontal; vómitos repetidos. El estado cerebral ofrecia algunos caractéres especiales, que debian hacer sospechar una compresion, mas bien que una verdadera destruccion de la sustancia nerviosa. Así, no habia delirio, ni torpeza en la articulacion de la palabra, sino cierta dificultad en las percepciones, marcada lentitud en las respuestas, y falta de expresion en la fisonomía. Aunque no ofrecia duda la existencia de un tumor cerebral, era difícil determinar su asiento; sin embargo, algunos de los signos positivos y la falta de ciertos síntomas propios de

los tumores de algunas de las partes del encéfalo indicaban con bastante claridad el asiento central del tumor sobre la prolongacion del pedúnculo derecho del cerebro. La marcha de la enfermedad fué bastante rápida, progresiva, sin remision, y de repente los síntomas adquirieron, dos meses próximamente despues de haber aparecido los primeros síntomas, grandísima intensidad, que dió lugar á una pronta terminacion fatal. Durante la vida, nada podia asegurarse acerca de la naturaleza de la enfermedad.

En la autópsia, se encontró en el hemisferio derecho un tumor del volúmen de una naranja grande, bien circunscrito, fácilmente enucleable, excavado por un vasto quiste del volúmen de un huevo de paloma. El aspecto exterior y la superficie de los cortes presentaba mucha analogía con el tejido cerebral. El tumor se encontraba en el espesor mismo del núcleo blanco del hemisferio, á la parte externa del ventrículo lateral correspondiente. Envuelto por una fina membrana vascular, ofrecia en su superficie una especie de circunvoluciones separadas por pequeños surcos; tenia el color de los centros nerviosos, y presentaba en su interior cavidades como bolsas ó ventrículos. Presentaba en realidad, aun á simple vista, un aspecto medular, que el exámen microscópico confirmó despues. En efecto, estaba formado casi exclusivamente por nuevos elementos nerviosos en vía de evolucion, que, sin hallarse dispuestos con regularidad, eran mas bien celulares en la periferia, y fibrosos en el centro. La naturaleza nerviosa de esta produccion era evidente, y se la podia comparar, hasta cierto punto, á una especie de cerebro anormal, incrustado en el espesor del hemisferio derecho, y por esta razon ha creido M. Hayem que podia designar este tumor con el nombre de cerebroma, que constituiria una variedad de neuroma medular, caracterizado por su estructura, su asiento, su circunscripcion y su aspecto cerebral.

Obstruccion intestinal: su tratamiento por medio de la bomba estomacal. (*Gaz. hebd.—Bull. de ther.*).

Bien conocidos son los medios mecánicos que en todos tiempos se han puesto en práctica para combatir las obs-

trucciones intestinales, obteniendo un éxito mas ó menos lisonjero, segun la naturaleza de la causa que produce la oclusion. A ellos debemos añadir hoy uno, empleado recientemente por el doctor Ebenezer Fleming, y que indudablemente podrá tener buena aplicacion en determinadas circunstancias.

Tratábase en este caso de un hombre de 59 años, que ya en tres distintas veces habia sufrido oclusiones intestinales. A consecuencia de una de estas crísis, tuvo un ataque de gota que cedió bajo la influencia de dósis repetidas de calomelanos y opio.

En noviembre de 1865, sin embargo de haber tomado muchos purgantes para combatir un estreñimiento que databa de bastantes dias, se presentaron todos los síntomas de la oclusion intestinal : vómitos biliosos y negruzcos, orina escasa y fuertemente amoniacal, lengua seca; 72 pulsaciones; abdómen fuertemente distendido. La percusion demostraba un sonido macizo muy considerable en la fosa ilíaca derecha, que estaba dolorosa á la presion. El doctor Fleming practicó entonces una inyeccion en el recto con agua de jabon caliente, por medio de un tubo unido á la bomba estomacal; tenia un metro de longitud y pasó sin causar dolor. Pero el líquido inyectado aumentó la distension ya demasiado considerable del abdómen, y con ella todas las incomodidades. No se consiguió deposicion alguna, saliendo solo una pequeña cantidad de mucosidad espumosa.

Al dia siguiente, el vientre estaba mucho mas tenso; habian cesado los vómitos; pero persistian todos los demás síntomas. Se decidió en una consulta volver á introducir de nuevo el tubo é inyectar en el cólon 600 gramos de una infusion de sen, á que se adicionaron sales purgantes y 75 gramos de aceite de trementina. Esta lavativa no produjo tampoco ningun efecto.

Al poco tiempo, la distension del abdómen habia llegado al extremo de dificultar gravemente la respiracion; el pulso se encontraba en buen estado, y se administraron 2 gramos 60 centígramos de polvos de jalapa inútilmente. Se repitió luego la misma lavativa que el dia anterior, añadiendo 8 gramos de tintura de asafétida. Para esta última lavativa se empleó el irrigador ordinario.

Despues de inútiles esfuerzos para hacer alguna deposicion, el enfermo se puso repentinamente pálido y el pulso ascendió de pronto á 132 pulsaciones, para volver á bajar en seguida; el abdómen estaba distendido hasta el último límite, y al través de sus paredes se percibia distintamente la forma del cólon. La gravedad de los síntomas iba aumentando por momentos. Se pensó poner al sugeto en un baño caliente y dirigir un chorro frio sobre el abdómen; pero la debilidad se habia hecho de pronto tan profunda, que hubo que renunciar á este medio: á propuesta del doctor Dickson se introdujo de nuevo el tubo en el recto, con la esperanza de extraer, cuando menos, gases; pero ahora se articuló á la bomba estomacal para emplearla como aspirador. El primer efecto fué, como se habia pensado, dar salida á gases, luego á materias fecales semi-flúidas en cantidad considerable. El ayudante que sostenia el abdómen le sentia perfectamente deprimirse á cada golpe de émbolo; en el momento se produjo un alivio grandísimo. Entonces, con 30 gramos de aceite de ricino se consiguieron abundantes deposiciones, y como siempre sucede, desaparecieron los síntomas graves, coincidiendo con la manifestacion de la gota en el dedo gordo del pié izquierdo.

El doctor americano Wood cita muchos casos análogos á este, debidos á la gota, y les considera menos peligrosos que las otras formas de obstruccion. Sin embargo, en la observacion que precede, los síntomas habian llegado á hacerse tan alarmantes, habian sido tan completamente inútiles todos los tratamientos ordinarios, que debia temerse el desarrollo de una peritonitis mortal.

Es probable, casi seguro, que en la oclusion mecánica de los intestinos, producida por el enroscamiento, la invaginacion, una hernia, un tumor, un cálculo biliar, esta operacion seria infructuosa. Pero hay muchos casos de obstruccion, cuya causa no se puede determinar durante la vida, y cuando todos los medios hayan sido inútiles, se podrá recurrir á la bomba estomacal del modo indicado, es decir, inyectando primero un líquido tibio para diluir los materiales, dejándole permanecer dos ó tres horas en los intestinos para aspirarle en seguida por medio de la bomba.

M. Fleming cree ser el primero que la ha empleado en esta forma, y con efecto, en este concepto no puede disputársele la prioridad; pero M. Dechambre asegura que, en un caso igual al referido por el práctico inglés, ha llenado la misma indicacion de un modo aun mas sencillo, puesto que sustituyó á la bomba estomacal una jeringa comun que puede encontrarse en todas partes: despues de haber introducido el tubo á unos 40 centímetros de profundidad, extrajo por aspiracion, en varias veces, una gran cantidad de líquido y de gases.

Segun puede verse en este mismo volúmen, pág. 166 el doctor Fonssagrives la emplea igualmente con éxito contra la pneumatose intestinal. Se pueden, por lo tanto, usar indistintamente estos dos instrumentos cuando se considere necesario.

El doctor Isnard recomienda mucho las inyecciones forzadas, medio de grande eficacia segun este autor, y que apenas hace mas que mencionarse en los tratados clásicos modernos. En comprobacion de ello, refiere ocho casos prácticos que prueban con cuánta facilidad se vencen muchas veces obstrucciones que habian resistido á todos los medios, con solo las lavativas forzadas de agua natural, fria ó caliente.

Ocena: tratamiento por las irrigaciones nasales. (*Gaz. méd. de Lyon.—Dict. des progrès*).

El doctor Weber, de Halle, ha demostrado que cuando una de las fosas nasales está llena por un líquido sometido á una presion hidrostática, si el sugeto respira al mismo tiempo, el velo del paladar se eleva de modo que cierra el paso del líquido á la faringe, y entonces sale por la otra nariz.

Utilizando este dato, M. Tudichum recomienda, para las inyecciones, ya detersivas, ya medicamentosas, de las fosas nasales, el aparato siguiente:

Sobre un pié sólidamente fijo se pone un vaso cilíndrico, de litro y medio de cabida. El fondo de esta vasija tiene un agujero al que se adapta un tubo de caoutchouc, que se puede abrir ó cerrar á voluntad, por medio de una llave. Este tubo termina en un extremo movible de tal diámetro, que éntre bien ajustado en la nariz; abriendo

la llave, despues de haberle colocado, se hace penetrar en las fosas nasales un chorro de líquido mas ó menos fuerte, que, segun su composicion, las absterge y puede obrar medicamentosamente.

Con este medio perfeccionado, la medicacion tópica, tan ilusoria hasta aquí para el tratamiento de las enfermedades nasales, se convierte en un recurso tanto mas precioso, cuanto que la continuidad del chorro habitúa muy pronto al enfermo á soportar el contacto mucho mejor que en las inyecciones ordinarias. Con un poco de hábito por parte del operador, y de paciencia por la del operado, se consigue hacer penetrar el líquido en la cueva de Higmoro y hasta en los senos frontales.

Segun una reclamacion publicada por M. Maissonneuve, ya desde 1854 habia comunicado este autor, á la Academia de medicina, el hecho fisiológico en cuestion, y las consecuencias prácticas que de él se desprenden.

M. Gailleton ha repetido con feliz éxito estos experimentos, acerca de los cuales da algunos detalles prácticos que no carecen de importancia. Cuando la presion á que está sometido el líquido, dice, no es bastante considerable, este último cae en parte en la faringe.

Si se hace pasar una corriente líquida poco voluminosa, como la de una jeringa pequeña, por la nariz, el líquido penetra en gran parte en la faringe, ó vuelve á salir por el mismo orificio por donde se ha inyectado.

Si el chorro es mas grueso, como el de una jeringa de hidrocele, el líquido sale en parte por la otra nariz; pero cae cierta cantidad de él en la cámara posterior de la boca, produciendo golpes de tos. En fin, si se emplea un tubo bastante voluminoso adaptado á un instrumento ó aparato que envie un cierto volúmen de agua, esta sale en totalidad por la nariz opuesta á la que ha servido para hacer la inyeccion.

El fenómeno se produce con tanta mas facilidad cuanto mejor se adapte el tubo terminal á la nariz y la obture mas completamente.

En este caso la fosa nasal está llena por una columna líquida, que penetra hasta los puntos mas distantes de su extension.

Segun M. Gailleton, el irrigador es el medio mas có-

modo y fácil de manejar para practicar esta operacion.

Los agentes terapéuticos que pueden emplearse para el tratamiento de la ocena y las ulceraciones de las fosas nasales, son el agua, á diferentes grados de temperatura, las soluciones ligeramente astringentes, conteniendo 10 gramos de sal comun por litro de líquido, 1 á 3 gramos de alumbre, 1 á 4 de sulfuro de potasa, ½ á 1 gramo de sulfato de zinc, 1, 2 á 4 granos de nitrato de plata; cocimiento de hojas de nogal, ratania, quina, etc. Las aguas minerales naturales, y con especialidad las sulfurosas, pueden ser de grande utilidad.

El autor empieza por las irrigaciones de agua natural, para acostumbrar á los enfermos.

La posicion horizontal recomendada por Tudichum, le parece muy incómoda. Cuando el paciente practica por sí mismo la inyeccion, es preferible que esté sentado, con la cabeza ligeramente inclinada hácia delante, y sosteniendo con la mano, debajo de la barba, la vasija destinada á recoger el líquido. Puede tambien colocarse de pié delante de una chimenea, una mesa, etc., donde se apoya entonces este último vaso. Se le debe aconsejar que respire lo mas naturalmente posible, sin esfuerzo ni precipitacion, y que sufra las sensaciones un poco desagradables del primer momento. Se introduce la cánula del irrigador en una de las aberturas nasales, obturando con el dedo, apoyado sobre el ala de la nariz, el ligero vacío que pudiese quedar; se abre la llave poco á poco, y el líquido cae por la nariz opuesta en el vaso destinado á recibirle. La cánula debe tener cierto volúmen para que obture bien el orificio.

Se empieza por una irrigacion de 1 á 2 litros, para acostumbrar al enfermo, y no se usan las soluciones cateréticas hasta que esté bastante ejercitado, para que no haya peligro de que el líquido caiga en la faringe.

En la ocena, acostumbra M. Gailleton á practicar una irrigacion de 10 litros próximamente, en dos veces, 5 por la mañana y 5 por la tarde. Hace preceder siempre las inyecciones medicinales de otra de agua templada para deterger las superficies. Dos ó tres litros de solucion mineral fuerte son bastantes en las veinte y cuatro horas. Al fin del tratamiento se disminuye progresivamente la can-

tidad de líquido; y aun despues de haber obtenido la curacion, se continuarán por algunos dias las irrigaciones de agua pura.

Del segundo al quinto dia habia desaparecido el olor en muchos casos de ocena idiopática citados por M. Gailleton, habiéndose logrado una curacion completa con tres á cuatro meses de este tratamiento, en varios enfermos, en quienes habian sido antes inútiles toda clase de medicaciones.

Pleuresia: abscesos de las paredes torácicas en esta enfermedad. (*Arch. gén. méd.*).

El doctor Leplat, profesor de Val-de-Grace, ha publicado, en los *Archivos generales de medicina*, una interesante memoria acerca de los abscesos de las paredes torácicas, que se observan á veces en la pleuresía. La grande extension de este trabajo no nos permite hacer otra cosa que transcribir aquí las conclusiones en que le resume su autor:

1.ª Las inflamaciones de la pleura no se limitan al tejido primitivamente afectado, sino que tienen correspondencias morbosas con los inmediatos, y en determinadas circunstancias producen abscesos calientes ó frios de las paredes torácicas. Esta proposicion está probada por el análisis de mas de treinta observaciones.

2.ª La cáries y la necrose de las costillas se consideran muchas veces equivocadamente como orígen de los abscesos parietales.

Cuando no existen, ni escrófulas, ni sífilis, ni contusion violenta, no es racional suponer una alteracion ósea; cuando esta existe, puede ser consecutiva.

3.ª Los esfuerzos de tos son insuficientes por sí mismos para producir el absceso torácico, si no es secundada su accion por una flegmasía pleuro-pulmonal.

4.ª Los abscesos circunvecinos de la pleuresía ofrecen tres variedades de relaciones entre la afeccion primitiva y la secundaria: 1.° un flemon agudo está subordinado á una pleuresía aguda; 2.° un absceso frio, á una pleuresía crónica; 3.° un absceso caliente á una pleuresía antigua.

5.ª Los síntomas de estos abscesos agudos ó crónicos

no tienen nada de especial, y no pueden servir para formar el diagnóstico sin el conmemorativo.

6.° Estos abscesos, abandonados á sí mismos, tienen mas tendencia que los otros á abrirse en los bronquios, á causa de las adherencias pleuríticas que necesariamente existen.

7.° Sus complicaciones directas son las alteraciones del pulmon y las osteitis consecutivas.

8.° Las indicaciones del tratamiento se derivan de la causa que los ha producido. Se deben abrir con prontitud, porque de simples pueden hacerse osifluentes, y producir desórdenes graves en los pulmones.

9.° No hago mas que exponer los hechos, sin aventurar ninguna teoría; en el estado actual de la ciencia, se pueden proponer dos explicaciones: 1.° La propagacion inflamatoria; 2.° la accion refleja. Esta última está muy en moda; es aceptable para los flemones que se desarrollan lejos del foco primitivo. Debe tomarse en consideracion la debilidad del sugeto como elemento que favorece la accion de las causas precedentes.

Pleuresia aguda: su tratamiento por el tártaro estibiado. (*Gaz. des hop.*).

La generalidad de los prácticos están acordes en admitir la eficacia del tártaro estibiado en la pulmonía; pero apenas nadie habia usado este agente medicinal en la terapéutica de la pleuresía, hasta que recientemente ha sido calurosamente recomendado por el doctor Gallard, cuyas ideas acerca de este punto nos parece útil dar á conocer, porque, sobre ser bastante racionales, se fundan en datos fisiológicos y en observaciones dignas de atencion.

Para este distinguido clínico, en la pleuresía hay que considerar algo mas que el elemento inflamatorio; existe, si es permitida la expresion, un elemento seroso; el derrame, que, nulo al principio, adquiere rápidamente tal importancia, que para muchos médicos, y de los mas hábiles, constituye la principal indicacion, y todos los esfuerzos de la terapéutica deben dirigirse á hacerle desaparecer. Como se comprende bien, nada se habria logrado con esto, si al mismo tiempo no se consigue evitar

su reproduccion. El doctor Gallard cree que el tártaro estibiado, á alta dósis, y en condiciones tales que no pueda establecerse la tolerancia, es el mejor medio de llenar esta doble é importantísima indicacion.

Le ha conducido al establecimiento de esta terapéutica el haber observado con cuanta facilidad y rapidez desaparecen en los coléricos grandes derrames serosos, por efecto de las abundantes evacuaciones que en esta enfermedad se producen, y el conocimiento de que con ningun agente farmacológico pueden conseguirse efectos análogos á los del cólera, mejor que con el tártaro estibiado. Determina al mismo tiempo vómitos y deposiciones líquidas; posee además una accion antiflogística, de que no se puede prescindir; razones que hacian desde luego sospechar su utilidad en el tratamiento de las pleuresías agudas con derrame, y esta virtud, que se explica muy racionalmente por las propiedades fisiológicas del medicamento, ha sido ámpliamente confirmada por la experiencia. El doctor Gallard le administra ordinariamente en cantidad de 30 centígramos en un julepe, para tomar en tres ó cuatro veces durante las veinte y cuatro horas, continuándole con persistencia hasta que el derrame haya disminuido de un modo notable, á menos que la debilidad del enfermo se oponga á que se prolongue por tanto tiempo su uso.

En todos los casos, en lugar de procurar la tolerancia como en la pulmonía, debe, por el contrario, desearse que se produzcan vómitos y deposiciones abundantes. Si á pesar de todo se establece la tolerancia, hay que recurrir á otros medios, á los purgantes, y particularmente á los drásticos, como el aguardiente aleman, por ejemplo.

El doctor Gallard no emplea el tártaro estibiado solo, y con exclusion de todo otro medicamento; al principio, y teniendo en cuenta el elemento inflamatorio tan marcado en la pleuresía, echa mano de los antiflogísticos, dando por lo comun la preferencia á las ventosas escarificadas, que repite á veces tres y cuatro dias seguidos, en número variable, segun los casos. Cuando la fiebre resiste y el derrame está en vía de resolucion, son útiles los vejigatorios volantes para acelerarla. Tambien puede emplearse con este fin la tintura de iodo, aplicada á

las paredes torácicas del lado enfermo. Segun el autor, este método es el mejor preventivo de la toracentesis, que M. Gallard proscribe en la pleuresía aguda, reservándola únicamente para los derrames crónicos, y cuando es inminente la asfixia.

Es indudable que el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa adquirirá mas precision y eficacia, si la experiencia confirma las observaciones del doctor Gallard respecto á la accion del emético, que interpreta de un modo muy racional, fisiológico y conforme á las nociones que poseemos acerca de la derivacion de las hidropesías á los intestinos.

Pleuresía con derrame: muerte repentina. (*Soc. méd. de Strasb.*).

El doctor Netter ha presentado, á la Sociedad de medicina de Strasburgo, la historia de un caso de muerte repentina, ocurrido, en su servicio del hospital militar, en un enfermo afectado de derrame pleurítico. Las consecuencias prácticas que de este hecho deduce el autor, hacen á nuestro juicio que no carezca de interés.

Se trataba de un artillero de 30 años, que, despues de haber pasado doce dias en la enfermería, entró en el hospital con todos los síntomas de un derrame pleurítico: completa falta de resonancia en el lado derecho del pecho desde el vértice hasta la base del pulmon; ruido respiratorio débil en los dos tercios superiores; ruido de roce pleurítico intenso hácia la base; vibracion débil; no habia dolor de costado ni fiebre. M. Netter diagnosticó derrame pleurítico en via de resolucion con formacion de falsas membranas, prescribiendo una alimentacion ligera, el oximiel escilítico y un vejigatorio al torax.

Al tercer dia, y despues de haber pasado la tarde en el patio del hospital, el enfermo se acostó, estuvo hablando naturalmente con sus vecinos hasta las nueve, en cuya hora se volvió del lado izquierdo para dormir. A los pocos instantes se le oyó quejar, y por pronto que acudieron á prestarle auxilio, ya se le encontró muerto.

La autópsia no reveló otras lesiones mas que la existencia de unos dos litros y medio de un líquido amarillento cetrino, transparente, en la cavidad pleurítica de-

recha; falsas membranas blancas, gruesas, muy adherentes en la base; ambos pulmones presentan un color oscuro; están crepitantes y sobrenadan en el agua. Se encuentran manifiestamente ingurgitados de sangre, que, sin embargo, no fluye cuando se les incinde; parece que es un infarto de sangre viscosa. El interior del pulmon derecho presenta algunos tubérculos miliares, en forma de pequeños granos cristalinos, agrupados, de formacion reciente. Las aurículas del corazon contienen sangre enteramente líquida; los dos ventrículos están vacíos, sin que se observe en ellos el mas pequeño vestigio de coágulo; se diria que se habia lavado su superficie interna con gran cantidad de agua.

El doctor Netter no recuerda haber visto mas que otro hecho análogo, ocurrido en la clínica del difunto doctor Forget, con una mujer afectada de derrame pleurítico, que, habiéndose sentado bruscamente en la cama para que se la auscultase, fué acometida de un síncope repentino, del que, sin embargo, se repuso tan luego como se la colocó en su posicion primitiva.

En el caso cuya historia hemos extractado, M. Netter explica la muerte suponiendo que durante el dia se habria verificado una nueva secrecion de serosidad, que, produciéndose poco á poco, no afectó de un modo notable la respiracion. Por la noche, cambiando el líquido bruscamente de posicion, al tiempo de echarse el enfermo, habria comprimido el corazon y aun quizás mas principalmente la arteria pulmonal. Esta compresion debió ser tanto mas enérgica, cuanto que el paciente se acostó sobre el lado izquierdo para evitar la molestia que le producia un vejigatorio aplicado en el lado opuesto.

El autor deduce de este hecho dos conclusiones prácticas, y aconseja: 1.° recomendar á todos los enfermos afectados de derrames pleuríticos, que eviten los movimientos bruscos y violentos; 2.° en caso de sofocacion repentina volver á colocar á estos sugetos en la posicion que tenian antes de ocurrir el accidente.

Pneumatose gastro-intestinal: consideraciones prácticas: tratamiento. *(Bull. de thér.).*

No podemos renunciar al deseo de dar á conocer á nuestros lectores, aun cuando por falta de espacio hayamos de hacerlo muy sumariamente, el artículo que acerca de la pneumatose gastro-intestinal, ha publicado, en el *Bull. de thér.*, el sabio profesor de higiene de la Facultad de Montpellier, doctor Fonssagrives.

El tubo digestivo contiene normalmente una cantidad variable de gas, cuya presencia no puede considerarse como accidental, sino que se encuentra íntimamente ligada al desempeño de las funciones gastro-intestinales. Estos gases están sobre todo formados de ázoe y ácido carbónico, y accesoriamente de hidrógeno, oxígeno, ácido sulfhídrico é hidrógeno proto-carbonado. Segun unos, son debidos á la descomposicion del aire atmosférico ingerido con los alimentos, ó á las fermentaciones y descomposicion que sufren las sustancias alimenticias durante la digestion; otros, en fin, como Baumés, los creen producto de una secrecion de la mucosa gastro-intestinal. Circulando en los intestinos con las materias alimenticias, quizás tienen por efecto regularizar su marcha, ó acaso no son, despues de tantas hipótesis, mas que resíduos excrementicios, á los que seria inútil asignar un papel necesario en el desempeño regular de las funciones digestivas. Sea de ello lo que quiera, la cantidad de estos gases aumenta á veces de un modo anormal, resultando el estado flatulento, si no es muy considerable, y una verdadera pneumatose, en su grado mas elevado.

La pneumatose gastro-intestinal puede manifestarse en circunstancias muy variadas: la dispépsia llamada flatulenta, el estado histérico, la fiebre tifoídea; ciertas disposiciones adquiridas ó hereditarias á los flujos gaseosos; la indigestion, las estrecheces intestinales, la disentería y la enteritis crónica, etc., son las condiciones en que de preferencia se desarrolla este accidente. La pneumatose puede limitarse al estómago ó al intestino, ó lo que es mas comun, ocupar toda la extension del tubo digestivo, sin exceptuar el esófago, en el cual los gases, progresando entre los anillos esofágicos contraidos, de-

terminan esos borborigmos del cuello, tan conocidos de los que padecen gastralgias é histerismos.

Cuando la distension gaseosa adquiere un desarrollo considerable, produce alteraciones muy graves y que exigen una pronta intervencion del arte. La elevacion del diafragma y la disnea consiguiente, que á veces compromete la vida del enfermo; la compresion de la vejiga, la del útero, que Combalusier ha visto empujado fuera de la pélvis, por una pneumatose; la rotura de las paredes del estómago ó intestinos, son accidentes que se han observado en varias ocasiones.

M. Fonssagrives expone y discute en seguida las consideraciones relativas al tratamiento, que, segun este práctico presenta tres indicaciones: 1.ª precaver la pneumatose en los indivíduos predispuestos á ella por una idiosincrasia particular ó por un estado morboso.

El régimen alimenticio desempeña en la produccion de la flatulencia un papel, si no exclusivo, al menos muy importante, y conviene, en este concepto, trazar sus reglas con el mayor cuidado. El doctor Baumés, que ha escrito un excelente *Tratado de las enfermedades ventosas*, ha dicho, parodiando una frase célebre en los anales de la diplomacia: «Hay para las personas que padecen flatuosidades una consideracion fundamental, dominante y que se puede formular diciendo: *régimen, régimen*, y *siempre régimen*.» Y como hace notar M. Fonssagrives, entra Baumés en detalles minuciosísimos, pero que no lo parecerán, si se tiene en cuenta que son el fruto de la observacion personal de este práctico distinguido, que sufria habitualmente una flatulencia de las vías digestivas, reuniendo acerca de este punto la experiencia del paciente á la autoridad del médico.

Remitimos á la obra citada á los que quieran conocer estos detalles de la higiene alimenticia de los flatulentos, limitándonos á decir que por regla general son poco convenientes las sustancias vegetales, y sobre todo, las harinosas, la mayor parte ó muchas de las frutas. Los feculentos que contienen poco ó ningun glúten; las pastas de todas clases, especialmente no fermentadas. Todas las salsas en general, y en particular las que llevan una grasa cualquiera. Los mejores alimentos para estos en-

fermos son el pan de trigo, las carnes asadas ó fritas, sin mas guiso que su mismo jugo, y algunos pescados; frutas dulces y frutas rojas no muy ácidas, etc.

Respecto á las bebidas, el agua es el mejor agente de la digestion; pero no hay inconveniente en permitir un vino tónico, que no sea muy excitante. A esta lista de alimentos debe añadirse, segun Fonssagrives, la leche, el queso y las aguas gaseosas.

Sin admitir que la flatulencia dependa siempre de un estado atónico del estómago é intestinos, es indudable que, en un gran número de casos, coexiste con una especie de languidez de las paredes musculares del tubo digestivo; de aquí viene el que el uso de condimentos estimulantes y aromáticos preste grandes servicios en estas circunstancias.

Por regla general, puede decirse que los estómagos flatulentos se encuentran mucho mejor con una alimentacion sustanciosa, cargada de bastantes especias, que con la insípida y poco condimentada. En Inglaterra se hace mucho uso de los condimentos aromáticos en los casos de dispépsia atónica flatulenta. El *polvo aperitivo* de Gregory, que goza en aquel país de gran reputacion, es una mezcla de 2 dracmas de ruibarbo, otras 2 de magnesia calcinada, 7 granos de polvo de gengibre y 17 granos de canela. Se administra en dósis de media cucharada de café en agua clara, ó mejor aromatizada con algunas gotas de esencia de menta. Las infusiones calientes de anis, té, aya-pana, el elixir de Garus, tomadas despues de la comida, estimulan el estómago y facilitan la digestion de los alimentos, que sin esta precaucion producirian flatulencias.

Aparte del régimen, hay una consideracion en que conviene insistir. Chomel ha indicado el inconveniente que presenta, en la dispépsia flatulenta, la constriccion, á veces muy fuerte, producida por los corsés ó vestidos demasiado apretados. El mismo autor recomienda á esta clase de sugetos un ejercicio regular: el estómago é intestinos tienen, en efecto, necesidad de la estimulacion rítmica que les imprimen las paredes del abdómen, cuyas contracciones reparten, además, de un modo uniforme, los gases contenidos en el tubo intestinal, impi-

diendo que se acumulen en ciertos puntos y produzcan una sensacion incómoda de distension y peso.

2.ª *indicacion.—Absorber ó condensar los gases.*—El frio, los álcalis y el carbon vegetal son los medios á propósito para llenar esta indicacion.

El uso del hielo *intus et extra* presta á veces grandes servicios en la timpanitis estomacal. Los sorbetes, las bebidas heladas disminuyen las incomodidades de la dispépsia flatulenta, no solo condensando los gases, sino mas bien favoreciendo su expulsion por el estímulo que imprimen á las fibras musculares del estómago.

Los absorbentes, aun cuando no ataquen la causa de la enfermedad, remedian los síntomas mas incómodos y permiten esperar que se la combata con el tratamiento apropiado.

El *amoniaco* es el mas usual y el mas útil de estos absorbentes. El mejor medio de administrarle consiste en dar cinco gotas, cada media hora, en medio vaso de agua helada, hasta que el paciente haya tomado treinta gotas.

El *licor de potasa*, preparado segun la farmacopea de Lóndres, puede reemplazar al amoníaco en los casos de flatulencia. Se administra en dósis de 30 á 40 gotas en una infusion de cáscara de naranja (1). La solucion alcalina de Brandish es un medicamento análogo: se administran una ó dos cucharadas de las de café al dia.

El *agua de cal*, que es un absorbente muy útil, se emplea, diluida en la *mitad de agua*, á la dósis de 100 á 150 gramos.

La *magnesia calcinada* presta tambien utilísimos servicios en los mismos casos. El doctor Fonssagrives tiene la costumbre de asociar estos dos medicamentos en una pocion compuesta de: 4 gramos de magnesia calcinada, 60 gramos de agua de cal, 60 gramos de agua destilada, y 30 gramos de jarabe de azahar. Las *sales absorbentes* (creta, ojos de cangrejo, carbonato de sosa, etc.) produ-

(1) El licor de potasa se obtiene descomponiendo el carbonato de potasa disuelto en agua por la cal viva. El de la farmacopea de Lóndres pesa 1,063. Contiene habitualmente un poco de carbonato de potasa y vestigios de óxido de plomo, debidos á la descomposicion lenta del vidrio de la vasija en que se le guarda.

cen abundantes gases por su descomposicion, en presencia de los ácidos del estómago, y son en realidad mas perjudiciales que útiles. No es necesario añadir que los alcalinos absorbentes, sobre todo cuando son líquidos (licor de potasa, agua de cal), pueden emplearse en lavativa, si se trata de una timpanitis intestinal, y la forma del vientre y los resultados de la pleximetría permiten suponer que la distension gaseosa existe con especialidad en el cólon.

El *carbon vegetal*, convenientemente preparado (carbon de Belloc), puede ser muy útil en estos casos, por su notable propiedad de absorber los gases.

3.ª *indicacion.* — *Favorecer la expulsion ó salida de los gases.* — Dos clases de medios pueden concurrir á llenar esta indicacion; los medicinales, que excitan la contractilidad de la túnica musculosa, y los mecánicos.

En la primera categoría se coloca el inmenso grupo de los carminativos, que se compone de casi todas las sustancias estimulantes y difusibles, aguas destiladas y esencias de accion análoga. Las de anis, vainilla, hinojo, angélica, gengibre, comino, canela, cascarilla, melisa, manzanilla, etc., son los carminativos mas usuales.

Las fricciones simples ó aromáticas, el amasamiento moderado, los epítemas calientes, las ventosas secas aplicadas en gran número, son medios á propósito para despertar la tonicidad de las fibras musculares, y favorecer la progresion y expulsion de los gases. Los purgantes producen el mismo resultado por un mecanismo diverso. Pero estos medios son insuficientes en algunos casos, y entonces es necesario recurrir á procedimientos mecánicos de evacuacion.

La introduccion de una sonda basta á veces para disipar la timpanitis. Este medio se podria aplicar al estómago, y entonces habria que llevar una sonda esofágica hasta su cavidad; práctica justificada en los casos de asfixia inminente, y en que los demás recursos empleados han sido inútiles. El autor no considera necesario que se adapte á su extremidad una bomba aspirante, ó una jeringa para extraer los gases.

Si la pneumatose es intestinal, no hay nada mas sencillo que la introduccion de una cánula en el recto. Ordinariamente, apenas ha salvado el esfinter, se nota una

grande emision de gas. La timpanitis de la fiebre tifoídea y la que acompaña á las alteraciones digestivas de los niños durante la lactancia, exigen casi siempre el uso de este medio, á que el autor apenas deja de recurrir en estos casos. En los tifoídeos introduce una gruesa sonda de goma, todo lo mas alto posible, sin violencia, y adapta á su pabellon la cánula de una jeringa, cuyo piston está cerrado; retirando este lentamente, se llena el cuerpo de bomba de gas, y repitiendo varias veces esta sencilla maniobra, se consigue disminuir considerablemente el meteorismo.

Cuando han sido inútiles todos los medios hasta ahora indicados, y la asfixia amenaza comprometer la vida del enfermo, el práctico se encuentra en la necesidad de tomar una grave determinacion: la puncion estomacal ó intestinal, operacion usada frecuentemente con éxito en la medicina veterinaria, y que debe introducirse en la medicina humana: los casos en que ha producido felices resultados, serian mas numerosos, si no se hubiese esperado para practicarla á que los enfermos se hallasen ya en una situacion desesperada. Once veces la han ejecutado prácticos tan distinguidos como Velpeau, Nélaton, Blache, Maisonneuve, Levrat, y cinco veces el éxito ha coronado esta tentativa, atrevida sin duda alguna, pero perfectamente legítima. En Bolivia, en que es muy comun la timpanitis estomacal, la puncion es una práctica clásica, y se la considera como relativamente inofensiva. En Francia, dice Fonssagrives, no se ha ejecutado nunca la perforacion de este órgano: todas las observaciones se refieren á timpanitis de los intestinos. Todas demuestran que, cuando se observan ciertas precauciones, es poco temible el derrame, y por consecuencia la peritonitis. El caso referido por Blache es muy notable bajo este punto de vista; en efecto, su enfermo, que era un jóven, sufrió cinco punciones sucesivas, sin que se inflamase el peritoneo.

Para practicar esta operacion se emplea un trócar explorador. Si se trata de una timpanitis estomacal, el órgano se dibuja por debajo de los tegumentos, y se le punciona hácia su parte media, para evitar un punto declive que favoreceria el derrame en caso que este se pro-

dujese á la salida de la cánula. En los intestinos, el sitio de eleccion está indicado por los puntos en que las circunvoluciones forman mayor elevacion, ó en que el plexímetro revela el asiento principal del meteorismo. Se hace una incision en la piel, con una lanceta ó un bisturí. Si el vientre tiene un volúmen uniforme, se elige de preferencia la línea blanca, para que no tenga demasiada profundidad, y para evitar los vasos. Luego se introduce perpendicularmente el trócar; por lo comun se recomienda dejar la cánula en posicion una ó dos horas. Si el aplanamiento del vientre es solo parcial, y poco marcado el alivio que determina la primera puncion, es preciso renovar esta en otros puntos. Por desgracia, la necesidad de las punciones múltiples indica de ordinario la existencia de tabiques del intestino, debidos á bridas peritoneales, lo cual es un signo de mal pronóstico.

El trabajo de M. Fonssagrives ha dado motivo á una comunicacion del doctor Ripoll, á quien puede considerarse como autoridad en la materia, por padecer hace tiempo una pneumatose. A juicio de este práctico, hay gran diferencia entre *flatulencia* y *pneumatose*, y ofrece inconvenientes confundir estas dos enfermedades.

La flatulencia tiene su orígen casi exclusivo en los alimentos ingeridos, ya por su constitucion física ó química, ya por una elaboracion viciosa, efecto de trastornos funcionales.

La pneumatose, por el contrario, se desarrolla de ordinario independientemente de toda ingestion alimenticia, es casi siempre resultado de un aumento en la secrecion espontánea, y reconoce por causa primitiva una lesion funcional del sistema nervioso, ora resulte de simple perversion vital, ora se desarrolle bajo una influencia mecánica accidental interna, es decir, fisiológica, ó externa, esto es, física.

En vano, por consiguiente, se buscaria en el régimen un remedio á la pneumatose: lo contrario sucede en la flatulencia; si bien es cierto que, evitando esta, puede disminuirse la tension intestinal.

Para el doctor Ripoll, la pneumatose es en muchos casos una verdadera neurose, cuando tiene el carácter de espontánea.

Siendo las causas mas frecuentes, si no las únicas de la pneumatose accidental ó sintomática, la estrangulacion, la parálisis ó la atonía de las paredes intestinales, es lógico suponer que la neurose que nos ocupa (y los efectos de una terapéutica basada en estas ideas así lo demuestran), reconoce las mismas causas; un estado patológico preexistente, ó un obstáculo material. La pneumatose no es otra cosa que el resultado: 1.° de una atonía de la contractilidad intestinal; 2.° de una constriccion intensa.

La primera depende, ó de una subinflamacion de la mucosa, ó de la debilidad de la inervacion.

La constriccion interna, causa la mas frecuente, por no decir la única, de la pneumatose, es el *espasmo* de los orificios propios de cada una de las porciones del tubo gastro-intestinal.

La terapéutica debe proponerse este doble objeto: excitar la tonicidad, vencer los espasmos de los orificios, segun cual sea la causa del padecimiento, lo cual no es difícil de conocer.

Los absorbentes son, por lo tanto, paliativos de poquísima ó ninguna importancia en concepto del autor; porque si no se modifica la causa, los gases se reproducen, y se necesitaria que una corriente de amoníaco atravesase contínuamente el tubo digestivo, para que los fuera absorbiendo á medida que se forman.

Estudiando M. Ripoll en sí mismo y en otras personas *todos* los medios curativos recomendados, cree haber descubierto la clave terapéutica de esta misteriosa enfermedad.

La pneumatose que el autor padece corresponde á la forma llamada por él espasmódica, segun, con efecto, lo demuestra el cuadro sintomatológico en que minuciosamente describe sus sufrimientos, y que con pena renunciamos á transcribir por su demasiada extension, fijándonos únicamente en el medio curativo, con cuyo auxilio asegura que se libra *instantánea* y *completamente* de las incomodidades terribles que acompañan á los accesos con que se presenta su dolencia.

Para la pneumatose estomacal el medio es muy sencillo, y le tiene siempre á la mano. No hace mas que titi-

lar la úvula con el dedo, é inmediatamente, bajo la influencia de los esfuerzos antiperistálticos, cesa el espasmo del cardias para no volverse á reproducir por entonces, y el estómago se contrae con energía. Los gases, no encontrando obstáculo, se escapan con violencia por la boca, en cantidad prodigiosa, con un ruido considerable. Muy pronto, en lugar de gases, arroja algunas bocanadas de líquido viscoso, incoloro, ligeramente agrio, y despues de esto todo está terminado. Si tiene aun algunas náuseas, las calma en el momento con un pequeño sorbo de agua fria.

Estos esfuerzos no han alterado nunca la digestion ni producido vómitos de las materias alimenticias contenidas en el estómago.

Respecto á la pneumatose intestinal, la simple presion del abdómen, auxiliada por la ingestion de medio vaso de agua de azahar, basta de ordinario para hacerla desaparecer rápidamente. Si estos medios no dan el resultado apetecido, de seguro el mal no resiste á la introduccion de un cuerpo extraño en el ano, aun cuando sea sencillamente la cánula de una jeringa. No hay necesidad, dice el autor, de aspiracion para que se escape el gas, ni aun es preciso que el cuerpo que se introduce sea hueco; un supositorio de los comunes basta.

Las bases de la terapéutica farmacológica que establece M. Ripoll, son, con corta diferencia, las mismas que dejamos consignadas en el análisis del trabajo de Fonssagrives. Atribuyendo en algunos casos la atonía de las paredes intestinales á una inflamacion de la mucosa, considera que entonces son perjudiciales los condimentos estimulantes y aromáticos, tan útiles en otras ocasiones. Si hubiese error de diagnóstico, los efectos le harian comprender bien pronto. Proscribe tambien como perjudicialísimos en todos los casos, el *café* y el *cigarro*, sea la que quiera la forma de la pneumatose.

Termina el autor su artículo desechando en absoluto la puncion recomendada por el doctor Fonssagrives.

Siendo la pneumatose una de las enfermedades menos estudiadas y muy difícil de curar, creemos que se nos dispensará el haber dado tanta extension á este artículo,

que tiende á esclarecer esta página tan oscura de la patología y de la terapéutica.

Respecto al anatema lanzado por el doctor Ripoll contra la puncion, debemos confesar que nos parece injustificado por lo absoluto. Despues de haber agotado todos los medios, en un caso de *pneumatose asfixica rebelde*, que compromete la vida, no titubearíamos en emplear este recurso extremo como única áncora de salvacion. Afortunadamente estos casos son muy raros.

Pulmonia: semeiologia: nuevo sintoma. (*Gaz. des hop.— Gaz. méd. italiana*).

El doctor Combes de Farcé ha observado, desde hace unos diez años, un síntoma constante en la pulmonía, que no se encuentra mencionado en las obras de patología, y que tiene, sin embargo, gran valor como elemento de diagnóstico.

Desde el principio de la enfermedad y durante todo el período de incremento ó de agudeza, el sugeto experimenta calores generales ó parciales, unas veces en todo el cuerpo, otras solo en la cara ó la cabeza; sensaciones rápidas y fugaces, que duran algunos minutos y se reproducen con una frecuencia y una fuerza siempre en relacion con la intensidad de la fiebre, la extension de la flegmasía, quizás su naturaleza y los períodos de exacerbacion ó remision. El autor no ha podido obtener dato ninguno preciso acerca del número de veces que se reproducen en un tiempo dado. El calor no es, pues, siempre igual, aun en los momentos de exacerbacion; lo que explica las variaciones observadas por los médicos.

El doctor Combes deduce la importancia de este síntoma: de que es constante; de que no se encuentra en ninguna otra fiebre, en la bronquitis, ni la pleuresía, y que es fácil de apreciar cuando todos los demás signos que pueden ilustrar el diagnóstico no son bastante claros, al menos para un gran número de médicos.

El autor no trata de explicar este fenómeno; pero, sin embargo, le parece tiene su razon de ser en la congestion sucesiva del pulmon.

Se comprende que haya pasado hasta ahora desapercibido, porque no siendo una sensacion dolorosa, no llama

la atencion del enfermo, si el médico no le obliga á fijarse en ella, interrogándole directamente si ha sentido llamaradas de calor, segun la expresion vulgar, y por lo mismo fácil de comprender. Pocas veces deja de obtenerse una respuesta afirmativa.

No tenemos pruebas suficientes para negar la exactitud de la observacion del doctor Combes, respecto á la existencia de este fenómeno, como síntoma constante de la pulmonía; pero sí creemos, que no puede admitirse como signo cierto, patognomónico de esta enfermedad: primero, porque es indudable que se presenta en otras muchas afecciones, sobre todo en personas de temperamento esencialmente nervioso; y despues, porque no hay médico práctico que no conozca la grandísima facilidad con que algunos enfermos contestan afirmativamente cuando se les pregunta de un modo directo acerca de sensaciones que se supone deben experimentar; al paso que otros dicen siempre que nada sienten, aun cuando los fenómenos que en ellos se observen, proclamen á voz en grito que tiene que suceder lo contrario. Estas razones nos mueven á aceptar con mucha reserva el nuevo signo de pulmonía anunciado por el doctor Combes, que necesita una comprobacion práctica muy concienzuda y mas extensa que la personal del autor.

Orina.—Segun un artículo publicado en la *Gazeta médica italiana*, el doctor Monti encuentra, por el contrario, nuevos elementos de conviccion en la constitucion de la orina, en los casos de pulmonía. Roja, oscura y rara en el período de exudacion, su densidad se eleva de 1021 á 1032 por la presencia de una gran cantidad de materiales sólidos. La urea, el ácido úrico y los uratos son mas abundantes, mientras que los otros productos se encuentran en cantidad normal ó disminuidos, especialmente los cloruros.

En el período de estado, la orina se hace mas abundante, de color rojo claro con una reaccion mas ácida. Los demás principios constitutivos no varian; pero la albúmina aumenta.

En el período de declinacion es aun mas considerable la secrecion urinaria; el líquido es rosado, menos denso y alcalino. La urea disminuye con la fiebre; los uratos au-

mentan del mismo modo que los cloruros. En una palabra, recobra la composicion normal.

Con mucha oportunidad, dice el doctor Garnier, en su *Dict. des progrès*, etc., que si bajo el punto de vista de la urología, es interesante conocer estas modificaciones en detall, semejantes investigaciones son, por el contrario, supérfluas para el práctico que tiene en sus medios físicos de exploracion datos mas seguros de certidumbre para el diagnóstico.

Pulmonia: digital á alta dósis. (*Bull. de thér.*).

Si la idea de emplear la digital á alta dósis en el tratamiento de la pulmonía no es nueva, puesto que fué aplicada la primera vez por Rasori, que habia reconocido las propiedades contraestimulantes de este medicamento, no puede negarse que el doctor Duclós (de Tours) la ha sacado recientemente del olvido, estudiándola de un modo particular. Sus numerosos experimentos le han conducido á afirmar la eficacia de la digital en la pulmonía; conclusion igualmente formulada por el doctor Hirtz, segun ya hemos consignado en los ANUARIOS anteriores. La concordancia de los resultados obtenidos por estos dos observadores, no ha producido en la terapéutica de esta enfermedad el efecto que se debia esperar, porque se ha generalizado muy poco este método de tratamiento.

El doctor Gallard, en un artículo publicado en el *Bull. de thér*, atribuye esta indiferencia de los prácticos á que el uso de este medicamento no se fundaba en indicaciones rigurosas y precisas. Se habia aconsejado en todas las pulmonías indistintamente, y en este caso no habia ninguna razon para preferirle á otros agentes terapéuticos de eficacia mejor comprobada.

Dicho autor ha procurado fijar con mas exactitud estas indicaciones, y en lugar de buscar una fórmula única de tratamiento aplicable á todas las pulmonías sin distincion, ha tratado de determinar, segun la forma y curso del padecimiento, la intensidad y órden de sucesion de los síntomas, el estado de las fuerzas y la constitucion de los pacientes, qué terapéutica conviene aplicar en cada caso particular; lo que le ha conducido á pensar que, en

esta flegmasía, como en muchas otras enfermedades, los tratamientos mas diversos y aun opuestos pueden, no solo contar triunfos, sino encontrar aplicaciones particulares en las que cada uno será mas especialmente ventajoso. Lo difícil y lo esencial es comprender bien las indicaciones propias. Respecto á la pneumonía, estas son fáciles de apreciar, y no es raro ver, en una misma sala de hospital, someter á un pneumónico á las emisiones sanguíneas; mientras que á otro se le da el emético, al siguiente se le prescribe la quina y el vino, el aguardiente á un tercero, sin contar con los vejigatorios que podrán aplicarse á algunos. Y, sin embargo, la digital puede encontrar su indicacion en medio de una terapéutica tan rica y variada. Recordando la accion fisiológica de este medicamento, se comprenderá que ha de prestar grande utilidad en los casos en que la reaccion febril, siendo muy intensa, parece exigir el uso de los antiflogísticos, cuando la debilidad del enfermo y sobre todo el estado de depresion de fuerzas en que se encuentra, reclaman el uso de los estimulantes y los tónicos. Estos casos no son raros en la práctica; corresponden, segun el autor, á la forma de flegmasía pulmonal que se ha descrito con el nombre de *pneumonía tifoidea*.

El doctor Gallard cita como ejemplo un hecho recientemente observado en su servicio en el hospital de la Piedad:

Era un jóven de 19 años, que al sexto dia de una pulmonía del lado derecho, presentaba gran debilidad con depresion de fuerzas: 108 pulsaciones, pulso blando y depresible, y los fenómenos propios de la lesion local. Se habia aplicado un vejigatorio y administrado un julepe con 25 centígramos de tártaro estibiado.

En este dia se prescribieron 0,20 de polvo de hojas de digital en cuatro papeles, para tomar cada dos horas, y un julepe con 4 gramos de agua de laurel-cerezo.

Al dia siguiente era el mismo el estado general; pero el pulso habia descendido á 90 pulsaciones.

A las veinte y cuatro horas siguientes, habiendo continuado el mismo tratamiento, mejoró el estado general: 60 pulsaciones. Entonces se suspendió la digital y el julepe, y el enfermo continuó aliviándose progresivamente

hasta la completa curacion, verificada á los siete dias de haber empezado este tratamiento.

No cree M. Gallard que deba atribuirse accion alguna al vejigatorio y julepe con 25 centígramos de tártaro estibiado, puesto que no habia producido efecto ventajoso cuando se decidió abandonarlos, precisamente porque, en el estado de debilidad y depresion extrema en que el enfermo se encontraba, no parecia que podria tolerarles mas tiempo. Desde el primer dia, dice el autor, que prescindió de las evacuaciones de sangre como contraindicadas, y habiendo fracasado el tártaro emético, no pensó que debia recurrir á los estimulantes ó alcohol en particular; porque hallándose el paciente, á su juicio, en un estado intermedio, entre la adinamia y la ataxia, habia tantos inconvenientes en excitarle, como en deprimirle. Esto decidió el uso de la digital, aunque con gran reserva. Se prescribieron 5 centígramos de polvo de esta planta cada dos horas, con recomendacion de suspenderlo si se advertia notable sedacion del movimiento febril. Cuatro papeles bastaron para que en veinte y cuatro horas descendiese el pulso 20 pulsaciones y 48 en dos dias. La remision de los síntomas locales no tardó en seguir á la de los generales, y este enfermo á quien se creia incapaz de resistir á un tratamiento perturbador enérgico, se encontró curado en menos de una semana de una pulmonía que habia empezado del modo mas alarmante.

A pesar de las aserciones del autor, creemos que por marcado que sea el descenso del pulso en este caso y su terminacion feliz, no puede probar por sí solo la doctrina de M. Gallard. La duracion de ocho dias nada más, el uso prévio de medios activos (tártaro estibiado y vejigatorios), no dejan resaltar bastante claramente ese estado ataxo-adinámico tifoídeo, que se dice existia, ni la accion inmediata de la digital. Se necesitan, pues, nuevas observaciones antes de admitir como cierta la teoría terapéutica en cuestion.

Pulmonia: tratamiento por los alcohólicos y los tónicos reconstituyentes. (*Jour. de méd. et chir. prat.—Bull. de thér.*).

El tratamiento de la pulmonía, que algunos prácticos consideraban racional y clásicamente establecido, es

desde hace algun tiempo objeto de discusion y divergencia entre los clínicos, que mas de una vez se dejan arrastrar por el espíritu de sistema, creyendo que las enfermedades pueden curarse siempre por una misma medicacion, y olvidando la trascendental influencia que tienen en la terapéutica las circunstancias individuales, las localidades y constituciones médicas, y la índole de la afeccion. Para los que no tienen en cuenta solo la alteracion local, sino que, por el contrario, estudian mas particularmente el estado general, á fin de establecer un tratamiento conveniente en la pulmonía, nada tiene de extraño que esta se cure á veces con los métodos terapéuticos mas distintos y aun opuestos. Ni, conociendo la tendencia de ciertos estados patológicos á la curacion espontánea por los solos esfuerzos de la naturaleza, habrá que admirar los resultados de la espectacion tan elogiada por algunos prácticos en la pulmonía, cuyo tratamiento, segun estos principios, no puede ser uniforme é invariable.

Casi todos los médicos están de acuerdo acerca de este punto, y como tal es igualmente el espíritu que domina en una memoria publicada por el doctor Trastour, profesor de clínica médica en Nantes, acerca del uso de los alcohólicos á alta dósis, nos ha parecido conveniente hacer un ligero análisis de este trabajo.

Empieza el autor sentando con un excelente sentido práctico, que está muy distante de abandonar y proscribir la terapéutica ordinaria y clásica de las flegmasías pulmonales; admite la utilidad de las emisiones sanguíneas, de los antimoniales, de la digital, de los vejigatorios, almizcle, etc. Todos estos medios tienen su oportunidad, y tan incomprensible es la proscripcion absoluta de la sangría, como su uso constante y sistemático. Lo mismo puede decirse de los alcohólicos, tan preconizados por Todd y su escuela en las flegmasías y enfermedades febriles (1), y que, sin ser una panacea universal en esta clase de padecimientos, pueden prestar grandísimos servicios, cuando se estudian y fijan bien las indicaciones que reclaman su uso.

(1) V. ANUARIO, t. III, p. 420.

El doctor Trastour se ha propuesto abordar esta cuestion, consagrando una larga memoria y gran número de observaciones destinadas á establecer las ciscunstancias especiales en que están indicados los alcohólicos. Segun este distinguido clínico, su utilidad es evidente, cuando los sugetos están débiles, hay falta de reaccion, palidez del semblante, enfriamiento de la piel; cuando los esputos purulentos hacen temer la hepatizacion gris, la flegmasía es muy extensa, si hay poca probabilidad de una resolucion espontánea en la vejez, y en la depresion excesiva producida por los antimoniales: en todos estos casos la medicacion alcohólica ha producido enérgicos y rápidos efectos, ventajosísimos para los enfermos. Es imposible, dice el autor, dar reglas fijas para el uso de los alcohólicos en la pulmonía; pero todo el mundo comprenderá su utilidad, viendo el alivio que producen, y será muy fácil á un médico experimentado y juicioso detenerse á tiempo para no determinar una *irritacion pulmonal alcohólica*, mas ó menos latente.

En definitiva, el doctor Trastour no adopta ni aconseja el uso sistemático de los alcohólicos. Frecuentemente empieza el tratamiento de muy distinto modo: el tártaro estibiado, por ejemplo, unido á la digital, medicamentos que usa con feliz éxito, cuando no es posible sangrar al enfermo, ó hay ya que suspender las evacuaciones: tienen estos agentes la ventaja de disminuir en una tercera parte ó una mitad el número de las pulsaciones cardíacas. Hecho terapéutico de que podria tomar acta M. Marey, que ha notado las contracciones rápidas é inútiles que el corazon ejecuta cuando hay algun obstáculo á la circulacion pulmonal.

En presencia de una pneumonía que no camina á la resolucion, en que declinan las fuerzas del enfermo, cuando hay accidentes ataxo-adinámicos, y los medios ordinariamente empleados contra este padecimiento parecen inútiles, insuficientes ó peligrosos; ante la *depresion de fuerzas*, en fin, cualquiera que sea la causa que la produce, el doctor Trastour considera como un recurso nuevo y precioso el uso *largo y metódico* de los alcohólicos. Pero subordina siempre la medicacion al estado general mas bien que á la alteracion local; y es preciso abstenerse de

continuarla hasta la desaparicion de los signos físicos del infarto pulmonal, el que, segun los hechos citados en la memoria, puede sostenerse y aun quizás aumentarse bajo su influencia; por otra parte, este estado del pulmon no impide los progresos de la convalecencia.

El autor ha empleado en todos los casos la *pocion* de Todd, compuesta de: agua dulcificada, 100 gramos; coñac, 80 gramos, y jarabe de quina, 30 gramos. Se administraba á cucharadas de hora en hora, ó con menos frecuencia, segun los casos. Al mismo tiempo se solia dar vino y alimento á los enfermos, consiguiéndose con este método curaciones maravillosas.

Colocada la medicacion alcohólica en el terreno en que la pone el doctor Trastour, no creemos que haya inconveniente en aceptarla desde luego, toda vez que en las condiciones patológicas dichas, en presencia de los signos de depresion que hemos mencionado, ningun clínico prudente deja de recurrir á los tónicos y á los estimulantes de la inervacion. Todo se reduciria en este caso á sustituir los agentes farmacéuticos con el coñac, pero siempre proponiéndose llenar la misma indicacion.

Paréceme oportuno recordar aquí, que desde hace poco tiempo, el doctor Bennett, profesor de clínica en la universidad de Edimburgo, preconiza con grande entusiasmo la medicacion llamada reconstituyente en el tratamiento de las pulmonías.

De 129 enfermos atacados de pneumonía aguda y tratados por los tónicos y la alimentacion, no ha perdido el autor mas que 4, y aun estos han sucumbido, segun él, por otras afecciones distintas de aquella. Uno tenia una enteritis aguda; otro estaba albuminúrico, y los dos últimos fueron acometidos de una meningitis aguda. Si se compara este resultado con el de los otros métodos, cuyo número de curaciones oscilan entre siete y diez por una defuncion, no puede menos de considerarse como un hecho fabuloso. Debiendo advertir que la cuestion del diagnóstico, en los casos observados por Bennet, no debe inspirar duda alguna; porque su clínica es pública y muy concurrida; anotándose con el mayor cuidado todas las circunstancias relativas á los enfermos y la enfermedad; en una palabra, se estudia con una precision y

minuciosidad, que ofrecen en cierto modo garantías científicas casi absolutas. Deben tenerse, pues, muy en cuenta las afirmaciones de este eminente práctico, consignadas en las siguientes conclusiones con que termina la primera parte de la memoria que ha publicado acerca del tratamiento de la pulmonía.

1.° La pulmonía aguda, francamente inflamatoria, no es una enfermedad grave, aun cuando sea doble. En 125 casos de curacion, habia 26 pneumonías dobles y 15 casos de inflamacion de todo un pulmon.

2.° Los debilitantes no solo prolongan los períodos agudos de la enfermedad, sino que hacen tambien mas larga la convalecencia.

3.° La extension de la flegmasía no tiene tanta influencia como se ha creido. La duracion del padecimiento no se modifica de un modo notable porque esté inflamado un solo pulmon, ó porque se hallen interesados ambos.

4.° La idea emitida por Louis de que las pulmonías del vértice son mas graves que las de la base, es errónea: en los casos descritos en esta memoria, once veces la enfermedad estaba limitada al vértice del pulmon; sin embargo, los once enfermos curaron en menos de quince dias.

5.° En fin, con el tratamiento tónico no ha pasado una sola pulmonía al estado crónico.

Los datos de fisiología patológica en que M. Bennet funda sus doctrinas, son muy sencillos, lo cual, sin embargo, no quiere decir que sean verdaderos. Bajo la influencia de la inflamacion se forman en las últimas ramificaciones de los bronquios, productos granulosos y moleculares que se organizan. Esta exudacion, constituida al principio por células de pus y células epiteliales, acaba por transformarse en pus. Este se disgrega luego y pasa á la sangre, donde sufre una descomposicion química, y es eliminado por las vías de excrecion, especialmente las urinarias. Pero para que suceda así, es necesario primero, que la enfermedad no sea demasiado extensa, y además que el organismo tenga suficiente fuerza, sin lo cual se detienen los fenómenos de transmutacion, y entonces se hace crónica la pulmonía, ó la dificultad progresiva de la respiracion no tarda en producir la muerte. Para

sostener al organismo durante la evolucion fisiológica de estos diversos actos, prescribe el doctor Bennett leche, té de vaca (1), y luego que desciende el pulso, da al enfermo chuletas, bifteck, y 100 á 200 gramos de vino diarios.

Terminarémos lo relativo al método de Bennet con un resúmen de la estadística publicada por el autor, que comprende 1707 casos observados en un período de veinte y cinco años: de julio de 1839 al mismo mes de 1864.

Hasta 1848, que estuvo en boga el tratamiento antiflogístico, en 547 pulmonías se contaron 205 muertos, ó sea 1 : 2 ½.

Desde esta época á 1856, en que empezó á emplearse el tratamiento tónico, en 609 casos fallecieron 131, ó sea 1 : 4 ½.

En fin, desde entonces hasta 1864, en que este último tratamiento se ha empleado casi exclusivamente, 551 pulmonías no han dado mas que 71 defunciones; esto es 1 : 7 ¾; resultado muy superior á todos los anteriores.

El doctor Bennett termina invitando á todos los médicos que ejercen en hospitales, á experimentar el método de tratamiento por los tónicos y los excitantes, para resolver definitivamente la cuestion.

Pulmonía de los viejos (lobular aguda). (*Arch. gén. de méd.*).

La pneumonía de los viejos ha sido ya objeto de un gran número de trabajos sabios y concienzudos, y su historia clínica parece casi enteramente constituida. Sin embargo, existian algunos puntos en que no habia penetrado el análisis, con los rigurosos procedimientos modernos de investigacion, y era interesante buscar en los datos termométricos y en las análisis químicas nuevos signos diagnósticos y pronósticos. El doctor Bergeron ha procurado llenar este vacío en un estudio general que ha hecho

(1) El *té de vaca*, que se emplea mucho en Inglaterra, no es mas que una infusion de carne cruda mas fácil de digerir que el caldo. Se prepara con una libra de solomillo picado muy menudo y sobre la que se echa un litro de agua hirviendo. Luego se cuela y se administra en tazas, frio ó caliente, segun el gusto del enfermo, en las afecciones agudas, pulmonías, fiebres graves, etc.

de la pulmonía de los viejos, y del cual solo tomarémos lo que se refiere á las nuevas investigaciones y á las aplicaciones clínicas que de ellas pueden deducirse.

En ciertos casos oscuros en que la enfermedad permanece casi latente, se puede, segun Bergeron, encontrar en la temperatura datos bastantes para establecer el diagnóstico con certidumbre casi absoluta.

Siendo la temperatura normal de 37°,10 $^2/_5$, se ve al principio de la enfermedad, en las horas que siguen al frio, subir el termómetro á 39 $^2/_5$, 40, 41°. Esta elevacion brusca, rápida, repentina de la temperatura del cuerpo, es característica de la pneumonía en los viejos; llega á su máximum de intensidad en algunas horas, ó en uno ó dos dias.

Si, á partir de este momento, se sigue la marcha de las temperaturas, se las ve descender á 39°,$^3/_5$, 39, 38°,$^2/_5$ hasta el tipo normal. El período de defervescencia sucede muy pronto al de estado; y por lo comun, la escala termográfica vuelve á bajar bastante bruscamente despues de haber alcanzado su máximum de oscilacion (41°). A partir de 37°,1 ó $^2/_5$, se ve á la temperatura volverse á elevar de $^1/_2$ á 1°, y mantenerse así durante muchos dias. Entonces es cuando empieza realmente la convalecencia: las epistaxis, los sudores críticos, las evacuaciones alvinas no aparecen por lo comun hasta dos ó tres dias despues que el termómetro, habiendo descendido á su cifra normal, se mantiene, en una série de oscilaciones frecuentemente regulares, entre 37 y 38°.

Cuando la pulmonía debe terminar funestamente, desde el segundo ó tercer dia, se ve á la temperatura que ha llegado, á 40°,2 ó $^3/_5$, descender y subir, sin bajar nunca á menos de 39°, y en *las horas que preceden á la muerte elevarse á 40 y 41°*.

En la pulmonía catarral, la temperatura, que asciende pocas veces á mas de 39°,$^2/_5$, oscila entre 39° y 38°, con una série de oscilaciones bastante regular. Es raro que la pneumonía lobular aguda tenga esta marcha excepcional de temperatura.

Es muy curioso observar la diferencia que hay de la mañana á la noche; por lo comun (y es de un pronóstico favorable) la temperatura de la tarde es mas ele-

vada que la de la mañana, pudiendo pasar esta diferencia de 1°. Mas raramente (y esto se ve, sobre todo, en las pneumonías graves), la temperatura es la misma á una hora que á otra, ó mas alta en algunas fracciones de grado ó mas de un grado.

No parece que el tratamiento, cualquiera que sea, por la digital, el quermes, el tártaro estibiado, el alcohol á altas dósis, haya modificado estas oscilaciones con bastante claridad y constancia en los resultados obtenidos, para que se pueda atribuir á la medicacion empleada las pequeñas diferencias de 1 ó $^2/_5$ de grado.

No hay ninguna relacion constante, absoluta, entre las oscilaciones de temperatura, la lentitud y la frecuencia del pulso.

En las determinaciones termométricas precedentes, la temperatura se ha tomado siempre en el recto por medio del termómetro de Leyser.

Respecto á los datos químicos, los resultados han sido mucho menos satisfactorios. M. Bergeron ha buscado en los esputos esas cantidades enormes de cloruros alcalinos, que se decia haber encontrado, y no ha podido observar nada constante. En cuanto á las variaciones de cantidad de cloruro de sodio que se han indicado en la orina de los pneumónicos, el autor no ve en este hecho nada de especial á la pulmonía, y se inclina á darle muy poco valor.

Es muy probable que lo que le ha sucedido al autor con los datos químicos les ocurra á otros prácticos con sus observaciones termométricas.

Reblandecimiento cerebral: estudios fisiológicos y patológicos.
(Gaz. méd.).

Dos internos distinguidos de los hospitales de Paris, los señores Prevost y Cotard, han publicado, en la *Gaz. médicale*, un interesante estudio fisiológico y patológico sobre el reblandecimiento cerebral. Este trabajo no comprende la historia completa de la enfermedad, sino que tiene por objeto dilucidar algunos puntos oscuros que en ella existen.

La primera parte es una série de experimentos hechos

en animales y que los autores resumen en las siguientes conclusiones.

1.° La inyeccion en el sistema arterial de polvos finos, tales, por ejemplo, como el licopodio, diluido en agua, produce una muerte rápida, una apoplejía repentina, y la autópsia no revela generalmente lesiones apreciables, es decir, reblandecimiento.

2.° En los casos en que se practica la inyeccion con cuerpos mas voluminosos (con semillas de tabaco la han hecho los autores), tardando mucho mas tiempo en verificarse la muerte, se pueden observar lesiones bien marcadas, ya sea en el encéfalo, ya en los órganos abdominales: estas lesiones pueden compararse y aun identificarse con las que se encuentran en el hombre.

3.° Como consecuencia de las obliteraciones arteriales se produce habitualmente hiperemia y tumefaccion, fenómenos que podrian tomarse por un proceso inflamatorio, y que, sin embargo, son de muy distinta naturaleza, cualquiera que sea su explicacion mecánica.

Los señores Prevost y Cotard hacen el siguiente resúmen de la segunda parte de su Memoria á que sirven de base los experimentos fisiológicos anteriores:

La experimentacion en los animales ha permitido producir, por medio de embolias artificiales, reblandecimientos idénticos á los que se observan en el hombre, y seguir el desarrollo en sus diversos períodos. De este modo han podido los autores estudiar la hiperemia del principio, la degeneracion que la sucede; en fin, la produccion del tejido conjuntivo y la formacion de las placas amarillas que pertenecen al tercer período del reblandecimiento.

Ya se habian hecho experimentos análogos en Alemania por Virchow, Colin, Panum, etc. Pero los procedimientos empleados por estos experimentadores, producian una muerte muy rápida, no siendo posible por esta causa estudiar, en sus diversas fases, el procesus que constituye el reblandecimiento cerebral.

Siguiendo los consejos de Vulpian, que habia ya conseguido producir en un perro un reblandecimiento bien caracterizado del cerebelo, los señores Prevost y Cotard han practicado experimentos que, no determinando la

muerte inmediata del animal, les permitieron seguir el trabajo morboso en todo su desarrollo, y asimilarle los infartos que, en muchos de sus ensayos, se han producido simultáneamente en las vísceras.

Han podido establecer que ordinariamente se determina una congestion manifiesta en los puntos en que se distribuye la arteria obliterada, y han demostrado que es difícil conocer la causa de esta hiperemia en el estado actual de la ciencia. Cualquiera que sea la explicacion mecánica que se adopte, este hecho basta para asegurar que la hiperemia de los reblandecimientos rojos, en la que se habian fundado para asimilarles á las flegmasías, debe considerarse como de otra naturaleza.

Los autores han podido ver el principio del trabajo necrobiótico, y demostrar que desde el tercer dia existen cuerpos granulosos bien caracterizados y un gran número de granulaciones adiposas no aglomeradas aun y que se reunen sobre todo alrededor de los capilares, formándoles una especie de vaina. Las paredes mismas de estos vasos han presentado á veces una degeneracion gránuloadiposa consecutiva, y en un caso, aneurismas disecantes.

En fin, en un perro que sobrevivió cinco semanas á la operacion, se pudo observar como el trabajo necrobiótico terminaba en la formacion de una verdadera placa amarilla de las circunvoluciones.

El análisis de los numerosos hechos clínicos reunidos por los autores, ha permitido encontrar reblandecimientos constituidos por un procesus morboso muy análogo al demostrado por la experimentacion fisiológica.

Esta lesion del tejido cerebral pareció que podia explicarse constantemente por alteraciones isquémicas, cuyo punto de partida variaba segun los casos, y fué posible establecer cierta relacion entre ellas y los caractéres del reblandecimiento del cerebro: el punto de partida de las alteraciones se encontraba, ora en una obliteracion arterial por trombosis ó atascamiento (embolia), ora en la sola degeneracion ateromatosa de las arterias cerebrales, ora quizás en un atascamiento capilar mas ó menos generalizado. Solo en dos casos no fué posible encontrar ninguna causa á las alteraciones circulatorias; pero es fácil que pasase desapercibida la oclusion arterial.

Ninguna de las observaciones referidas por Prevost y Cotard les ha permitido atribuir con seguridad el reblandecimiento á la degeneracion ateromatosa de los capilares, y han visto que esta puede ser consecutiva: no es posible, por lo tanto, establecer nada preciso acerca de este punto.

Al procesus necrobiótico, que constituye esencialmente el reblandecimiento cerebral, vienen á veces á unirse accidentes irritativos. En algunos casos se produce inflamacion y supuracion alrededor de los infartos determinados en los perros: á estos fenómenos se podria referir la formacion de neo membranas de la dura madre, al nivel de los antiguos focos de reblandecimiento.

En la parte semeiótica de su trabajo han insistido los autores acerca de los síntomas de la isquemia cerebral: á esta causa atribuyen los vahidos y los ataques apoplectiformes seguidos de muerte rápida, sin lesion de los centros nerviosos, y que la mayoría de los prácticos han referido á la congestion encefálica. Han tratado de establecer una relacion entre la intensidad del ataque y la mayor ó menor generalizacion de la isquemia; en fin, han demostrado que la trombosis puede, como la embolia, dar lugar á accidentes repentinos.

Respecto á la parálisis, á la contractura y á los demás síntomas de reblandecimiento, nada han tenido apenas que añadir á las descripciones que se encuentran en los libros. El análisis de sus observaciones ha demostrado que la parálisis se establece por lo comun de repente y sigue raras veces un curso progresivo, de modo que es imposible fundar sobre esta marcha un signo diagnóstico de valor.

En fin, el exámen de la temperatura rectal ha puesto de manifiesto, que al contrario de lo que sucede en las afecciones inflamatorias, aquella no se eleva notablemente en el reblandecimiento del cerebro; de suerte que, si las flegmasías desempeñan un papel en esta enfermedad, es seguramente muy secundario, y el procesus que las constituye esencialmente es de otra naturaleza. Seria interesante, concluyen los autores, hacer las mismas observaciones termométricas en los reblandecimientos inflamatorios.

Reumatismo agudo: su tratamiento por el permanganato de potasa y por los vejigatorios. (*Méd. Press.—Arch. gén. de méd.*).

Todos nuestros lectores deben recordar, puesto que lo consignamos en el ANUARIO del año anterior, que el doctor Duncan, médico del hospital Adelaida, de Dublin, ha administrado en la gota crónica, y, segun dice, con muy buen éxito, el ácido clorhídrico diluido, proponiéndose, por medio de este agente, no destruir el ácido úrico que se halla en exceso en la sangre, sino restablecer la nutricion á fin de evitar que en adelante se reproduzca este aumento en la cantidad de ácido.

Recientemente ha dado cuenta el mismo médico de los ensayos que ha hecho para combatir el reumatismo agudo por el permanganato de potasa; habiéndole conducido á emplear este medicamento ideas teóricas análogas á las que le sugirieron el tratamiento de la gota, que acabamos de recordar.

El reumatismo, dice M. Duncan, parece depender, como la gota, de una oxigenacion imperfecta de la sangre, con la diferencia que aquí es, no en las materias azoadas, sino en los elementos no azoados ó hidrocarbonados. Estos últimos pasan, en el trabajo de la nutricion, por una série de estados dependientes todos de la combinacion con cantidades de oxígeno mas ó menos considerables: así se convierten sucesivamente en azúcar, ácido láctico y ácido carbónico; última forma bajo la que, despues de haber desempeñado en el organismo el papel que les corresponde, son eliminados por la vía pulmonal. Pero si estas transformaciones no se verifican de un modo completo, la sangre queda cargada de un exceso de azúcar, y entonces hay diabetes, ó de ácido láctico, en cuyo caso se produce el reumatismo. En efecto, Richardson ha demostrado que el exceso de este ácido es susceptible de determinar todos los fenómenos del reumatismo, inclusos los depósitos endocardíacos en las válvulas del corazon.

Siguiendo estas ideas, y sin proscribir, por otra parte, ninguno de los medios habitualmente empleados, que pueden encontrar su indicacion en el predominio de determinados síntomas, ha creido M. Duncan que las sus-

tancias que contienen gran cantidad de oxígeno, pero en combinacion poco estable, como el nitrato de potasa, el ácido cítrico, y sobre todo el permanganato de potasa, podrian ser útiles en el reumatismo, suministrando á los materiales hidrocarbonados contenidos en la sangre, el principio de una oxigenacion mas completa.

El autor refiere dos casos de que darémos una breve noticia. Es el primero el de una mujer robusta, de 46 años, que habia tenido ya muchos ataques de reumatismo agudo y padecia habitualmente dolores de la misma índole. Cuando entró en el hospital, el 15 de marzo, hacia ocho dias que se hallaba enferma. Dolores intensos de las articulaciones, sobre todo de los hombros y las rodillas, con tumefaccion y sensibilidad muy viva á la presion, fiebre; piel sudosa con olor ágrio; orinas ácidas. Estado estacionario al principio, despues recrudescencia, el 31 de marzo, á pesar de los diversos medios empleados (quinina, opio, belladona). Entonces se dispuso el licor de Condy (agua destilada, 1 onza; permanganato de potasa, 9 granos, segun Neligan), por dósis de media onza cada dos horas. Desde la mañana siguiente, sensible remision de todos los síntomas. Al quinto dia, habian desaparecido los dolores, era menor la frecuencia de pulso y los sudores, cuyo olor ágrio no era tan intenso; orinas menos ácidas y mas abundantes. Los dias siguientes continuó progresando el alivio, y á los nueve de tratamiento la curacion era completa, saliendo la enferma del hospital.

El segundo caso se refiere á un hombre de 26 años, de constitucion débil, que habia sufrido muchos ataques de reumatismo y se encontraba afectado de un padecimiento consecutivo del corazon. Entró en el hospital el 21 de marzo. Reumatismo articular intenso, ocupando las grandes articulaciones; fiebre, ningun resultado de la quinina, el opio y la belladona. El 4 de abril los dolores eran violentísimos, imposibilitaban toda clase de movimiento; se administró el licor de Condy. A la mañana siguiente, remision en todos los síntomas: el dia 8 ya no existian dolores, pero desgraciadamente reaparecieron el 10, y el 24 de abril, el enfermo estaba aun en tratamiento.

M. Duncan se cree autorizado por estos hechos á proseguir sus ensayos, y promete dar á conocer los resultados, que tambien nosotros cuidarémos de consignar, con tanto mayor gusto, cuanto nos parece aventurada la nocion teórica en que este tratamiento se funda, siendo preciso para aceptarla que se demostrase de un modo inconcuso que, con efecto, el exceso de ácido láctico en la sangre es la causa eficiente del reumatismo, cosa que, á nuestro juicio, dista aun mucho de estar probada.

Vejigatorios.—Hace mucho tiempo que se emplean los vejigatorios en el tratamiento del reumatismo articular para llenar ciertas indicaciones particulares; pero nunca se han usado de un modo tan absoluto y exclusivo como ahora se recomienda. Por otra parte, si el remedio no es nuevo, lo es su modo de aplicacion. Indicado hace unos quince años por un médico francés, el doctor Dechilly, ha sido preconizado de nuevo recientemente en Inglaterra con algunas modificaciones.

El método del doctor Dechilly consiste en cubrir todas las articulaciones enfermas y dolorosas, en el período mas agudo del padecimiento, con un vejigatorio bastante grande, para que pueda participar de su accion toda la sinovial. Como por lo comun el reumatismo continúa invadiendo las articulaciones sanas, se van aplicando á ellas nuevos vejigatorios á medida que se manifiesta la enfermedad. El autor ha empleado de este modo hasta 13 vejigatorios, puestos en seis veces, ya sobre articulaciones, ya sobre vainas tendinosas. Los resultados, segun dice, son muy notables. Sin embargo, el método no entró en la práctica general y quedó olvidado hasta el punto que recientemente ha podido considerarse esta medicacion como nueva en Inglaterra.

El doctor Hebert-Davies es quien primero propuso este método, que ha sido adoptado por un buen número de médicos ingleses. Su modo de proceder difiere poco del de Dechilly, segun verémos; pero hay un punto en que insisten mucho estos prácticos y que aquel no habia indicado: que el tratamiento por los vejigatorios tiene el privilegio de impedir la aparicion, ó detener el desarrollo de las complicaciones cardíacas. Hecho que, si se confirmase bien, mereceria que se fijara la atencion de los

clínicos en una terapéutica capaz de evitar tan terribles accidentes.

El punto mas importante en el método de Davies consiste en que el tratamiento es absoluta y completamente local. En los casos que refiere no administró ningun medicamento, á no ser alguna vez un ligero purgante. Donde quiera que se presentaba una articulacion inflamada, se aplicaba un vejigatorio. Estos deben ponerse alrededor del miembro afecto, no sobre la misma articulacion, sino cerca de ella. Cuando es muy extensa, como la de la rodilla, los vejigatorios han de tener dos pulgadas de ancho. Se les debe aplicar, dice este médico, «en el período de mayor intensidad de la inflamacion, cuando los dolores locales son mas vivos y la alteracion general se encuentra en su apogeo». En seguida, se ponen cataplasmas para impedir el derrame de la serosidad. En un caso aplicó el autor de este modo cerca de 300 pulgadas cuadradas de vejigatorio.

Podria creerse que, bajo el punto de vista del dolor, el remedio es peor que el mal; pero no sucede así. Los enfermos aceptan bien este método, que no ha producido en ninguno de los casos citados por Davies síntomas urinarios notables.

Segun ha observado este práctico, la orina se hace neutra ó alcalina. De modo que con un tratamiento, completamente local, se consigue producir el mismo estado en este producto de secrecion, que el que se trata de obtener generalmente con la medicacion alcalina.

M. Davies emplea los medios tópicos, porque piensa que el veneno morboso se localiza en las articulaciones inflamadas. En su opinion, la sangre no está cargada de la *materia morbifica*, sino que esta se deposita en ciertos tejidos que tienen temporalmente afinidad con ella. Entonces, en lugar de dar los alcalinos para neutralizar el *veneno ácido*, cree que se debe tratar de eliminarle por medio de los vejigatorios aplicados cerca de los puntos donde se ha acumulado.

Sea el que quiera el valor de la teoría de M. Davies, acerca de la accion de los vejigatorios, con la cual no podemos estar conformes, los resultados de la práctica son, á lo que parece, muy felices, y merecen que se ex

perimente con cuidado para comprobar, si con efecto abrevia la duracion del reumatismo y precave los accidentes cardíacos. Un gran número de prácticos ingleses han confirmado con sus observaciones los hechos anunciados por dicho autor. Parece que los casos que mejor responden al tratamieto, son aquellos en que se encuentran afectadas simultáneamente un gran número de articulaciones.

El procedimiento de Hebert-Davies difiere del de Dechilly, en que este quiere que el emplasto vesicante envuelva completamente la articulacion enferma, sirviéndole de límites la misma sinovial; mientras que el práctico inglés, por el contrario, aplica los vejigatorios en los límites de la articulacion, dándoles la forma de un brazalete ó de una liga, de 1 á 2 pulgadas de ancho, que rodea el miembro por encima ó por debajo de la articulacion. Los resultados han sido igualmente notables en uno que en otro procedimiento.

Segun vemos en una memoria publicada por el doctor Fernet, en los *Archives générales de médecine*, el método de Davies ha sido experimentado en Francia por el doctor Lasegue, en el hospital Necker. Este distinguido clínico se ha conducido del modo siguiente: desde el momento en que aparece el dolor, hace aplicar á algunos centímetros por encima y por debajo de la articulacion, un vendolete de emplasto vesicante de 4 á 6 centímetros de ancho, y bastante largo para dar una vuelta al miembro á la manera de una pulsera. Cuando, como sucede en el hombro, no es posible hacerlo así, se circunscribe la articulacion entre dos vendoletes, que se unen formando una especie de círculo irregular.

El vejigatorio se quita á las seis ú ocho horas, haya ó no levantado la epidermis. Se cura con algodon en rama sin ninguna sustancia tópica, y no se renueva este apósito. Los enfermos no se quejan apenas de los dolores ocasionados por el remedio, y cuando ya le han experimentado una vez, piden con grande instancia que se lo vuelvan á aplicar si se afecta alguna nueva articulacion.

Empleado en las diferentes formas de reumatismo articular por M. Lasegue, este medio ha producido siempre un alivio notable. En un caso francamente agudo,

en que fueron atacadas sucesivamente cuatro articulaciones en el espacio de tres semanas, la curacion se verificó sin complicaciones cardíacas.

En una mujer de 52 años, en quien habian sido invadidas todas las articulaciones pequeñas y grandes, sin que los tratamientos mas variados (sulfato de quinina, iodo, cólchico, veratrina, trementina, alcalinos á alta dósis, etc.) produjesen el menor alivio, los vendoletes vesicantes determinaron siempre una mejoría inmediata y persistente. Se aplicaron 66 vejigatorios, que representaban 18 metros de vendoletes, á los hombros, codos, muñecas, dedos y rodillas. Ninguna de estas articulaciones conservó vestigios de la afeccion, y los miembros recobraron su movilidad completa.

Temblor mercurial : bromuro potásico. (*Bull. de thér.*).

Desde que las investigaciones de Natalis Guillot y Melsens han demostrado la eficacia y modo de obrar del ioduro potásico en las afecciones mercuriales, probando que esta sal posee la propiedad de hacer solubles los compuestos metálicos que la economía puede retener, facilitando así su excrecion en estado de ioduros dobles que se eliminan con la mayor facilidad por las orinas; este tratamiento se ha hecho clásico en los casos de intoxicacion mercurial. La analogía inclinaba á pensar que el bromuro de potasio debe producir los mismos efectos; pero era necesario que la experiencia demostrase la verdad de esta suposicion. Con el fin de ir acumulando hechos, ha publicado el doctor Bricheteau la historia de un enfermo del hospital de la Caridad, á quien el doctor Bucquoy administró con éxito el bromuro potásico para combatir un temblor mercurial ya bastante antiguo.

Era un hombre de 39 años, dorador de metales, de buena constitucion. La enfermedad databa ya de seis años, habiendo empezado por temblor en las manos, que desapareció despues de un mes de tratamiento.

A los dos años se volvió á presentar, acompañado de vértigos y pérdida de conocimiento. El ioduro potásico, el sulfato de quinina y el arsénico (solucion de Boudin), hicieron cesar el temblor, pero quedando cefalalgia y

vértigos casi contínuos; en este estado se mantuvo dos años seguidos. Seis meses antes de entrar en el hospital, la cefalalgia se hizo mas intensa, y desapareció el sueño; al poco tiempo volvió á presentarse el temblor, y cuando se observó al enfermo se hallaba en el estado siguiente: temblor de las manos tan fuerte, que no puede coger ningun objeto, comer, ni escribir; temblor marcado del cuello y miembros inferiores; dolores de cabeza constantes y violentos, sin asiento fijo; insomnio pertinaz hacia seis meses; algunas alteraciones de la vista; pérdida de la memoria; un poco de dificultad en la articulacion de la palabra; inteligencia íntegra; no hay vestigios de salivacion mercurial; dientes y encías sanas.

Se prescribieron baños alcalinos y 4 gramos de ioduro potásico. No habiéndose conseguido ningun alivio se elevó á 5, y luego á 6 gramos la dósis de ioduro, tambien inútilmente. Entonces se administró una píldora de 5 centígramos de ópio todas las noches, pero sin conseguir el sueño.

Recordando M. Bucquoy las propiedades hipnóticas del bromuro de potasio, hizo suspender el ioduro, reemplazándole por una pocion que contenia 2 gramos de bromuro que debian consumirse en el dia. En aquella misma noche ya no fué el insomnio tan penoso, pudiendo descansar el enfermo cinco horas. Se continuó el mismo tratamiento durante seis dias, pero suprimiéndose la píldora de opio. El alivio fué adelantando de un modo progresivo y rápido, sin mas accidente que una bronquitis curada con facilidad por medio del kermes. A los quince dias de haber empezado el uso del bromuro de potasio, salió el enfermo del hospital sin que ya se observasen en él, del cuadro sintomatológico antes indicado, más que algunos vértigos.

Temperatura del cuerpo, como elemento de diagnóstico: termometria clínica. (*Arch. gén. de méd.—Dict. des progrès*).

La temperatura del cuerpo, medida exactamente por medio del termómetro, es un poderoso elemento de diagnóstico que puede, no solo indicar la enfermedad en su principio, con exclusion de los demás signos, sino juz-

gar, ó precisar sus fases; descubrir las complicaciones latentes; prever la terminacion, y aun distinguir y diferenciar las enfermedades entre sí. El valor de este elemento de precision aumenta á medida que se le emplea; de tal modo, que hoy no puede prescindirse de su uso.

Desde Haen, á quien se debe su primera aplicacion clínica, en 1754, la ciencia no ha permanecido inactiva; si bien los adelantos principales que se han verificado, son debidos á trabajos de autores contemporáneos. Barensprung, Traube, Michael, Wunderlich, en Alemania, extendieron y perfeccionaron el uso de este medio, pero sin generalizarle, ni sistematizarle: Parkes y Ringer, en Inglaterra, y Gavarret, Bouillaud, Monneret, Roger, etc., en Francia, se ocuparon de él en casos particulares. Al doctor Roberto Latour, que desde 1834, es decir, mucho antes que todos estos autores, se ha dedicado al estudio de la temperatura, es á quien corresponde el honor de haber extendido el uso del termómetro á toda la patología, haciendo de la calorificacion un signo distintivo entre las fiebres esenciales y las sintomáticas; las alteraciones de la sangre y de la constitucion, septicemias, toxicohemias, y las inflamaciones simples. Así es que considera la temperatura como un síntoma distintivo, absoluto, de la fiebre perniciosa, cuyo peligro es tan inmediato y que se disfraza frecuentemente bajo el velo de mil complicaciones que pueden engañar al observador.

Las variaciones termométricas del cuerpo, desde el estado de salud hasta el de gravedad, en las enfermedades, solo oscilan entre 5 y 6 grados. Bien conocidas son las causas que modifican el calor sensible de las partes sometidas al exámen: se sabe qué ilusiones pueden inducir á error al médico que explora con la mano las regiones periféricas del enfermo; y se comprende perfectamente, que ciertas sensaciones esencialmente relativas deben muy á menudo hacer apreciar mal las diferencias poco marcadas. Es, pues, de absoluta necesidad el termómetro; y, sin embargo, este instrumento no ha entrado en la práctica usual por razones fáciles de conocer, y que aun serán por mucho tiempo graves obstáculos, sobre todo en nuestro país, para que se generalice su empleo. Se necesita algun tiempo y no poco cuidado

para obtener del termómetro una indicacion exacta y definitiva, el observador tiene que tomar notas á cada experiencia; estas tienen que repetirse muchas veces, para que la observacion sea bien completa; deben trazarse líneas gráficas con un cuidado minucioso, á fin de comparar las curvas de la circulacion, de la respiracion y de la temperatura. Todo esto exige tiempo, ó el concurso de ayudantes entendidos.

El mejor medio de comprobar con exactitud la temperatura en el estado de enfermedad, cuando se trata sobre todo de no molestar, ni hacer mover al paciente, es el termómetro axilar del óptico Rohier, poco voluminoso, y por lo tanto muy portátil. En Inglaterra, donde se disputan la preferencia muchos instrumentos de este género, el de Griffin, cuya escala se extiende de 55 á 130° F., con cinco divisiones para cada grado, es suficientemente exacto, y puede servir para todas las necesidades del médico práctico. Solo hay indicacion de preferencia para la vía anal, en los viejos y en el cólera, en razon de que la superficie cutánea no da en estos casos el grado exacto de la temperatura orgánica.

Para que los datos obtenidos por este medio de exploracion tengan toda la exactitud necesaria, deben observarse ciertas precauciones, sin las que fácilmente se incurriria en error, y que creemos muy conveniente consignar aquí, extractándolas de un interesante trabajo de Sidney-Ringer, acerca de esta materia.

Se toma la temperatura en la axila, en cuya region la del estado normal es de 37°.

El enfermo debe estar en la cama, desnudo; porque de otra manera, la temperatura de la superficie del cuerpo puede ser mucho mas baja que la de las partes internas. La omision de esta regla puede producir un error de 1 á 2 grados.

Cuando se practica la exploracion, debe hacer una hora, lo menos, que el sugeto está en la cama; porque se necesita este tiempo para que la superficie del cuerpo se equilibre en temperatura.

El enfermo debe colocarse diagonalmente, sobre el lado derecho ó izquierdo. Si está echado de espaldas, con la preocupacion de sostener el termómetro, puede com-

primir el brazo con demasiada fuerza y producir de este modo una tension considerable de los bordes anterior y posterior de la axila, que se transforma entonces en una cavidad en que el termómetro se mueve libremente sin estar en contacto con la piel, lo cual sucede con especialidad en los sugetos demacrados. Por otra parte, si el enfermo se echa enteramente de lado, la extremidad libre del termómetro baja mucho; siendo entonces difícil ver los grados que marque en algunos casos: tambien la columna de mercurio se divide; una parte desciende á la inferior del tubo, y las observaciones son erróneas. Estas dificultades se evitan, haciendo que el sugeto adopte una postura intermedia; ni enteramente de lado, ni sobre la espalda; los miembros caen entonces naturalmente, y no se necesita ningun esfuerzo para retener el termómetro.

Se debe cuidar que el enfermo haya estado tapado, no teniendo expuesta al aire la axila, porque resulta un error de 1 á 2 grados. Es por esto preferible, si estaba echado de un lado, hacerle volver para tomar la temperatura en el opuesto.

Es necesario cuidar que el termómetro esté en contacto completo con la piel, y que no haya ropas que le separen del cuerpo.

Tomadas todas estas precauciones, es bueno mantener el instrumento en la axila durante cinco minutos cuando menos.

Es necesario siempre comprobar la graduacion del termómetro, porque aun los construidos por los mejores ópticos, varian frecuentemente en medio grado centígrado.

Debe notarse la temperatura dos veces al dia: á las ocho de la mañana, y á la misma hora de la tarde. Si no se quiere hacer mas que una observacion, debe preferirse la tarde; porque es cuando se nota mayor elevacion.

Entre los numerosos trabajos que se han publicado, acerca de la termometría clínica, en 1866, debe señalarse en primer término una tésis del doctor Armetirding Compton, sostenida en Dublin, acerca de la temperatura en las enfermedades agudas. Fundada en 200 observaciones recogidas en los hospitales ingleses, de ellas 125

en S. Bartholomew's-Hospital, con la temperatura tomada diariamente y casi á la misma hora, y comprendiendo 60 casos de tífus, 30 de fiebre tifoídea, 20 pulmonías, 15 escarlatinas, y además reumatismos, erisipelas, etc., tiene un gran valor, demostrando con pruebas perentorias, que una temperatura de 40° centígrados basta para establecer un diagnóstico grave, aun cuando todos los demás signos tiendan á demostrar lo contrario y *vice-versa*. De una tabla estadística parece resultar tambien un grado fijo de temperatura para cada enfermedad, sin que la estacion ni la edad la modifiquen sensiblemente. Del mismo modo se fijan sus variaciones en los diversos períodos; pero por elevada que sea, la temperatura sola no podria anunciar con seguridad una terminacion fatal, ni una curacion segura.

Resulta igualmente de estas observaciones la correlacion habitual de la elevacion del pulso con la temperatura, pero sin ser constante. Un estudio comparativo bajo este punto de vista permite separar definitivamente el *tífus-fever* de la fiebre tifoídea, en cuanto á su naturaleza y su patogenia, demostrando sensibles diferencias de temperatura y de pulso entre estas dos afecciones.

Estas proposiciones capitales, apoyadas en ejemplos numerosos, constituyen el fondo de dicho trabajo en favor del uso clínico del termómetro. Se encuentran en parte confirmadas por las observaciones del doctor Liebermeister, *sobre los efectos de la elevacion de temperatura en la fiebre*. La frecuencia de pulso, sin ser exactamente proporcional á la calorificacion, se encuentra, sin embargo, subordinada á ella en gran manera, segun resulta de una tabla estadística de 2180 observaciones clínicas. Parece que conviene distinguir los casos para establecer la justa relacion de este aumento de temperatura con el pulso. M. G. Bergeron no ha encontrado una proporcion constante, absoluta, entre las oscilaciones de temperatura y la lentitud ó frecuencia del pulso en la pulmonía de los viejos, mientras que ha observado la misma marcha del ascenso de temperatura que en el adulto. «En la pneumonía, dice el doctor Compton, hay una temperatura elevada desde el segundo dia, con su máximum del tercero al cuarto, y un descenso igualmente rápido.» Existe, pues,

al menos aquí, una excepcion fija á esta relacion de la temperatura con el pulso.

A propósito de pneumonía, es esencial no confundir por el grado de temperatura la forma idiopática con la sintomática de la fiebre perniciosa, indicada por Roberto Latour. Es siempre mas elevada en este último caso, y podria no tener la misma relacion con el pulso.

Segun Liebermeister, á una elevacion excesiva de la calorificacion, debe referirse la malignidad en todas las enfermedades en que se observa. Los accidentes cerebrales serian consecuencia directa de su persistencia y de sus efectos dinámicos sobre el corazon. Se sabe, en efecto, que la gravedad del pronóstico es proporcional á este aumento de la temperatura, y que la muerte sobreviene con mucha rapidez cuando se eleva á 42° C. (*Arch. gén. de méd.*). Parece tambien que asimila el efecto al del calor solar, como lo hace muy explícitamente Barudel para las fiebres remitentes de la primavera y del principio del estío en Roma, en las cuales, dice, la temperatura animal oscila en 3 á 4° por encima de la cifra normal, mientras que en las fiebres regladas, perniciosas, tifoídeas, llega hasta 6°. Y esta diferencia es tan constante y marcada, que ha podido servir al sabio médico militar para establecer desde luego el diagnóstico diferencial de estas pirexias, así como instituir el tratamiento que á cada una conviene. (*Mém. de méd. mil.*).

Si, pues, los efectos son tan distintos en un mismo lugar, la causa lo es tambien. De aquí la diferente etiología admitida por Roberto Latour. «Cualquiera que sea la causa de la elevacion del calor orgánico, flegmasía local ú otra, dice, si la sangre conserva su composicion normal, esta elevacion no pasa nunca de 2°, y entonces es el móvil el agente vital de la funcion calorífica; es decir, el aparato nervioso ganglionico. Para que suba más, es preciso que el líquido sanguíneo sobre que este aparato ejerce su accion, esté alterado en su composicion íntima, como sucede cuando existe una fiebre esencial.»

Sea la que quiera, por otra parte, la causa de esta diferente elevacion de temperatura y el mecanismo bajo el cual se reproduzca, queda probado, por confesion de todos los observadores, que puede servir por sí sola para

fijar el diagnóstico diferencial de las diversas pirexias y flegmasías, y aun puede auxiliar al pronóstico, por sus relaciones con el pulso, y descubrir complicaciones latentes. El conocimiento del grado de temperatura y de su curso en las diversas enfermedades es, pues, de un grandísimo valor práctico.

De las tablas estadísticas del doctor Compton, resulta que la temperatura, en la fiebre tifoídea de forma grave, se eleva comunmente á 103, 104 y aun 105° Farenh. (de 39°,45 á 40°,55 C.), mientras que el máximum es siempre inferior en el *tifus fever*. Lo contrario sucede en la forma leve; pero hay durante el curso oscilaciones de esta elevacion del calor animal de caractéres muy distintos.

Así es que, en la pneumonía aguda, se eleva desde el segundo dia, y llega á su máximum de 104 á 105° F. (40° á 40°,50 C.), en el tercero. En el reumatismo articular agudo, varía de 99 á 102° F. (37°,22 á 38°,88 C.), y persiste así durante muchos dias, mientras que sus variaciones diarias son de 4 á 5° F., en la erisipela de la cara, y mucho más en los diferentes períodos.

Esta diferencia se nota, sobre todo, en la amigdalitis. Cuando es idiopática, no da lugar mas que á una elevacion de temperatura de 100° F. (37°,77 C.), al cuarto dia, mientras que en la de la escarlatina sube á 104°; es decir, 40° C., desde el tercero. Y estas diferencias son igualmente marcadas en muchos otros casos. Que se forme, por ejemplo, un absceso en la inmediacion de una arteria, y la apariencia de un aneurisma podrá hacer muy difícil el diagnóstico. La elevacion de temperatura bastará para desvanecer todas las dudas antes de que se haya manifestado fluctuacion.

Las investigaciones practicadas en un gran número de puérperas han demostrado que en este estado el máximum de temperatura es de 37° C., y que cuando se eleva de 38 á 39°, se puede sospechar, segun el doctor Schroder, alguna complicacion.

Para juzgar exactamente de la temperatura humana, es necesario tener en cuenta la influencia que pueden ejercer sobre ella los medicamentos, la digestion y muchas otras circunstancias. La ingestion del alcohol la disminuye inmediatamente, segun los experimentos de Rin-

ger y Rickard, del mismo modo que un dolor violento, una operacion, un traumatismo profundo. Y mientras que el vino de Oporto la hace descender, como el alcohol, una mixtura de éter y amoníaco, el espíritu de alcanfor, así como la tintura de belladona y ácido prúsico medicinal, la elevan generalmente durante un tiempo muy corto. La utilidad de estos conocimientos es evidente para no cometer errores respecto á este punto, en el tratamiento de la pneumonía por los alcohólicos y muchas otras enfermedades.

Tales son los datos que resultan de los trabajos publicados en Francia, Inglaterra, Alemania, Italia, sobre este objeto de actualidad durante el año, y que hemos tomado del excelente artículo de M. Garnier, inserto en el *Dictionaire des progrès des sciences et institutions médicales.*

Tisis: investigacion del tejido pulmonal en los esputos. (*The. Lancet*).

El procedimiento empleado hasta ahora para comprobar la existencia del tejido pulmonal en la expectoracion, consistia en extender esta materia en una superficie plana, y coger con la punta de una aguja todas las porciones que parecian contener fibra elástica. El doctor Samuel Fenwick ha obtenido resultados desconocidos con el uso de un nuevo método. Disuelve los esputos en una solucion de sosa pura, llevando la temperatura hasta la ebullicion; echa en seguida el líquido en una copa cónica, de modo que los paquetes de fibras elásticas se precipitan al fondo. Entonces se coloca el precipitado en el campo del microscopio, como para el exámen de los sedimentos de la orina. Por este medio ha conseguido el doctor Fenwick encontrar fácilmente $^1/_{100}$ de grano de tejido pulmonal, despues de haberle mezclado con el moco bronquial; ha descubierto hasta $^1/_{4000}$, y aun $^1/_{6000}$ de grano, en la materia de los esputos.

De cien ensayos hechos con esputos procedentes de tísicos, ó que se creia que lo eran, ha recogido el autor partículas de tejido pulmonal, en el órden de frecuencia siguiente:

De 23 casos en que se sospechaba la existencia de tubérculos en primer grado, en 13 los esputos contenian

tejido pulmonal, y en 7 no habia signos físicos de tuberculizacion, que podia sospecharse únicamente por los síntomas generales; por consiguiente, no existia vestigio alguno de tejido pulmonal en la expectoracion. En 16 casos, los signos estetoscópicos permitian creer en la existencia de los tubérculos; así es que trece veces se encontró la fibra elástica en el moco.

En 24 enfermos, en quienes la auscultacion y la percusion demostraron el reblandecimiento de los tubérculos, siempre se halló tejido pulmonal en los esputos. En 15 observaciones en que eran dudosos los signos físicos, siete veces se encontraron, por medio del microscopio, las señales de la ulceracion.

En 35 casos, el estetóscopo indicaba la existencia de cavernas, y siempre se encontraron fragmentos de tejido pulmonal en los esputos, mientras que dos veces en que el autor diagnosticó una dilatacion bronquial, el resultado del exámen microscópico fué negativo. En 69 enfermos contó el número y apreció el volúmen de los fragmentos expulsados. En un caso en que la tos habia durado doce horas, pudo reunir hasta 800 fragmentos en la materia de la expectoracion; y frecuentemente, se encontraron 50 ó 60 fragmentos, aun cuando los signos estetoscópicos no indicaban una desorganizacion avanzada.

La proporcion de los tubos bronquiales era menor en el período de reblandecimiento, elevándose, sobre todo, cuando la auscultacion indicaba la existencia de cavernas. Al principio de la enfermedad es cuando se presentó mayor cantidad de células aéreas aisladas, sucediendo lo contrario en las cavernas.

La existencia de fragmentos microscópicos de tejido pulmonal en los esputos podrá, si las observaciones del autor se confirman, ser un nuevo signo de tuberculizacion pulmonal, en algunos casos en que los demás fenómenos pueden dejar lugar á dudas, y bajo este punto de vista no carecen de interés los estudios del doctor Fenwick, que desearíamos ver repetidos por otros micrógrafos.

Triquinosis. (*Bull. de l'Acad.—Gaz. hebd.—Gaz. méd.—Press. méd. belge.—Jour. de méd. et chir. prat.*).

Las nuevas y graves epidemias de triquinosis observadas en Alemania; la extension de este padecimiento á comarcas donde hasta ahora no se habia presentado, y la importancia que dan á su estudio los prácticos mas ilustres de estos países, han hecho que con justo motivo se alarme y preocupe la opinion pública en algunas naciones de Europa, y se presenten á la ciencia nuevos y difíciles problemas que resolver.

Despues de la célebre observacion de Zenker, de que ya dimos cuenta en nuestro ANUARIO del año anterior, página 184, y que tanto llamó la atencion del mundo médico en todas partes, pero singularmente en Alemania, como que en ella ha tenido orígen el conocimiento de la triquinosis, como entidad patológica; se han publicado en gran número, no solo observaciones aisladas, sino relaciones de verdaderas epidemias de triquinos, algunas de las cuales pueden figurar entre las calamidades mas terribles que afligen á los pueblos.

No mencionarémos aquí todos estos trabajos, porque solo su enumeracion exigiria un espacio de que no podemos disponer, y careceria por otra parte de interés, dando lugar á cansadas repeticiones. Baste consignar que, segun los documentos reunidos por el erudito cuanto malogrado doctor Fritz, se elevan á 2000 los casos de triquinos observados casi todos en Alemania, en el espacio de cinco años; y que esta cifra es seguramente muy inferior á la realidad, pues bien se comprende los infinitos enfermos en quienes, por mil circunstancias diversas, no se habrá sospechado la existencia de los terribles parásitos. Esto explica la emocion que se ha apoderado de las poblaciones alemanas y de otros países, y los esfuerzos de los sabios para determinar los medios de reconocer la triquinosis del cerdo; las condiciones en que las carnes infectadas no ofrecen peligro; y por último, la manera de expulsar los triquinos intestinales, y de hacer morir los que se hallan alojados en los músculos. Y esto explica tambien el interés preferente que la prensa científica y algunos gobiernos justamente preocupados con su gravedad,

han concedido á esta cuestion que de tal manera afecta á la salud de los pueblos.

En la imposibilidad de analizar detalladamente todos los trabajos que acerca de este punto han visto la luz pública en el año que acaba de terminar, pero deseando que nuestros lectores estén al corriente de los progresos que vayan haciéndose en la resolucion de este importantísimo problema patológico; reunirémos en una historia general, tan completa y exacta como sea posible, las noticias mas importantes que encontramos diseminadas en multitud de memorias, artículos y notas diversas, sirviéndonos de base principalmente la Memoria presentada por el doctor Delpech á la Academia de Paris; los interesantes y sustanciales artículos publicados por M. Fritz, en la *Gaz. hebd.*; la excelente obra del doctor Kestner, y las cartas del eminente anatómico doctor Lebert, de Breslau, insertas en la *Gazette médicale de Paris*.

Comisionado por el gobierno francés el doctor Delpech, en union con M. Reynal, profesor de la escuela de veterinaria de Alfort, para ir á Alemania á estudiar la triquinosis en el hombre y los animales, han podido recoger, en el desempeño de su mision, todos los elementos que hoy posee la ciencia acerca de esta interesantísima cuestion, aprovechándolos el doctor Delpech para presentar á la Academia un estudio completo de la triquinosis, considerada bajo sus diversos puntos de vista.

Prescindirémos de la parte histórica de esta enfermedad, que si hubiera de hacerse completa, ocuparia muchas páginas, apartándose un tanto del carácter eminentemente práctico de nuestro libro, para entrar desde luego en su descripcion.

De los triquinos y de su desarrollo.—Segun ya manifestamos en nuestro último ANUARIO, la casi totalidad de los observadores han colocado el triquino en el grupo de los *nematoideos*, á los que se aproxima mucho por su organizacion. Desde Owen forma un género nuevo, constituyendo en él una sola especie. Pagenstecher ha hecho una familia aislada con el nombre de *Trichinidæ*, familia constituida por un solo género y por una sola especie. No obstante, Diezing le clasifica en el género *Prosthecosacter*, y Davaine ha propuesto hacerle entrar en el género

Pseudalius de Dujardin. Sin descender á estas discusiones de importancia secundaria, M. Delpech le conserva, con la generalidad de los observadores, el nombre de *Trichina spiralis*.

El triquino es uno de esos entozoarios que no ha sido bien conocido hasta los descubrimientos modernos, y particularmente los admirables estudios de Van-Benede y de Küchenmeister, los cuales han demostrado, que no puede sufrir todas sus transformaciones sino á condicion de habitar sucesivamente en el organismo de dos animales pertenecientes, segun los casos, á la misma especie, ó á especies distintas.

Nacido en un primer animal, en cuyos músculos habita en estado de *larva asexuada*, ó mas bien, incompletamente sexuada y estéril; no llega á su completo desarrollo, ni se hace apto para la reproduccion, hasta que no pasa á los intestinos de un segundo animal, en cuyo estómago penetra con la carne muscular que le contiene.

Debemos estudiarle en cada uno de estos estados.

Triquino enquistado, ó triquino muscular.—En esta forma es en la que se le ha descubierto por primera vez; y en efecto, es cuando puede observársele con más facilidad. Ocupa siempre la fibra muscular estriada, á excepcion de las del corazon, en que no se le ha visto nunca, á pesar de lo que en contrario diga algun autor. El mismo Virchow, que en otra época habia citado un ejemplo, hoy cree que la exclusion es absoluta; y que aquel, como otros casos, son hijos de un error fácil de explicar, porque cuando se estudian los triquinos, dice este sabio, el observador está rodeado de ellos por todas partes, y es muy posible transportar alguno á una preparacion que no los contenia. Se ignora la causa de esta inmunidad del corazon, tanto mas notable, cuanto que es muy frecuente encontrar embriones en el interior del pericardio durante el período de emigracion.

Segun los trabajos de Leuckart, en las condiciones ordinarias los triquinos son invisibles, no por su tamaño, sino por su perfecta transparencia. Están frecuentemente encerrados en una cápsula ó quiste, especie de bolsa sin abertura, que adquiere á menudo un desarrollo y espesor considerable. Mientras que está incompletamente forma-

da, apenas se percibe. A medida que se organiza, se engruesan sus paredes, se infiltran de sales calcáreas, y entonces se hace opaca, y aparece á la simple vista en forma de un cuerpo blanquecino, y muchas veces negruzco, cuando se examina al microscopio; siendo imposible, en un grado avanzado, percibir el parásito. El ácido acético ó el clorhídrico, diluidos, disuelven las sales calcáreas y devuelven la transparencia á las paredes. Segun algunos observadores, y en particular Bristowe y Rainey, los triquinos mismos pueden sufrir la degeneracion cretácea. Segun Virchow, por el contrario, una vez muertos, se disgregan y se les halla infiltrados de materia grasa.

En la cavidad de los quistes se encuentran uno, más raramente dos, y aun tres triquinos arrollados sobre sí mismos, en la forma de un muelle de reloj. En estado de larva, tienen de 5 á 8 décimos de milímetro de longitud, y 1 milímetro en su mayor desarrollo. Presentan dos extremidades: una anterior afilada, correspondiente á la boca, y otra posterior obtusa, al ano.

Triquino intestinal.—Cuando el triquino enquistado penetra en el tubo digestivo del hombre ó de un animal, sufre transformaciones importantes. Los jugos gástricos disuelven rápidamente la envoltura quística que rodea al entozoario; y este, sobre el cual no ejercen ninguna accion aquellos líquidos, queda en libertad y pasa muy pronto á la primera porcion del intestino delgado. Se desenroscan y mueven libremente en el moco intestinal, adquiriendo dimensiones cinco ó seis veces mayores que las que tienen de ordinario en el interior de los músculos. Los machos, que son mas raros, llegan á tener $1^{mm},50$ próximamente, y las hembras, mucho mas numerosas, 2 ½ y aun 3 milímetros. Entonces es fácil percibirles á simple vista en un líquido transparente en forma de pequeños filamentos blancos. Aquí es donde llegan á su desarrollo sexual completo, empezando á verificarse la fecundacion de las hembras á las cuarenta y ocho horas, y el nacimiento de los nuevos triquinos al fin de la primera semana. Los embriones, que nacen vivos en un número prodigioso, se escapan inmediatamente para perforar las túnicas intestinales, y las penetran con bastante

rapidez para que sea difícil encontrarlos libres en la cavidad del intestino.

Emigracion de los embriones.—Estos tienen, en el momento de su nacimiento, de 8 á 12 centésimos de milímetro; luego que se encuentran en el tubo digestivo, perforan sus paredes y se encaminan por la vía mas corta hácia el parénquima de los músculos. El doctor Zenker cree que, penetrando en el interior de los vasos, son arrastrados por el torrente circulatorio á los diferentes puntos del sistema muscular; opinion que parece haber sido desmentida por las observaciones de Virchow y Pagenstecher.

Una vez allí, penetran en los haces primitivos; les imprimen ciertas modificaciones patológicas; caminan con rapidez desde la raiz de los miembros hácia las extremidades; y tienden á acumularse en la proximidad de las inserciones tendinosas, como si estas les detuviesen en su camino como una barrera insuperable. De este modo llegan á músculos que parece deberian estar completamente al abrigo de su invasion, y se los encuentra en abundancia, en los del ojo, y aun en los del oido medio. Una vez fijos en el punto en que deben enquistarse, se enroscan sobre sí mismos y adquieren el desarrollo que sus padres habian alcanzado en el mismo medio, cubriéndose poco á poco con la cápsula de envoltura, y permaneciendo en este estado de larva hasta tanto que á su vez vuelven á ser introducidos en el tubo digestivo de un hombre ó un animal.

Aun cuando no hay datos bastantes para fijar la duracion de la vida de los triquinos enquistados, Virchow, Vergner, Tingel y Middeldorpff refieren casos de haber encontrado vivos los entozoarios, á los seis, diez, catorce y veinte y cuatro años despues de la época en que se suponia haber tenido lugar la infeccion.

Si es notable la duracion de la vida de los triquinos, no lo es menos su resistencia á las causas de muerte. Siguiendo á M. Delpech, estudiarémos en la terapéutica y y profilaxis, la accion que ejercen sobre estos entozoarios los compuestos químicos, los medicamentos parasiticidas, la elevacion de temperatura y la electricidad, citando aquí algunas observaciones que no podrian tener cabida en estos capítulos.

Despues de haberlos tenido expuestos toda una noche á un frio de—18°R., ha observado Rupprecht que los triquinos enquistados conservaban sus movimientos: Leuckart pudo infectar un conejo con carne triquinada, que habia permanecido por espacio de setenta y dos horas á una temperatura de—20° R. Las mismas observaciones ha hecho Pagenstecher.

Se encuentran triquinos vivos en la carne muscular, aunque esta haya sufrido una descomposicion pútrida muy avanzada.

Los animales que hasta ahora se han visto afectados de triquinosis, sin que se sepa cómo la han contraido, pertenecen á los *carnívoros* ó á los *omnívoros*: los principales son: la rata, el raton, el gato, la zorra, el erizo, el tejon, y por fin, el cerdo. Hay muchos otros á quienes se puede trasmitir la enfermedad por inoculacion artificial, como el conejo, por ejemplo, que es el que de ordinario sirve para los experimentos. El cerdo es, pues, casi el único que puede contraer espontáneamente el padecimiento y trasmitírsele al hombre.

Triquinosis en el hombre.—Como ya hemos indicado, si se exceptúa la observacion de Wood, el primer caso de triquinosis humana en estado agudo, ha sido observado por Zenker. Despues los hechos se han multiplicado con bastante frecuencia, para que en la actualidad sean bien conocidos los síntomas de la enfermedad.

Estos síntomas corresponden de un modo muy preciso á los diversos períodos de la emigracion parasitaria. Las etapas sucesivas de los triquinos se han dividido en tres fases, que los autores alemanes designan con los nombres siguientes: 1.° *stadium prodromorum et infectionis* (Bœhler); *stadium ingresionis* (Rupprecht); 2.° *stadium inmigrationis* (Bœhler); *stadium digressionis* (Rupprecht); 3.° *stadium obvelationis* (Bœhler); *stadium regressionis* (Rupprecht).

Síntomas de la triquinosis.—A estos tres estadios corresponden, bajo el punto de vista de los síntomas, los tres períodos siguientes: 1.° *período de irritacion gastro intestinal*; 2.° *período de irritacion muscular*; 3.° *período de anasarca ó de edema anémico*. El doctor Fritz admite además, con muchos autores alemanes y con M. Kestner, un *período tífico* que no es constante; pero que existe, sin em-

bargo, en la mayor parte de los casos graves, y corresponde á la segunda parte del *stadium inmigrationis*.

1.° El *período de irritacion gastro-intestinal* es comun á todos los casos ligeros, medianos ó graves; pero se presenta con caractéres muy variados.

La mayoría de las veces los accidentes no empiezan hasta el tercero ó cuarto dia despues de la ingestion de los triquinos. En otras ocasiones, probablemente cuando ha sido muy considerable el número de los parásitos ingeridos, los síntomas gastro-intestinales se presentan á las pocas horas. Parece que se producen desde el momento que los triquinos son puestos en libertad por la accion de los jugos digestivos sobre las cápsulas ó quistes que los envuelven. Tienen de ordinario bastante intensidad.

La gravedad de los fenómenos de este período es en extremo variable. En algunos enfermos son tan ligeros y fugaces, que pasan completamente desapercibidos, y los fenómenos de emigracion se manifiestan, al parecer, de repente. No obstante, interrogando con cuidado á estos sugetos, se descubre al fin que las funciones digestivas han presentado algunas ligeras alteraciones durante la primera semana; digestion difícil, indigestion, incomodidad en la region epigástrica, etc.

En otros casos, los accidentes son los de una saburra gastro-intestinal, caracterizada, segun Kestner, por estreñimiento, anorexia, lengua más ó menos sucia, pero siempre húmeda; laxitudes espontáneas y escalofrios. Esta forma ligera no impide siempre á los sugetos entregarse á sus ocupaciones.

En bastantes epidemias, los accidentes gastro-intestinales han sido mucho mas graves en ciertos enfermos. Por lo comun, á las cuarenta y ocho horas, á veces mucho mas pronto, á las ocho ó diez, los pacientes son acometidos de náuseas, eructos, dolores gastrálgicos, cólicos violentos, vómitos biliosos ó alimenticios, diarrea abundante; lengua muy saburrosa, aliento fétido, anorexia absoluta, pulso pequeño, sin ser muy frecuente; los enfermos experimentan un gran malestar, abatimiento general, escalofrios seguidos de calor, y á veces sudores sumamente copiosos; cefalalgia gravativa, vértigos, insomnio pertinaz;

en ciertas epidemias los síntomas de irritacion intestinal adquieren proporciones considerables, en términos que, por su intensidad y por su forma, se les ha tomado por el principio de una epidemia colérica: así sucedió en Heldersleben, donde varios médicos calificaron de cólera los accidentes observados.

La semejanza era, á lo que parece, tan grande, que Kratz y Rupprecht, que han insistido mucho sobre este punto, no encuentran caractéres diferenciales suficientes, ni en la naturaleza de las evacuaciones, ni en los diversos síntomas secundarios del cólera. Los autores citados creen que puede servir como signo para el diagnóstico una sensacion particular de tension dolorosa, análoga á la de un cansancio excesivo, que los enfermos sienten en las extremidades, y que se aumenta por los movimientos, sobre todo los de extension, y por una presion ligera. Se trata aquí, evidentemente de un síntoma distinto de los dolores musculares, que se observan en el segundo período; en efecto, no puede ser debido á la emigracion de los triquinos. M. Rupprecht se inclina á creer que es un fenómeno reflejo. Pero sea de ello lo que quiera, no parece que este signo debe tener la importancia que tratan de atribuirle los autores citados.

Los accidentes gastro-intestinales que acabamos de enumerar duran algunos dias, hasta el fin de la primera semana despues de la ingestion de los triquinos; luego se desvanecen, ó bien persisten mas tiempo, sobre todo la diarrea.

Es raro que sean bastante graves para producir la muerte; sin embargo, la han ocasionado algunas veces, verificándose entonces la terminacion fatal hácia el sexto dia.

Este período dura un septenario próximamente.

2.° *Período de irritacion muscular (periodo de emigracion de los embriones).*— Comienza con la penetracion de los embriones en el tejido muscular. El doctor Kratz, de Hedersleben, insiste mucho en una sensacion de debilidad general que precede á todos los otros síntomas. Rupprecht la concede tambien grande importancia. Ora hayan cesado completamente los accidentes del primer

período, ora persistan algunos de sus síntomas, se presenta, por lo comun, al principio del segundo septenario (á veces mas tarde, á los once ó veinte y un dias), en los casos benignos, un edema de la cara, que empieza generalmente por los párpados y se extiende luego á la frente y las mejillas, raras veces á los labios. A este edema facial, que casi nunca falta, es al que ha dado Virchow el nombre de *edema colateral*. Es el carácter seguro de la presencia de los embriones en los músculos. Depende al parecer del obstáculo que la circulacion sanguínea encuentra en estos órganos inflamados, tumefactos á consecuencia de la emigracion de los parásitos, ó quizá por efecto de las trombosis venosas que se forman, como resultado de las alteraciones de la fibra contráctil. Este obstáculo, en la circulacion de las partes profundas, produce una distension necesaria de los vasos superficiales, y el nombre de *edema colateral* da una idea muy exacta de su mecanismo. Fácilmente se comprende que las nuevas condiciones mecánicas de la circulacion no tardan en establecer una especie de equilibrio artificial, aun antes que la miositis haya recorrido todas sus fases, y entonces el edema facial puede disiparse pasado algun tiempo, de cinco á siete dias por lo comun. No todos los autores dan esta explicacion, debida á Virchow, de la génesis del edema; los hay que creen, con Kestner, que el trabajo inflamatorio desarrollado por la presencia de los parásitos en la fibra muscular primitiva y en el miolema, produce una exudacion sero-albuminosa, de donde resulta la tumefaccion edematosa del tejido celular laxo de los párpados y de la cara, que tan fácilmente se presta á las infiltraciones. Este edema llega á su máximum de intensidad en los indivíduos linfáticos ó de piel transparente; le acompaña ó le precede una sensacion de rigidez ó tension. No se observa rubicundez, ni por lo comun dolor propiamente dicho; algunos enfermos, sin embargo, experimentan dolores bastante notables al contraer los músculos de la cara.

La conjuntiva palpebral y ocular participa tambien de la influencia de las alteraciones circulatorias, y es asiento de una hiperemia mas ó menos intensa; en ocasiones

hasta se observa el quémosis; los ojos están inyectados y llenos de lágrimas; los movimientos son dolorosos, y rara vez faltan la fotofobia y la midriasis, síntomas todos que indican la invasion de los triquinos en los músculos de la órbita. El exámen oftalmoscópico ha demostrado la existencia de un edema especial de la papila del nervio óptico; los vasos de la retina están sinuosos é infartados de sangre.

El edema facial no ofrece por sí peligro alguno. Pero no sucede lo mismo con las sufusiones serosas, que pueden producirse en las meninges, el tejido submucoso de la laringe y el pulmon: son felizmente raras en estas regiones.

El edema de las meninges se desarrolla, segun Rupprecht, á consecuencia de una invasion numerosa de los parásitos en los músculos del cuello, y del obstáculo circulatorio que se produce por esta causa. No obstante, como se ha presentado en ocasiones en la cuarta semana, puede creerse que tiene alguna parte en su orígen la alteracion de la sangre.

En estas mismas condiciones se ha observado á veces el edema de la glotis. La ronquera simple, que es un síntoma muy frecuente en este período de la triquinosis, no tiene nada de comun con esta terrible complicacion; depende únicamente de la presencia de los triquinos en los músculos de la laringe. En este caso, puede verificarse la infiltracion del tejido celular laxo de los repliegues aríteno-epiglóticos y el edema de la glotis. Al mismo tiempo que se desarrolla el edema colateral, los enfermos experimentan una laxitud cada vez mayor en los miembros; la fiebre, que en muchos habia empezado desde el fin del primer septenario, se hace mas intensa; hay vértigos, el sueño es agitado, ó completamente nulo, menos en los niños, que suelen estar soporosos.

Los síntomas intestinales conservan, por lo comun, el carácter que tenian en el primer período, aunque menos intensos.

La piel se cubre de sudores profusos, contínuos, ácidos y de un olor muy desagradable; se presentan, por lo comun, en una porcion limitada de la piel, y parece que son debidos á la invasion parcial y sucesiva de las

diversas regiones musculares. Se acompañan generalmente de una erupcion de vesículas miliares ó de forúnculos.

Los síntomas que acabamos de describir no son mas que una consecuencia indirecta, un accidente, en cierto modo, de la miositis traumática; pero esta tiene además fenómenos propios, y que se manifiestan, sobre todo, durante el segundo, tercero y principio del cuarto septenario, en cuya época empieza la capsulacion, que sustrae las fibrillas musculares á la accion irritante de los triquinos. Los músculos del cuello, del dorso y de las extremidades se hinchan, y esta hinchazon, siguiendo la emigracion sucesiva de los parásitos, se manifiesta primero en la raiz de los miembros, antes de extenderse á las extremidades. Los músculos se encuentran entonces duros y tensos, como si fuesen de caoutchouc, y en extremo sensibles á la presion. En los casos graves, es imposible toda clase de movimientos por los dolores que producen. La única posicion que los enfermos pueden soportar, es el decúbito dorsal. Se ha notado que los niños conservan mas fácilmente el lateral, lo cual consiste en que casi siempre el padecimiento es en ellos menos grave.

La contractura de los músculos flexores, constante en el apogeo de la inflamacion muscular, se acompaña á veces, en una época mas avanzada de la enfermedad, de una rigidez tetánica de los maseteros, músculos de la nuca y dorso-lumbares. La tumefaccion, en ocasiones considerable de la lengua, hace que ejecute difícilmente los movimientos necesarios para la deglucion y pronunciacion.

Los accidentes mas graves son los que resultan de la inflamacion de los músculos torácicos. Los movimientos respiratorios se verifican de un modo irregular; en la mayor intensidad del mal, el diafragma puede ser afectado de un estado tetánico; á veces hay hipo y estornudos espasmódicos. En fin, todos los músculos respiratorios pueden paralizarse completamente, muriendo el enfermo en medio de accidentes asfíxicos, sin que por lo demás existan desórdenes graves en los pulmones. Esto ha sucedido en un gran número de los desgraciados habitantes de Heldersleben.

Llegados á esta fase, es decir, en el trascurso del cuarto septenario, los enfermos entran en convalecencia ó sucumben, ya por efecto de alguna complicacion, una pneumonía, por ejemplo, ya despues de haber presentado ciertos accidentes, para los cuales se ha instituido un período particular llamado *tífico*.

3.° *Período tífico*.—Una tercera série de síntomas viene á complicar la forma grave desde el principio de la cuarta semana. La fiebre aumenta de un modo notable, elevándose el pulso de 112 á 144 pulsaciones, y la respiracion á 40 y 44; la temperatura llega á 39 ó 41° C. La lengua seca; el vientre se meteoriza cada vez más; persiste la diarrea, ó se desarrolla, si habia estreñimiento. Hay tendencia al coma, ó se presenta delirio; orinas involuntarias; pulso pequeño, filiforme; escaras en el sacro y los trocánteres; anhelacion; la carfologia y el hipo anuncian un fin próximo, que se verifica por consecuencia de la parálisis de los movimientos respiratorios, cuando las complicaciones intercurrentes no han anticipado la terminacion de la enfermedad.

La pneumonía, que se presenta á veces desde el principio del cuarto septenario, ocupa casi siempre el lóbulo inferior del lado izquierdo, y parece ser debida á una embolia, procedente de alguna trombosis venosa consecutiva á la miositis. Se la ha visto aparecer bruscamente, aun cuando los signos eran los de una triquinosis ligera. Empieza de repente por un dolor de costado, se acompaña de una expectoracion análoga á la de la apoplejía pulmonal, y termina casi siempre por la muerte, al cabo de cinco ó seis dias.

4.° *Período de anasarca ó de edema anémico: convalecencia*.—En los enfermos que han sido bastante felices para librarse de los peligros que acabamos de enumerar, la convalecencia se anuncia por una disminucion notable de la fiebre, de los sudores y la sed. Las orinas se hacen mas abundantes, claras, ácidas, y están cargadas de urea. Los pacientes recobran por fin el sueño, de que por tanto tiempo han estado privados. Los movimientos de los miembros son mas fáciles, aunque débiles, y el apetito tarda en reaparecer.

Entonces es cuando se presenta generalmente un ede-

ma que, empezando por los maléolos, sube hasta la raiz de los miembros inferiores, los órganos genitales, la region umbilical, y aun invade todo el cuerpo, segun el grado de anemia que hayan producido los accidentes de los períodos anteriores. La duracion de la anasarca, que puede ser bastante larga, guarda tambien relacion con el estado de empobrecimiento de la sangre.

La debilidad y los dolores de los miembros desaparecen durante la sexta semana; sin embargo, aun continúa siendo difícil la progresion por ocho ó quince dias, á causa de un dolor bastante vivo en la planta de los piés. El apetito se restablece, y aun se hace excesivo; la piel se descama, y se cae el pelo.

Un hecho interesante, indicado por la mayor parte de los observadores, es la atrofia pasajera, con estado adiposo de los músculos, en los enfermos que han sido gravemente atacados; coincide con una marcada tendencia á la obesidad.

En esta época, todos los triquinos esparcidos en el espesor del tejido muscular están completamente enquistados, y el sugeto, libre ya en lo sucesivo de sus ataques, no tiene mas que reparar sus fuerzas, en el curso de la convalecencia.

Diagnóstico. — Se comprende fácilmente que, cuando era poco conocida la sintomatología de la triquinosis, se hayan cometido muchos errores de diagnóstico, tomando esta enfermedad por una fiebre gástrica, por una tifoídea, por colerina, y aun cólera confirmado, ó por una fiebre reumática. Ciertas epidemias, como las de Magdeburgo, se han descrito con el nombre de *edema agudo epidémico del tejido celular subcutáneo (escleroma de los adultos)*. Otras veces se han confundido con el tétanos ó un envenenamiento. La mayor parte de estos errores son en la actualidad imposibles. El cuadro sintomatológico que acabamos de trazar es bastante característico para que el diagnóstico no ofrezca graves dificultades cuando la enfermedad ha llegado á su segundo período, y los médicos alemanes que la han observado la reconocen fácilmente. Es preciso convenir, sin embargo, en que los accidentes del primer período no tienen nada de preciso. A veces se han podido encon-

trar triquinos en las deyecciones; pero desgraciadamente, en la mayoría de los casos, las investigaciones hechas en este sentido han sido infructuosas. El signo principal se debe buscar en el modo de presentarse los accidentes, atacando simultánea ó casi simultáneamente á grupos definidos de personas: los miembros de una misma familia, los indivíduos que han participado de una comida comun, poco tiempo antes de la aparicion de los síntomas; los que se han surtido en una misma tocinería, etc. En efecto, estas circunstancias son las que en la mayor parte de las epidemias han puesto á los médicos en la vía del diagnóstico, confirmado en seguida por el exámen microscópico de las carnes ingeridas. En los casos en que no pueda practicarse este exámen, se averiguará al menos que los enfermos han comido carne de cerdo cruda, ó poco cocida bajo cualquiera forma.

La idea de un envenenamiento se presenta naturalmente á la imaginacion; pero sin grande dificultad se pueden eliminar la mayor parte de las intoxicaciones: primero, por la falta de sus caractéres propios, y en segundo lugar, á causa del intérvalo de veinte y cuatro, treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, que media entre la ingestion del alimento sospechoso y la aparicion de los accidentes gastro-intestinales de la triquinosis. Hay, sin embargo, una especie de intoxicacion, que los autores alemanes mencionan de un modo especial; nos referimos á ciertos accidentes atribuidos á un principio tóxico, que los prácticos de este país han designado con el nombre de *Schinkengift* y *Wurstgift* (veneno de los jamones y embutidos). Pero es muy dudosa la existencia de esta materia. Wirchow se inclina á creer que la mayor parte de las intoxicaciones que se atribuyen á este principio deben referirse á la triquinosis; y con efecto, los síntomas tienen muchísimos puntos de contacto, citándose únicamente como signos diferenciales la mayor rapidez en la invasion de los accidentes graves, el tener lugar la muerte en el primer septenario, y segun algunos autores, que la intoxicacion se ha observado especialmente despues de haber comido preparaciones que no contenian mas que grasa y sangre, y poca ó nin-

guna carne muscular, todo lo contrario que la triquinosis.

Si puede haber algunas dificultades de diagnóstico en los primeros tiempos de la enfermedad, todas desaparecen cuando se ha verificado la invasion de los embriones en el sistema muscular. En esta época puede demostrarse su presencia por una ligera operacion, frecuentemente practicada en Alemania, y que consiste en sacar una pequeñísima porcion de músculo por medio del harpon de Middelporpff, de Weber de Kuchenmeister, y mejor aun por el sacabocados histológico de Duchenne, y examinarla al microscopio: á poco abundante que haya sido la triquinizacion, se ven triquinos aun libres, que no dejan ninguna duda acerca de los accidentes. A pesar de que algunos autores consideran esta operacion como inofensiva, creemos que no se debe recurrir á ella mas que en los casos en que sea enteramente indispensable para establecer el diagnóstico, puesto que alguna vez ha dado lugar á erisipelas graves.

Pronóstico.— No puede establecerse de un modo general. Depende de la cantidad de triquinos vivos que se hayan ingerido, y de la facilidad que encuentren para depositar en las vías gástricas la nueva generacion antes de ser expulsados. El modo de preparacion de la carne es, por consecuencia, uno de los elementos mas importantes del pronóstico: fácilmente se comprende que el jamon y las demás carnes de cerdo crudas son las que han de producir accidentes mas graves. Los síntomas coleriformes, cuando se presentan muy pronto, tienen por efecto evacuar la mayor parte de los triquinos ingeridos, y por lo tanto se pueden considerar como un elemento favorable, aunque esto no sea una regla absoluta.

Segun Lebert, la grande extension de los dolores musculares, su intensidad, y sobre todo la de la fiebre, deciden la gravedad de los casos: una temperatura de 40 ó mas grados centígrados y un pulso de 120 á 130 pulsaciones hacen el pronóstico muy grave. Los sudores muy abundantes y una diarrea copiosa y persistente empeoran aun la situacion.

Los signos de pleuresía son mucho menos peligrosos que los de pneumonía lobular, que es casi siempre mortal. Deben contarse, entre los síntomas de peligro, la

inmovilidad paralitiforme, el estado comatoso, interrumpido por un poco de delirio, la respiracion muy acelerada y difícil, el pulso muy frecuente y muy débil. El pronóstico es en general mas grave para las mujeres que para los hombres; los niños parece que soportan mejor estos accidentes, y mueren en menor número.

La mayor parte de las defunciones se verifican en la cuarta y quinta semana, á contar desde la invasion de la enfermedad. La remision notable de los síntomas febriles en la quinta semana es de buen augurio, así como tambien la poca intensidad del edema facial, y su tardía presentacion.

Tratamiento.— Es muy fácil formular teóricamente las indicaciones á que se debe atender en el tratamiento de la triquinosis: 1.° expulsar ó hacer morir los triquinos ingeridos; 2.° destruirlos cuando han penetrado en los músculos; 3.° calmar, por medio de un tratamiento sintomático, los principales síntomas.

Es evidente que en las primeras horas que siguen á la ingestion de los triquinos, convendria administrar un vomitivo enérgico; pero, como se comprende con facilidad, son muy excepcionales los casos en que el médico llega á tiempo de llenar esta indicacion.

Como á las seis ú ocho horas, la mayor parte de los triquinos han franqueado el píloro, es preciso recurrir á los purgantes para procurar su expulsion; pero desgraciadamente, no se puede confiar mucho en la eficacia de este medio; porque los parásitos se adhieren con gran tenacidad á la mucosa de los intestinos, y resisten á la accion mecánica de los purgantes. Esto ha sugerido la idea de asociar á los evacuantes los vermicidas y los vermífugos: helecho macho, santonina, corteza de raiz de granado, etc. Entre las fórmulas concebidas bajo esta idea, el doctor Fritz cita dos principales. Kuchenmeister hace tomar el primer dia el polvo de jalapa y los calomelanos; el segundo dia, polvo de jalapa y de helecho macho, en cantidad de 2 á 8 gramos de cada uno. Esta dósis se repite, si no ha producido seis á siete deposiciones líquidas cuando menos. Despues de esto, se administra por muchos dias consecutivos la trementina de Venecia, cuya utilidad han preconizado Behrens y Simon.

Rupprecht emplea de preferencia el aceite de ricino, y sobre todo los calomelanos; y en el intérvalo de las dósis de estos, la emulsion de almendras dulces, que es, segun Colberg, particularmente antipática para los triquinos. Segun Rupprecht, los calomelanos alivian siempre mucho á los enfermos, y provocan la expulsion de gran número de parásitos hembras y embriones.

Esta indicacion existe aun cuando tengan mucha intensidad los accidentes gastro-intestinales, y haya diarrea abundante, y aun accidentes coleriformes. De aquí se deduce el peligro de las medicaciones opiadas, ó de cualquiera otra que tienda á disminuir ó detener los vómitos y deyecciones alvinas.

No harémos mas que citar las diversas sustancias que se han recomendado para matar los triquinos intestinales: el alcanfor, el azufre, el sublimado, el fósforo, el óxido de cobre, agentes cuya utilidad nunca se ha demostrado, y algunos de los que podrian dar lugar á accidentes tan graves como los que se trata de combatir.

Desde el momento en que se ha verificado la emigracion de los jóvenes triquinos á los músculos, se presenta la indicacion de perseguirlos en la intimidad de las fibras, por medio de una sustancia absorbible y capaz de matarlos donde se encuentran. Fácilmente se comprende cuán difícil de conseguir ha de ser esto cuando se recuerda la tenaz resistencia que oponen los triquinos á agentes terapéuticos, cuya accion enérgica sobre otros parásitos no deja nada que desear. Puede juzgarse por los resultados siguientes de las experiencias practicadas por Mosler.

El aceite rectificado de trementina no mató á los triquinos, despues de treinta boras de inmersion.

No resisten al cloroformo *puro* mas de *cinco horas.*

Se los encontró vivos en la solucion arsenical de Fouler, despues de transcurridas *treinta horas.*

Viven mas de *cuarenta y ocho* en una mezcla de santonina, aceite de ricino y de olivas.

El extracto de helecho macho, en cantidad de 4 gramos, con 15 de goma arábiga y agua destilada, no los mata en el espacio de *treinta horas.*

Un fuerte cocimiento de corteza de raiz de granado produce el mismo efecto.

Despues de *treinta horas* se les encontró vivos, en una solucion de 2 gramos de ioduro potásico en 30 gramos de agua.

A las veinte horas habian muerto en una solucion de 8 gramos de carbonato de potasa en 30 gramos de agua destilada.

Segun Colberg, una solucion concentrada de cloruro de sodio mataria á los triquinos en quince minutos, y, segun Rupprecht, en una ó dos horas. Pero no se comprende cómo la sal comun puede tener esta eficacia, cuando la carne salada, y especialmente el jamon, han comunicado muchas veces la triquinosis.

El picronitrato de potasa, recomendado por Friedreich; la benzina, preconizada por Leuckart, Mosler y Rodet, no han producido los buenos efectos que se esperaban. Esta última, en particular, se administró sin ninguna utilidad apreciable, en la epidemia de Heldersleben. Sin embargo, Mosler cree que es el único remedio racional que puede emplearse contra la triquinosis. De sus experimentos en animales deduce: 1.° que administrada en tiempo oportuno (es decir, ocho dias próximamente despues de la infeccion), hace perecer una parte de los triquinos intestinales, y disminuye por consecuencia su emigracion á los músculos; 2.° administrada á los cerdos en cantidad considerable (2 onzas diarias), no ha dado resultados decisivos sobre los triquinos musculares.

Los doctores Fiedler y Kestner aseguran que la glicerina es tan eficaz como la benzina: si esto fuese cierto, deberia dársela la preferencia, porque es inofensiva, mientras esta puede producir accidentes tóxicos.

M. Fiedler ha observado que los triquinos morian con mucha rapidez en el alcohol, el vinagre y el ácido piroleñoso. Pero no hay hechos directos que prueben la eficacia de estos agentes en la infeccion muscular.

Los experimentos aun inéditos de Duchenne (de Boloña), que menciona el doctor Delpech en la memoria presentada á la Academia, prueban que los triquinos resisten, sin sufrir alteracion alguna, á corrientes eléctricas de gran poder.

De todo lo que precede se deduce por desgracia una conclusion evidente, y es que en la actualidad no conocemos ninguna sustancia capaz de matar los triquinos musculares; que muy raras veces podrá emplearse á tiempo la medicacion evacuante para impedir completamente la emigracion de los embriones, y que, en definitiva, en la inmensa mayoría de los casos, los resultados del tratamiento dirigido contra la triquinosis son de todo punto nulos.

No nos detendrémos en enumerar los medios que deben usarse para combatir sintomáticamente los principales accidentes de esta enfermedad, porque entrando de lleno en las reglas generales de la terapéutica, no ofrecen interés ni novedad alguna.

En vista de esta nulidad de toda clase de tratamientos para combatir el mal, se comprende bien que todos los esfuerzos deben dirigirse á conseguir una profilaxis eficaz. Las medidas necesarias para llenar este objeto se reducen, en resúmen, á dos órdenes de precauciones:

1.° Impedir que los cerdos que tienen triquinos sean entregados al consumo público.

Esto con respecto á la higiene pública.

2.° No comer la carne de cerdo sino despues de haberla hecho sufrir preparaciones capaces de matar con seguridad los parásitos. Lo cual es del dominio de la higiene privada.

En cuanto al primer punto, como no puede conocerse la enfermedad durante la vida, ni sirve el exámen de la carne á simple vista, no queda otro recurso que la inspeccion microscópica de los cerdos antes de ponerlos á la venta. Así se hace, á pesar de las dificultades que esto ofrece, en muchas comarcas de Alemania, donde es mas frecuente la triquinosis. Los músculos que principalmente se examinan son: el diafragma, psoas, los músculos de la laringe, de la lengua, y los del ojo.

Bajo el punto de vista de la higiene privada, la importancia del objeto bien merece que dediquemos algunas líneas á su estudio.

La carne de cerdo se come ordinariamente salada, ahumada y cocida de diferentes modos.

A excepcion de Leuckart, que concede á la fumigacion

mas confianza que á la salazon, todos los observadores alemanes están acordes en creer que el primero de estos medios de preparacion es insuficiente para destruir los triquinos. Hay un método particular que se llama en el país *fumigacion caliente*, en el cual se sujetan los jamones, embutidos, etc., á una temperatura de 52° centígrados, la cual, si se prolonga por cinco ó seis dias, puede, á juicio de Delpech, tener una accion destructiva sobre los triquinos. Pero este mismo autor confiesa, que no tiene pruebas positivas de que con efecto así sucede.

La salazon, cuando se practica con cuidado, es susceptible de matar á estos parásitos. En efecto, se les encuentra muertos en todos los puntos de una pieza de carne que estén bien penetrados por la sal; pero en las partes profundas, es difícil que esto suceda, y de seguro se necesita que haya trascurrido mucho tiempo. Debe, pues, desconfiarse siempre de las carnes que no han sufrido mas que esta preparacion, por bien saladas que parezcan.

La coccion, á una temperatura conveniente, mata con toda seguridad á los triquinos, que no pueden sobrevivir á la coagulacion completa de la albúmina; pero no es tan fácil, como á primera vista parece, determinar esta temperatura exacta. Considerada así, en absoluto, puede conducir, como ya lo ha hecho, á un optimismo que tenga consecuencias deplorables.

Empecemos por sentar con el doctor Fritz, que no es exacto, como afirma M. Pietra-Santa, en una reciente Memoria: «Que todas las infecciones triquinosas observadas en Alemania, hayan reconocido por orígen la ingestion de carne de cerdo cruda, ó que hubiese sufrido una preparacion superficial, como en los jamones.» En la epidemia de Posen (1863), siete personas que fueron atacadas de triquinosis, solo habian comido carne que estuvo cociendo por espacio de *hora y media*. Es una cosa averiguada que, en Hettstaedt, muchos enfermos no tomaron mas que carne convenientemente cocida. Podriamos multiplicar los ejemplos; pero no lo juzgamos necesario. La coccion es ciertamente el medio mas seguro de matar los triquinos y precaver la infeccion; pero es preciso que se practique de tal modo, que ninguna parte de la carne quede á una temperatura inferior á 80°, lo cual es

mas difícil de obtener de lo que generalmente se cree.

Debemos, sin embargo, decir, que la opinion generalmente admitida en Alemania, es que bastan 60 grados, y esta es tambien la adoptada por Delpech y Reynal. Hay siempre una dificultad, y es que, aun cuando la superficie se haya sometido á una temperatura bastante elevada, las partes centrales pueden no haber sufrido un grado de calor suficiente para matar á todos los parásitos. El doctor Kuchenmeister ha hecho experimentos directos para ilustrar esta cuestion: haciendo cocer pedazos de carne voluminosos, ha visto que, despues de media hora, cuando el exterior estaba á 60° C., el termómetro no marcaba en el interior mas que 55° C.; á los tres cuartos de hora, la superficie, 77° á 80 C., y el interior, 63° C.; y á los sesenta minutos, la primera temperatura era de 90°, y la segunda, de 75° C. Es necesario, pues, para obtener un resultado seguro, que la coccion se practique de un modo muy escrupuloso y durante un tiempo bastante largo. M. Kühn concluye de sus experiencias, que el uso de la carne de cerdo es peligroso, mientras presente en un punto cualquiera el mas pequeño vestigio de materia colorante de sangre no descompuesta. En suma, la accion del calórico, llevada tan lejos como lo permitan las exigencias gastronómicas, es la única regla que da una garantía suficiente para el consumo de la carne de cerdo fresca y sus derivados.

La completa historia que de la triquinosis acabamos de trazar, tomando para ello los datos necesarios en los mejores y mas recientes estudios que se han publicado acerca de esta materia, nos dispensa de hacer un análisis particular y detallado de estos trabajos. Mencionarémos únicamente muy á la ligera la historia de la pequeña epidemia de triquinos observada en Leudort por el doctor Lebert. La enfermedad afectó solamente á ocho personas, de las cuales sucumbieron cinco. El cuadro sintomatológico observado en estos casos, es tan interesante como caracterísco, y enteramente conforme con el que ya dejamos descrito. En los mas leves, algunas incomodidades gastro-intestinales, anorexia, dolores de estómago y de vientre, náuseas, vómitos, diarrea, que duraba algunos dias; despues los enfermos quedaron débiles du-

rante una ó dos semanas, recobrando muy pronto su actividad y bienestar habitual. En los casos graves, los fenómenos fueron mucho mas acentuados. Esta familia habia matado un cerdo, con todas las apariencias de buena salud, á mediados de diciembre. Desde esta época comieron, con abundancia y en diferentes formas, su carne, que el exámen microscópico demostró despues estar llena de un número inmenso de triquinos, en su mayor parte enquistados.

Hasta fin de diciembre no se observaron mas que algunas alteraciones gastro-intestinales, anorexia, dispépsia y ligera diarrea. Desde principios de enero aumentaron todos estos síntomas, especialmente los vómitos y la diarrea, que ocasionaba cuatro ó seis deposiciones al dia, de materiales muy líquidos, de color oscuro ó verdoso, é iba acompañada de dolores de vientre no muy intensos. Del 8 al 10 de enero, se presentaron los síntomas característicos: grande abatimiento, fiebre, dolores cada vez mas intensos y persistentes en los miembros, hinchazon edematosa de la cara, sobre todo de su parte superior; inquietud, insomnio, movimientos de los miembros y del tronco muy difíciles y dolorosos; inmovilidad casi forzada, las extremidades en ligera semiflexion, piel caliente, sudores excesivos, sobre todo por la noche; 120 pulsaciones; postracion extrema, delirio por la tarde y por la noche, orinas raras y oscuras, deposiciones líquidas poco numerosas, luego tos frecuentemente seca ó dolorosa, á causa sobre todo de los dolores intercostales, disnea muy incómoda. En los casos de mediana intensidad, estos síntomas empezaron á remitir á mediados de enero, entrando luego los enfermos en convalecencia. En los mas gravemente atacados continuaron dichos fenómenos, fueron debilitándose las fuerzas, la respiracion se hizo cada vez mas corta, se presentó expectoracion herrumbrosa ó sanguinolenta, extertores subcrepitantes, diseminados ó concentrados en uno de los lóbulos inferiores, notándose en esta region sonido macizo cuando se percutia; pulso filiforme, 144 y aun más pulsaciones por minuto, dificultad creciente de la respiracion y muerte por el pulmon en un colapsus general completo, con edema considerable de las extremidades durante los últimos tiempos de la

vida. En estos casos mortales, la terminacion tuvo lugar al quinto ó séptimo septenario. En las autópsias se observaron señales de catarro gastro-intestinal pronunciado; en todos los enfermos existian pulmonías lobulares muy caracterizadas, y en medio de una gran parte de estos focos, se veian coagulaciones oscuras no adherentes á las paredes de los vasos. Las glándulas mesentéricas estaban infartadas. No existian triquinos en el corazon; sin embargo, en una autópsia se encontró uno en el pericardio. Los músculos estaban generalmente un poco mas pálidos y secos que en el estado normal; el exámen microscópico demostró que existia en ellos un número inmenso de parásitos, unos libres y otros enquistados, con su cápsula transparente. En un caso un centímetro cuadrado de diáfragma contenia 40 triquinos próximamente.

El tratamiento no ofreció nada de particular en estos casos, habiéndose administrado, primero los purgantes, y luego la benzina, que no dió resultado alguno; teniendo que sustituirla con los tónicos y el vino, acompañados de una alimentacion analéptica, que desgraciadamente no pudo usarse en los casos graves, tanto por la inapetencia, como por la dificultad de la deglucion.

Terminarémos, por último, dando una breve noticia de la última y mas grave epidemia de triquinosis observada en Alemania, en la villa de Heldersleben.

El 25 de octubre del 65 se mató un cerdo sospechoso, con mucho fundamento, de triquinosis.

El dia 26 se comió de él, y el 27 ya cayó enferma una mujer con diarrea y otros síntomas gástricos, extendiéndose despues la enfermedad á un gran número de personas, todas las cuales habian hecho uso en mayor ó menor cantidad de la carne infectada. Como fenómeno constante al principio de la epidemia, se notaron vómitos y diarrea, lo cual dió lugar á errores de diagnóstico, haciendo creer en los primeros momentos en una invasion de cólera; pero los dolores musculares característicos, la opresion, la disnea, el marasmo, etc., no dejaron despues duda alguna acerca de la naturaleza del mal. Hubo frecuentemente, en el curso de la afeccion, una remitencia tal, que pudo creerse con cierta razon que terminaria favorablemente. Pero en muchos casos este

alivio fué seguido de una agravacion tan repentina y considerable, que muchos enfermos, que ya habian abandonado la cama, tuvieron que volver á ella para no levantarse más.

No se observó una marcha regular en la hinchazon edematosa de las diversas partes del cuerpo. Muy á menudo el edema estaba limitado á algun miembro, habiendo sido poco determinada la época de su aparicion.

En general, puede decirse que el período de incubacion en esta epidemia ha sido de dos horas á cuatro semanas, en relacion sin duda ninguna, no con la edad y las predisposiciones individuales, sino con la cantidad de los triquinos ingeridos.

En dos casos se verificó la curacion completa á consecuencia de vómitos, inmediatamente despues de haber comido la carne triquinada. Es particularmente notable la influencia que ha ejercido la poca edad en la terminacion feliz del padecimiento. De 100 niños que fueron invadidos, no murió ninguno; mientras que en 350 adultos atacados, hubo de 80 á 90 defunciones. Esta gran mortalidad se explica por el mucho consumo que se hizo de la carne de cerdo. En los casos que terminaron por la muerte, la autópsia demostró siempre gran cantidad de triquinos en los músculos de la respiracion, especialmente en el diafragma.

Respecto al tratamiento, se ha notado que murieron todos los enfermos, en número de 29, que habian tomado opio contra la diarrea, mientras se creyó que se trataba de una afeccion colérica ó coleriforme. Despues se administraron los purgantes y la benzina, cuya dósis se elevó de un gramo hasta 30, en las cuarenta y ocho horas, sin que, al decir del doctor Kratz, se observase fenómeno ninguno de intoxicacion.

El deseo de describir en un solo artículo esta enfermedad, fecundo manantial de curiosas investigaciones para la ciencia, ha hecho que tengamos precision de repetir algunas ideas ya conocidas de nuestros lectores, que creemos nos dispensarán, en gracia del interés que este estudio ofrece en la actualidad. Deseamos, por otra parte, llamar fuertemente la atencion acerca de esta materia, porque no participamos de ciertas ilusiones op-

timistas acerca de la inmunidad de nuestra patria contra este nuevo y terrible azote; puesto que, como dice muy bien el doctor Lebert, los triquinos parecen cosmopolitas, segun el gran número de países en que se ha comprobado su existencia zoológica y anatómica, y es de temer que este pequeño parásito, reputado como tan poco nocivo hace algunos años, hará conocer á muchas naciones los vivos sufrimientos que ocasiona á las personas que elige para su domicilio. El conocimiento del cuadro sintomatológico de la enfermedad y una detenida observacion, recurriendo al microscopio en los casos que puedan infundir alguna sospecha, harán que probablemente se descubra la triquinosis, donde hasta ahora no se ha comprobado su existencia.

Tuberculosis: causa y naturaleza: su inoculacion del hombre al conejo. (*Gaz. méd.—Union méd.—Bull. de l'Acad.—Gaz. hébd.—Siglo méd.*).

El doctor Villemin, el perseverante y hábil investigador histológico *del tubérculo, bajo el punto de vista de su asiento, de su evolucion y de su naturaleza*, ha presentado á las Academias de medicina y de ciencias, una nueva memoria destinada sin duda ninguna á suscitar apasionadas y luminosas discusiones. Se trata de la trasmision de la tuberculosis del hombre al conejo por inoculacion, y por lo tanto, de la asimilacion de la tísis á las enfermedades virulentas.

Los estudios de M. Villemin sobre las afecciones tuberculosas y sus investigaciones experimentales, le habian conducido á profesar, acerca de esta clase de padecimientos, ideas que difieren mucho de las opiniones generalmente admitidas sobre el particular. Las condiciones de su desarrollo, la forma y el asiento de su lesion anatómica, las particularidades de su marcha, etc., le hicieron entrever afinidades etiológicas entre la tuberculosis y la fiebre tifoidea; así como ciertas relaciones con las enfermedades virulentas, especialmente el muermo y los lamparones. Por otra parte, la interpretacion de los procesos morbosos de los grandes sistemas del organismo, de los temperamentos, etc., conforme á los conocimientos anátomo-fisiológico modernos; la comparacion de la

tuberculosis con las otras individualidades morbosas, y la referencia de todos estos problemas á los principios de la individualidad de los elementos orgánicos, le han permitido establecer, por induccion, las siguientes conclusiones que pugnan abiertamente con las creencias generales hasta ahora admitidas.

El tubérculo es efecto de un agente causal, específico, de un vírus en una palabra.

Este agente debe encontrarse, como sus congéneres, en los productos morbosos que ha determinado por su accion directa sobre los elementos normales de los tejidos afectos.

Introducido en un organismo susceptible de ser impresionado por él, este agente debe reproducirse y reproducir al mismo tiempo la enfermedad de que es principio esencial y causa determinante.

La experimentacion ha venido á confirmar estas ideas de induccion. Hé aquí las pruebas:

Primera série de experimentos.—El 6 de marzo se tomaron dos conejos, de tres semanas próximamente, sanos, que mamaban aun de su madre, y vivian con ella en una jaula, colgada, sin tocar en el suelo y convenientemente abrigada. A uno de ellos, se le introdujeron, en una pequeña herida subcutánea practicada detrás de una oreja, dos pequeños fragmentos de tubérculo y un poco de líquido puriforme de una caverna pulmonal, tomados del pulmon y el intestino de un tísico muerto hacia treinta y tres horas. El 30 de marzo y el 4 de abril se repitió la inoculacion de otra porcion de tubérculo.

El 20 de junio, es decir, á los tres meses y catorce dias, no se habian producido cambios apreciables en la salud del animal, que habia crecido mucho. Se le mató observando lo siguiente:

Una cucharada de serosidad en la cavidad del peritoneo; granulaciones tuberculosas á lo largo de la gran corvadura del estómago, dispuestas en dos filas paralelas, á cada lado de la línea media. Las granulaciones son grises, muy pequeñas, oblongas; muchas presentan en su centro un puntito amarillo opaco. En el intestino delgado, á 2 ó 3 centímetros del estómago, existe un tubérculo bastante voluminoso, del tamaño de un cañamon.

En varios puntos de los mismos intestinos se encuentran diseminados otros tubérculos mas pequeños. Se notan tambien algunos en las dos sustancias del riñon. Los pulmones están llenos de gruesas masas tuberculosas, formadas, de un modo muy apreciable, por la aglomeracion de muchas granulaciones: estas masas tienen la dimension de un guisante voluminoso: incindiéndolas se ven muchos pequeños puntos blanco-amarillentos sobre una superficie gris transparente. El exámen microscópico confirma la naturaleza tuberculosa de todas estas producciones.

Habiendo matado al conejo hermano del anterior, que habia vivido exactamente en las mismas condiciones, no se *advirtió señal alguna de tubérculos.*

Segunda série de experiencias. —El 15 de julio se inoculó á tres hermosos conejos, que vivian al aire libre, en un pequeño recinto cerrado, en que habia una cueva cubierta y á los que se daba un alimento abundante y variado (pan, salvado, yerba). El 22 del mismo mes se repitió la operacion en todos ellos, inoculándose al mismo tiempo, por primera vez, un cuarto conejo de la misma procedencia que los anteriores con los cuales vivia.

Los dias 15, 16, 18 y 19 de setiembre se les sacrificó unos despues de otros, dando las autópsias los resultados siguientes:

Núm. 1.—Tubérculos pulmonales abundantes, grises, transparentes, formando elevacion en la superficie de los pulmones, dispuestos en placas del tamaño de una lenteja, de superficie desigual, como granulosa, formada de gránulos aglomerados, y presentando al corte puntos amarillentos. Se notan tambien algunas granulaciones miliares. El pulmon está sonrosado sin señales de inflamacion.

Núm. 2.—Tubérculos pulmonales, casi como en el número 1 : un tubérculo se presenta ya amarillo y opaco en gran parte. Una cucharada de las de café de serosidad en las pleuras.

Núm. 3.—Tubérculos pulmonales como en los anteriores ; tubérculos blancos amarillentos en el apéndice íleo-cecal.

Núm. 4.—(Este conejo no sufrió mas que una inocula-

cion el 22 de julio).—Tubérculos pulmonales, sobre todo en el pulmon izquierdo: seis á ocho nódulos del tamaño de un guisante formando elevacion en la superficie pulmonal y constituidos por la aglomeracion de muchos gránulos. Se encuentran tambien un número bastante considerable de granulaciones, rodeadas de una ligera aréola congestiva rojiza. Algunos tubérculos en la cubierta peritoneal del hígado. Tres tubérculos en la porcion superior del intestino delgado.

Dos conejos, que vivian en las mismas condiciones que los anteriores, no presentaron vestigio alguno de tuberculizacion.

Tercera série de experiencias. — Se empezó el 2 de octubre con tres pares de conejos, de tres meses próximamente de edad: los dos animales de cada par eran hermanos, y los tres pares hijos de madres diferentes. Se inoculó uno de cada pareja, y los dos conejos hermanos, inoculado el uno, y el otro no, fueron encerrados juntos en una jaula. Todos habitaban un receptáculo comun dividido en tres compartimentos. Se repitió la inoculacion el 24 de octubre. Los mismos dias y en iguales condiciones se practicó la inoculacion en un cuarto conejo adulto, de gran tamaño y sumamente vigoroso.

Par núm. 1.—El 23 de noviembre se encontró muerto el conejo inoculado. En la autópsia se observaron las siguientes lesiones: dos placas rojas en la cara y borde posterior de ambos pulmones: estas placas están constituidas por las pleuras un poco engrosadas y por cierta porcion del parénquima pulmonal subyacente congestionado.

En medio de estas partes, se encuentran pequeñísimas granulaciones situadas principalmente debajo de la pleura. Los riñones son notables por la gran cantidad de quistes desarrollados en la sustancia cortical y llenos de un flúido transparente.

Inmediatamente se mató el conejo hermano de este, *no encontrándose en él lesion orgánica ninguna.*

Par núm. 2.—(29 noviembre).—El conejo inoculado, á quien se dió muerte, presentaba una gran cantidad de granulaciones miliares, situadas principalmente debajo de la pleura, y repartidas con igualdad en ambos pulmo-

nes. Las mismas granulaciones existen en el interior del parénquima, aunque menos numerosas. Dos aglomerados de granulaciones constituyen pequeñas masas de contornos irregulares, salientes y del tamaño de un guisante.

El animal hermano no ofrecia *señal alguna de tubérculos.*

Par núm. 3.—(29 de noviembre).—El conejo inoculado presenta en ambos pulmones manchas rojas, perfectamente limitadas del tejido pulmonal sano, en medio de las cuales se observan pequeñas granulaciones grises, nacientes, en número de dos ó tres en cada mancha. Evidentemente, la erupcion tuberculosa data de muy poco tiempo, y es probable que algunos dias mas tarde el animal habria estado en plena tuberculizacion.

El otro conejo hermano *no ofrece lesion pulmonal ni de otro órgano.*

Núm. 4.°—El conejo grande que se inoculó al mismo tiempo que los anteriores, y cuyas condiciones de existencia fueron idénticas, dió, el 27 de noviembre, los resultados necroscópicos siguientes. Toda la superficie de los dos pulmones cubierta de granulaciones subpleuríticas; las mas pequeñas están rodeadas de una aréola congestiva; las que tienen ya cierta dimension, no ofrecen esta particularidad. Formando elevacion en la superficie, se ven dos ó tres tubérculos del volúmen de un guisante pequeño. El parénquima está tambien sembrado de granulaciones. La superficie del bazo se halla asimismo cubierta de ellas, viéndose igualmente dos ó tres tubérculos aplastados.

El exámen histológico de todas las producciones tuberculosas así provocadas, ha confirmado los caractéres que el autor asigna al tubérculo en su Memoria: *Del Tubérculo bajo el punto de vista de su asiento, de su evolucion y de su naturaleza.* (Paris, 1862).

Al mismo tiempo que estas inoculaciones de materia tuberculosa, se hicieron otras con diferentes sustancias, tales como la materia de la psorentería de un colérico, el pus de abscesos flegmonosos, el del antrax, y el conejo, sacrificado el 30 de noviembre, no ofreció ninguna particularidad anátomo-patológica.

El doctor Villemin da algunas explicaciones acerca de su modo de operar, á fin de que el que quiera repetir sus experimentos, conozca bien todas las circunstancias en que se han ejecutado. No deberá extrañarse, dice, que algunas inoculaciones no produzcan resultado, puesto que lo mismo sucede muchas veces con materias incontestablemente inoculables, como la vacuna, por ejemplo. En todas las que él ha ejecutado, sin embargo, tuvo lugar la inoculacion. Es cierto que, para mayor seguridad, la practica dos veces en cada animal, excepto en el núm. 4 de la segunda série, el cual, no obstante, presentó tambien tubérculos manifiestos. Añade el autor que ha hecho á los conejos tuberculosos, pero no tísicos; porque tratando solo de comprobar el hecho en abstracto, sin cuidarse de ciertos detalles y matices particulares, no los ha dejado vivir bastante tiempo para que la tuberculizacion pudiese recorrer todas sus fases.

No sabiendo en qué grado de su evolucion es el tubérculo mas á propósito para inocularse, ha tomado siempre la materia en dos granulaciones, la una gris, y la otra en el principio del reblandecimiento. Las ha elegido en lo posible, en sitios distintos del pulmon, á fin de tener menos peligro de tomar productos inflamatorios consecutivos, mas comunes en estos órganos que en ningun otro. Los sujetos en que se ha recogido esta materia, solo hacia veinte y cuatro á treinta y seis horas que habian muerto. Con un bisturí de hoja estrecha se hacia una pequeña puncion subcutánea hácia la base de la oreja, introduciendo en seguida un pequeño fragmento de materia tuberculosa, despues de haberla disgregado un poco, triturándola con la punta del instrumento. Los fenómenos locales que resultaron de esta ligera operacion, fueron los siguientes: los dos primeros dias nada notable; hácia el tercero un poco de rubicundez, calor y tumefaccion. A los tres ó cuatro dias estos fenómenos desaparecen; pero queda una pequeña nudosidad, que á veces se forma sin que precedan aquellos otros síntomas. La nudosidad va engrosando, y despues de mas ó menos tiempo se abre la piel, dando salida á una materia puriforme blanca y espesa. La pequeña abertura se cierra en seguida, la tumefaccion desaparece; pero

vuelve á formarse de nuevo y á vaciarse como la vez primera, y así sucesivamente.

Hay un proceso morboso que no debe tomarse por tubérculos en las autópsias de los conejos: consiste en pequeños quistes que se encuentran en el hígado de casi todos los indivíduos, quistes que contienen frecuentemente cuerpos oviformes análogos á los huevos de ténia, y que, degenerando, toman el aspecto y consistencia de pequeños tubérculos amarillentos.

El autor cree que estos hechos son concluyentes. Segun ellos, la tísis seria una afeccion *virulenta* é *inoculable*.

Los resultados obtenidos por M. Villemin son tan extraordinarios, que se esperaba naturalmente con impaciencia su confirmacion, ya por observaciones del autor mismo, ya por otros experimentadores; y no es porque no se haya admitido antes de ahora el contagio de la tísis tuberculosa; en todos tiempos ha habido médicos que han creido en la trasmision de esta enfermedad de este modo; pero lo mas sorprendente en los hechos publicados por Villemin, es la constancia y la energía de los efectos; es esa tuberculizacion que se hace rápidamente tan considerable. Con sobrada razon hace notar el distinguido crítico del *Montpellier médicale*, doctor Pechollier, que si las cosas pasasen en el hombre, como parece que suceden en los conejos, la tuberculosis adquirida debia ser mucho mas frecuente. Hay pocos médicos, por ejemplo, que no hayan tocado tubérculos con las manos excoriadas, y pocos indivíduos que no hayan comido carnes de animales llenos de estos productos patológicos. Hay más; en muchísimos cadáveres se encuentran algunos tubérculos, y es raro que, cuando una pequeña cantidad de materia tuberculosa, insinuada debajo de la piel de la oreja, multiplica con tanta rapidez y tan enérgicamente estos productos en todo el cuerpo, los tubérculos en corto número, situados en el interior de los órganos, no pululen hasta el infinito, y desde el momento que existe uno en el pulmon, no se produzcan á millares.

Estas observaciones no significan que nosotros rechacemos con incredulidad el resultado de los experimentos de M. Villemin; antes prueban que, por razon de su

misma importancia, necesitan ser confirmados mas ámpliamente.

Despues de escrito lo que antecede, han tardado poco en verse en parte satisfechos nuestros deseos; en efecto, en la sesion de la Academia de medicina de Paris, de 30 de octubre de 66, se han presentado dos nuevos trabajos acerca de esta grave é importante cuestion: uno debido al mismo doctor Villemin, y otro á la autorizada pluma del eminente doctor Lebert, de Breslau.

M. Villemin se ha propuesto, en esta segunda memoria, confirmar los datos de su primera comunicacion, y resolver cierto número de cuestiones relativas á la naturaleza de la tísis, á su marcha general, á su influencia hereditaria, á la duracion de su incubacion, á la inmunidad de ciertas especies animales, etc.

Este trabajo contiene muchas séries de experimentos, que es difícil resumir, y de que el autor no ha podido sacar aun consecuencias generales; pero procurarémos dar de él una idea tan breve y completa como sea posible.

Los numerosos experimentos é investigaciones hechas despues de la publicacion de la primera memoria, acerca de la *Causa y naturaleza de la tuberculosis*, han confirmado completamente los resultados en ella anunciados, á saber: que la tuberculosis es una enfermedad inoculable, y por lo tanto virulenta, estableciendo además que la tísis es una afeccion específica, con el mismo título que el muermo, la sífilis, la viruela, la escarlata, la fiebre tifoídea, el tifus del ganado vacuno, etc.

Con efecto, como estas últimas, la tuberculosis solo hace sus estragos en un número limitado de especies zoológicas. En un trabajo especial acerca de *las enfermedades que simulan la tisis en la série zoológica*, el autor ha demostrado que la creencia en la universalidad de este padecimiento en los animales solo ha podido acreditarse por efecto de observaciones erróneas. Ha hecho ver en esta memoria: 1.° que considerando todo pequeño tumor como un tubérculo especial, tomando las consistencias caseosa, yesosa y cretácea, como el carácter específico de la enfermedad tuberculosa; en fin, admitiendo, como síntomas de la tuberculizacion, los accidentes de

consuncion por causas diversas, es como se ha establecido la existencia de la tísis en muchos animales; 2.° que fuera del hombre, solo el mono, la vaca, y quizá el conejo y otros roedores ofrecen ejemplos incontestables de tísis tuberculosa; 3.° que los mal llamados tubérculos que se han encontrado en otras especies de animales, son en gran parte lesiones determinadas por parásitos, ó indirectamente provocadas por ellos.

Para demostrar la inoculabilidad de la tísis y estudiar los problemas que de ella se derivan, era preciso, pues, experimentar con las especies reconocidas como aptas para reproducir espontáneamente las manifestaciones de esta enfermedad; no puede esperarse obtener buenos resultados con otras; y la especificidad de la afeccion viene á confirmarse por esta particularidad comun con las otras enfermedades virulentas.

El autor se lamenta de no haber podido hacer sus experimentos con monos y vacas, cuya aptitud para la tuberculizacion les indicaba naturalmente como ventajosos para esta clase de estudios. Sin embargo, los medios que ha tenido á su disposicion le han permitido confirmar ámpliamente los resultados de su primera comunicacion, y resolver las varias cuestiones que ya antes hemos indicado.

Inoculacion del hombre al conejo.—De nueve conejos inoculados con tubérculo de procedencia humana, solo uno ha quedado indemne. De suerte, que si se añaden á estos nueve animales, los otros nueve que se mencionaron en la primera memoria, y otros cuatro de que se hablará mas adelante, hacen un total de veinte y dos conejos: dos solamente de los cuales, se han librado de las consecuencias de la inoculacion. Y aun en uno de ellos pudo atribuirse al procedimiento operatorio: se inyectó en la tráquea la materia tuberculosa diluida en agua; y en el otro, dependió probablemente de la materia inoculada, que era demasiado gris, y en un período de evolucion muy incompleta.

Inoculacion de la vaca al conejo.—La tísis de la vaca, caracterizada por la presencia en los pulmones y la pleura de masas lobuladas, grises y transparentes en un principio, pero que muy luego se ponen amarillas y se infiltran de sales calcáreas, se ha referido por muchos autores á

una afeccion diferente de la tísis del hombre. Esta cuestion, difícil de resolver por los medios ordinarios, lo ha sido de un modo terminante por la inoculacion.

Un conejo, inoculado con el tubérculo de la vaca, ha sido atacado de una tísis aguda y generalizada. Trascurridos dos meses, habia llegado al marasmo mas completo y presentaba en la autópsia tubérculos abundantísimos en los pulmones, las pleuras, bazo, hígado, riñones, peritoneo, intestinos, gánglios mesentéricos, etc.

Esta observacion tiene grande importancia, puesto que resuelve una cuestion de interés, á saber: que la tísis calcárea del ganado vacuno es de naturaleza idéntica á la tuberculosis del hombre.

Inoculacion de conejo á conejo.—Se ha objetado á M. Villemin, que inoculando el tubérculo tomado en una persona cuya muerte databa de veinte y cuatro á treinta y seis horas, se inoculaba al mismo tiempo una materia cadavérica á la que quizás podrian atribuirse los accidentes producidos. Para resolver esta cuestion, ha inoculado tres conejos con sustancia tuberculosa tomada en otro conejo á quien se acababa de matar, y cuyo corazon latia aun en el momento de la experiencia. Los tres animales inoculados presentaron al poco tiempo una tuberculizacion generalizada. Uno de ellos sucumbió á los dos meses justos. La marcha de la afeccion fué tan aguda que apenas contenian los pulmones algunas pequeñas porciones de tejido sano. El hígado, el bazo, los riñones, estaban sembrados de tubérculos. Las mismas lesiones se observaron en los otros dos conejos, aunque en menor grado. Estos experimentos tenderian á probar que la materia tuberculosa, como todos los vírus, es tanto mas activa cuanto es mas fresca. Pero tambien acaso esta actividad varía segun la mayor ó menor analogía entre el organismo que da el vírus y el que le recibe.

Todo lo que precede, demuestra que puede considerarse al conejo como un reactivo muy sensible al vírus tuberculoso, y que este animal, tan fácil de adquirir y de criar, es un gran recurso para las experiencias que quieran hacerse en esta materia.

Seria un error creer que han de encontrarse todas las particularidades que presenta el tubérculo del hombre en

las otras especies animales. La manera de conducirse este producto patológico varía un poco segun los organismos, que son tambien variables ellos mismos en la estructura de sus órganos y su modo de reaccion. Ya hemos dicho que el tubérculo de la vaca presenta ciertos caractéres que han conducido á muchos observadores á dudar de su identidad con el del hombre. El del conejo difiere menos; pero ofrece sin embargo algunas condiciones particulares, que no es este el momento de describir.

Inoculacion del hombre al conejo de Indias.—El conejo de Indias parece que es un reactivo tan sensible para el agente etiológico de la tuberculosis, como el conejo ordinario. Dos de estos roedores han sucumbido: uno á los dos meses, y otro á los tres de la inoculacion, presentando ambos gran número de tubérculos en la mayor parte de los órganos.

Inoculacion del hombre al perro y al gato.—El resultado de las inoculaciones ha sido casi negativo. De cuatro perros en quienes se ha practicado, solo uno presentó á los cinco meses algun raro tubérculo en un pulmon y en los gánglios bronquiales. Otro, que se puso marasmódico, tenia ulceraciones en el esófago y los intestinos gruesos.

De tres gatos, la inoculacion ha dado un resultado dudoso en dos, y ha producido en otro algunas granulaciones tuberculosas en ambos pulmones.

A juzgar por mis experimentos, dice el autor, los carniceros pueden padecer la tuberculosis; pero es más difícil de provocar en ellos que en los roedores; y se puede considerar al gato y al perro, como relativamente refractarios á esta afeccion. Solo se ha conseguido algun efecto de la inoculacion, practicándola muchas veces sucesivas, y aun así, los tubérculos fueron raros.

Inoculacion del hombre al carnero.—Se cree por lo comun, que el carnero padece con frecuencia la tísis; pero, segun Villemin, los mal llamados tubérculos de los rumiantes son lesiones verminosas y dilataciones bronquiales. De cuatro carneros inoculados, tres no presentaron señal alguna de tuberculizacion; y el cuarto vivia aun, cuando se ha publicado esta memoria, sin signo exterior ninguno que pudiera hacer sospechar la tísis; lo mismo ha sucedido con la cabra.

Inyecciones de la materia tuberculosa en la tráquea. – Con objeto de saber si la absorcion por las vías respiratorias podia producir la tuberculizacion, M. Villemin ha tomado materia tuberculosa reblandecida, la ha triturado y diluido en agua, separando las porciones mas gruesas, y luego ha inyectado, por medio de una jeringa, en la tráquea de dos conejos medio centímetro cúbico de este líquido.

La tráquea habia sido préviamente descubierta por medio de una incision. Uno de los conejos presentó la tuberculosis, y el otro no. Esta experiencia, sin embargo, no es decisiva, porque la materia tuberculosa puede caer en la herida y reproducir, por consiguiente, las condiciones de una inoculacion ordinaria.

Inoculacion de la materia tomada en los tubérculos desarrollados en el sitio de la inoculacion. – Una de las cuestiones mas importantes que habia que resolver, era, á juicio de M. Villemin, determinar si, á ejemplo de lo que sucede con otras enfermedades inoculables bien conocidas, el principio morboso de la tuberculosis se reproduce en el sitio de la inoculacion. El autor ha resuelto este problema á que se refieren grandes ideas de patología general del modo siguiente: Ha inoculado dos conejos con la materia caseosa exprimida del tubérculo desarrollado debajo de la picadura de inoculacion de otro conejo á quien se habia operado veinte dias antes. A los cuatro y cinco meses respectivamente, ambos presentaban una abundante tuberculizacion.

Este experimento es una nueva prueba de la grande analogía del tubérculo con las enfermedades virulentas mas conocidas. Su evolucion en el punto de la inoculacion, el tiempo que trascurre entre el momento en que esta se practica y la erupcion tuberculosa en los diferentes órganos, la multiplicacion y la intensidad progresiva del producto morboso, hacen creer al autor que el tubérculo inicial, desarrollado en el sitio en que se inocula, es el orígen de la generalizacion de la enfermedad; del mismo modo que, en la sífilis, el chancro constituye una lesion local primero, y de ella se deriva la infeccion general del organismo y la manifestacion del padecimiento en órganos múltiples y distantes.

Esto confirma además una idea que acaso se haya ocurrido á muchos prácticos, y es que los tubérculos discretos que aparecen en el vértice de los pulmones, al principio de la tísis en el hombre, son la puerta de entrada de esta enfermedad, que no tarda en generalizar sus efectos. Por raros que estos tubérculos puedan ser, y por muy benignos que se presenten los síntomas que les acompañan, el peligro es siempre inmenso. Tarde ó temprano aparecen nuevas erupciones, mas ó menos intensas y repetidas, en el resto del pulmon y en los demás órganos. Aun cuando no haya mas que un solo tubérculo, es para la economía una fuente de infeccion que raras veces deja de manifestarse, y esto es lo que constituye la verdadera gravedad de la tísis.

Duracion de la inoculacion de la tuberculosis. —La erupcion de las granulaciones tuberculosas, en los órganos internos, se verifica cierto tiempo despues de la inoculacion, y que debe variar probablemente segun los casos, El autor ha tratado de determinar aproximadamente la época de la aparicion de los tubérculos en los pulmones y las otras vísceras. La ley de Louis se ha manifestado siempre con invariable constancia. Por los tres ejemplos siguientes se verá además que la erupcion tuberculosa del pulmon parece comenzar del décimo al vigésimo dia, y que en los casos en que los tubérculos se generalizan, aparecen en los riñones y el bazo antes de los veinte y ocho dias.

Un conejo inoculado mientras estaba padeciendo una diarrea epidémica, enfermedad muy mortífera en estos animales, sucumbió al décimo dia de la inoculacion, presentando una pequeña granulacion transparente en uno de los pulmones.

Otro conejo, tomado al azar entre los que habian sufrido la inoculacion veinte dias antes, tenia en un pulmon dos pequeñas granulaciones nacientes, de una transparencia notable, duras y de mucha resistencia.

Un conejo inoculado con tubérculo que se tomó en otro que se acababa de matar, presentó, á los veinte y ocho dias, numerosos tubérculos en los pulmones, el bazo y los riñones.

Influencia de la tuberculosis en el parto y su producto. —La

cuestion de la herencia ocupa un lugar importantísimo en la historia de la tísis, y la solucion de este problema es muy compleja.

Los hechos que á ella se refieren, podrán ilustrarse fácilmente por la experimentacion en los animales, cuyas uniones se pueden verificar á voluntad del observador. Segun se desprende de los hechos recogidos por el autor, el efecto habitual de la tuberculosis en los conejos es producir el aborto ó la muerte muy prematura de los hijuelos. Lo mismo sucede en el conejo de Indias. Esta muerte debe atribuirse, en concepto de Villemin, á la insuficiencia de la secrecion láctea de las madres, y á su abandono respecto á la prole. Es bien sabido que, en los animales, esta secrecion entra por mucho en la excitacion del amor maternal. En la mayoría de los conejillos que habian muerto en el mismo dia del nacimiento, ó dos ó tres despues, se ha encontrado el estómago vacío; lo que inclina á creer que sucumbieron por inanicion. *Ninguno de ellos tenia tubérculos.*

Dos solamente han vivido unos cinco meses; pero siempre estaban endebles y enfermizos, y no llegaron á adquirir la mitad del tamaño de otros de su edad. Presentaban un desarrollo excesivo del abdómen, con un pelo laso y poco lustroso, y murieron de una afeccion extraña á la tuberculosis; una especie de meningitis espinal que mató al mismo tiempo á otros de buena procedencia con quienes vivian. *Estos dos conejos, descendientes de padres tísicos, no han presentado señal ni vestigio alguno de tuberculizacion.*

Las interesantísimas observaciones de Villemin han recibido una confirmacion de grande importancia, por el autorizado testimonio del eminente profesor Lebert, de Breslau, que ha presentado, á la Academia de medicina de Paris, el resultado de sus experimentos acerca de la trasmision de los tubérculos por inoculacion, de acuerdo en un todo con los anunciados por aquel autor.

El doctor Lebert refiere cinco observaciones detalladas con autópsia de los sujetos en quienes se ha tomado la materia de la inoculacion, así como tambien de los animales que han servido para las experiencias, no pudiendo caber duda alguna acerca del diagnóstico. Hé aquí el resúmen de estos hechos:

Primera experiencia. — Tubérculos pulmonales é intestinales en un hombre de 42 años. Inoculacion é inyeccion subcutánea de materia tuberculosa diluida. Enflaquecimiento y debilidad progresiva del animal, con anasarca y ascitis al fin: muerte á los cuatro meses y medio. En la autópsia se encontraron gran número de tubérculos en los pulmones y glándulas bronquiales, en todo el sistema linfático, en el bazo y alrededor del testículo derecho. Tubérculos é inflamacion del tejido conjuntivo, asemejándose á la cirrosis en el hígado.

Segunda experiencia. — Enfermo con estado febril de apariencia catarral; signos de catarro faríngeo intenso, debilitacion rápida, muerte á las seis semanas de enfermedad. Autópsia: úlceras de la faringe, laringitis; úlceras traqueales, tuberculizacion miliar extensa en ambos pulmones. Inoculacion de un conejo, con apariencia de robustez y buena salud. Inyeccion subcutánea con la materia tuberculosa diluida en agua destilada. Se mata al animal á los cuatro meses y medio, encontrándose en la autópsia infiltracion gris y granulaciones del lóbulo superior del pulmon derecho; granulaciones tuberculosas, sobre todo en el lóbulo inferior derecho, una sola en el pulmon izquierdo.

Tercera experiencia. — Tubérculos pulmonales de marcha rápida, signos de laringitis; muerte á los dos meses y medio. Autópsia: tubérculos numerosos diseminados, bronquietaxia, varias cavernas tuberculosas, neumonía de curso lento en la parte superior del pulmon izquierdo. Inoculacion de un conejo por inyeccion subcutánea; formacion sucesiva de abscesos subcutáneos; muerte á los dos meses de la inoculacion; granulaciones semitransparentes en ambos pulmones, teniendo su asiento en los alvéolos; algunas granulaciones en el hígado; abscesos subcutáneos.

Cuarta experiencia. — Inoculacion de un conejo de Indias con el contenido de una caverna tuberculosa procedente de la autópsia de la observacion anterior. Muerte á los tres dias, probablemente por infeccion pútrida.

Quinta experiencia. — Tubérculos del cerebro, de los vértices pulmonales y del intestino con úlceras; pequeña úlcera del estómago; hipertrofia considerable de los

gánglios bronquiales y mesentéricos. Inyeccion subcutánea en un conejo, con la materia de estos gánglios diluida. Muerte á los nueve dias. Largo trayecto fistuloso y sanioso en el sitio de la inyeccion; glándulas linfáticas inmediatas infartadas, absceso en una de ellas, peritonitis supurativa general, alteracion celular por placas circunscritas en el hígado; bazo blando y tumefacto.

El doctor Lebert ha preferido en sus experimentos la inyeccion subcutánea, porque la inoculacion exige incisiones muy profundas y extensas cuando se trata de introducir corta cantidad de sustancia extraña. Es preferible tambien á la inyeccion en las venas, porque el punto de aplicacion es fijo, y se pueden apreciar mejor las vías de propagacion del principio morboso, mientras que, en las inyecciones venosas, la obstruccion, la trombosis y el atascamiento ó embolia complican fácilmente la accion infectante de un agente introducido del exterior.

La cantidad de materia empleada ha variado de 50 centígramos á un gramo, diluida y triturada con agua destilada en cantidad suficiente para que se pudiese hacer la inyeccion. La piel de la nuca ha sido el sitio elegido de preferencia. Las experiencias se han hecho con conejos comunes y de Indias; tres veces con la materia tuberculosa amarilla ó gris, una vez con el líquido contenido en una caverna, y otra con la sustancia de un gánglio mesentérico tumefacto é hipertrofiado, no tuberculoso, pero procedente de un niño que lo era.

Los síntomas observados en los animales han variado mucho, segun la sustancia empleada, y tambien la predisposicion individual. Un conejo á que se inyectó la materia tuberculosa, tenia el aspecto de estar perfectamente bien; y sin embargo, presentó tubérculos pulmonales, aunque en pequeño número. De otros dos conejos hechos tuberculosos por la inyeccion, el primero murió á los dos meses, habiéndose demacrado y presentando un estado febril, despues de haber tenido bastantes abscesos subcutáneos. Su estado ofrecia mucha semejanza con el de la piohemia; en la autópsia se encontraron algunos tubérculos en los pulmones. El tercer animal, que era un conejo de Indias, sucumbió cuatro meses y medio despues de la inyeccion de materia tuberculosa, muy demacrado,

hidrópico, débil, y negándose á tomar alimento. Dos veces de tres, la irritacion local, por efecto de las inyecciones, ha sido intensa y prolongada. En uno de los conejos se formaron dos tumores flegmonosos, uno de los cuales supuró; en el otro, supuracion extensa y abscesos subcutáneos múltiples. En los dos animales en quienes se inyectó materia no tuberculosa, pero procedente de sujetos tuberculosos, la irritacion local fué tambien fuerte, produciendo en uno de ellos un foco sanioso, sin curarse la picadura de la inyeccion, y en el otro, un largo trayecto fistuloso, con inflamacion en los tejidos inmediatos é infarto de las glándulas linfáticas, una de las cuales habia supurado.

Es notable esta irritacion local tan intensa, que no está en proporcion con las cualidades físicas aparentes de las materias empleadas y que por sus efectos han sido mas irritantes que el fósforo mismo, con que el autor ha hecho algunos ensayos. El efecto septicémico del líquido de la caverna ofrece tambien interés, porque viene en apoyo de la observacion hecha hace largo tiempo, acerca de la accion irritante, á veces septicémica del líquido de las cavernas en el pneumotorax, mientras que la introduccion del aire en el pecho, durante la operacion de la toracentesis, apenas ofrece inconvenientes graves.

Es tambien digno de notar que uno de los animales sucumbió por consecuencia de una vasta supuracion y de abscesos subcutáneos múltiples de un modo semejante al de la piohemia, porque los tubérculos pulmonales eran poco numerosos y avanzados en su desarrollo para producir la muerte. La infeccion general fué aun mas manifiesta en el conejo que, despues de la inyeccion de la materia glandular, pereció á los nueve dias con una peritonitis supurada que no tenia ninguna relacion de continuidad con la herida de la inyeccion.

Respecto á la alteracion tuberculosa, la autópsia ha demostrado la inoculacion en los tres animales en que se inyectó materia tuberculosa, no pudiéndose contar como tal é inoculable el líquido de la caverna.

En los tres casos los pulmones fueron los órganos invadidos de preferencia: una vez no habia mas que una docena de tubérculos en uno de ellos, y uno aislado en

el otro: otras dos los tubérculos eran mas numerosos y repartidos en ambos pulmones, sin que se haya notado preferencia por el vértice, lo que puede explicarse por la posicion horizontal del animal con respecto á la del hombre. En una de estas tres experiencias habia además algunos tubérculos en el hígado, y en la que el éxito fué mas completo, el organismo estaba infectado, presentándose los tubérculos en gran número en el pulmon, la pleura, el hígado, el pericardio, bazo, uno en la inmediacion del testículo derecho, é invadido todo el sistema linfático, como M. Lebert no lo ha visto nunca en el hombre, tanto en las glándulas linfáticas subcutáneas y musculares como en las viscerales.

Los tubérculos no podian ser mas característicos en estos animales. El autor se anticipa á la objecion que pudiera hacerse, suponiendo que la existencia de la enfermedad era anterior á la inyeccion, porque, segun dice, ha disecado un número inmenso de conejos comunes y de Indias, y puede asegurar que nunca ha visto en ellos la tuberculizacion, á menos que no se confundan con ella esas pequeñas masas amarillas del hígado del conejo, que están formadas de una aglomeracion de huevos de helmintos, error muy fácil de evitar. Además, los tubérculos estaban evidentemente en su período plástico de desarrollo.

El volúmen variaba desde una cabeza de alfiler hasta el tamaño ordinario de la granulacion tuberculosa, el de un cañamon, una lenteja, y todos los intermedios hasta las pequeñas infiltraciones tuberculosas lobulares, que habian invadido por confluencia la mayor parte de los alvéolos de un lóbulo pulmonal. Al principio se notaba la coloracion gris y la semi-transparente, luego opaca en el centro, y despues todos los intermedios hasta el tubérculo amarillo, y además los tubérculos diseminados ó agrupados, infiltraciones grises y amarillas y en las infiltraciones mas extensas, la combinacion entre la inflamacion ambiente y el tubérculo.

El corte de la granulacion tuberculosa y del tubérculo amarillo ofrece el mismo aspecto compacto, la misma consistencia elástica que en el hombre, y solo en las infiltraciones un poco mas extensas de los pulmones y de

los gánglios linfáticos se ve aparecer poco á poco el color amarillo y la consistencia caseosa, primero en las glándulas, luego en los tubérculos diseminados, que al fin concluyen por hacerse confluentes. Entre un número muy considerable de estos gánglios, solo uno tenia un pequeño foco purulento; todo lo cual viene en apoyo de la opinion del autor, que cree que se ha exagerado mucho la frecuencia del orígen inflamatorio en el desarrollo de la tuberculizacion glandular, trabajo flegmásico mucho mas frecuentemente consecutivo que primitivo. No carece de interés ver á los alvéolos pulmonales, y su tejido conectivo, así como el celular subpleurítico, ser el punto de partida de los tubérculos comunicados por inyeccion subcutánea.

Si en estas experiencias los tubérculos de los diversos órganos han presentado el mismo modo de evolucion que en el hombre, hay un hecho excepcional, que es el estado inflamatorio del tejido conectivo de la superficie y del interior del hígado, estado que se parece mucho á la cirrosis incipiente, y que hace probable que las granulaciones tuberculosas hayan dado quizás la impulsion, pero encontrando una predisposicion marcada á esta alteracion notable.

El exámen microscópico viene á confirmar completamente la identidad de los tubérculos de los animales en que se han hecho los experimentos con los del hombre. Sin contar los restos de alvéolos pulmonales, habia en todos los tubérculos, grises ó amarillos, ya del pulmon, ya de los demás órganos, y sobre todo de los gánglios linfáticos, células sumamente numerosas, rodeadas de una sustancia intercelular poco abundante, transparente ó ligeramente granulosa en placas. Estas células eran redondas ó de periferia irregular; contenian pequeños gránulos, muy poca grasa, aun en el tubérculo amarillo, excepcionalmente un pequeño núcleo distinto, y su tamaño variaba desde la mitad del volúmen hasta un poco mas del diámetro de una célula de pus; por lo demás, eran completamente diferentes donde habia supuracion, y ninguna alteracion intermedia unia el tubérculo y el absceso glandular en las piezas examinadas.

M. Lebert no cree que estos ensayos resuelvan la cues-

tion tan debatida del contagio de la tísis. que solo puede admitirse como posible; pero la trasmisibilidad de los tubérculos por contacto y absorcion provocada es un hecho de tanta importancia, que se amenguaria su valor exagerándole. Prueba que no se trata aquí, como frecuentemente se ha pretendido, de un simple trabajo flegmásico, que se propaga de capa en capa, sino de un elemento especial y propio de la enfermedad tuberculosa, lo mismo que le tienen la viruela, la sífilis, el muermo y quizás muchas otras afecciones en que apenas se le sospecha en la actualidad.

Anteriormente á la comunicacion de Lebert, ya los doctores Herard y Cornil habian comprobado experimentalmente los hechos anunciados en la primera Memoria de M. Villemin. Al efecto, sometieron á la experimentacion siete conejos de mes y medio de edad próximamente; seis de estos animales fueron encerrados en una gran caja rectangular, donde podian moverse y respirar fácilmente; el séptimo quedó en libertad. En este y en uno de los seis primeros, no se practicó inoculacion ninguna. De los cinco restantes, tres fueron inoculados exclusivamente con la materia de las granulaciones tuberculosas, grises, semi-transparentes ú opacas y amarillentas, recogidas en el peritoneo y las pleuras de un tísico. En los dos últimos, se empleó solo la materia caseosa, que se considera aun, por la mayoría de los médicos, como el tipo del tubérculo; pero que para los autores no es, en realidad, mas que una pulmonía catarral que ha llegado al período gránulo-adiposo (pulmonía caseosa).

Se practicaron dos inoculaciones, el 12 de diciembre y el 1.° de enero, siguiendo el procedimiento de M. Villemin, es decir, introduciendo debajo de la piel, por medio de un bisturí estrecho, la materia tuberculosa préviamente triturada. Se cuidó de alimentar convenientemente á todos los animales, teniéndolos en un sitio bien ventilado, y se los mató á los dos meses de la primera inoculacion, obteniéndose los siguientes resultados de su autópsia:

1.° Los dos conejos no inoculados no presentaron ninguna lesion del pulmon, ni de otras vísceras, que pudiera referirse á la tuberculosis.

2.° Los dos conejos á quienes se habia inoculado la materia caseosa pulmonal, no tenian tampoco ninguna especie de lesion tuberculosa.

3.° De los tres inoculados exclusivamente con la materia de las granulaciones, solo se mataron dos, reservando el tercero para una observacion mas prolongada. Estos dos conejos presentaban en ambos pulmones lesiones evidentemente tuberculosas, aunque poco avanzadas. El exámen atento de estas lesiones y su estudio, bajo el punto de vista histológico, demostró que eran idénticas á las granulaciones tuberculosas que se encuentran en el hombre, y que no diferian en nada de las observadas por Villemin en sus conejos.

Estaban especialmente caracterizadas por grupos de granulaciones semi-transparentes, grises, duras, resultado de la aglomeracion de pequeños núcleos esféricos, reunidos por una materia granulosa y por fibras. El lóbulo inferior del pulmon, en uno de estos conejos, se encontraba fuertemente congestionado, y las partes inmediatas de las granulaciones llenas de grandes células epiteliales en multiplicacion endógena y de leucocitos. En este mismo animal se notaba que los gánglios linfáticos del lado en que se habia practicado la inoculacion, estaban infartados, reblandecidos y amarillentos. Examinados al microscopio, se veian, en medio de la trama del gánglio, células linfáticas, núcleos ó pequeñas células, mas voluminosas que en el estado normal é infiltradas de finas granulaciones protéicas y adiposas.

Estas lesiones eran muy poco extensas y avanzadas para producir alteraciones funcionales bien características, y por otra parte se conoce muy poco la historia de las enfermedades del conejo para que la observacion pudiese ser exacta bajo este punto de vista. Ninguno de ellos tosia. En el que las lesiones estaban mas adelantadas, pareció observarse un poco de disnea. Los dos habian enflaquecido mucho.

Estos hechos, concluyen los doctores Herard y Cornil, demuestran, como ha indicado M. Villemin, que el tubérculo es inoculable del hombre al conejo; pero al mismo tiempo, dicen los autores, nos permiten establecer una distincion que creemos capital en la historia de la

tuberculosis, entre la granulacion, lesion específica, característica de esta enfermedad, y los productos inflamatorios caseosos que se desarrollan alrededor de ella. La una es inoculable, los otros no lo son. No hay duda que esta distincion, fundada en muchas otras razones, tiene una verdadera importancia, y que en este caso particular podrá servir para explicar los hechos contradictorios que no dejarán de presentarse contra las experiencias de M. Villemin.

Los doctores Herard y Cornil no han llevado mas adelante las deducciones de los resultados de sus experimentos y nada han concluido respecto al modo de conducirse la tuberculosis en el hombre, esperando, sin duda, con laudable prudencia, que se repitan y varien estos ensayos en animales de diversas especies para adquirir datos numerosos y ciertos por la vía experimental, antes de resolver la importante cuestion de la trasmisibilidad de la tuberculosis en la especie humana.

Nos parece inútil insistir de nuevo en llamar la atencion de nuestros lectores acerca del interés que ofrecen los hechos de que hemos dado cuenta en este artículo. Si, como parece muy probable, las experiencias ulteriores los confirman, no puede menos de considerarse la inoculacion de la tísis como un verdadero descubrimiento que debe abrir una nueva era en la historia de esta fatal enfermedad, que ha hecho por sí sola mas víctimas que todas las epidemias y todos los azotes conocidos.

Quizás la terapéutica podrá entrar en un camino mas fecundo en resultados. Por lo menos, debe esperarse que en adelante podremos elegir mejor nuestras armas defensivas contra un enemigo, cuyos medios de accion nos son mas conocidos.

Despréndese de estos estudios una consecuencia de valor incalculable, y es, que hoy estamos en posesion de un medio experimental, que puede multiplicarse cuanto se quiera y que nos facilitará hacer ensayos terapéuticos *in anima vili*. Como con mucha oportunidad decia Cl. Bernard, al presentar la primera Memoria de Villemin á la Academia, la vía de la experimentacion está abierta, y aun restan muchos y difíciles problemas que resolver, y la ciencia no permanecerá indiferente y estacionaria

ante ellos, porque además de científicos son eminentemente humanitarios. ¿El principio virulento se encuentra en los sudores, en los esputos, en la sangre, en las emanaciones de los tísicos? ¿Tendremos que volver á las antiguas ideas del contagio que muchos modernos sostienen aun sin pruebas suficientes?

Despues de haber dado cuenta de estos trabajos experimentales con toda la extension que su importancia exige, no podiamos pasar en silencio la reclamacion de prioridad hecha en favor del eminente cirujano español, doctor Sanchez de Toca, por el *Siglo XIX*, periódico que se publica en Valladolid, fundándose para ello en las ideas emitidas por este sábio profesor en el primer Congreso médico-español, que se suponen idénticas, equivocadamente á nuestro juicio, con las del práctico francés. Hay entre ellas, sin duda ninguna, cierta analogía; pero difieren en puntos muy esenciales, segun demuestra el mas ligero exámen de las opiniones de ambos autores. Oigamos al digno catedrático de Operaciones de la Facultad de Madrid: «El trabajo patológico de la tuberculizacion »es idéntico al trabajo ó trabajos patológicos que ocurren »consecutivamente en la infeccion purulenta muy caracaterizada. Esta opinion mia se funda principalmente en »innumerables autópsias cadavéricas, precedidas de ob»servaciones clínicas correlativas. Y viendo que hay pa»ridad en los cuadros ó aparatos sintomáticos de la tu»berculosis y de la puoemia, como la hay en las lesiones »anatómicas que caracterizan una y otra enfermedad, es »natural pensar que debe haber muy grande analogía »entre ambas enfermedades; pero, aunque haya analogía, »tiene que haber diferencia, aunque no sea esencial, por»que la una tiene un curso crónico y la otra agudísimo...

»Mi teoría consiste (añade el eminente cirujano espa«ñol), como ya he expresado, en admitir primero en la »sangre una alteracion especial por la mezcla de ella »con una sustancia capaz de producir la materia tuber»culosa, y esta sustancia es el pus mismo en proporcion »módica; es decir, que la alteracion de la sangre consiste »en la presencia del glóbulo de pus en ella. Podrá haber »uno solo y hallarse combinado de tal modo con los de»más principios de la sangre, que no sea fácil demostrar

»su presencia con el microscopio; pero esta mezcla es la »condicion que debe tenerse en cuenta, aun cuando ha»blemos de la diátesis tuberculosa.»

Para explicar el doctor Toca cómo la presencia del glóbulo de pus en la sangre engendra el tubérculo, mediante la secrecion y depósito de la materia tuberculosa en el intersticio de las fibras ó de los parénquimas orgánicos, se expresa del siguiente modo:

«Una irritacion patológica cualquiera, sea traumática, »catarral, reumática, escrofulosa, específica, una irri»tacion cualquiera accidental, aunque sea mínima, fijada »préviamente en el pulmon, que es la otra condicion, »llama y determina allí esa secrecion patológica, y al »través de los poros de los capilares sanguíneos, se veri»fica la salida de los materiales alterados por el contacto »y mezcla ó combinacion con las moléculas del pus. Si »los materiales que lleva la sangre son copiosos, basta »una irritacion pequeña; y, por el contrario, si la irrita»cion patológica ó la inflamacion son intensas, basta con »escasos materiales en la sangre, para producir la exha»lacion intersticial de las moléculas del pus; y una vez »depositado un glóbulo, él llama otro y otros, y así su»cesivamente.»

Como con mucha oportunidad y el gran talento que le distingue, ha dicho el señor Mendez Alvaro en el *Siglo médico*, aquí resulta formada, en efecto, la tuberculosis en todas sus partes, y sin dejar cosa que apetecer, como no sea la demostracion de estas aserciones.

No pasarémos adelante, puesto que no es nuestro ánimo hacer la crítica de esta teoría, sino poner de relieve los puntos de contacto y de semejanza que puede tener con las doctrinas del doctor Villemin. Adviértese desde luego que la opinion de nuestro sabio cirujano, respecto á la tuberculosis, se funda en la analogía que ha creido observar entre los trabajos patológicos consecutivos á la infeccion purulenta y los propios de la tuberculizacion, lo que hizo nacer en él la idea de una causa comun.

El doctor Villemin, suponiendo ciertas afinidades entre la tuberculosis y algunas afecciones virulentas, quiso ver si la materia tuberculosa era inoculable en los

conejos, para deducir de aquí la especificidad del padecimiento.

Para el señor Toca, el pus, cualquiera que sea, y proceda de donde proceda, una vez introducido en la sangre, es capaz de determinar la tuberculosis, lo cual, como se comprende bien, aleja la idea de especificidad y virulencia.

Segun el doctor Villemin, el agente inoculable no es el pus verdaderamente tal, es la materia tuberculosa, que obra á la manera de los vírus, y reproduce la misma enfermedad de que ella procede, siendo esta por lo tanto virulenta, y en cierto modo específica; y esto es lo que ha tratado de demostrar experimentalmente en los animales, y lo que con posterioridad han comprobado los doctores Herard y Cornil, y el sabio profesor de anatomía patológica, doctor Lebert, habiéndose hecho inyecciones con otras diferentes materias, como la psoren teria de un colérico, pus de un absceso flegmonoso y de un antrax, sin que se observase alteracion patológica alguna. Preciso es, sin embargo, convenir en que esta segunda clase de experimentos ha sido poco numerosa, y que una vez conocidas las ideas del doctor Toca, es de mucha importancia repetir las inoculaciones con pus de distintas procedencias, pues del resultado de este estudio práctico depende el triunfo de una ú otra opinion, que aun despues de esta prueba, no serán todavía aceptables en absoluto. Hay muchísimos casos de tísis en que difícilmente puede admitirse la presencia del vírus tuberculoso, por no haber estado el enfermo en contacto directo ni indirecto con quien pudiera trasmitírsele. Mientras que en las enfermedades legítimamente virulentas, como la sífilis, viruela, muermo, etc., siempre se puede encontrar la filiacion del mal, siempre es posible remontarse á su orígen.

Sea como quiera, no puede desconocerse el mérito y la originalidad de la teoría del doctor Sanchez Toca; así como no es posible negar la importancia de las demostraciones experimentales del doctor Villemin, cuyos resultados difieren de aquella por mas de un concepto.

TOXICOLOGÍA: MEDICINA LEGAL.

Alcalinos: intoxicacion. (*Montp. méd.*).

La ciencia posee un número inmenso de observaciones acerca de los accidentes producidos por ciertas sustancias tóxicas que, como el arsénico, los ácidos minerales concentrados, las sales de cobre y de mercurio, tienen el triste privilegio de ser las mas frecuentemente usadas con un fin criminal. Existen en cambio otros agentes tóxicos, cuyas propiedades son relativamente poco conocidas, hasta el punto que para reunir algunos hechos en que se encuentre prácticamente demostrada su mortífera accion, se necesitan á veces no pocas investigaciones bibliográficas. Entre estas materias pueden citarse las bases en general y particularmente el carbonato de potasa.

Estas razones han movido al doctor Espagne, de Montpellier, á publicar la historia de una enferma, en que ha observado recientemente los funestos efectos producidos por esta sal en la economía, á consecuencia de un envenenamiento accidental.

Era una jóven de 27 años, de temperamento linfático bilioso, de salud poco robusta, con algunas manifestaciones de escrofulismo.

Habiéndosela dispuesto un purgante, tomó, por equivocacion, en su lugar, el contenido de una taza en que habia 200 gramos de carbonato de potasa, preparados para un baño alcalino, que debia darse á una enferma que padecia una erupcion cutánea liquenoídea. La sal, por efecto de su delicuescencia, estaba casi líquida, y la mujer la llevó á sus labios con precipitacion, á fin de ingerirla de una vez, para evitar el desagradable sabor que suponia en el purgante. La sensacion de quemadura y el gusto lixivial muy marcado que advirtió inmediatamente, impidieron que tomase toda la cantidad de carbonato potásico, del que solo tragó unos 100 gramos, y aun una porcion de esta dósis fué inmediatamente devuelta. Los vómitos se repitieron con frecuencia, persistiendo muy intensamente la sensacion de causticidad interior.

Cuando el doctor Espagne vió á la enferma, al poco tiempo del accidente, se encontraba con señales exteriores de un gran abatimiento y de sufrimientos extraordinarios; cambios incesantes de posicion, semblante desesperado, sensacion constante de quemadura interior, que no pasaba de la region epigástrica. Lengua resquebrajada, papilas fungiformes y coroliformes, rojas y denudadas; mucho dolor en la cámara posterior de la boca, pareciendo á la enferma que la mucosa de esta region estaba desprendida de la bóveda palatina; el epitelium se encontraba con efecto levantado; dolor vivo en el istmo de las fáuces, en las que, sin embargo, solo se advertia una rubicundez moderada; piel fria, cubierta de un ligero sudor; pulso pequeño, profundo, frecuente, regular.

Se prescribió 1 gramo de ipecacuana, 5 centígramos de tártaro estibiado, 60 gramos de jarabe de ipecacuana, en un vaso de agua caliente, para tomar en dos veces, con cinco minutos de intérvalo. Se presentaron abundantes vómitos, favorecidos por medio de cantidades considerables de agua tibia. Los materiales expulsados eran: unos acuosos y sanguinolentos, mezclados con restos de epitelium; otros espesos y de color verde negruzco. Todos daban una fuerte reaccion alcalina.

Continuando la indicacion de los eméticos, se administraron 15 centígramos de sulfato de zinc en un vaso de agua, obteniéndose nuevos vómitos de la misma naturaleza, pero cuya alcalinidad era cada vez menor.

La aparicion de dolores abdominales hizo que se dispusiese una lavativa compuesta de: aceite de ricino, 60 gramos; aceite de croton, 4 gotas; agua ligeramente gomosa, 250 gramos; la cual produjo una deposicion líquida negruzca, análoga, al menos por su aspecto físico, á los vómitos de la segunda clase. Se aplicaron despues muchas lavativas con aceite comun y de almendras dulces.

Como bebida, prescribió el doctor Espagne sucesivamente agua acidulada con vinagre, aceite de almendras dulces, con algunas gotas de zumo de limon y azúcar, administrado á cucharadas de café, de cuarto en cuarto de hora, y agua albuminosa; pero el estómago no tole-

raba nada, y la ingestion de todos estos líquidos provocó vómitos, que tambien se presentaron espontáneamente.

Al poco tiempo desapareció la reaccion alcalina de las materias vomitadas.

El hielo produjo un ligero alivio, pero momentáneo, sin que fuera posible conseguir que el estómago tolerase caldo ni leche, que fué preciso administrar en lavativas.

A las once horas de haber empezado el tratamiento, el pulso estaba mas desarrollado, la piel menos fria, pero continuaba el abatimiento, no habiendo tampoco disminuido apenas la sensacion de quemadura interior.

A las veinte y tres horas del accidente, cesaron los vómitos, y fueron calmando todos los demás síntomas, de lo que pudiera llamarse el estado agudo de la intoxicacion; pero empezó entonces una convalecencia larguísima y penosa en extremo. Durante muchas semanas, la enferma no tomó mas que leche, caldo, purés, no pudiendo tolerar alimentos mas sustanciales, que determinaban al momento vómitos. La susceptibilidad del estómago era tal, que los medicamentos tónicos, las soluciones ferruginosas muy diluidas, y aun las infusiones vegetales amargas, que tan útiles podrian haber sido, producian una irritacion gástrica, que se manifestaba por vómitos. Los baños sulfurosos aumentaron un poco las fuerzas generales; pero las funciones digestivas no se entonaron nunca de un modo estable, durante la permanencia de la enferma en Montpellier. El agua de Seltz y la de Vergeze fueron inútiles. A los cuarenta dias del accidente, esta mujer marchó al lado de su familia, donde murió apenas habia trascurrido un mes.

El análisis de las materias vomitadas demostró la existencia en ellas de cierta porcion de bílis, y de una cantidad considerable de potasa.

Aunque, en la observacion que precede, la muerte no haya sido consecuencia inmediata de la ingestion del veneno, gracias quizás, segun el autor, al tratamiento enérgico y á los antídotos que se administraron, fué producida secundariamente por la extrema debilidad en que esta ingestion sumió á la enferma, por sus efectos generales en el organismo.

M. Espagne cree que podria asignarse como carácter

del envenenamiento por los alcalinos, y en particular por las sales de potasa, esta debilidad consecutiva, sobre la que apenas ejerce influencia alguna una larga y bien dirigida convalecencia. En la *Biblioteca médica* [1] se refiere una observacion que tiene muchos puntos de contacto con la que antecede. «Dos jóvenes, uno de 16 y otro de 12 años, se disponian á tomar los baños de mar: antes de hacerlo, se les prescribió un purgante, y en lugar de la sal que se habia dispuesto, se les administró, por equivocacion, media onza de subcarbonato de potasa á cada uno. El mas jóven falleció á los cuatro meses, despues de un estado de debilidad prolongada, y el de mas edad, á los tres meses, en la misma forma.

El autor traza en seguida un cuadro general de la sintomatología del envenenamiento por los alcalinos, que apenas necesitamos mencionar, porque es en cierto modo una repeticion del observado en la enferma en cuestion.

Sensacion de quemadura mas ó menos viva en todas las partes que han estado en contacto con la sustancia; sabor acre, urinoso, en los compuestos potásicos ó sódicos; dolor, á veces tan agudo, que se manifiesta por movimientos variados y contorsiones del organismo; gran postracion; pulso filiforme, mas bien frecuente que tardo, á veces irregular. La debilidad puede llegar hasta producir un síncope pasajero. Casi siempre se vomita una parte del veneno poco tiempo despues de la ingestion: los vómitos son sanguinolentos, parecen á veces formados de sangre pura; otras veces negruzcos y contienen bilis; frecuentemente se encuentran en ellos restos de epitelium pavimentoso. En las primeras horas presentan una reaccion alcalina pronunciada. Las orinas deben tener la misma reaccion. La presion en el epigastrio y el cuello exacerba los dolores. Extincion de voz ó afonía mas ó menos completa, ya á causa de la postracion general, ya por efecto de la cauterizacion interior de la laringe, en que puede haber penetrado el álcali con los esfuerzos del vómito. Rubicundez mas ó menos oscura en la boca y faringe.

Los síntomas agudos de dolor y vómitos cesan á veces

[1] *Bibliothéque médicale*, t. LIX, pág. 409. Paris, 1818.

á las veinte y cuatro horas; pero pueden continuar durante muchos dias, saliendo sangre mezclada con las deposiciones; en los casos mas graves, no desaparecen los vómitos; la debilidad hace incesantes progresos, y suelen venir á complicar la situacion, el delirio, las convulsiones y la congestion hipostática del pulmon. La repeticion de las hemorragias indica menos, segun hace notar M. Potain, la continuacion de la accion caústica del álcali que la difluencia de la sangre que ha producido. En fin, el enfermo muere muchos dias ó muchas semanas despues de la inyeccion del álcali tóxico en un profundo estado de adinamia.

Las lesiones anátomo-patológicas se encuentran en los sólidos y en los líquidos de la economía. Donde quiera que el álcali corrosivo se ha puesto en contacto con los tejidos, se observan señales de inflamacion en todos sus grados, desde la simple arborizacion hasta la gangrena. La accion de los amoniacales produce un reblandecimiento marcado, con tendencia á la difluencia en los órganos. M. Potain ha visto el reblandecimiento del bazo, riñones y gánglios mesentéricos, así como la existencia de coágulos negruzcos, muy difluentes en las cavidades del corazon.

En el tratamiento hay que atender á tres indicaciones, evacuar el veneno; neutralizar sus efectos; tonificar el organismo profundamente debilitado.

La *primera indicacion* solo puede llenarse poco tiempo despues de la ingestion del veneno: consiste en el uso de los vomitivos. La irritacion gástrica que siempre existe, aconseja la mayor prudencia en la administracion del tártaro estibiado y sulfato de zinc, debiendo preferirse en general la ipecacuana.

Cuando hay deposiciones sanguinolentas, lo que supone que la accion del veneno se ha extendido al tubo intestinal, están indicadas las lavativas purgantes, que deben ser aceitosas, nunca salinas.

Segunda indicacion.—Los ácidos, la albúmina, los aceites neutralizan el veneno, uniéndose con uno de sus elementos, y poniendo en libertad al ácido carbónico, que no ofrece peligro para las vías digestivas.

Entre los ácidos no hay ninguno de uso mas fácil é

inofensivo que el vinagre mas ó menos diluido en agua. Tambien puede emplearse el agua acidulada con ácido nítrico. El autor duda si deberá usarse el sulfúrico, cuya combinacion con la potasa da lugar á la sal de *duobus*, con la que se ha observado algun caso de envenenamiento.

La albúmina, que tiene la propiedad de combinarse con los óxidos metálicos, da orígen á un albuminato de potasa insoluble.

Los aceites forman un jabon con los álcalis.

Despues del uso de estos neutralizantes directos, ó aun mientras dura su administracion, están indicados los nutritivos demulcentes: hidrógala, leche, tisana de ternera, caldo, etc.

Tercera indicacion. — En todas las observaciones que hasta ahora posee la ciencia, un período de extrema adinamia ha separado el momento de la introduccion del veneno del de la muerte. En los casos en que no se verificó tan funesta terminacion, una convalecencia larguísima, muy incierta, y en extremo penosa, ha servido de intermedio entre la enfermedad y el restablecimiento de la salud.

La debilidad y la lentitud de la convalecencia sugieren la idea de la medicacion tónica; pero el estado de irritacion de la mucosa digestiva hace difícil el uso de los agentes que la constituyen, sin que respecto á este punto se pueda fijar ninguna regla general: cada caso debe inspirar al médico una indicacion especial para el uso de los tónicos al interior. El doctor Espagne cree que los baños sulfurosos, los de mar y la hidroterapia pueden ser muy útiles, si el estado general de las fuerzas y de la constitucion permiten su uso.

Amanitina : veneno narcótico de los hongos. (*Bulletin de l'Academie de médecine*).

El doctor Letellier ha presentado una memoria á la Academia de medicina acerca del veneno de los hongos del género agárico, que el mismo autor resume en los siguientes términos:

1.° Los hongos venenosos del género agárico, seccion

de las amanitas, deben su accion mortal al mismo principio narcótico alcalino, fijo, incristalizable, que no precipita mas que por el iodo ó el tanino, y que debe conservar el nombre de *amanitina*.

2.° Las especies confundidas con el nombre de *agárico bulboso* tienen además un principio ácre deletéreo.

3.° El mejor tratamiento consiste en la administracion de los vomi-purgantes aceitosos, á los que se adiciona, continuando luego tambien su uso, el tanino en cocimiento acuoso muy concentrado.

Anestesia considerada bajo el punto de vista de la medicina legal. (*Gaz. heb.*).

El descubrimiento de la anestesia que ha producido tantos beneficios á la humanidad, abre tambien un nuevo campo á las investigaciones médico-legales. Arma poderosa en las manos del criminal, instrumento de suicidio, causa de accidentes, ocasion de responsabilidad médica, nuevo recurso para el diagnóstico de las enfermedades simuladas, la anestesia ofrece un verdadero y grave interés en medicina legal, bajo todos estos diversos puntos de vista. Su estudio es en cierto modo el programa que se ha trazado M. Tourdes, profesor de la facultad de Strasburgo, en un interesante trabajo publicado en la *Gaz. heb.*

Los anestésicos suprimen la voluntad y la resistencia; borran la memoria; podrán ser, pues, un arma preciosa para hacer desaparecer las huellas de ciertos atentados criminales; bueno será, por lo tanto, que los peritos conozcan todas las particularidades relativas al modo de obrar de aquellos agentes, los vestigios que dejan en el organismo, y los medios que tiene la química para revelar su existencia, á fin de ilustrar convenientemente á los tribunales cuando sean consultados.

Por fortuna, añade M. Tourdes, los cuerpos que provocan la anestesia están hasta ahora poco vulgarizados, y se necesitan ciertos conocimientos ó alguna práctica para sacar de ellos el resultado que se apetece. Esto, sin embargo, no excluye la posibilidad de que se usen como arma homicida. Menos conocidas, dice con mucha opor-

tunidad el ilustrado crítico del *Pabellon médico*, eran la nicotina y la digitalina, y hubo manos diestras para emplearlas; bien es verdad que la ciencia respondió tambien á la pregunta de los tribunales, y que los crímenes no quedaron impunes.

Siendo el cloroformo el mas activo y fácil de manejar de los anestésicos conocidos, es tambien el que más se presta á usos criminales, y por consecuencia el que mas debe llamar la atencion del médico legista. El éter es menos rápido en sus efectos.

El cloroformo ó cualquiera otro anestésico podrá ser un arma homicida: para causar la muerte no se necesita mas que forzar la dósis ó prolongar su accion. La víctima puede ser sorprendida en un punto cualquiera; un pañuelo empapado en el anestésico que se aplica á las narices ó la boca, determina la insensibilidad; la resistencia cesará tan pronto como empiece á graduarse la accion de la sustancia.

Una de las primeras cuestiones que se presentan en semejantes casos, es determinar si la anestesia ha sido voluntaria ó forzada. En el primer supuesto es mas rápida; en el segundo se puede retardar por la resistencia, por el estado moral del indivíduo, y entonces se encontrarán vestigios de la lucha que prueban la violencia.

La experiencia ha demostrado que se puede anestesiar á una persona dormida sin que despierte, transformando así el sueño natural en sueño anestésico. Pocas inspiraciones serán suficientes para ponerla á discrecion del criminal, y como se comprende fácilmente, este estado podrá aprovecharse para cometer un atentado contra el pudor, provocar el aborto, etc., etc.

Aquí presenta el autor una cuestion importante, aplicable á todos los casos de este género. ¿Se conserva el recuerdo de los actos verificados durante la anestesia? ¿Cuándo empieza á borrarse la memoria de los hechos que pasan durante la inhalacion? Es indudable, dice M. Tourdes, que cuando la anestesia es completa, el conocimiento queda enteramente abolido: todos los dias vemos enfermos que no conservan idea alguna de gravísimas y largas operaciones que se les han practicdo. Pero la abolicion de la memoria es pronta, se verifica antes

de que la anestesia sea completa; en el momento en que el cloroformo empieza á obrar y en el espacio de tiempo que precede al parecer á la suspension de los actos intelectuales y de la conciencia, el enfermo oye, parece que comprende, habla, y sin embargo, al despertar, lo ha olvidado todo. M. Sedillot, que ha insistido mucho en estos fenómenos, cree que frecuentemente el olvido empieza desde las primeras inhalaciones. Cita la observacion de uno de sus ayudantes, muy habituado á manejar el cloroformo, que, al arreglar la compresa, cayó dos veces sin conocimiento, se levantó, continuó dirigiendo la inhalacion del enfermo, sin saber nada de lo que le habia ocurrido, y negó mas tarde con energía su doble anestesia, de la cual no conservaba el mas leve recuerdo.

Al despertar el sugeto, sigue el hilo de las ideas que tenia al dormirse; rechaza la operacion, demuestra el miedo que le inspira el tener que sufrirla, cuando ya se ha verificado, sin dejar en su memoria ningun recuerdo. La anestesia puede hasta borrar de la imaginacion los momentos que han precedido al sueño y disipar las últimas ideas que le ocupaban antes de la inhalacion. Deberán, pues, acogerse con la mayor reserva las declaraciones de una mujer que asegura haber sido víctima de un atentado durante el sueño anestésico. Los vestigios materiales podrán indudablemente excitar sus sospechas; pero si la anestesia ha sido completa, no conservará memoria del ultraje, y la precision misma de los detalles deberá aumentar las dudas acerca de su veracidad.

La conciencia se recobra mas tarde de lo que parece indicar el restablecimiento de la sensibilidad, de los actos voluntarios, y aun de la palabra. Existen en este punto grandes diferencias individuales, segun la edad, el estado mental, el desarrollo de la inteligencia, la fuerza de voluntad, etc. La inhalacion mas ó menos brusca ejerce tambien influencia: cuando es rápida, suspende casi instantáneamente la memoria, mientras que puede quedar el recuerdo de una lucha prolongada. El médico tendrá en cuenta todas estas circunstancias y la posibilidad de una anestesia completa ó incompleta.

Los sueños que agitan al enfermo durante la insensibilidad están en relacion con sus gustos, sus costumbres ó

su carácter; pueden ser tomados por realidades y prolongarse despues de despertar, bajo la forma de *alucinaciones*. Una mujer operada en un hospital, despertó llena de indignacion, acusando al médico de haber cometido un atentado en su persona. En este caso no era posible que existiera duda alguna, puesto que la anestesia habia tenido lugar delante de un gran número de testigos. Era una alucinacion. ¿Pero qué no habria podido ser esta acusacion hecha con el acento de la verdad, si el cirujano hubiera cometido la imprudencia de operar solo? El médico forense deberá, pues, apreciar el estado mental de la pretendida víctima, y es evidente que no habrá de fundar su declaracion mas que en los hechos materiales que prueben el atentado.

En resúmen, en todas las aplicaciones médico-legales, el perito debe comprobar el hecho de la anestesia y los vestigios materiales del crímen que se supone. Esta segunda prueba está en todo sujeta á las reglas ordinarias en cada caso particular; la primera merece un exámen especial.

Prueba de la anestesia.—El primer punto que hay que establecer, es que la persona ha sido sometida á la accion de un anestésico, y cuál fué la sustancia empleada. En seguida se determina el grado de la anestesia, y si ha ocasionado la muerte. Son para esto necesarios tres órdenes de pruebas: los caractéres químicos, los síntomas y las lesiones anatómicas.

Pruebas químicas.—Para asegurar que una persona ha sufrido la accion del cloroformo, es preciso reconocer la presencia de esta sustancia en los órganos: si la investigacion se verifica durante la vida, los testigos bastan las mas veces para resolver el problema; pero la ciencia no se exime por eso del deber de reunir todas las pruebas que pertenecen á su dominio. Una mujer, por ejemplo, alega que ha sido víctima de un atentado al pudor durante el sueño clorofórmico: es de la mas alta importancia buscar acto contínuo los vestigios del anestésico empleado.

El *olor* es un carácter fugitivo; en menos de una hora ha desaparecido casi siempre de los vestidos. Un pañuelo empapado de cloroformo, á los quince minutos de estar

seco, no tiene ya olor alguno. El éter se evapora todavía con mas rapidez. Cuando estos anestésicos no están puros, sino que contienen alcohol, la evaporacion es mas lenta.

El exámen del *aliento* debe hacerse inmediatamente, puesto que, trascurridas de una á tres horas, segun los individuos y las dósis empleadas, ya no existe. De todos modos, debe practicarse la análisis química del aire espirado y encontrar el cloroformo. M. Tourdes y el doctor Hepp han empleado el procedimiento siguiente: Se reunen, por lo menos, 10 litros de aire recogido en la espiracion, en globos de cautchout comprimiendo lentamente el globo, se hace pasar el aire á través de un tubo de porcelana calentado al rojo; los productos de la descomposicion del cloroformo se reciben en un frasco que contiene una disolucion de nitrato de plata. Añadiendo ácido nítrico, se disuelve el carbonato que siempre se forma, y queda una cantidad de cloruro, proporcional al cloroformo espirado.

Si se ha sangrado al enfermo, pueden encontrarse en su sangre vestigios del anestésico, pero durante un tiempo muy corto, porque la eliminacion se verifica con mucha rapidez. M. Duroy ha demostrado, por experimentos en animales, que á los veinte ó treinta minutos despues del completo restablecimiento, la sangre no contenia señal del agente empleado.

La investigacion del cloroformo, despues de la muerte, conduce á resultados positivos y concluyentes. Esta sustancia penetra con rapidez en la sangre y en las vísceras; se la encuentra despues de algunas aspiraciones, aun cuando no se haya formalizado la anestesia, y permanece en el organismo, resistiendo á la putrefaccion. Los anestésicos parece que se acumulan en el sistema nervioso. Así que MM. Perrin, Duroy y Lallemand han probado que, siendo la cantidad del anestésico como 1 en la sangre, se eleva en el cerebro á 2,06 en el amileno; 3,25 en el éter; 3,92 en el cloroformo. El olor de los tejidos es un signo equívoco y que falta por lo comun; Berend le ha encontrado dos veces en 12 casos; pero el autor, Casper y Seiffet no le han podido comprobar.

M. Cannoni ha modificado del siguiente modo el proce-

dimiento de Snow, para practicar el análisis de los órganos y líquidos cadavéricos. El aparato está compuesto de un gasómetro que comunica por un tubo de cristal con una retorta tubulada que contiene las materias que se van á examinar. De esta retorta parte un tubo de cristal que va á parar á otro de porcelana lleno de fragmentos de la misma materia. A este tubo se encuentra adaptado otro de tres bolas que contiene una disolucion de nitrato de plata. Una corriente de aire de algunos litros atraviesa las materias que se van á analizar y arrastra los vapores del cloroformo que se descomponen en el tubo de porcelana enrojecido, y anuncian, por su reaccion sobre el nitrato de plata, la presencia del ácido clorhídrico y del cloro. El autor citado ha descubierto de este modo el cloroformo en la sangre, los pulmones, el hígado y el bazo de una mujer, víctima de la anestesia.

M. Ragsby ha propuesto descubrir los productos de la descomposicion del cloroformo por medio de un papel almidonado y iodurado, sobre el que dirigia el gas al salir del tubo de porcelana, otro de cristal terminado en punta. El papel se pone azul instantáneamente. El autor asegura que se reconocen de este modo los mas ligeros indicios del cloroformo; pero este método expone, segun Tourdes, á encontrar la reaccion del ozono.

M. Hepp ha notado una causa de error que consiste en que si la destilacion se verifica á una temperatura elevada, son arrastrados los cloruros de la sangre. Propone en consecuencia colocar un frasco que contenga una solucion de nitrato de plata entre la retorta en que están las materias que se van á destilar y el tubo de porcelana, á fin de detener los cloruros, y no encontrar, pasado este tubo, mas que los productos de la descomposicion.

El aparato para las investigaciones médico-legales se compone: 1.° de un matraz en que se ponen las sustancias sospechosas y que está sumergido en un baño de maría de cloruro de calcio; 2.° de un frasco lavador, que contiene una disolucion de nitrato de plata, y comunica por dos tubos de un lado con el matraz, y del otro con un tubo de porcelana calentado al rojo, que es donde se verifica la descomposicion del cloroformo; 3.° de un frasco que encierra una disolucion de nitrato de plata, y es don-

de tiene lugar la reaccion definitiva; 4.° de un aspirador que sostiene una corriente constante de aire en el aparato. La sangre en sustancia, y las vísceras reducidas á menudos fragmentos, se introducen en el primer matraz. En un ensayo médico-legal es siempre útil hacer una contraprueba con sangre y vísceras no cloroformizadas.

Este procedimiento demuestra indirectamente la presencia del cloroformo, el cual no se obtiene en sustancia. Si los resultados son negativos, se puede deducir con seguridad la ausencia del anestésico; si son positivos, es preciso buscar el orígen del cloruro que se ha obtenido. No seria imposible que el enfermo hubiese tomado un medicamento rico en cloruro ó algun hidroclorato; la intensidad de la reaccion tiene aquí mucha importancia. Si no se consigue con este procedimiento la certidumbre absoluta que proporcionaria el encontrar el cloroformo en sustancia, se obtienen al menos grandes probabilidades, que unidas á las demás fuentes de induccion, autorizan á fijar una conclusion positiva. Pueden hallarse restos de cloroformo en los órganos mucho tiempo despues de la muerte. M. Duroy ha descubierto la presencia de esta sustancia trascurridos bastantes meses.

Síntomas.—Son estos tan conocidos, que apenas necesitamos detenernos en su estudio; bastará con enumerarlos: la embriaguez, el sopor, la hebetud, los vómitos, que en ciertos casos siguen á la accion del cloroformo, son signos característicos en los primeros momentos. La rubicundez y hasta la cauterizacion de las mucosas nasal y bucal, ocasionadas por el contacto del cloroformo impuro, pueden tambien suministrar indicios. Se ha visto al sueño prolongarse varias horas en los casos, sobre todo, que los enfermos habian ingerido grandes dósis de esta sustancia. Por lo comun, pasadas algunas horas, todos los signos han desaparecido. En los niños bastan algunos minutos para que el restablecimiento sea completo.

Por este cuadro sintomatológico se ve, pues, que solo cuando el práctico puede reconocer al anestesiado en el período característico de la accion de las sustancias que obran apagando la inervacion, podrá fiarse en el significado é importancia de los síntomas. Todo lo que este

período tiene de fijo y determinado, es falaz y sujeto á errores el que le sigue.

Lesiones anatómicas.—Contra la opinion de Casper, que cree que no son especiales ni seguras, M. Tourdes opina por el contrario, que es notable la constancia de las lesiones que se presentan en los animales á quienes se ha hecho morir por medio del cloroformo, y su analogía con las que frecuentemente se han comprobado en el hombre. Esta concordancia permite considerarlas, si no como pruebas positivas, al menos como indicios de gran valor.

El autor indica como caractéres principales los siguientes: La palidez de la cara, con expresion de calma y con dilatacion de las pupilas; manchas rosáceas en los miembros, poca cianosis; lengua á veces inyectada en su base; la inversion de este órgano es un fenómeno físico que explica la actitud, cuando ha cesado la contractilidad muscular.

La congestion pulmonal, presentándose los pulmones de un color de rosa, ó rojo intenso. En los animales puede llegar hasta el infarto lobular diseminado: en 48 autópsias, 36 veces se encontró congestion pulmonal; en ocasiones, hasta infiltracion serosa del pulmon. Debe darse grande importancia al enfisema de este órgano observado en muchas autópsias, y que se encuentra casi siempre en los animales, aun cuando se eviten las asfixias bruscas y convulsivas. Tambien se ha visto á menudo la rubicundez de la tráquea y los bronquios; el tubo aéreo puede contener un poco de espuma. La inyeccion seria mucho mas intensa, si hubiesen caido algunas gotas de cloroformo en las vías respiratorias; circunstancia que produciria con rapidez efectos desastrosos. Debe recordarse que algunos autores, entre otros Casper, indican tambien el estado anémico del pulmon.

La flacidez del corazon se ha presentado 16 veces en 20 casos; el fenómeno debe depender sobre todo de la época de la autópsia. El corazon puede estar lleno de sangre, especialmente en su cavidad derecha, con plenitud de las grandes venas, y frecuentemente se encuentra una cantidad bastante notable de este líquido en las principales arterias. La sangre es líquida, negruzca ó de un rojo oscuro: este carácter falta raras veces. Berend le ha en-

contrado en 15, de 20 autópsias. La fluidez coincide con la rapidez de la muerte. Debe darse poca importancia á la presencia de gases en la sangre, fenómeno pútrido que se produce con facilidad; en este caso seria necesaria la análisis química.

La pía madre y el parénquima pulmonal se encuentran medianamente inyectados; rarísimas veces se observa una verdadera congestion, que no se considera por lo comun como causa de la muerte. Tambien se ha indicado la anemia de estos órganos. El reblandecimiento parece ser un fenómeno debido á la putrefaccion. Ha solido encontrarse una pequeña cantidad de serosidad en los ventrículos. El hígado y los riñones se presentan á menudo congestionados.

Con los síntomas, los caractéres anatómicos y la presencia del cloroformo en los órganos, si no se encuentra otra causa á que poder atribuir la muerte, tenemos, dice M. Tourdes, una reunion de signos positivos y negativos, que autorizan á declarar que la persona ha sucumbido por efecto de la accion del anestésico.

A pesar de esta asercion del autor, de su mismo trabajo se desprenden las dificultades que han de encontrarse en la práctica, para resolver los problemas que al médico-forense presentan los tribunales en casos de esta naturaleza. En efecto, hemos visto que los síntomas no tienen importancia alguna mas que cuando se les observa en los primeros momentos, cosa que nunca ó casi nunca le es dado hacer al médico legista: las lesiones anatómicas, por más que se diga, no ofrecen nada de característico; antes están constituidas por alteraciones que pueden depender de muy diversas causas, y con la análisis química tampoco se consigue una demostracion directa y positiva, aun cuando exista el cloroformo en el cadáver; y es muy probable que sus resultados sean nulos al poco tiempo de la muerte, pues atendida la naturaleza de esta sustancia, los casos que en contrario se citan, no pueden menos de considerarse como excepcionales.

M. Tourdes termina su trabajo ocupándose extensamente de la responsabilidad médica, en los casos de muerte por anestesia quirúrgica. Pero ni las consideraciones que expone acerca de este asunto, ni la deduccion

que de ellas hace, difieren nada de las opiniones admitidas por todos los autores que tratan de esta materia.

Concluye, por último, estudiando la aplicacion de la anestesia al diagnóstico de las enfermedades simuladas, y deduce con muchos otros prácticos, y conforme aconsejan la razon y la prudencia, que este procedimiento no es lícito en tésis general, puesto que lleva consigo un peligro grave; y por remoto que este sea, el médico no tiene el derecho de exponer á él á un enfermo, sin que haya de resultarle una ventaja real y positiva. Piensa, sin embargo, que esta regla general admite algunas excepciones. Cuando hay que anestesiar al sujeto por otro motivo, se podrá aprovechar la ocasion para descubrir el fraude. En los casos graves, cree el autor, que la anestesia es un medio permitido de diagnóstico: si el médico tiene sérias dudas, si cree, que por interés del mismo supuesto simulador, es preciso el uso de las inhalaciones anestésicas para no diferir indefinidamente un tratamiento necesario, podrá recurrir á este medio, teniendo en cuenta ante todo el interés del enfermo; su objeto principal no será el descubrimiento del fraude. La apreciacion de los casos individuales tiene que quedar siempre á la prudencia del médico.

Aparte de las enfermedades del aparato locomotor simuladas, como parálisis, contracturas, anquílosis, pueden tambien diagnosticarse por este medio ciertas afeciones del sistema nervioso. La embriaguez que existe al principio de la anestesia, impide al supuesto enfermo conservar la idea fija del fraude; así se descubre el idiotismo, la mudez, la sordera, etc. M. Bougarel ha observado que la tartamudez aumenta durante la embriaguez clorofórmica, mientras que la fingida desaparece. El cloroformo, administrado durante un acceso de epilépsia verdadera, le hace mas intenso y mas largo. Estos hechos indican toda la variedad é importancia de las aplicaciones médico-legales de la anestesia, y hacen recomendable el trabajo que acabamos de analizar.

Boundou ó Icaja, veneno de prueba de los Gaboneses: propiedades tóxicas de este vegetal. (*Montp. méd.*).

De un estudio experimental, publicado por los doctores Pecholier y Saintpierre, tomamos algunas noticias interesantes acerca de la accion tóxica del *Boundou ó Icaja*, arbusto perteneciente á las apocíneas, que comparte con otras plantas de la misma familia (*Inea*, *Nerium oleander*), la propiedad de ser un veneno violento. Es, segun Touchard, «un arbusto de 2 metros próximamente, con una raiz perpendicular, cuya corteza roja es la única parte usada. El macerado de esta corteza constituye el veneno de prueba, que se consulta para saber si un acusado es realmente culpable del crímen que se le imputa. Su efecto es determinar convulsiones tetánicas, produciendo una muerte rápida. A veces sucede, sin embargo, que una emision abundante de orina termina la primera parte de esta escena; entonces, segun los naturales del país, es una señal cierta de la inocencia de los desgraciados sometidos á esta prueba.»

Las raices que han servido á los autores para sus experimentos, les fueron remitidas por M. Falot, médico distinguido de la marina imperial, quien las recogió durante su permanencia en Gabon. Su nombre gabonés es *Icaja*, y se le llama *M'Boundou* en el cabo Lopez. Segun este autor, se raspa una media copa de esta corteza, que se hace macerar en un litro de agua; cuando el líquido toma color rojo, está preparado el veneno. No todos los que le beben sucumben. Los síntomas del envenenamiento son: inyeccion de las conjuntivas, contracciones convulsivas de los músculos, delirio atáxico, incoherencia y despues estupor análogo al que produce el delirio alcohólico.

Los doctores Pecholier y Saintpierre han preparado, con la pequeña cantidad de raices de que podian disponer, un extracto acuoso y otro alcohólico, cuyas propiedades les han parecido idénticas, aunque mucho mas activas en el segundo. Con ellos han practicado diferentes experimentos en animales, de los que deducen las conclusiones siguientes:

El Boundou contiene un principio tóxico, soluble á la vez en el agua y el alcohol.

Este veneno tiene un modo de obrar análogo al de la nuez vómica, es decir, que dirige su accion principalmente sobre el sistema nervioso sensitivo.

Administrado, ya sea por la vía gástrica, ya por el método endérmico, produce primero un aumento en el número de las inspiraciones y latidos del pulso, y luego una disminucion considerable de estos movimientos.

Excita al mismo tiempo una exaltacion de la sensibilidad, despues convulsiones tetánicas; en fin, la insensibilidad, la parálisis y la muerte.

Obra solo secundariamente sobre el sistema nervioso motor. No ejerce accion sobre la contractilidad del sistema muscular. No es un veneno del corazon: este órgano, por el contrario, continúa contrayéndose aun despues de la muerte.

En muchos experimentos en que se observaron síntomas gravísimos y una muerte aparente muy pronta, se ha visto al animal volver con lentitud, pero definitivamente á la vida. Si, como puede creerse, la accion sobre el hombre es idéntica, se comprende que los Gaboneses hayan elegido el Boundou como veneno de prueba. En el juicio de Dios, los campeones acometidos súbitamente de síntomas graves, pero recobrando poco á poco la salud, parecen devueltos á la vida por la Divinidad, celosa de poner de manifiesto su inocencia.

Curare: investigacion médico-legal. (*Gaz. méd.—Ann. d'hyg. publ.*).

El curare es una sustancia cuya accion enérgica hace temer que pueda emplearse con un fin criminal; es, pues, necesario buscar el medio de descubrir de una manera precisa la existencia de este veneno en el cuerpo del hombre.

Se sabe, hace mucho tiempo, que el curare se elimina por la orina; pero la cantidad que aparece en este líquido, depende del momento de su secrecion y de la dósis de la sustancia tóxica que se haya administrado. Cuando es muy considerable, ocasiona la muerte antes de poder penetrar en los riñones. Por consecuencia, este medio no es práctico.

De los experimentos de Voisin y Lionville en ranas y

conejos, resulta que en la intoxicacion por el curare solo, el resíduo del tratamiento de las vísceras no da ninguna indicacion precisa por los reactivos químicos; es decir, que no se consigue descubrir las señales del veneno. Segun estos médicos, los reactivos fisiológicos son aquí el mejor medio de comprobar la realidad de su existencia.

M. Roussin, cuya habilidad como químico-forense es bien conocida, aconseja en este caso lavar muchas veces las vísceras picadas muy menudas, con agua destilada, y alcohol á 95° para formar una especie de papilla.

Practicando con el resíduo inyecciones hipodérmicas en pequeños batráceos (son los animales que mejor convienen para esta clase de experimentos), se observaron los fenómenos de la intoxicacion curárica; es decir, inmovilidad é imposibilidad de huir por parálisis inmediata del cuarto posterior, luego temblores, convulsiones clónicas generales, temblores ondulatorios diseminados que recorren sucesivamente todas las partes del cuerpo, flacidez general, aceleracion considerable de las inspiraciones y latidos del corazon, que son á veces irregulares, accidentes que se pueden disipar con lentitud, pero que van aumentando, por el contrario, si se ha de verificar la muerte. Entonces hay exoftalmía doble, inyeccion de las conjuntivas, hipersecrecion de lágrimas, variaciones bruscas y extremas de la pupila, aumento del calor central en el recto ó la vagina, y periférico en la cara y las orejas. Practicando la abertura del cadáver inmediatamente que muere el animal, se nota la persistencia de los latidos del corazon, y mientras que los nervios motores no son excitables por la corriente eléctrica en la rana, los músculos conservan su contractilidad: este es, segun Roussin, el único signo á que puede darse algun valor. La parálisis del sistema nervioso-motor es el reactivo fisiológico del curare.

Parécenos, contra la opinion de los autores antes citados, que de todos estos signos se podrán, cuando más, deducir indicios ó probabilidades; pero nunca, como se dice, una prueba de envenenamiento tan positiva como si se presentase el cuerpo del delito.

Delirio de los actos: su importancia para el diagnóstico médico-legal de la locura razonadora. (*Gaz. méd.*).

El distinguido alienista doctor Brierre de Boismont ha presentado una interesante nota acerca de la locura razonadora á la Academia de ciencias de Paris. Fundada en numerosas observaciones y casos prácticos recogidos por el autor, tiene una extension superior á el espacio de que nosotros podemos disponer, por lo cual nos limitarémos á transcribir las conclusiones en que el mismo resume su doctrina, y son las siguientes:

1.ª Existe una variedad de enajenacion mental en que los enfermos pueden expresarse con todas las apariencias de la razon y que se ha designado con el nombre de locura razonadora.

2.ª Se ha observado esta variedad de enajenacion mental en sus diversos tipos, pero mas particularmente en la excitacion maníaca, la melancolía, la monomanía impulsiva y la locura de doble forma. Esta manifestacion de la locura, que no es mas que un síntoma, puede á veces adquirir tal predominio, que, siendo accesoria, aparezca como principal. Una observacion prolongada permite al fin casi siempre comprobar algunos de los principales síntomas de la enajenacion.

3.ª La locura razonadora tiene por carácter el delirio de los actos y las malas tendencias instintivas, contrastando con palabras sensatas. La observacion enseña que cuando el espíritu no se encuentra sobreexcitado ó prevenido, puede aparecer frecuentemente el desórden intelectual en los discursos.

4.ª La persistencia del razonamiento en las palabras de los enajenados, atributo casi indestructible de esta facultad, puede manifestarse en los escritos; pero cuando se observa largo tiempo á estos enfermos, el delirio de los actos se descubre igualmente en lo que escriben.

5.ª El conocimiento de la locura razonadora es de tanta mas importancia, bajo el punto de vista de la Medicina legal, cuanto que esta clase de enfermos son generalmente inclinados á hacer mal: las delaciones calumniosas, anónimos, suposicion de complots, la falsedad en los escritos, el engaño bajo todas sus formas, el deshonor, la

usura, el suicidio, las acusaciones de violencias corporales, de robos, de atentados al pudor, los procesos por detencion arbitraria, las demandas de daños y perjuicios, son en efecto sus actos mas comunes.

6.ª Un carácter diferencial importante, entre los indivíduos sanos de espíritu y los locos razonadores, es que los primeros, cuando no son criminales, rechazan en general las malas impulsiones, ó se arrepienten si se han dejado arrastrar por ellas, mientras que los segundos, no creyéndose enfermos, se preocupan muy poco de estos y casi nunca las encuentran reprensibles.

7.ª Otro carácter de no menos valor es la imposibilidad que tienen estos enajenados de fijarse en nada estable durante su delirio.

8.ª Cuando el loco razonador disimula sus malas ideas y no comete actos punibles, el único partido que puede tomarse, es dejarle en libertad, previniéndole que es árbitro de su suerte.

Estramonio y beleño: intoxicacion: tratamiento. (*Jour. de méd. et chir. prat.*).

El doctor Kuborn ha publicado cuatro observaciones de envenenamiento por el *datura stramonium*: tres de estos casos fueron efecto de una equivocacion; en el otro, el agente tóxico se habia administrado con un fin terapéutico, en forma de infusion (5 gramos de hojas por un litro de agua, para tomar una cucharada cada hora y media, á fin combatir una neuralgia). Los síntomas fueron semejantes á los de la intoxicacion por la belladona: cefalalgia, agitacion, temblor coreiforme de los brazos, dilatacion de las pupilas, debilidad de la vista, sequedad de la lengua, que estaba roja, pulso fuerte, tumultuoso, y luego colapso.

El tratamiento en los adultos, especialmente en una mujer robusta, de 60 años, consistió en: sangría, sinapismos, emeto-catártico (sulfato de magnesia y tártaro estibiado). La enferma no pudo vomitar, pero tuvo muchas deposiciones. A la mañana siguiente, el pulso estaba blando, frecuente (115 pulsaciones), pupilas considerablemente dilatadas, insensibilidad marcada, delirio contínuo. Se dispuso que tomase media taza de infusion

concentrada de café negro cada cuarto de hora, y se aplicaron sinapismos. A las veinte y cuatro horas del accidente, no quedaba de todo este cuadro alarmante de síntomas mas que mucha laxitud, debilidad muscular y alteraciones de la vista.

En dos niños, de 5 y 7 años respectivamente, que habian comido semillas de estramonio, y á quienes M. Kuborn encontró con convulsiones coreiformes y demás fenómenos propios de esta intoxicacion, recomendó tambien que se administrase el café negro en dósis repetidas, despues de haber hecho aplicar al uno de los enfermos dos sanguijuelas al ano. A las veinte y cuatro horas habian desaparecido todos los accidentes.

Resulta de estas cuatro observaciones que el café negro, tomado de media en media hora, ó mas á menudo, en dósis de una media taza, sin perjuicio de los demás medios que exigen las circunstancias accidentales, es un agente eficaz para combatir los efectos tóxicos producidos por la ingestion del datura stramonium. Dicho se está que, en el caso de llegar á tiempo, la primera indicacion es expulsar el veneno del tubo digestivo, por medio de los eméticos y purgantes, y precaver, si es necesario, los accidentes de naturaleza congestiva é inflamatoria que pudieran sobrevenir.

Al lado de estos casos de intoxicacion por el estramonio, debemos mencionar otros tres, observados por el doctor Danielli, en que los efectos fueron debidos al beleño. Se trataba de niños de 7 á 9 años, que estando por la tarde en el campo, habian comido cierta cantidad de frutos de *beleño negro*. Toda la noche fueron víctimas de una grande agitacion, y no cesaron de gritar y hacer esfuerzos de vómito. A la mañana siguiente, el estado de depresion del organismo era extremado.

El tratamiento consistió en vino generoso, en cantidad bastante considerable, administrando durante el dia una mistura compuesta de 160 gramos de agua de canela, y gramo y medio de láudano. Para el niño de 8 años, fué necesario elevar la dósis de los medicamentos. A los dos dias, la curacion de los tres enfermos habia venido á probar una vez más la feliz influencia de los excitantes, en los casos de envenenamiento por las sustancias que

obran hipostenizando. Se notará tambien que probablemente el láudano desempeñó el papel que le atribuyen los partidarios de la doctrina del antagonismo, entre el opio y las solanáceas virosas.

Estricnina: su separacion por medio del ácido fénico. (*Gaz. méd.*).

El ácido fénico, cuyas virtudes terapéuticas son bien conocidas de nuestros lectores, puede tambien, segun el doctor Bert, prestar útiles servicios en toxicología, facilitando la investigacion médico-legal de ciertos alcalóides vegetales.

Si se agita una disolucion diluida de clorhidrato de estricnina (0,02 por 100 de agua, por ejemplo), con algunas gotas de ácido fénico, el líquido toma el aspecto de una emulsion muy fina, y pierde toda ó casi toda su actividad (administracion por el método hipodérmico), lo cual se debe, segun el autor, no á que el ácido fénico destruya la estricnina, sino á que se debilita la absorcion: la prueba es que, separando el ácido por medio del éter, queda una solucion límpida, tan tóxica como lo era antes.

Si se filtra con cuidado la emulsion, y el líquido que se recoge se trata por el éter, se observará que es inerte; por el contrario, la materia que queda sobre el filtro, diluida en agua y privada, por medio del éter, del ácido fénico que contiene, reproduce la estricnina primitivamente empleada.

Con el simple uso del ácido fénico, se consigue, pues, poner en suspension la sal de estricnina, facilitando de este modo que se la pueda separar. El autor no ha experimentado con el extracto de nuez vómica; pero segun lo que ha visto con el curare, se inclina á creer que podrá verificarse la separacion de la misma manera.

Ha probado tambien experimentalmente que por este medio se puede extraer con facilidad la estricnina de las materias putrefactas, lo cual es bastante importante en medicina legal.

Estricnina: tabaco como antidoto del envenenamiento por esta sustancia. (*Médical Times*).

La ciencia no posee aun un contraveneno de la estricnina, cuya eficacia esté suficientemente probada. El cloruro de sodio, el ioduro potásico, el negro animal, la manteca ó sebo fundido, que se han preconizado sucesivamente, tienen poca ó ninguna accion en estos casos. El doctor Chevers ha recomendado recientemente la infusion del tabaco, empleada hace mucho tiempo contra el tétanos, y refiere un caso práctico en apoyo de esta medicacion.

Una niña de 11 años habia tomado despues de comer 3 granos próximamente de estricnina, con objeto de suicidarse. A la media hora se presentaron fuertes convulsiones tetánicas; tres horas despues de la ingestion del veneno se hallaba en el estado siguiente: ansiedad, calor aumentado, pulso frecuente, aceleracion de los latidos del corazon, que eran sumamente enérgicos, pupilas dilatadas, sensacion de quemadura, y sofocacion en la garganta y el pecho, miembros en extension; las piernas estaban separadas, y los piés vueltos hácia fuera. Al poco tiempo de su entrada en el hospital, tuvo una convulsion tetánica, violenta, que afectaba á casi todos los músculos del cuerpo, y que duró como minuto y medio. Pasado este acceso, la enferma quedó en estado de postracion. De tiempo en tiempo, y con variables intérvalos, se presentaron ligeras convulsiones en las manos y en los piés. La impresionabilidad de la paciente era tal, que el mas pequeño movimiento de la cama, ó cualquier ligero ruido, determinaba un sacudimiento espasmódico general. Se prescribió el emético, sin que se advirtiese variacion alguna en los síntomas. Se administraron grandes cantidades de negro animal, mezclado con manteca fundida; inmediatamente se hicieron tomar á la enferma, despues de cada convulsion tetánica, pequeñas dósis de una infusion de tabaco, compuesta de 3 gramos de esta sustancia por litro de agua. En el espacio de tres horas, y en diez y seis veces, se consumieron de este modo unos 8 gramos de la infusion, sin que hasta este tiempo se hubieran presentado vómi-

tos, los cuales aparecieron al llegar á la cantidad indicada; pero á partir desde este momento, cesaron las convulsiones; á la mañana siguiente, y aun trascurridos algunos dias, la enferma se quejaba de una sensacion intensa de quemadura en el epigastrio, y hubo todavía algunos vómitos. Cinco dias despues del accidente se encontraba en convalecencia, y á los ocho salió del hospital completamente curada.

El autor hace observar que, aun cuando no pueda asegurarse con exactitud la cantidad de estricnina absorbida, los síntomas no dejaban ninguna duda acerca de la gravedad del envenenamiento; que el emético, el negro animal y la manteca fundida no habian dado resultado alguno, y por consiguiente, la curacion, á su juicio, debe atribuirse al tabaco. Cree que la enorme dósis de infusion que se administró habria obrado antes de tres horas, produciendo vómitos ú otros síntomas de nicotismo, si las propiedades tóxicas de este agente no hubieran sido neutralizadas por el estado del sistema nervioso, consiguiente á la influencia de la estricnina. En efecto, segun las investigaciones de Brown-Sequard, C. Bernard y Aldana, la estricnina no obra como excitante directo del sistema nervioso, sino que exagera á un grado extremo el poder reflejo de la médula, de suerte que la menor irritacion produce convulsiones tetánicas. Y este aumento del poder reflejo resulta de la acumulacion de sangre en la médula, por efecto de la parálisis de las capas musculares de los vasos, al mismo tiempo que de una accion especial sobre el tejido de este órgano. La nicotina obraria en este caso de un modo diametralmente opuesto, determinando la contraccion de los vasos, y disminuyendo así la cantidad de sangre que les atraviesa. Tal seria, en resúmen, la explicacion fisiológica del antagonismo entre la nicotina y la estricnina. Al hecho referido por el doctor Chevers, puede añadirse otro, observado por O'Reilli, en el cual un hombre habia tomado 6 granos de estricnina: despues de vomitar abundantemente á beneficio de un emético, se le administró una onza de infusion de hojas de tabaco, á pequeñas dósis, consiguiéndose de este modo una curacion rápida y completa.

En vista de los hechos prácticos que se citan, creemos útil el ensayo de la infusion del tabaco en el envenenamiento por la estricnina, con tanto mayor motivo cuanto que la terapéutica es bien escasa en recursos eficaces en estos casos, y que el agente que se propone no excluye el uso de los medios generales, ordinariamente empleados, que tienen por objeto conseguir la expulsion del veneno, ó combatir los principales síntomas que una vez absorbido determina.

El doctor Bonfanti, que ha examinado el estado del corazon en el envenenamiento por la estricnina, ha visto que contiene una gran cantidad de materia grasa; está blando, flácido, dejándose penetrar fácilmente por la presion del dedo; presenta un color rojo, muy pálido, casi de hoja seca; contiene poca sangre, y su capacidad está aumentada, sobre todo en el ventrículo izquierdo.

Fósforo: observaciones sobre el envenenamiento agudo. (*Gaz. hebd.*).

El doctor Bamberger se ha propuesto estudiar detenida y profundamente dos importantes cuestiones suscitadas, respecto al envenenamiento por el fósforo: 1.° si los fenómenos que en él se observan son debidos á la absorcion del fósforo no oxidado, ó bien á la entrada en la sangre de uno de sus compuestos oxigenados; 2.° cómo puede explicarse la poliesteatosis consecutiva á este envenenamiento.

Contra la opinion de MM. Munk y Leyden, que admiten que dicho metaloide no pasa en sustancia á la sangre, en la cual no seria soluble, sino que lo hace en estado de ácido fosfórico, despues de su descomposicion en el estómago, el profesor Bamberger, encontrando la mucosa gastro-intestinal intacta en los envenenados por el fósforo, lo mismo que en doce conejos á quienes ha administrado esta sustancia, deduce que es absorbida directamente; lo que en rigor no admitia duda, despues de los experimentos de Tardieu y Roussin, que demuestran la accion tóxica de este agente, mientras que sus derivados, ácido fosfórico, fosforoso, é hipofosforoso, carecen de ella.

Tampoco es exacto, segun este autor, que los glóbulos sanguíneos se disuelvan bajo la influencia directa de

la penetracion en la sangre de los productos tóxicos. En ninguno de los experimentos de Bamberger se encontró la sangre difluente; los glóbulos no habian sufrido alteracion notable, y el suero tenia su coloracion normal. Estas alteraciones, cuando se producen, sobrevienen en una época bastante avanzada, y mucho tiempo despues de que el principio tóxico ha dejado de circular en la sangre, y son consecuencia de lesiones viscerales, que han tenido ya entonces tiempo de desarrollarse (esteatosis del hígado, etc.); en cuanto á los equímosis, que no siempre existen, pero que pueden existir, aunque la sangre no presente cambio apreciable, es posible que sean debidos á la debilidad del músculo cardíaco, ó á la accion irritante local que ejerce el fósforo disuelto en la sangre. Además, cuando se somete á la accion de este metalóide la sangre recogida al salir de los vasos de un animal vivo, los glóbulos no se disuelven de ningun modo.

Así, pues, no puede asimilarse, como lo han hecho Munk y Leyden, la accion tóxica del fósforo ó la de los ácidos minerales concentrados. Por otra parte, sus diversos compuestos oxigenados en solucion diluida no producen efecto tóxico de este género.

Dichos autores se apoyan para declarar que este metalóide no es absorbido en sustancia, en que nunca han podido encontrarle en las vísceras de los animales envenenados, y además, en que no siendo soluble en los líquidos de la economía, es imposible su absorcion. Los experimentos directos de dialisis, hechos por Bamberger, destruyen este último aserto. La membrana que servia de dializador era la del pericardio, una vejiga de cerdo, etc., y el fósforo se ponia en estado sólido en agua alcalinizada ó acídula. El autor observó siempre que atravesaba estas membranas, asegurándose de ello por el procedimiento de Scherer (accion de los vapores de fósforo sobre el nitrato de plata).

No siendo el fósforo soluble en el agua, debe creerse que en estos experimentos su difusion se verifica en estado gaseoso (1). Ahora bien; es evidente que en el estó-

(1) El doctor Vehl habia practicado ya iguales experimentos con idéntico resultado.

mago las condiciones son aun mas favorables para que se efectúe la absorcion en esta forma. El hecho de la absorcion del metalóide en sustancia se prueba tambien por la fosforescencia del aliento que se observa, no solo cuando aquel se ha introducido por la boca, sino tambien cuando se le administra por el recto, se inyecta en el tejido celular, ó directamente en la sangre. Valiéndose Bamberger del procedimiento de Scherer, ha demostrado además de un modo positivo, la presencia del fósforo (en animales envenenados por el estómago), en la sangre de la vena porta y de la cava, y despues de una inyeccion hipodérmica, en la de la carótida. Estos experimentos parecen demostrar que el fósforo recibido por la sangre se oxida rápidamente al atravesar los pulmones: ya se comprende que no se le puede encontrar en sustancia en los órganos.

En cuanto á la poliesteatosis consecutiva al envenenamiento por el fósforo, que se ha querido atribuir á la presencia en la sangre de una gran cantidad de grasa libre, debida á la accion directa de la sustancia venenosa sobre aquel líquido, tambien sustenta el doctor Bamberger opiniones distintas, fundándose para ello en las análisis que ha practicado y que destruyen por completo la enunciada hipótesis.

Resulta, con efecto, de ellas, que los cuerpos grasos de la sangre, lejos de estar aumentados, se encuentran, por el contrario, ligeramente disminuidos. Se preguntará tal vez, si combinándose el fósforo con cierta cantidad de dichos cuerpos, no podria sustraerles así en cierto modo en provecho de las vísceras á qué iria á depositarse la grasa fosforada. Pero las proporciones en que se verifica esta disminucion son insuficientes para explicar por tal mecanismo ni aun la esteatosis de un solo órgano, del hígado. Esta última teoría no es por consiguiente mas satisfactoria que la primera, quedando como deduccion lógica de los experimentos del autor, que la ciencia desconoce aun la patogenia de la esteatosis.

Fósforo: intoxicacion : tratamiento (*Gaz. heb.—Gaz. méd.*).

La terapéutica ha sido hasta ahora poco feliz en el tratamiento de la intoxicacion aguda por el fósforo. No solo se encuentra casi completamente desarmada contra los accidentes mas ó menos próximos ó remotos que siguen á la absorcion de este veneno (poliesteatosis visceral, etc.), sino que su impotencia es aun mas radical, puesto que la toxicología no cuenta aun con un solo antídoto capaz de reducir con seguridad el fósforo ingerido al estado de cuerpo inerte, evitando así su penetracion en la sangre. En vista del creciente número de envenenamientos debidos á esta sustancia que tanto se usa como instrumento de crímen ó de suicidio, la ciencia no puede cruzarse de brazos, renunciando á encontrar un antídoto, porque hayan sido ineficaces los anteriores esfuerzos. En tal concepto, nos parece oportuno mencionar el medio propuesto por el doctor Bamberger, con el objeto de destruir el fósforo en el estómago; advirtiendo de paso que dicho método es puramente una deduccion de la teoría con que el sabio profesor de Wurzbourgo explica la accion de este veneno sobre la economía animal, y que acabamos de analizar en el artículo anterior. Hasta ahora no sabemos que se haya ensayado nunca, toda vez que el autor no ha hecho experimentos en animales, fundándose en que los perros ó los conejos de que habria podido valerse no se prestan á deducciones comparativas. Los primeros vomitan con extraordinaria facilidad toda clase de venenos, y no era de creer que no sucederia lo mismo con una sal de cobre; en los segundos el bolo alimenticio estomacal se encuentra en condiciones tan distintas que en el hombre, que hubiese sido poco legítimo aplicar á la patología humana hechos observados en estos animales. El método que propone el doctor Bamberger está fundado en el experimento siguiente:

Cuando se añade al agua que contiene fragmentos de fósforo, una pequeña cantidad de sulfato de cobre en disolucion, y se calienta moderadamente la mezcla, pasados algunos minutos, se observa que los pedazos de fósforo toman un color negro por haberse formado un fosfuro de cobre; un poco mas tarde se cubren de un de-

pósito rojo de cobre metálico, que va aumentando progresivamente; por último, todo el cobre se precipita en este estado, el líquido queda completamente incoloro, y ningun reactivo revela la existencia de este metal. El fósforo tratado de este modo no se evapora, segun puede comprobarse por el procedimiento de Scherer; no produce ningun fenómeno luminoso en la oscuridad y se necesita calentarle con bastante fuerza para que desprenda su olor característico: este resultado se obtiene aun con mas rapidez cuando, en lugar de operar sobre fragmentos de fósforo puro, se hace la experiencia con la pasta de las cerillas fosfóricas.

M. Bamberger cree que esta reaccion se verificará del mismo modo en el interior del estómago, y aconseja por lo tanto que se empiece el tratamiento administrando el sulfato de cobre á dósis vomitiva, despues de lo cual se continuará su uso en solucion diluida. Si los vómitos continúan, se reemplazará esta por el carbonato de cobre diluido en una pequeña cantidad de agua, y en dósis de 20 á 40 centígramos frecuentemente repetidas al principio y mas de tarde en tarde despues. Antes de cada dósis se dará una cucharada de vinagre. En el intérvalo se administrará el hielo ó las bebidas heladas para contener los vómitos y disminuir en cuanto sea posible la evaporizacion del fósforo. Despues de haber seguido este tratamiento durante algunas horas, se dará una nueva dósis vomitiva de sulfato de cobre para expulsar del estómago los últimos restos de la sustancia tóxica.

Como ya hemos indicado, le falta á este tratamiento la sancion de la experiencia; y en todo caso no es aplicable sino cuando el médico puede auxiliar al enfermo, inmediatamente despues de la ingestion del veneno.

El doctor Bellini ha publicado por su parte un trabajo bastante notable acerca del envenenamiento por el fósforo: despues de describir las propiedades químicas de este metalóide y sus derivados, y de estudiar los cambios que sufren en la economía, enumera las alteraciones materiales de esta intoxicacion que consisten en la necrosis, la cáries del maxilar, los reblandecimientos, úlceras ó perforaciones de la mucosa del estómago ó de los intestinos, en congestiones hemorrágicas y degenera-

ciones grasientas de casi todas las vísceras principalmente del hígado, en la decoloracion de los glóbulos de la sangre venosa, en fin, en la disminucion de la coagulabilidad de la sangre.

La necrosis, la cáries, la inflamacion, el reblandecimiento, las ulceraciones y las perforaciones del tubo gastro-intestinal, son debidas, segun este autor, á la accion del los ácidos del fósforo; las congestiones hemorrágicas dependen de la lenta coagulacion de la fibrina de la sangre y de la insuficiencia de la oxigenacion; las degeneraciones adiposas son efecto de esta última causa, y del estado neutro ó ácido de aquel líquido. La decoloracion de los glóbulos rojos de la sangre venosa reconoce por orígen la presencia de hipofosfitos y fosfitos alcalinos, así como la menor produccion de ácido carbónico. En fin, las causas de la lentitud de su coagulacion se refieren á influencia del ácido fosfórico, al descenso de la temperatura y á la mala oxigenacion.

Las causas próximas de la muerte son todas las alteraciones enumeradas, y con especialidad la infeccion biliosa consecutiva á la degeneracion del hígado.

Las indicaciones terapéuticas que establece el doctor Bellini, son las siguientes: 1.ª eliminar el veneno del tubo digestivo (emético).

2.ª Suspender ó disminuir la combustion del fósforo en el estómago (éter).

3.ª Impedir el contacto del metalóide con las paredes gastro-intestinales (sustancias mucilaginosas).

4.ª Neutralizar los ácidos que se producen en el tubo alimenticio, y descomponer el hidrógeno fosforado que se forma (magnesia calcinada para la 1.ª indicacion; agua clorurada é hipoclorito de magnesia para la 2.ª).

5.ª Combatir la inflamacion que se desarrolla en la mucosa gastro-intestinal. (Sanguijuelas, cataplasmas exteriormente, albúmina con agua de cal para el interior).

6.ª Impedir que la sangre quede privada de oxígeno (inspiraciones de gas oxígeno puro, ó de aire muy cargado de este gas: pueden tambien emplearse sustancias que cedan fácilmente oxígeno al organismo, á saber: clorato de potasa, persales de hierro, etc.). Pero conviene sobre todo recurrir al éter que, deteniendo la combustion del

fósforo, no disminuye la proporcion del oxígeno. A este efecto se podrá tener al enfermo en una atmósfera de éter; pero sin que se llegue á producir la anestesia.

7.ª Volver á la sangre la alcalinidad que ha perdido (alcalinos).

8.ª Oponerse á la formacion de las congestiones hemorrágicas y de las degeneraciones adiposas, ó combatirlas cuando se han desarrollado (para la 1.ª indicacion, los alcalinos; para la 2.ª, los ácidos vegetales y las bebidas ó aplicaciones frias).

9.ª Combatir el envenenamiento biliar (diuréticos y purgantes).

10. En cuanto á el dolor, los vómitos, delirio, y demás síntomas nerviosos, se tratará de calmarlos por medio del opio.

Este tratamiento harto complicado y rico en medios farmacológicos, consta de tantas indicaciones, algunas de ellas incompatibles, que pocas veces podrá emplearse tal como está formulado. Por otra parte creemos con el ilustrado crítico del *Pabellon médico*, que la administracion de ciertas sustancias, el éter por ejemplo, sin medida y por la via gástrica, á la vez que por la respiratoria, no es tan inofensiva como se pretende.

La indicacion que tiene por objeto combatir las degeneraciones grasientas, es supérflua, pues cuando se presenta esta alteracion de textura, la intoxicacion es mortal; y además de esto nos parece muy problemático que los medios que se proponen tengan influencia alguna en la esteatosis muscular ó en las viscerales.

Magnesio: su aplicacion á las investigaciones toxicológicas.
(Jour. de phys. et chim.).

Hay ciertos metales que son rápida y completamente precipitados de sus disoluciones salinas por otros, cuya propiedad se utiliza para las investigaciones tóxicológicas. Pero estos procedimientos presentan dos graves inconvenientes: 1.° el análisis de cada metal tóxico exige una operacion distinta y el uso de un metal diferente para la precipitacion; de aquí la pérdida forzosa, en estos ensayos sucesivos, de una porcion considerable de los líquidos que se analizan; 2.° la introduccion en ellos

de metales tóxicos por sí mismos, como el cobre y el zinc, que se disuelven en parte en dichos líquidos. No hay duda que se facilitarian singularmente las investigaciones toxicológicas, si se encontrase un metal que, careciendo de propiedades venenosas, pudiera emplearse hasta con exceso en los análisis, y que tuviera al mismo tiempo la propiedad de precipitar todos los que se usan comunmente con un fin criminal. El distinguido químico-forense, doctor Roussin, cree que el magnesio reune todas estas ventajas. En efecto, precipita la plata, el cloro, el platino, el bismuto, el estaño, el mercurio, el cobre, el plomo, el cadmio y el litio : puesto en contacto con las disoluciones ligeramente acídulas de las protosales y sesquisales de hierro, zinc, cobalto y níquel, da lugar á un desprendimiento de hidrógeno y á la precipitacion en estado metálico de los metales de estas disoluciones. Sin embargo, no sucede así con el arsénico ó el antimonio, que, en lugar de ser precipitados, se combinan con el hidrógeno que se produce en esta reaccion, y se desprenden con él en estado de hidrógeno arsenicado ó antimoniado.

Fácilmente se comprende la importancia de esta propiedad del magnesio en las investigaciones toxicológicas.

El doctor Roussin recomienda el siguiente procedimiento: se destruyen por medio de los ácidos las vísceras ú otras materias orgánicas que se hayan de analizar; se evapora al baño de maria hasta consistencia de jarabe el líquido resultante; despues se calienta hasta 125° este resíduo, disuelto en corta cantidad de agua destilada, y se filtra. Se dispone entonces un aparato de Marsh, y se introduce en él el agua acidulada con una trigésima parte de ácido sulfúrico puro y algunos gramos de magnesio en láminas; muy pronto se verifica un desprendimiento de hidrógeno, que se dirige á un tubo calentado al rojo hácia su parte media, y que se inflama á la salida del aparato. Si no se forma en el tubo ningun anillo, ni manchas visibles sobre las placas de porcelana en que se recibe la llama, se vierte en el frasco por pequeñas porciones sucesivas el líquido sospechoso. Si contiene arsénico ó antimonio, se obtiene al momento un anillo y manchas mas ó menos abundantes; si no le contiene, podrá haber

otros metales tóxicos, como cobre, plomo, mercurio ó zinc, que se encontrarán en el aparato en estado de copos, de polvo ó de esponja, sea en el fondo del frasco, ó en la superficie de las láminas de magnesio. Para que esta precipitacion sea completa, importa mantener los líquidos convenientemente ácidos, y prolongar el experimento hasta que nuevas láminas de magnesio introducidas en ellos, se disuelvan, conservando su brillo metálico; y aun para obtener la certidumbre de que la operacion ha terminado, es bueno echar en una vasija una corta cantidad del líquido del frasco, é introducir en él una lámina de magnesio. Tomadas estas precauciones, se vierte en el filtro todo el contenido del aparato de Marsh, y se lavan, hasta que desaparece la reaccion ácida, los cuerpos que estaban en suspension, tales como las láminas corroidas del magnesio y copos metálicos; se seca el filtro, se recoge el depósito que contiene, y se analizan por los medios comunes los metales precipitados por el magnesio. El líquido filtrado no debe precipitar nada por el ácido sulfúrico.

Sin embargo, el autor hace notar que en una disolucion de bicloruro mercúrico no se precipita este metal por completo con las láminas de magnesio, sino que una parte se deposita en estado de protocloruro.

Añade que cuando el magnesio es impuro y contiene sílice, desprende, al contacto de los ácidos, hidrógeno silicado, que se descompone al rojo, como los arseniados y antimoniados, y produce un depósito oscuro; pero las manchas de arsénico ó antimonio desaparecen inmediatamente con el contacto de una gota de ácido nítrico, ó con una disolucion ligera de hipoclorito, y estos reactivos no tienen accion sobre los depósitos de sílice producidos en el aparato de Marsh.

Manchas de esperma: su exámen microscópico bajo el punto de vista médico-legal. (*Gaz. heb.*).

Todos los prácticos que se ocupan de las cuestiones médico-forenses, saben bien las grandes dificultades que se encuentran en ciertos casos para poder decidir si las manchas que se presentan en telas de hilo, lana, etc., frecuentemente súcias, proceden ó no de esperma huma-

no. No hay necesidad de recordar que solo el microscopio puede dar resultados decisivos, y esto, únicamente cuando el exámen demuestra la existencia de los espermatozoarios completos, con la cola y la cabeza en sus relaciones ordinarias. Desgraciadamente pocas veces sucede así en las manchas antiguas. En efecto, cuando siguiendo el procedimiento de Koblantz, despues de haber hecho macerar por algun tiempo en agua destilada el pedazo de tela en que se encuentra la mancha, se recoge una gota del líquido así obtenido, para colocarla en el porta-objeto del microscopio, frecuentemente solo se ven un gran número de corpúsculos redondeados, elípticos, que tienen todo el aspecto de la cabeza de los espermatozoarios, y algunas veces tambien filamentos muy finos, separados, que se parecen mucho á las prolongaciones de estos mismos séres. Pero es á menudo muy difícil, y exige no poco tiempo y una gran paciencia, encontrar estas dos partes reunidas, obteniendo así un ejemplar entero y que ofrezca todas las garantías necesarias de exactitud y certidumbre. Se pueden atribuir estos aspectos al tiempo y á la destruccion mecánica de las células por la desecacion, las manipulaciones, ó, en fin, á una accion química. Sin negar la influencia de estas causas, no es menos cierto que pueda haber solo una falsa apariencia, y que muchos de estos cuerpos, que parecen aislados, desprovistos de su prolongacion, poseen en realidad una cola que se puede fácilmente hacer aparecer. Así, examinando M. Pineus, por los procedimientos ordinarios, en un caso médico-legal, una mancha sospechosa, encontró un gran número de cabezas; pero despues de mas de una hora de investigacion y de trabajo, no pudo observar mas que dos espermatozoarios con su prolongacion filiforme, lo cual no permitió asegurar con toda certeza la existencia del esperma en la ropa examinada. Por una casualidad, el observador encontró un dia despues la placa, cuya pequeña cubierta de cristal estaba adherida á la preparacion, ya enteramente seca; la examinó de nuevo, y no sin grande admiracion vió una cantidad notable de células completas con la cabeza y la cola, donde antes no habia podido encontrar señal apenas de espermatozoarios enteros. Repitiendo poste-

riormente muchas veces esta misma observacion, siempre se obtuvieron idénticos resultados. Dos dias despues de la desecacion es fácil reconocer los espermatozoarios completos. M. Pineus ha comprobado estos mismos hechos en un caso de espermatorrea en que no se pudieron reconocer fácilmente los espermatozoarios en una gota de orina; despues de seca la preparacion, se presentaban en gran cantidad, muy perceptibles y de contornos oscuros y bien limitados.

Resulta de esta observacion, que las prolongaciones filiformes de los espermatozoarios, á causa de su finura, su transparencia y su poder refringente, no se presentan siempre con toda claridad en el microscopio: su exámen exige entonces mucha costumbre en el manejo del instrumento, y la dificultad aumenta aun por la propiedad que estos elementos tienen de arrugarse cuando se secan al aire libre, hasta hacerse invisibles, á la par que con dificultad se empapan y se hinchan por la accion del agua, aumentando con esto su poder refringente. Por el contrario, la desecacion lenta bajo la pequeña placa de cristal determina cambios en su permeabilidad á la luz, sin alterar notablemente el volúmen que han adquirido por la imbibicion. Este procedimiento de exámen bien sencillo encontrará de seguro, si la experiencia confirma sus buenos resultados, útiles aplicaciones en los casos de medicina legal y en el diagnóstico de la espermatorrea.

Manchas de sangre: análisis espectral. (*Pharmaceutical Journal.—Gaz. hebd.*).

Bien conocidas son generalmente las notables aplicaciones del espectrógrafo á la química, y con facilidad se comprende las ventajas que presenta en química fisiológica ó patológica un procedimiento de análisis que ha permitido encontrar el hierro en la composicion del sol.

En el espectrógrafo que Kirchhoff emplea para la luz solar, se recibe el rayo luminoso á través de un lente de aumento de 60 diámetros, y se le examina por medio de otro análogo, despues de haber atravesado cuatro prismas de Flint colocados entre los dos objetivos. Es, en cierto modo, un exámen microscópico del espectro solar.

Pero si en lugar de la luz del sol se estudia una llama

en que se hayan introducido vapores incandescentes de diversos metales, se percibe en el espectro de esta llama rayas transparentes, características, para cada metal, por su posicion, su color, su número, su brillo. Del mismo modo se puede estudiar, por medio de algunas modificaciones en el aparato, las cenizas orgánicas y aun soluciones débiles de principios animales ó vegetales, en fin, materias colorantes. Así es como se han estudiado mas especialmente los principios colorantes de la sangre.

El espectrógrafo, aplicado ya en medicina á la investigacion de los principios minerales en las aguas y en los vegetales, está llamado á adquirir verdadera importancia en los estudios médico-forenses.

Un hecho reciente, publicado en la prensa inglesa, prueba que ya se ha empleado por primera vez el análisis espectral para descubrir la existencia de manchas de sangre.

Se encargó al doctor Bird Herapath el exámen de una hacha con que se sospechaba haberse cometido un homicidio. En la parte metálica no existía ninguna mancha; pero este práctico examinó con el mayor cuidado el mango del instrumento, del que quitó algunas pequeñas porciones en la parte que habia estado en contacto con el anillo metálico, y comprobó, por medio del microscopio, que la mayor parte de las manchas que se observaban eran debidas al óxido de hierro; algunas estaban formadas, sin embargo, por sangre coagulada, y otros fragmentos de madera estaban infiltrados por la materia colorante de la sangre, modificada por el agua con que se habia lavado. En varios sitios del mango, el autor descubrió glóbulos de sangre, y habiéndolos medido por medio del micrómetro, reconoció que tenian exactamente las mismas dimensiones que los glóbulos de sangre humana desecada que examinó comparativamente por el mismo procedimiento.

Haciendo macerar en agua destilada una porcion de los pequeños fragmentos de madera manchados, obtuvo una solucion ligeramente enrojecida, que, despues de filtrada, pudo someterse al análisis químico y al exámen óptico por el micro-espectróscopo. Este último ensayo demostró la presencia evidente de sangre en el lí-

quido, porque el espectro se alteró, presentando dos rayas negras en los rayos verdes y en el límite de los amarillos. Una solucion de sangre examinada comparativamente ofreció los mismos caractéres.

Una sola sustancia distinta de la sangre podia determinar la aparicion de estas dos bandas negras: la cochinilla disuelta en el amoníaco; pero la posicion que ocupan las rayas, no es la que acabamos de indicar.

El análisis químico demostró tambien la existencia de sangre en el líquido, y gracias á estas tres pruebas confirmativas unas de otras, el doctor Herapath pudo afirmar, que el mango del hacha estaba manchado de sangre y probablemente de sangre humana, aun cuando no se atrevió á asegurarlo de un modo positivo.

Fácilmente se comprende la importancia de semejante declaracion, cuando se encuentra corroborada por otros datos.

Nerium oleander: nuevas investigaciones sobre el veneno de este vegetal. (*Gaz. méd.*).

En la nota presentada por el doctor Pelikan, de San Pertersburgo, á la Academia de ciencias de Paris, en el año anterior, y de que dimos cuenta en nuestro ANUARIO, pág. 112, se enumeraban todos los venenos vegetales que obran de un modo particular sobre el corazon. Creyendo el autor que la lista de estas sustancias podria aumentarse si las investigaciones toxicológicas se practicaban segun el método que en la actualidad siguen la mayor parte de los fisiólogos con este objeto, ha dirigido su estudio hácia algunas otras plantas, pertenecientes, como el onaje, á la familia de las apocíneas, fijándose con especialidad en el *nerium oleander*, arbusto conocido hace mucho tiempo como veneno narcótico, y que se empleaba en otra época contra las afecciones de la piel, sífilis, fiebre intermitente, y en la actualidad, recomendado en el tratamiento de la epilepsia. M. Pelikan se ha servido primero para sus experimentos, á ejemplo de Orfila, del extracto acuoso de las hojas del nerium preparado en Paris, con el cual se observó ya la accion específica cardíaca, aunque menos pronunciada, que la que producen los otros venenos del corazon. Creyendo, sin embargo, que la poca acti-

vidad de este extracto podia depender de su procedencia, le mandó preparar en la Argelia, que es la patria de este vegetal, del mismo modo que Grecia é Italia. El extracto alcohólico acuoso es el que ha dado resultados mas evidentes.

El autor ha podido convencerse que el principio venenoso se encuentra en la sustancia amarilla, resinosa, descrita por Latour. Los experimentos hechos con ella, así como con el extracto indicado, produjeron los fenómenos siguientes:

Al principio acelera los latidos del corazon; pero pasados algunos minutos, se retardan; se hacen irregulares, como peristálticos, y luego cesan por completo; entonces el ventrículo está ya enteramente paralizado y vacío de sangre; las aurículas continúan aun contrayéndose durante cierto tiempo antes de pararse tambien á su vez; en fin, encontrándose el corazon paralizado y sin movimiento, las ranas conservan, á pesar de esto, toda la facilidad de los movimientos voluntarios por mas ó menos tiempo, segun la irritabilidad individual del animal, sujeto á la experiencia.

Con el extracto alcohólico acuoso, se observan algunas diferencias que no impiden, sin embargo, se le coloque entre los venenos del corazon, puesto que tambien le paraliza. Esta diferencia consiste:

1.° En que el corazon paralizado queda distendido por la sangre como en un estado diastólico, mientras que bajo la accion de la sustancia amarillo-resinosa de Latour y de otros venenos, el corazon se detiene siempre muy contraido en estado de sístole.

2.° Que una vez parado y distendido, pero sin contraerse más, este órgano puede, sin embargo, responder por sus contracciones á todos los excitantes mecánicos, químicos ó eléctricos, al contrario de lo que sucede con otros venenos, á excepcion de la digitalina en pequeñas dósis.

3.° En fin, que cuando el corazon no responde á estos agentes, empieza á contraerse y como adquirir cierta especie de rigidez. Este es un fenómeno de parálisis y de rigidez cadavérica, observado en la rana en su marcha progresiva, natural en todos los casos de intoxicacion

por los venenos del corazon en los mamíferos. M. Claudio Bernard ha llamado ya la atencion de los peritos acerca de este hecho en una causa célebre.

Esta diferencia de accion entre el extracto alcohólico acuoso y la sustancia resinosa depende probablemente de que el primero contiene muchas otras materias, que, aunque solubles en el agua, pueden quizá por esto mismo impedir la accion del principio venenoso, cuya cantidad no es muy considerable en el extracto: apoya esta explicacion la analogía que existe entre este caso y las dósis pequeñas de digitalina ó extracto de digital.

Algunos experimentos hechos por el autor en perros, le han probado evidentemente la semejanza que hay entre esta sustancia y los demás venenos del corazon, la digitalina sobre todo; lo cual le induce á creer que el *nerium oleander*, aunque tósigo enérgico, podrá emplearse en la terapéutica del mismo modo que la digital purpúrea, en las propias enfermedades y observando iguales precauciones en su administracion.

Nicotismo: envenenamiento crónico debido al uso del tabaco.
(*Giornale di Méd. mil.*).

Los síntomas del envenenamiento agudo por el tabaco ó la nicotina son bastante bien conocidos; pero no sucede lo mismo con la intoxicacion crónica que produce esta sustancia, y especialmente con los fenómenos nerviosos que la acompañan.

El doctor Erdermmayer ha procurado llenar este vacío en un extenso trabajo, en que refiere gran número de casos de intoxicacion por la nicotina, y de los cuales deduce las siguientes conclusiones:

1.ª Las personas que respiran mucho tiempo en una atmósfera cargada de humo ó de polvo de tabaco, experimentan á veces síntomas de envenenamiento crónico, sobre todo si tienen la costumbre de tragar con la saliva que los tiene en disolucion, los principios activos del tabaco, y entre los mas perjudiciales, la nicotina, combinada con los ácidos málico y cítrico.

2.ª Las circunstancias internas y externas que permiten y favorecen este envenenamiento, son hasta ahora

poco conocidas. Las neuroses son mas frecuentes en las personas que prefieren el cigarro á la pipa; debe buscarse la explicacion de este hecho en la preparacion de las hojas. En efecto, las que sirven para hacer los cigarros, contienen tres veces mas nicotina que las destinadas á fumarse en pipa.

3.ª La sintomatología del envenenamiento crónico por la nicotina está representada por el siguiente cuadro patológico, segun los aparatos ó sistemas comprometidos.

La inflamacion de la conjuntiva es producida las mas veces por el polvo que se desprende de las hojas (en las operarias) y por el humo. Hay fotofobia, y en general gran sensibilidad; en ciertos casos se observan fenómenos de alucinacion; las mas veces el enfermo cree ver animales, y así empieza la amaurosis. La susceptibilidad del nervio óptico se hace excesiva: entre las lesiones de los nervios motores del ojo, se notan la diplopia y el espasmo palpebral, que pueden tambien ser provocados por el ejercicio violento y las emociones morales.

La piel se pone amarilla, fria, cubierta de sudor, sobre todo despues del uso de cigarros fuertes; no son raras las erupciones forunculosas en los que trabajan con esta planta.

Los órganos digestivos presentan síntomas que en parte se explican por la accion del contacto directo del tabaco y de la nicotina; estos son: la estomatitis, la glositis, el reborde ó cordoncillo blanco de las encías, la capa negruzca de la lengua y de los dientes, la opresion y el dolor epigástrico, el dolor abdominal (neuralgia mesentérica), la inapetencia, la dispépsia, la diarrea serosa, y en los casos graves la parálisis del recto.

Los órganos de la respiracion sufren tambien los efectos del contacto del tabaco. El coriza, el catarro faríngeo, la hemoptisis, el asma, la opresion, pueden depender de esta causa.

El aparato circulatorio presenta un síntoma bastante constante, que se observa por lo comun en los grandes fumadores, sobre todo cuando usan cigarros fuertes y comienzan á fumar muy jóvenes. Este es un cierto grado de cardiopalmia, acompañada de ansiedad mas ó menos intensa; es el primer grado de la opresion precordial.

Todos los autores admiten, de comun acuerdo, que los órganos génito-urinarios son mucho menos susceptibles que los demás, para sentir los efectos del tabaco.

El sistema nervioso, por el contrario, sufre mucho generalmente. En primera línea figuran las hiperestesias y las neuralgias; ya hemos mencionado las alteraciones del nervio óptico y del olfatorio. Los nervios de la sensibilidad general, sobre todo los de la cabeza, son asiento de ilusiones varias (el oido se pone torpe); hay sensacion en la frente, como si se tuviese puesto un sombrero, pesadez de cabeza, etc.

Se han notado neuralgias en las diferentes ramificaciones del nervio trifacial, en la direccion del cráneo, y á lo largo de la columna vertebral.

La anestesia es muy pronunciada en toda la superficie cutánea, especialmente en las piernas. Existe debilidad muscular, mas ó menos marcada, sobre todo en las extremidades inferiores; tan grave á veces, que el enfermo no puede tenerse en pié, y aun cuando está sentado, necesita un punto de apoyo sólido; prefiere la posicion horizontal.

Hay además temblor en las extremidades, vacilacion al andar, y movimientos convulsivos uniformes. Entre los síntomas mas importantes, mencionarémos el vértigo, que se presenta por paroxismos, y va acompañado muchas veces de una sensacion de rotacion de los objetos que rodean al enfermo; las excitaciones morales provocan su aparicion. Hay insomnio parcial ó completo.

Las funciones intelectuales y morales presentan los fenómenos siguientes: irritabilidad nerviosa muy pronunciada, ansiedad, timidez, terror, entorpecimiento de la inteligencia, abatimiento. En ciertos casos delirio con temblor, como en el alcoholismo crónico; en otros melancolía profunda, reemplazada de tiempo en tiempo por gran excitacion. Algunos autores incluyen tambien en este cuadro la demencia.

Un signo, en fin, que facilita mucho el diagnóstico del nicotismo, es el alivio de todos los síntomas, pero particularmente de los nerviosos, bajo la influencia de las bebidas alcohólicas á alta dósis.

Opio y belladona: antagonismo de estas dos sustancias. (*Bull. de thér. — Arch. gén. de méd.*).

Desde que se ha llamado la atencion del público médico de un modo especial hácia el antagonismo del opio y la belladona, la ciencia se ha enriquecido con un gran número de hechos y trabajos, muchos de los cuales, sobre todo los mas recientes, son conocidos de los lectores del ANUARIO.

Hasta 1865, todos los estudios publicados acerca de este punto tenian por objeto demostrar la realidad del antagonismo del opio y la belladona, y las numerosas observaciones recogidas habian llevado el convencimiento al ánimo de la mayoría de los médicos. Pero entonces apareció una memoria de M. Camus, que fundándose en un exámen crítico de los hechos y en experimentos practicados en animales, estableció deducciones enteramente contrarias á la opinion generalmente admitida. Antes que dicho autor, el doctor Bois de Aurillac habia practicado algunos experimentos en conejos y gatos, que parecian demostrar la no existencia del antagonismo en cuestion. Sin embargo, este prudente práctico no se atrevió á deducir que sucediera lo mismo en el hombre.

En vista de la insuficiencia de los resultados obtenidos por la experimentacion sobre los animales, y que parece depender de las condiciones defectuosas en que se han colocado los experimentadores, nos parece útil dar noticia de los ensayos practicados en el hombre por el doctor Erlenmeyer, de Beudorf.

Este ingenioso observador se ha aplicado á analizar los efectos fisiológicos de la morfina y la atropina, y á determinar los límites en que cada una de las alteraciones funcionales, producidas respectivamente por estos alcalóides, es combatida por la accion del otro. En estos experimentos, dichas sustancias se emplearon al interior, ó en inyecciones hipodérmicas.

Bien conocidos son los efectos opuestos del opio y la belladona sobre la pupila: el uno produce la contraccion, mientras que la otra determina la dilatacion; sin embargo, no obran con la misma intensidad: la belladona parece que tiene una accion preponderante.

Cuando se administra primero la atropina, y en seguida la morfina, la pupila dilatada se contrae; cuando se opera en sentido inverso, la pupila, contraida por la inyeccion de la morfina, se dilata bajo la influencia de la atropina.

En fin, si se administran simultáneamente ambos alcalóides, la dilatacion pupilar es insignificante.

Son, pues, manifiestamente antagonistas, bajo el punto de vista de su accion sobre la pupila.

Circulacion.—A consecuencia de la ingestion de la atropina al interior, se observa la aceleracion del pulso, que es tanto mas considerable, y se produce con mayor rapidez cuanto mas elevada sea la dósis que se haya empleado. Cuando esta es $^1/_{12}$ de grano, la aceleracion circulatoria se observa pasada una hora, y se eleva progresivamente hasta 50 por 100. El mismo fenómeno se presenta á consecuencia de las inyecciones hipodérmicas de esta sustancia; pero el fenómeno aparece á los seis minutos próximamente. Con una dósis de $^1/_{12}$ de grano llega á su máximum, que es de 68 por 100 en doce minutos próximamente, y despues va descendiendo poco á poco. La sequedad y la inyeccion de las fáuces, de la lengua, la nariz y la conjuntiva, se producen al cabo de unos doce minutos. En algunos casos se han notado vómitos: los movimientos respiratorios se aceleran muy poco por la atropina.

La morfina, administrada en inyecciones hipodérmicas, produce primero lentitud del pulso y de los movimientos respiratorios, contraccion de la pupila, y en un gran número de casos (frecuentemente cuando la dósis es de $^1/_6$ de grano) vómitos repetidos.

Es, sin embargo, imposible considerar estos dos alcalóides como antagonistas, en vista de los resultados siguientes:

Cuando se administra primero la atropina ($^1/_{12}$ de grano) y en seguida la morfina ($^1/_6$ de grano), el pulso, acelerado por la atropina, no se hace mas lento; precipita, por el contrario, su frecuencia (la aceleracion total llega á 66 por 100). Cuando se obra en sentido inverso, empleando la morfina primero y despues la atropina, el pulso, lento al principio, no solo vuelve á su frecuencia

primitiva, sino que se acelera y aun llega á exceder la cifra alcanzada por el uso de la atropina sola. En fin, cuando se inyectan ambos alcalóides simultáneamente, la aceleracion del pulso alcanza su máximum (86 por 100 próximamente), y dura mas tiempo que en los casos anteriores.

Respiracion.—Estos dos alcalóides parecen ser antagonistas respecto á su influencia en la respiracion.

La morfina produce lentitud en los movimientos respiratorios, que se aceleran, por el contrario, un poco, bajo la influencia de la atropina, y cuando se administra primero esta última sustancia y la otra en seguida, se observa una lentitud que reemplaza á la aceleracion.

Es cierto que, cuando la morfina es la primera que se inyecta, no hay ninguna modificacion aparente, del mismo modo que si se introducen ambos alcalóides al mismo tiempo en el tejido celular.

Se necesitan, pues, nuevos experimentos para aclarar este punto.

Hay un efecto que los dos alcalóides producen separadamente y que su administracion simultánea eleva á un alto grado; es la sequedad de la garganta.

No es posible decidir nada respecto á la accion que ejercen sobre los órganos digestivos. Los vómitos son, como se sabe, muy frecuentes, á consecuencia del uso de la morfina; pero M. Erlenmeyer no conoce hechos en que estos vómitos se hayan detenido por la atropina y vice-versa.

Los síntomas cerebrales que se observan á consecuencia de la administracion de estas dos sustancias son difíciles de definir. En el hombre parecen contrariarse; se puede, en efecto, oponer el delirio alegre ó furioso que marca el primer período de la intoxicacion por la belladona al sopor producido por el opio; pero, como este último, la belladona provoca frecuentemente un abatimiento extremo, debilidad y, en fin, sueño. (Trousseau y Pidoux).

M. Erlenmeyer ha podido ver muchas veces los efectos narcóticos producidos por un alcalóide disiparse bajo la influencia del otro. Pero estos hechos solo se han observado en mujeres muy nerviosas, y seria quizás muy

prematuro deducir consecuencias definitivas. Parece cierto que los experimentos, por cuyo medio ha creido M. Camus poder establecer que no existe antagonismo, no son concluyentes. Todos pecan por haberse empleado el antídoto á dósis demasiado elevadas, sustituyendo así un efecto narcótico á otro, y matando al animal por medio de un veneno, despues de haberle curado de otro envenenamiento.

En un caso de intoxicacion referido por el doctor Erlenmeyer, se habia ingerido la enorme cantidad de 10 centígramos de atropina, y se tardó mucho en administrar un vomitivo. Los efectos de esta dósis, seguramente mortal, fueron combatidos por otra cantidad igual de morfina, administrada en muchas veces en inyecciones hipodérmicas, y no se puede dudar, leyendo los detalles del hecho, que el enfermo debió la vida á esta medicacion.

El doctor Bricheteau, que ha reunido en un excelente artículo todos los hechos diseminados en diversas publicaciones, á fin de fijar lo que hay de ciertamente demostrado en esta cuestion, y por qué vía deben dirigirse las investigaciones futuras, termina asegurando que del exámen de los numerosos casos prácticos ya conocidos, parece resultar que el antagonismo del opio y la belladona está suficientemente probado clínicamente.

Así, pues, cuando se verifique un envenenamiento por cualquiera de estos dos agenles, despues de haber llenado la primera indicacion, de evacuar lo mas pronto posible el estómago por medio de los vomitivos, el médico podrá administrar la sustancia antagonista á dósis elevadas y fraccionadas, tomando por guía los síntomas que revelarán la influencia ejercida por el antídoto, y sobre todo el estado de la pupila, y suspenderá su uso cuando parezca que se ha restablecido el equilibrio en su favor, y que su accion fisiológica, ya manifiesta, ha contrabalanceado los efectos del veneno.

El medio mas seguro y mas rápido para la introduccion de la sustancia antagonista en el organismo, es seguramente la inyeccion hipodérmica, practicable en todos los casos, y que lleva directamente al torrente circulatorio el medicamento que se quiere hacer absorber; así se evita que sea expulsado por los vómitos.

Es casi indiferente la preparacion opiada ó belladonada que se haya de emplear; sin embargo, como se trata de no perder tiempo, se deberán prescribir el láudano y el extracto ó tintura de belladona, que siempre se encuentran preparados en las boticas, cuando pueda utilizarse la vía gástrica ó rectal, del mismo modo que se deberá emplear la solucion de clorhidrato de morfina ó sulfato de atropina para las inyecciones hipodérmicas.

Es difícil precisar las dósis proporcionales de los dos medicamentos. Hay, sin embargo, una indicacion exacta debida al doctor Behier, que establece que se necesita una cantidad cuatro veces mas fuerte de morfina, para neutralizar los efectos de la atropina.

Parto precipitado. (*Union méd.*).

El doctor Aubrun ha comunicado, á la Sociedad médico-práctica de Paris, un nuevo caso de parto precipitado que confirma la observacion referida por el doctor Beluzzi de Boloña, que motivó el excelente informe del doctor Perrin, publicado en 1864.

Una mujer de 22 años, muy morena, de estatura mediana, pero fuerte y bien constituida, habia tenido dos años antes, un primer parto muy rápido (dos horas y media). El nacimiento se verificó á los ocho meses de la desaparicion de las reglas; el feto estaba bien conformado y con todas las señales de ser de todo tiempo.

En el segundo embarazo la menstruacion se presentó por última vez el 13 de marzo, y terminó el 18: inmediatamente se manifestaron los signos racionales de la gestacion y todo hacia esperar que el parto se verificase hácia el 20 de diciembre.

El 19 de noviembre la señora B. se acostó en perfecto estado de salud, y el 20, á las tres y media de la madrugada, despertó con una ligera incomodidad en el vientre, que atribuyó á necesidad de defecar, y resolvió sufrirla hasta que fuese de dia por razon del frio. Pero á los pocos minutos la necesidad se hizo tan imperiosa que tuvo que levantarse. Cuando se estaba poniendo algun abrigo para ir al lugar excusado, el deseo de mover el vientre era tan apremiante, que á instancia de su marido

se puso en un orinal de grandes dimensiones. Debe hacerse notar que no habia tenido cólicos, ni dolores de ninguna clase. Apenas hizo algunos esfuerzos de defecacion cuando un dolor expulsivo la arrancó un grito. Habia parido, siendo lanzado el feto violentamente en medio de la orina y las materias fecales. La rapidez fué tal, que la criatura no tuvo tiempo de respirar ni lanzar un gemido.

El marido, asustado, bajó inmediatamente dos pisos mas abajo á buscar á su madre, y fué en seguida á llamar á M. Aubrun, que llegó á los veinte y cinco minutos; pero durante este tiempo las dos mujeres no habian pensado en sacar á la criatura del vaso, sobre el que estaba sentada la recien parida á causa de hallarse la placenta todavía en la vagina ó la matriz: la cabeza del feto estaba bañada en la orina, y los piés salian hasta el borde de la vasija, vueltos hácia el muslo izquierdo de la madre.

El primer cuidado de M. Aubrun fué recoger el feto que se hallaba en estado de completa resolucion, con la cabeza lívida, y los miembros y el tronco de un blanco mate; cortar el cordon, lavarle, flagelarle y practicar la insuflacion. Despues de diez minutos de ansiedad, tuvo la suerte inesperada de observar una primera inspiracion aunque muy incompleta, pero al poco tiempo la criatura vivia y respiraba perfectamente.

Era del sexo masculino, y presentaba en el temporal derecho una contusion equimótica, con erosion de la epidermis, de 2 ½ centímetros de longitud por 1 de ancho, que no podia haber sido producida mas que por la presion de la cabeza en el fondo del vaso en el momento del parto; tan violenta habia sido la proyeccion.

Aun cuando el parto se verificó al parecer, segun la cesacion de las reglas, al fin del octavo mes, el feto era de todo tiempo, muy fuerte y bien desarrollado. Pesaba 4,700 gramos.

La mujer sufrió una rasgadura de todo el periné hasta el ano, al que no alcanzó la lesion por haberse dirigido la rasgadura hácia la izquierda, contorneando aquel orificio para detenerse en el cóccix.

No puede desconocerse la importancia de estos hechos

bajo el punto de vista de la medicina legal. El parto pudo haberse verificado en un lugar excusado, cayendo el feto por lo tanto en las cañerías, y si, en lugar de ser una mujer casada, se hubiera tratado de una soltera interesada en ocultar su falta, bien se comprende con cuánta facilidad podia habérsela afligido con una condenacion injusta. Es tambien un hecho digno de notarse, que á ninguna de las dos mujeres se las ocurriera, en el espacio de más de media hora que estuvieron solas, sacar el feto del vaso en que habia caido, sin que esta especie de abandono tenga en el presente caso nada de sospechoso, porque para ambas la esperanza de aquella sucesion habia sido siempre un motivo de alegría y felicidad.

Sulfocianuro de potasio: efectos tóxicos. (*Giornale crit. di Méd.*).

El doctor Bellini ha publicado en este periódico un extenso trabajo acerca de los efectos tóxicos del sulfocianuro de potasio. En él establece como deducciones prácticas, que esta sal no sufre ningun cambio en el interior del organismo; que es fuertemente irritante, pero que obra tambien como narcótico. Su accion estupefaciente se ejerce sobre todos los músculos con que se pone en contacto; no parece que aumenta la excitabilidad de los nervios. Cuando se introduce el veneno en la sangre obra exclusivamente sobre el corazon. Los signos patognomónicos son: 1.° el color rojo de sangre que toman las materias vomitadas y las excreciones cuando se las trata por el sesquióxido de hierro; 2.° el aumento de sensibilidad que se sostiene hasta la muerte.

Zumo de limon, como antídoto de las euforbiaceas. (*Farmaceutical Jour.*).

En un interesante estudio publicado por el doctor Waring, acerca de las euforbiáceas en general y de la accion purgante de sus semillas en particular, encontramos un dato de terapéutica toxicológica digno de especial mencion. Segun el citado autor, el limon fresco, ó mejor su zumo, obra como antídoto muy marcado en el envenenamiento por las semillas de estas plantas. Administrado á

grandes dósis ha producido felicísimos efectos, especialmente en las intoxicaciones ocasionadas por las semillas del *Curcas multida*, y por las raices frescas *Manihot utilisima*. El doctor Waring confiesa que es por ahora difícil explicar cómo obra el zumo de limon en estos casos; pero que, sin embargo, no por esto deja de ser evidente su virtud. Supone el autor que los demás ácidos vegetales deben poseerla tambien, y en apoyo de su opinion cita el ejemplo de las semillas del *Euphorbia lathyris*, que, maceradas en vinagre, pierden su acritud y se convierten en un condimento inofensivo que se vende diariamente como si fuesen alcaparras.

Como quiera que no se citen hechos prácticos en apoyo de la virtud atribuida en este trabajo al zumo del limon, creemos que antes de admitirle como antídoto de las euforbiáceas, necesita ser sancionado por nuevas observaciones.

CIRUGÍA.

Absceso perióstico agudo: reseccion subperióstica de la tibia. (*Gaz. hebdomadaire.—The Lancet*).

Los abscesos subperiósticos de los huesos largos son, en la actualidad, bien conocidos, merced á los excelentes trabajos de Chassaignac y de otros autores contemporáneos. Es, como todo el mundo sabe, una afeccion formidable que se acompaña al principio de síntomas generales graves, pudiendo producir rápidamente la muerte y que termina con frecuencia, aun en los casos mas felices, en una necrosis mas o menos extensa.

La terapéutica mas generalmente usada puede resumirse del modo que sigue: 1.° incisiones profundas comprendiendo el periostio y bastante extensas para abrir anchamente el foco purulento; 2.° contraaberturas, *drainage*, inyecciones para limpiar el foco é impedir la estancacion y la alteracion del pus; 3.° terapéutica general reparadora para sostener las fuerzas, moderar la supuracion y prevenir las complicaciones, mientras que la naturaleza aisla y elimina las porciones óseas atacadas de mortificacion; 4.° si esta eliminacion espontánea tarda mucho en verificarse, ó encuentra obstáculos insuperables, practicar operaciones sangrientas en uno ó muchos tiempos, ó de otro modo, recurrir al tratamiento quirúrgico de la necrosis, desde la ligadura simple, la trepanacion del hueso nuevo, la reseccion y la segmentacion de secuestros hasta la amputacion del miembro que algunas veces hace necesaria la extension de los desórdenes y el estado general del sujeto; 5.° finalmente, tratamiento mecánico que favorezca la consolidacion del hueso nuevo. Todo esto exige meses y aun años, durante los que la vida es sumamente precaria y está constantemente en peligro.

Una marcha distinta ¿podria modificar este sombrío

cuadro? ¿Seria posible disminuir la duracion del padecimiento y aun atenuar los peligros, sin comprometer el éxito final? Tal es el problema que formula M. Holmes, cirujano del hospital de Niños de Lóndres, y para cuya solucion ha publicado la observacion siguiente:

William S...., edad de 10 años, entró en el hospital el 5 de abril de 1865, padeciendo un absceso subperióstico agudo de la tibia izquierda. Estaba pálido y delicado, y aun cuando era masturbador, no presentaba los signos de una afeccion constitucional. El mal principió sin causa conocida el 15 de marzo, por un dolor en la garganta del pié, seguido de hinchazon, que se extendió bien pronto á la pierna. La abertura de una coleccion purulenta el 20, no detuvo la enfermedad. En el momento de la admision presentaba el pulso duro, 132 pulsaciones; su respiracion era frecuente, su piel fresca, lengua limpia, gran debilidad y delirio por la noche; la pierna estaba tumefacta y pálida desde los dedos hasta la rodilla; se sospechaba la existencia de líquido en las articulaciones tibio-femoral y tibio-tarsiana.

Practicóse una incision en medio de la tibia, y se introdujo un estilete que demostró una denudacion muy extensa del hueso. Prescríbese un régimen tónico, y cuando el estado general mejora, se procede á una exploracion mas completa con ayuda del cloroformo. Se comprobó que la tibia estaba denudada hácia arriba, hácia abajo y por detrás, en todos los puntos que el dedo pudo alcanzar; quedaron dudas respecto á la region interósea y á los límites superior é inferior de la incision; pero del estado de las articulaciones se dedujo que la diáfisis entera se encontraba aislada. M. Holmes, ayudado por su colega M. Smitch, se decidió á separar todo el hueso necrosado.

La operacion se practicó el 15 de abril, haciendo una larga incision sobre la tibia, que facilitó la separacion del periostio hácia la parte posterior con el auxilio de una sonda conducida con el dedo. Con la misma facilidad se obtuvo al nivel del espacio interóseo. La sierra de cadena, pasada debajo de la tibia, la dividió cerca de su extremidad superior; cogióse el segmento con fuertes pinzas, y se separó de la epífisis superior mediante algu-

nos movimientos. La misma maniobra se repitió para el segmento inferior. Así se logró la separacion de la diáfisis toda entera, que medía siete pulgadas y un tercio. La operacion solo duró algunos minutos. Hubo derrame sanguíneo bastante abundante, producido por el periostio; pero se cohibió fácilmente con el taponamiento y sin ligadura. Algunos fragmentos de hueso nuevo adherian al hueso separado, así como algunos colgajos de periostio. Por lo demás, este no presentaba ninguna otra lesion.

Colocóse el miembro en una gotiera ordinaria de fractura. M. Holmes esperaba que conservaria su longitud, porque, gracias á la conservacion de la epífisis superior de la tibia y de la articulacion peroneo-tibial, el peroné serviria de férula y mantendria á distancia las dos extremidades tibiales hasta la formacion del hueso nuevo.

En la mañana siguiente, se separaron las hilas que rellenaban la cavidad y se unieron los bordes con vendoletes aglutinantes. El estado del operado, satisfactorio; tenia apetito, el pulso muy fuerte y dolores menores que en el momento de la admision. La hinchazon de la rodilla, al parecer disminuida; bien pronto se formaron abscesos en la inmediacion de la articulacion, que supuraron poco tiempo y pasaron al estado fistuloso; lo que hacia suponer que no comunicaban con aquella, pudiéndose comprobar mas adelante, porque la rótula deslizaba fácilmente y sin dolor. La hinchazon de la region tibio-tarsiana se disipó espontáneamente; la pierna se mantuvo en el aparato de Mac Intyre, y no se sospechaba su acortamiento hasta que se observó en los primeros dias de junio, en que la consolidacion era ya muy avanzada. Se vió entonces que la cabeza del peroné sobresalia mucho hácia arriba, de donde se concluyó que los abscesos superficiales habian alterado la articulacion peroneo-tibial superior, habiendo impedido al peroné llenar el papel de punto de apoyo con que se contaba.

Se intentó, sin resultado, prolongar el miembro en la gotiera de fractura de Assalini: si bien estaba flexible aun el hueso, era ya bastante sólido para que pudiese ceder al grado de fuerza que se podia emplear sin peligro.

El enfermo salió del hospital el 2 de octubre, y cuando se le volvió á reconocer, en 1.° de diciembre, se encon-

traba en perfecto estado de salud: el miembro estaba sólido, completamente inflexible en sus dos extremidades; la tibia habia sido reemplazada por una masa huesosa de la misma forma, un poco mas gruesa y menos regular. Habia dos fístulas: una en la parte superior, y otra en la media de la pierna. La mensuracion atenta apreciaba una pulgada y media de acortamiento; existia rigidez en la rodilla como si hubiese una anquílosis fibrosa. El niño andaba con agilidad ayudado de un baston.

Al apreciar M. Holmes los resultados de su operacion, no los cree completamente satisfactorios, pero sí lo bastante para legitimar nuevos ensayos, examinar las ventajas y los inconvenientes que ofrece el tratamiento de la periostitis supurada difusa que él propone, comparándole con la espectacion. La primera ventaja es que suprime la causa de una irritacion constitucional aguda y peligrosa. Así es que á la ablacion del hueso siguió una mejoría marcada en la salud del niño, lo mismo que sucede en la gangrena de las partes blandas, en que su separacion se acompaña de alivio en el estado general.

Las afecciones óseas agudas, periostitis, necrose, ósteomielitis, son vecinas de la piohemia, y como ella producen fácilmente los abscesos secundarios y la muerte. Estos síntomas dependen, sin duda, de la supuracion intra ó extra-huesosa, y separando el hueso, se suprime el orígen del mal. La segunda ventaja es que la ablacion precoz dispensa de toda otra operacion ulterior. Una sola operacion evita otras muchas. La curacion en los casos favorables es mas rápida; por la espectacion, cuando se ha efectuado la separacion del hueso antiguo, y la reproduccion del nuevo, es cuando entra en juego la cirugía, siendo necesario mucho tiempo y cuidado para llenar la cavidad huesosa y cicatrizar las heridas.

Al lado de las ventajas es preciso colocar los inconvenientes. Es el primero, la dificultad de separar la totalidad del hueso enfermo en el caso de necrose circunscrita: esta dificultad no existe cuando toda la diáfisis está interesada, porque la separacion al nivel de las epífisis es fácil: si no hay mas que una porcion denudada, puede ofrecer dificultad disecar el periostio al nivel de los límites del mal para serrar el hueso mas arriba.

Un segundo inconveniente constituye una contraindicacion séria, y es el acortamiento del miembro. Ya era un hecho comprobado por Langenbeck y Neudorfer en los adultos; pero en los niños pudiera esperarse mejor resultado. En el caso actual, las dimensiones transversales de la tibia eran casi las normales, y el acortamiento se explica por la ascension del peroné, causada por la destruccion de la articulacion peroneo-tibial superior.

Admitiendo que la reseccion precoz pueda ponerse en práctica en ciertos casos de abscesos subperiósticos agudos, falta saber si esta operacion convendria en todas las regiones del cuerpo; puede responderse afirmativamente, segun el autor, para la tibia y el peroné, el radio y el cúbito aisladamente, puesto que el otro hueso sirve de férula y precave el acortamiento.

La ablacion precoz del hueso constituye la originalidad de este hecho y tiende á introducir una regla nueva en el tratamiento de la necrose aguda de los huesos largos de los miembros. Bajo este punto de vista particular examina la observacion de M. Holmes el distinguido cirujano M. Verneuil, en un excelente artículo publicado en la *Gaz. hebdomadaire.*

Segun el práctico inglés, este procedimiento suprime las complicaciones intercurrentes, y reuniendo en un solo tiempo el trabajo de la naturaleza y la obra del arte, abrevia singularmente la duracion total de la curacion sin aumentar los casos de mortalidad.

M. Verneuil discurre tan juiciosamente como acostumbra, y despues de analizar el hecho se expresa así: En terapéutica, todo remedio por enérgico que sea, toda tentativa atrevida necesita para justificarse que la gravedad de su accion sea proporcionada á la gravedad del mal. M. Holmes ha separado la tibia, porque creia en la necrose completa é inevitable de este hueso. Creia en esta necrose, porque habia comprobado una denudacion muy extensa y suponia enteramente destruidos los vínculos vasculares entre la diáfisis y su periostio.»

Es claro que en esta suposicion no habia interés alguno en contemporizar: el vasto secuestro bañado por todas partes por el pus, habria impedido la evacuacion libre de este líquido y favorecido asimismo su alteracion.

Despues de un tiempo indeterminado, hubiera sido preciso llegar á la extirpacion, que la vaina formada por el hueso nuevo habria hecho difícil. Se hubiera así sin ventaja falseado el precepto, que prescribe separar las partes necrosadas tan luego como su aislamiento sea completo. La ablacion precoz de la tibia aparece, pues, á primera vista como la conclusion lógica de un silogismo inatacable. Pero considerándola mas de cerca, se descubre en las premisas un error que conviene aclarar.

De los detalles mismos de la observacion se infiere que la denudacion de la tibia estaba lejos de ser completa; que por consecuencia la necrose total no era de temer, y que desde luego la espectacion, ayudada de algunos medios quirúrgicos simples, incisiones múltiples, *drainage* é inyecciones, etc., habrian conducido igualmente á la curacion conservando el hueso; hubieran podido desprenderse algunas esquirlas, algunos fragmentos; pero habria conservado, no solo sus dimensiones primitivas, sino tambien la facultad preciosa en esta edad de crecer en longitud.

M. Verneuil trata de justificar despues sus afirmaciones, y manifiesta que, segun confesion del mismo autor, algunos fragmentos de hueso nuevo adherian al antiguo, así como algunos colgajos de periostio; el hueso no estaba, pues, amenazado de necrose total. M. Chasaignac ha demostrado que el absceso sub-perióstico simple no produce jamás la necrose entera de una diáfisis, á menos que no se halle complicado de ósteo-mielitis; que esta es la única enfermedad que puede destruir toda vitalidad en el hueso que ataca. Que aun suponiendo la exfoliacion superficial del hueso denudado por el absceso, la vida se conserva en el centro, sostenida por las arterias nutricias, como se conserva en un miembro, aun cuando se halle desprendido su tegumento por un flemon difuso. Pero en el caso del jóven William, no habia razon alguna para admitir la coexistencia de una ósteo-mielitis y para temer, por consiguiente, la mortificacion total de la tibia.

Es necesario tener en cuenta que el aislamiento completo de una diáfisis es por fortuna muy raro, y no sucede esta rareza sino cuando la afeccion ha comenzado primitivamente por el centro del hueso.

Es un hecho práctico conocido que, despues de una denudacion muy extensa, el periostio puede volver á adherirse luego que se ha evacuado el pus. M. Verneuil cita un caso reciente de un niño de diez años, atacado de un absceso subperióstico del fémur derecho: hecha una incision y explorada la herida, este distinguido cirujano apreció una denudacion de los $^3/_5$ inferiores de su diáfisis, debiendo notarse que hasta pasó por su imaginacion la idea de amputarle, y sin embargo, el drenaje, las inyecciones iodadas cuotidianas, los cuidados higiénicos convenientes y un régimen reparador produjeron en dos meses una curacion radical sin la menor exfoliacion.

En resúmen, y respecto al notable hecho de M. Holmes, seria imprudente condenar irrevocablemente una idea nueva que, modificada y corregida, puede encontrar aplicaciones útiles; pero tampoco es legítimo aceptarla sin un estudio detenido, sin ponerse en guardia contra los desengaños á que puede dar lugar.

No podemos menos de estar completamente de acuerdo con la conclusion final de Verneuil: «Registremos, dice, esta observacion, que prueba de una manera irrecusable el poder regenerador del periostio; pero hasta nueva órden continuemos tratando los *abscesos subperiósticos simples* segun los métodos clásicos recomendados por una sana práctica.»

Abscesos crónicos de la lengua. (*Jour. de méd. prat.*).

En el espesor de la lengua se forman á veces pequeños abscesos, que pasan al estado crónico, simulando tumores cancerosos ó gomosos, y que dan lugar á errores de diagnóstico. Siendo generalmente esta enfermedad poco conocida, M. Nélaton ha señalado un ejemplo que no carece de interés en una jóven de 14 años, que se presentó en sus enfermerías con un tumor de la lengua, del volúmen de un guisante grueso.

Próximamente tres meses antes, esta enferma habia experimentado algo de insólito en la punta de dicho órgano. Se habia desarrollado con bastante rapidez una tumefaccion notable, adquiriendo casi desde luego las proporcio-

nes que conservó despues. Cuando M. Nélaton examinó este tumor, cuya persistencia inquietaba á los padres de la jóven, le encontró situado exactamente sobre la línea media, del volúmen indicado mas arriba, cubierto por una mucosa no alterada, la cual podia levantarse y dislocarse como un pliegue en la cara inferior de la lengua, mientras que en la cara superior parecia menos movible y formaba cuerpo con el pequeño tumor. Era bastante duro en apariencia, sólido, pero fluctuante, y no presentaba dolor alguno ni espontáneo, ni provocado. Desde un principio habia sido lo que era en el momento de examinarle.

En un sujeto de mas edad el diagnóstico hubiera podido ser difícil, porque la lengua es muchas veces asiento de pequeños tumores constituidos por tejido encefaloídeo, por hipertrofias de los fondos de saco glandulares, por tumores gomosos; y frecuentemente la tension de las paredes da la sensacion de una fluctuacion falaz; pero en una jóven de 14 años difícilmente podia admitirse un tumor gomoso. Un cáncer hubiera sido más duro y resistente. Habia que decidirse entre un tumor hipertrófico, un quiste ó un absceso. La puncion era el mejor medio, pues, de salir de dudas. Se practicó con la punta de un bisturí, salió pus, y no podia, por consiguiente, ser mas que un absceso crónico. Si no hubiese habido líquido, M. Nélaton habria sometido á la enferma al uso del ioduro de potasio que determina frecuentemente la resolucion de los tumores aunque no sean de naturaleza sifilítica.

Acupresion como método hemostático. (*Siglo méd.*).

El método hemostático inventado por el doctor Simpson, y de que con el nombre de *acupresion* dimos cuenta en el tomo I de este ANUARIO, pág. 124, ha sido recibido con cierta especie de indiferencia, á nuestro juicio poco merecida, dando esto lugar á que se haya aplicado raras veces en la práctica, careciendo, por lo tanto, de esta sancion suprema, para que se le pueda juzgar acertadamente. En tal concepto nos parece digno de atencion el trabajo publicado por el distinguido cate-

drático de la facultad de Medicina de Granada, doctor Creus, en que se da cuenta de tres operaciones en las cuales se empleó el método de Simpson para comprimir las arterias.

Se refiere el primero de estos hechos prácticos á un epitelioma del labio inferior, en que este hábil cirujano practicó la extirpacion á beneficio de dos incisiones curvas, reuniendo despues la herida por primera intencion con ocho puntos de sutura, sirviéndose de las cerdas de caballo, que pusieron exactamente en contacto los labios de la solucion de continuidad. Se interesaron tres arterias: la coronaria izquierda, de pulsacion y calibre notable, que se comprendió con un alfiler, que penetrando por la piel á su lado izquierdo, volvió á salir, sin interesar la mucosa, por la misma piel á su lado derecho. Las otras dos arteriolas, ni se ligaron, ni se comprimieron. A los cinco dias de la operacion el enfermo estaba curado, habiéndose conseguido la reunion inmediata completa.

La segunda observacion recayó tambien sobre otro caso análogo al anterior. En este se interesaron las arterias coronarias, que tenian regular calibre, y se comprimieron con dos alfileres que, penetrando por la piel á uno de los lados del vaso, volvieron á salir sin haber interesado la mucosa por la misma piel en el lado opuesto. Se hicieron diez puntos de sutura con cerda, y no se puso apósito alguno. A las dos horas de la operacion y bien establecida la reaccion, se quitaron los dos alfileres. En la coronaria derecha no hubo hemorragia; mas no así en la izquierda, pues que por entre los puntos de sutura comenzó á brotar sangre en abundancia, y tuvo que volverse á reponer, con lo cual cesó en aquel momento el flujo sanguíneo. Al dia siguiente quitó tambien este alfiler, sin que se reprodujese la hemorragia. A los ocho dias de la operacion salió el enfermo con alta, completamente curado.

En el tercer caso se trataba de una cáries del metatarso y parte del tarso: se practicó la amputacion infra-astragaliana, siguiendo el procedimiento de Malgaigne, y para cohibir la hemorragia, se empleó la acupresion del modo siguiente: Con una aguja larga de acu-

puntura se perforó el colgajo desde la piel hácia la superficie sangrienta, haciéndola salir al lado de la arteria tibial posterior, á la distancia de 5 milímetros del punto de su seccion, y sobresaliendo la punta del instrumento otros 5 ó 6 milímetros. Se completó la maniobra, ejecutando con la aguja un movimiento de palanca, en cuya virtud, penetrando otra vez la punta desde la superficie sangrienta hasta la piel, salió por este último punto á la distancia de 2 centímetros y medio de su sitio de entrada, resultando comprimido el vaso de modo que no daba sangre, ni se descubria su orificio. Para la tibial anterior se usó la presion con la aguja del modo siguiente: Una aguja ordinaria de coser, de 5 centímetros de largo y grueso proporcionado, enebrada con un hilo de plata fino y doble, de 10 centímetros de longitud, se introdujo en la carne por la superficie sangrienta á distancia de 3 milímetros en el lado tibial de la arteria, y á 5 de su seccion; pasando por debajo del vaso, salió la punta por el lado peroneo, á la misma distancia próximamente. Entonces se hizo describir al instrumento un cuarto de círculo, dirigiendo la punta por detrás de la arteria; de suerte que vino á colocarse al lado tibial, clavándose allí en las carnes, para fijarla, hasta la profundidad de centímetro y medio, y el ojo con el hilo metálico vuelto hácia el lado peroneo, vino á quedar colocado entre los labios de la herida.

Una arteria plantar interna fué comprimida con un hilo metálico del modo siguiente: A la distancia de 5 milímetros del punto de su seccion, se perforó el colgajo, saliendo la aguja por la piel; se repitió la misma maniobra en el lado opuesto, saliendo el hilo por la piel tambien á distancia de un centímetro del otro cabo, y ambos se ataron sobre un rollito de aglutinante, quedando de esta suerte comprimida la extremidad del vaso por el asa del hilo metálico, que sumergia este órgano entre las carnes, evitando la salida de sangre. En este, como en los anteriores casos, se logró cohibir por este medio la hemorragia, obteniéndose una curacion pronta y feliz.

El doctor Creus concluye de sus observaciones: 1.° que la acupresion es una maniobra mas fácil y expedita

que la ligadura; 2.° que puede ser tan segura como esta, para cohibir la hemorragia, segun lo prueban las tres historias, y sobre todo la última, por la importancia y calibre de las arterias interesadas; 3.° que puede ser eficaz, es decir, que realmente á ella se debió la cesacion de la hemorragia en el segundo caso, porque aquella se presentó abundante en el momento de retirar el alfiler, y cesó definitivamente tan pronto como se repuso; 4.° que favorece considerablemente la reunion inmediata, como lo demuestran las tres historias, y podia suponerse de antemano, atendiendo á que no queda aquí, como en las ligaduras, un cuerpo extraño que impide el contacto de los bordes de la herida en todo el espacio que ocupa; que en el tiempo que permanece colocado promueve la supuracion, absorbe y retiene el pus, que se altera, propagando indefinidamente esta alteracion pútrida, ó por lo menos supuratoria en mayor ó menor extension. Que hay además un trocito de arteria, es decir, el extremo del vaso, suponiendo una ligadura limpia que desde el momento de la operacion queda convertido en un cuerpo extraño, *muerto*, que tambien se pudre, ó por lo menos puede propagar esta putrefaccion hasta que es eliminado. El autor no se atreve á deducir, sin embargo, que la acupresion debe reemplazar á la ligadura en todos los casos; teme que este método no sea *siempre bastante seguro* para restañar la sangre en heridas de arterias muy gruesas, ó que no favorezca eficazmente la obliteracion definitiva del vaso; pero considera que la acupresion es un método de hemostasia que todo cirujano debe conocer, porque tendrá muchos casos en qué aplicarle con evidente utilidad del enfermo.

Aun cuando nos parecen bastante exagerados los inconvenientes que el distinguido catedrático de Granada atribuye á la clásica ligadura, estamos, sin embargo, conformes con él, en la conveniencia de que se conozca y ensaye la acupresion que, como ya indicamos en el tomo I de este ANUARIO, nos parece utilísimo invento, con aplicaciones restringidas á ciertos y determinados casos.

Amputacion por medio de los cáusticos, en un caso de magullamiento de la mano, seguido de accidentes generales graves. (*Gaz. méd. de Lyon*).

Segun el distinguido cirujano M. Ollier, la pasta de Canquoin, empleada como medio de dieresis, tiene por efecto, no solo preservar al operado de los accidentes graves que le amenazan en medio de la atmósfera de las salas de un hospital, sino que puede reemplazar al instrumento cortante, cuando el enfermo es demasiado débil y no ofrece bastante resistencia vital para soportar el choque de una amputacion regular. El autor dice que ha tenido muchas veces ocasion de comprobar prácticamente la verdad de este aserto, y como una nueva prueba publica una historia recogida en sus salas por el interno Bonnefons.

El 6 de julio de 1865 entró en el Hotel-Dieu, de Lyon, un hombre de 27 años, que presentaba en la mano heridas contusas y profundas, por haber sido cogida esta extremidad entre las ruedas de un molino. Las segundas y terceras falanges del índice, del medio y del anular habian sido arrancadas, dejando superficies sangrientas é irregulares; el pulgar se encontraba fracturado y pendiente solo de un colgajo de piel. Unicamente el auricular estaba íntegro. Se sometió la mano á la irrigacion contínua, y durante un mes la herida siguió un curso regular, hasta el punto de permitir al enfermo levantarse.

A principios de agosto se desarrolló un flemon del antebrazo, abriéndose un absceso en la parte anterior de la region carpiana, que dió salida á gran cantidad de pus. La supuracion se hizo serosa, de olor fétido, y fueron invadidas las articulaciones del carpo. Se creyó indispensable la amputacion, que fué rehusada enérgicamente por el enfermo. En el espacio de cuatro dias se presentaron cuatro grandes escalofrios, el pulso se puso frecuente (110 á 125 pulsaciones), cara pálida, abatida; lengua seca, fuliginosa; calor acre en la piel; meteorismo; delirio contínuo, y para completar este cuadro de síntomas tíficos, aparecieron en el cuello y pecho numerosas manchas de sudamina. En vista de un estado

general tan grave, no podia pensarse en una grande operacion, cuyo resultado infalible habria sido disminuir aun más las fuerzas, y acelerar el término fatal; era preciso, sin embargo, quitar la causa incesante de la infeccion, y suprimir la supuracion, sin atacar en lo mas mínimo á un resto de vida, ya tan comprometida, M Ollier encontró en la amputacion, por medio de la pasta de Canquoin, el medio de resolver este difícil problema.

Se rodeó el antebrazo por encima de la herida que existia en la muñeca con un vendolete del cáustico, despues de haber aplicado préviamente la pasta de Viena para destruir la epidermis. La de Canquoin se renovaba dos veces al dia, cuidando de quitar las partes escarificadas. Se obtuvo de este modo un surco profundo, en cuyo fondo aparecian denudados el radio y el cúbito. A las treinta y seis horas, la seccion del antebrazo pareció completa, y se serraron los huesos, para acabar de separar la mano.

Solo la arteria radial dió un pequeño chorro de sangre, ya porque no habiendo sido del todo destruida por el cáustico, estuviese todavía permeable, ya porque se incindiera la escara demasiado cerca de las partes vivas; la hemorragia se detuvo al momento, por medio de una ligadura.

El enfermo soportó sin quejarse las aplicaciones cáusticas, sumergido como estaba en una postracion é insensibilidad extrema.

A la mañana siguiente de la operacion, pareció que se habia mejorado el estado general; á los tres dias, la fiebre remitió extraordinariamente, y las fuerzas y el apetito se fueron restableciendo poco á poco, entrando el enfermo en una pronta convalecencia, que le permitió marchar al campo á esperar la completa cicatrizacion del muñon. La herida tenia entonces muy buen aspecto; la caida de la escara habia dejado descubiertos en una pequeña extension el cúbito y el radio.

M. Ollier volvió á ver al paciente á los veinte dias, observando que se habia nutrido y tenia excelente color; el aspecto de la herida inmejorable, y necesitando solo que se quitasen las elevaciones óseas que impedian su cicatrizacion. En efecto, se denudaron estas y se las

serró á la altura conveniente, notándose que los fragmentos desprendidos estaban ya recubiertos, en el límite de su porcion denudada por el cáustico, de un rodete óseo formado por el periostio irritado.

Amputacion supramaleolar. (*Jour. de méd. prat.—Gaz. hebdomadaire*).

M. Laborie, cirujano del asilo de Vincennes, ha presentado á la Sociedad de cirugía un enfermo á quien operó hace un año, á consecuencia de un magullamiento del pié, empleando un procedimiento de amputacion supra-maleolar, en el cual este cirujano conserva un solo colgajo posterior, en cuyo espesor comprende el tendon de Aquiles. Se obtiene por este medio un muñon, en que la cicatriz está situada sobre la parte anterior é inferior de la pierna, y que se halla fortificado por la presencia del tendon, que le da una consistencia casi ósea, con que resiste fácilmente á la presion ejercida por el peso del cuerpo. El enfermo marcha sobre su muñon, y no tiene necesidad de buscar sobre la pierna ó el muslo un punto de apoyo, que puede tomar sobre la extremidad misma del miembro mutilado.

En el enfermo de M. Laborie se ha podido ver que el colgajo posterior venia á fijarse sobre la parte anterior de la pierna, lo menos á 2 centímetros por encima de la seccion del hueso. El tendon de Aquiles, cuya consistencia se puede apreciar, forma como un verdadero esqueleto en este colgajo. Jamás el sugeto ha experimentado sufrimiento por la presion, aun ejercida con violencia en la extremidad del muñon, y aun antes de la cicatrizacion completa, andaba apoyándose sobre esta extremidad. Al año de operado, la marcha era fácil, y el enfermo podia andar muchas leguas, sin servirse ni aun de un simple baston. El aparato protéico, construido por M. Mathieu, es una simple botina con un relleno que representa la longitud de la mutilacion; dos varillas laterales de hierro, que se fijan sobre la pierna por medio de unas correas, impiden á la botina dislocarse. resultado es tan completamente satisfactorio cuanto posible, y todo hace esperar que se confirmará en lo s cesivo.

Con este motivo, ha entrado M. Laborie en algunas consideraciones sobre las ventajas que ofrecen las amputaciones que se titulan por el sitio de eleccion y la supramaleolar, haciendo el paralelo de unas y otras.

Su posicion en el asilo de convalecientes de Vincennes le ha permitido poder estudiar la práctica quirúrgica de los hospitales, y apreciar las consecuencias remotas de las diversas operaciones. Véase cómo se explica, á propósito de la amputacion supra-maleolar, que ha fijado especialmente su atencion: «Si la consecuencia inmediata mas preciosa, es decir, la conservacion de la vida de los operados, nos autoriza para colocar esta operacion muy por delante de la amputacion en el sitio de eleccion, es desgraciadamente incontestable que las consecuencias finales están lejos de ofrecer tan felices resultados.»

Ya este práctico habia presentado, á la Sociedad de Cirugía, cierto número de observaciones que justificaban este aserto; y con motivo de su comunicacion, muchos de sus colegas, y entre ellos M. Larrey, habian emitido una opinion semejante.

Despues, M. Laborie ha reunido un gran número de hechos, los ha recogido con cuidado, haciendo modelar los miembros; y sin entrar en otros detalles el respetable cirujano á que nos vamos refiriendo, ha hecho notar que todos los operados ofrecian la cicatriz en la extremidad del muñon, presentando accidentes absolutamente idénticos. El miembro mutilado no puede servir para la sustentacion. La cicatriz, expuesta á tracciones incesantemente, se ulcera. Estas ulceraciones dolorosas acaban por llegar á las extremidades de los huesos, y frecuentemente los enfermos, desanimados porque su salud se altera, reclaman una nueva amputacion.

Pero M. Laborie ha encontrado una excepcion á esta regla, en los sugetos que habian sufrido la amputacion con conservacion de un solo colgajo posterior, comprendiendo en su espesor el tendon de Aquiles. Este es el procedimiento expuesto ya, y que parece ser el único capaz de poner á los amputados al abrigo de los tan graves inconvenientes, justamente atribuidos á la amputacion supra-maleolar.

Aneurisma de la arcada palmar superficial: cauterizacion. (*Bull. de thérap.—France méd.*).

Un campesino de 43 años de edad, de fuerte constitucion, se hirió el 10 de julio de 1863 en la palma de la mano izquierda con la punta de un cuchillo. La sangre salió con mucha abundancia. Se cubrió la herida con un emplasto de pez, y el enfermo continuó dedicándose, segun su costumbre, á los trabajos penosos del campo.

Once dias despues de este accidente, la palma de la mano estaba tumefacta y era asiento de dolores lancinantes. El emplasto de pez se desprendió. Por debajo de la porcion de piel que este ocupaba, existia un absceso que al cabo de algunos dias se abrió espontáneamente. La herida consecutiva fué curada con ungüentos irritantes.

El noveno dia de la abertura del absceso tuvo lugar una hemorragia considerable; se renovó á la mañana siguiente y en la próxima con la misma intensidad. La sangre, en concepto del herido, era roja, se escapaba á chorros con sacudidas; su salida no cesaba sino por una compresion enérgica y extensamente ejercida sobre la herida, y á consecuencia de síncopes.

El cuarto dia de la manifestacion de estas abundantes hemorragias, fué llamado el doctor Mazade por primera vez. El enfermo estaba pálido y profundamente debilitado; la palma de la mano tumefacta y dolorosa. Hácia su tercio superior y externo existia una herida de la extension de una pieza de 50 céntimos. Los bordes estaban hinchados, irregulares, festoneados; la superficie era desigual, cubierta de un pus fétido. Despues de limpia la úlcera, se percibia en su parte mas declive un pequeño tumor ovoideo del volúmen de un guisante, en que se observaban todos los signos clásicos de un aneurisma.

Era urgente prevenir su desarrollo, y sobre todo oponerse á nuevas hemorragias que, por su abundancia, podian comprometer los dias del enfermo.

En un caso análogo y recientemente observado por el profesor M. Nélaton, la cauterizacion por medio del cloruro de zinc habia sido seguida de un éxito completo. El doctor Mazade recurrió al mismo método de tratamiento. Se aplicó un fragmento de pasta de cloruro de

zinc sobre el pequeño tumor, y se mantuvo colocado con el auxilio de una bola de algodon. Al mismo tiempo y durante tres cuartos de hora, se comprimió la arteria humeral, á fin de dejar tiempo á el cáustico para que produjese su efecto. Despues se practicó una compresion moderada sobre la mano y por encima del pulgar, sobre las arterias radial y cubital.

El tercer dia de la aplicacion del cloruro de zinc se puso la herida al descubierto. En el sitio del pequeño tumor que ocupaba el fondo de la misma, no se percibia sino una ligera placa negruzca, sin relieve alguno y sin movimiento pulsátil. Se hizo simplemente una cura con hila seca, pero se mantuvo sin embargo, durante algunos dias, una compresion ligera sobre las arterias del antebrazo.

La cicatrizacion se verificó al cabo de diez dias, sin que sobreviniera ningun accidente hemorrágico.

Este medio, menos peligroso y alarmante que la ligadura y aun que el cauterio actual, merece ser conocido y empleado desde luego, sin perjuicio de recurrir á aquellos si fuese insuficiente. La compresion usada en este caso por primera vez puede contribuir mucho á asegurar el éxito.

Aneurisma falso consecutivo de la flexura del brazo: disposicion particular del saco con respecto á la herida de la arteria. (*Union méd.*).

Los distinguidos cirujanos doctores Lable y Velpeau han dado cuenta á la Sociedad de Cirugía de Paris de un caso de aneurisma notable por su disposicion. Se trataba de un sujeto con un aneurisma falso consecutivo, muy voluminoso, de la flexura del brazo, en el que faltaban los dos principales signos de esta clase de lesiones, los latidos y el ruido de fuelle. Ni la vista ni el tacto podian percibir latidos ó pulsaciones apreciables; ni por la auscultacion se notaba ruido alguno. M. Velpeau creyó que acaso seria posible obtener la curacion en este caso sin necesidad de recurrir á la operacion. Los signos, ó mas bien la falta de los característicos, denotaban al parecer un trabajo espontáneo de coagulacion, que podria producir la solidificacion y la obliteracion definitiva de

la bolsa aneurismática. Las aplicaciones de hielo sobre el tumor no dieron resultado alguno apreciable. M. Velpeau practicó entonces sucesivamente y con diversos intérvalos muchas inyecciones de percloruro de hierro, segun el método de Pravaz, que al principio pareció que favorecian la coagulacion. Debemos decir que antes de las inyecciones se habia ensayado la compresion en todos sus métodos: digital, mecánica por medio de la flexion forzada del antebrazo, todo inutilmente: el enfermo no pudo soportar el empleo de estos medios. Repentinamente, y bajo la influencia de una causa desconocida, quizás de un movimiento intempestivo, se presentaron accidentes inflamatorios acompañados de un aumento considerable en el volúmen del tumor cuya rotura se iba haciendo cada vez mas inminente. Esto obligó á M. Velpeau á emprender la operacion. La dimension enorme del saco no permitia que se emplease el método de Anel, que le habria dejado subsistente: en este caso el eminente cirujano se decidió por la ligadura de los dos extremos de la arteria despues de la abertura del saco. Se incindió este ampliamente, y se vació la enorme masa de coágulos que contenia. Hecho esto, notó M. Velpeau una disposicion rara y excepcional de este aneurisma, y que explica el doble fenómeno de la falta de latidos, y de ruidos, ó al menos de la poca intensidad de estos últimos. La herida, que se encontraba en la arteria radial, estaba distante de la bolsa aneurismática separándola de esta todo el grueso de la masa muscular de la parte superior y externa del antebrazo. La sangre, escapándose por la solucion de continuidad, se habia insinuado por debajo de las masas musculares viniendo á formar, á cierta distancia de la abertura del vaso, un saco aneurismático que comprimia la arteria radial.

M. Velpeau ha llamado mucho la atencion acerca de esta disposicion particular y excepcional, que no se habia observado hasta ahora. M. Broca, autoridad tan competente en la materia, dice que no conoce ninguna observacion de aneurisma á consecuencia de herida, formado á distancia, como en el sujeto que acabamos de referir. Pero en un caso de aneurisma espontáneo se ha encontrado esta disposicion. El hecho ha sido descrito por el

doctor Monro. Se trataba de un aneurisma de la arteria humeral: al través de un pequeño orificio de este vaso, la sangre se habia abierto paso formando un saco que se extendia hasta la parte media del brazo, á una distancia considerable por debajo del sitio de la lesion arterial.

Aneurisma de la flexura del brazo: compresion digital durante tres horas: curacion. (*Jour. de médecine prat.—Gaz. méd. de Lyon*).

M. Viennois ha publicado el caso de un jóven de 17 años, que entró en el Hotel-Dieu el 26 de julio de 1866, á consecuencia de un tumor pulsátil en la flexura del brazo, cuyo principio databa ya de un año. Este muchacho se proponia ingresar como alumno en la Escuela veterinaria de Lyon y se dedicaba hacia dos meses al ejercicio de forjar, cuando empezó á advertir abultamiento en dicha parte. Suspendió inmediatamente sus trabajos; pero á pesar de esto, la tumefaccion no disminuyó, habiendo llegado á adquirir el volúmen de un huevo de paloma. El enfermo experimentaba de tiempo en tiempo una sensacion de hormigueo en la extremidad de los dedos, el brazo estaba mas débil y mas sensible á la fatiga que el compañero. El tumor parecia nacer de la bifurcacion de la arteria humeral. Era sacciforme y colocado delante de dicho vaso. Se sentia un temblor especial bajo la presion de la mano y se percibia por la auscultacion un ruido de soplo extremadamente fuerte. Los latidos eran enérgicos. Cuando el brazo estaba en extension, los ruidos y latidos desaparecian en gran manera.

M. Ollier, en cuyo servicio se encontraba el enfermo, hizo practicar la compresion digital de la arteria sobre la parte media de la cara interna del húmero, empezando á ejecutarse esta operacion el 28 de julio á las once de la mañana. A las dos de la tarde, M. Ollier observó que el tumor estaba duro y no se notaban en él pulsaciones, ni ruido de fuelle. Para asegurar mejor el éxito, se continuó la compresion hasta las nueve de la noche.

El enfermo salió del hospital el 9 de agosto, y el 15 de setiembre, que se le volvió á reconocer, se encontró el tumor reducido á la cuarta parte de su volúmen primitivo, sin pulsaciones, ni latidos de ninguna clase, y ha-

biendo recobrado el brazo la integridad de sus funciones.

Aun cuando no sean ya raros en la ciencia los casos de curacion de aneurismas por la compresion digital, siempre ofrece interés registrar los nuevos hechos que se presentan, á fin de que sirvan de estímulo á todos los prácticos para intentar este medio antes de recurrir á las operaciones cruentas, siempre mucho mas peligrosas.

Aneurisma traumático de la colateral externa del índice: obturacion espontanea de la herida arterial: extirpacion del saco por error de diagnóstico. (*Gazzette hebdomadaire*).

Parécenos muy curioso, y no desprovisto de interés, el caso observado por M. Verneuil de un aneurisma traumático de la colateral externa del índice. Un matarife, de 26 años, se hirió con la punta de un cuchillo al nivel de la parte libre de la comisura del primer espacio interóseo de la mano derecha. Aunque la herida era de poca profundidad, salió un chorro de sangre roja. Por el pronto se hizo la compresion, y luego se curó con vendoletes de diaquilon. Continuó en su trabajo, y al dia siguiente se quitó el apósito suponiéndose curado. La pequeña herida estaba reunida y apenas quedaban vestigios de ella.

A los tres meses notó, en el espesor de las carnes del primer espacio interóseo, un bultito que le dificultaba en su trabajo y fué á consultar á M. Verneuil, quien pudo apreciar un tumor como una nuez pequeña, regular, redondeado, indolente, bastante movible, muy duro, que formaba bajo la piel de la comisura una eminencia redondeada, y que se alojaba en el espesor de los músculos del primer espacio, lo que hacia su exploracion difícil en este último sentido. Una cicatriz de algunos milímetros, apenas visible, ocupaba el centro del pliegue interdigital. La circunstancia de haber sido herida una arteria era muy importante para dejar de tenerla en cuenta; pero no se notaba ni soplo, ni latido, ni expansion, ni reductibilidad. Por el interrogatorio no se pudieron adquirir mas datos que los que van referidos al principio.

Muy en dudas sobre el diagnóstico, se le prescribieron fricciones iodadas y se le recomendó que volviese. Lo efectuó á los seis ó siete meses del accidente primitivo.

Habia aumentado el tumor una tercera parte; pero ocupaba la misma situacion. Solo le molestaba al servirse de los instrumentos de su oficio, que por el roce y la presion le hacia sentir cierto dolor; tambien experimentaba dificultad en los movimientos de adduccion y de oposicion del pulgar: la compresion de las arterias del antebrazo no ejercia ninguna influencia en el tumor.

El paciente reclamaba la extirpacion. El diagnóstico era aun mas oscuro. Se practicó una incision de 4 centímetros. El tumor parecia tan movible, tan poco adherido, que se esperaba verle aparecer en la herida; pero no sucedió así. Por todas partes estaba sujeto por bridas celulosas, largas, pero muy resistentes; se hizo una segunda incision perpendicular á la primera por el lado de la cara dorsal, y se continuó la diseccion. Para facilitarla, se cogió el tumor con una fuerte pinza de erina, observándose que disminuia de volúmen y que la masa, que era tan dura y tan tensa, se habia vuelto blanda. Sin duda los gárfios de la pinza habian rasgado la cubierta y permitido la salida de un líquido; pero no pudo reconocerse su naturaleza, porque la herida producia una gran cantidad de sangre. M. Verneuil quedó sorprendido de este fenómeno inesperado, incindió la parte puesta á descubierto y penetró en una cavidad de paredes lisas, que le pareció enteramente vacía. Abandonando la hipótesis de un fibroma ó de un aneurisma, y pensando se trataba de un quiste de paredes gruesas, producido por la compresion y roce contínuo del mango de los instrumentos de su oficio, concluyóse la extirpacion, si bien con dificultad, siendo preciso penetrar profundamente entre los músculos del primer espacio interóseo y dividir con las tijeras adherencias bastante sólidas. La herida produjo sangre en abundancia, pero sin chorro bien manifiesto. No se creyó necesario buscar los vasos divididos, y como se cohibia la hemorragia comprimiendo entre los dedos las carnes del primer espacio interóseo, únicamente se colocaron bolitas de hilas, sostenidas por compresas estrechas, acaballadas sobre el pliegue interdigital y sostenidas por vendoletes de diaquilon. Se recomendó el reposo y se hicieron aplicaciones de agua fria. Al dia siguiente, el enfermo refirió que á las dos de la mañana,

se habia empapado el apósito de sangre roja. Hubo por lo tanto una hemorragia que podia renovarse y pareció prudente proceder á la ligadura.

Tan luego como se levantó el apósito, la sangre reapareció. Administrado el cloroformo, se buscó el vaso abierto, y para encontrarle, se incindió la piel de la cara palmar. Aunque con dificultad, se ligó una arteria profundamente situada entre el músculo interóseo dorsal y el aductor del pulgar, cuyo borde libre hubo que desbridar. Se supuso que se trataba de la interósea dorsal del primer espacio. Quedó suprimida la hemorragia. Se aproximaron los cuatro colgajos con tiras de diaquilon, y colocada la mano convenientemente en una posicion casi vertical, se continuaron las aplicaciones refrigerantes. Los dolores cesaron, se estableció la supuracion con abundancia, el hilo se retiró al octavo dia, y el décimoquinto el enfermo marchó á su país. La herida no estaba aun cerrada, pero no tardó en cicatrizarse por completo.

Examinada la pieza patológica algunas horas despues de la operacion, se vió que se trataba de un saco aneurismático del volúmen de una nuez pequeña. La pared ofrecia el espesor de cerca de 2 milímetros; se componia de dos capas, una célulo-fibrosa exterior, la otra interior mas delicada, de naturaleza fibrinosa, que adheria sólidamente á la primera, y presentaba por su cara interna un aspecto algo parecido al del *chagrin*. Se encontró en la cavidad un coágulo negruzco, friable, débil, aplastado, un poco irregular, que media de 5 á 6 milímetros en su mayor diámetro y completamente libre.

En una de sus extremidades, la bolsa tenia una depresion infundibuliforme, cuyo vértice se encontraba lleno por un coágulo fibrinoso, del volúmen de una cabeza de alfiler y muy adherido.

Habiéndose separado de la cara externa del tumor los restos de tejido laminoso ambiente, fué fácil reconocer que la extirpacion comprendió, á más del saco, varios fragmentos de vasos arteriales que parecian la colateral interna del pulgar y la externa del índice, con más una porcion de la interósea dorsal del primer espacio.

Se intentó en vano penetrar en la arteria por la depresion, correspondiente á la cara interna del saco del lado

de la adherencia, con un estilete de Anel y una cerda de jabalí. Parecia interrumpida toda comunicacion entre el saco y el vaso herido, que se encontraba obliterado en la inmediacion de aquel en la extension de muchos milímetros.

Es una cosa difícil de precisar cómo se formó este saco. Un aneurisma difuso no habria pasado desapercibido durante tres meses, y por otro lado, es singular que la cicatriz de una herida arterial tan microscópica haya podido distenderse hasta el punto de adquirir proporcionalmente una extension tan enorme; en vez de distenderse, pudo haberse roto y formarse un aneurisma consecutivo.

Como quiera que sea, es uno de esos raros ejemplos de curacion espontánea. La comunicacion entre el saco y la arteria estaba obliterada por un coágulo adherente muy antiguo, puesto que cuando se reconoció al enfermo por primera vez, no se observaron ningunos de los signos de los aneurismas. Las pequeñísimas dimensiones del orificio han debido favorecer esta terminacion, cuyo mecanismo no es fácil explicar: pudiera ser por la presion del saco sobre la arteria, apoyada contra el plano sólido que la forma el segundo metacarpiano; por inflamacion espontánea del vaso, efecto de la presion de los instrumentos; por la direccion oblícua de la arteria con respecto á la vía de comunicacion; por último, quizás seria este un ejemplo del mecanismo que explica ciertos resultados de la malaxacion. Un coágulo flotante habria podido ser empujado en el orificio por un movimiento de oposicion del pulgar, enclavarse allí y contraer adherencias, produciendo la oclusion definitiva.

Reabsorbida la sangre, el saco, en lugar de contraerse, se ha debido organizar al modo de las cavidades cerradas, llenándose de serosidad y metamorfoseándose de esta manera un aneurisma en un pseudo-quiste. Esto explicaria el crecimiento del tumor despues de la curacion del aneurisma.

Esta transformacion no se habia encontrado hasta ahora en ningun caso de aneurisma, por lo que debe admitirse con reserva la interpretacion del doctor Verneuil, por mas ingeniosa y racional que parezca. De todos mo-

dos, de este hecho se desprende una enseñanza práctica importante. La conveniencia de no proceder á la extirpacion en un caso análogo del modo que lo hizo este distinguido cirujano, sino que, segun él mismo aconseja, deberia abrirse el saco, extirpar su porcion libre, respetando el punto de adherencia y dejar que la herida supure.

Aneurisma traumático : compresion indirecta. Compresor con una venda de caoutchouc.—(*Gaz. hebd.—Journ. de méd. et chir. prat.*).

M. Verneuil ha publicado en la *Gaz. méd.* una observacion de grande interés práctico, puesto que demuestra que con paciencia pueden curarse ciertos aneurismas por la compresion, aplicando solamente sobre el trayecto de la arteria dos compresas sostenidas con una tira de diaquilon.

Un hombre de 64 años sufrió una picadura en la cara palmar de la mano, al nivel del primer espacio interóseo. La hoja del instrumento, que era muy estrecha, penetró cerca de un centímetro, presentándose inmediatamente un chorro de sangre roja. A los pocos instantes un farmacéutico curó la herida con hilas empapadas en percloruro de hierro; se cohibió la hemorragia, y pasada una hora, el sujeto pudo continuar escribiendo; pero la mano se puso dolorida, y á los dos dias entró en el hospital en el estado siguiente :

Al nivel del primer espacio interóseo izquierdo, existia un tumor del volúmen de una nuez pequeña, elástico, reducible, animado de pulsaciones enérgicas, de movimientos muy extensos de expansion y que presentaba un ruido de soplo simple, intenso, intermitente, isócrono con los latidos del corazon. Estas pulsaciones, perceptibles en la cara palmar, lo eran sobre todo hácia la parte posterior del primer espacio interóseo. El ruido de soplo estaba perfectamente limitado al sitio del tumor. La compresion de la radial solo hacia cesar de un modo incompleto los latidos y el ruido. La piel estaba tensa, de un rojo violado, y se veia hácia el centro del tumor una pequeña solucion de continuidad muy estrecha, deprimida y cubierta en parte por un pequeño coágulo sanguíneo desecado.

El caso era bastante sério. Los bordes de la herida cutánea estaban separados; su intérvalo relleno por un coágulo cubierto por una costra, pero que hacia temer á cada instante que la impulsion enérgica de la sangre destruyese esta barrera, reproduciéndose la hemorragia. La inflamacion del contorno podia hacer supurar la herida y desprender el tapon protector.

Si esto hubiese sucedido, ó el tumor hubiera hecho nuevos progresos, habria sido necesario operar por el método antiguo, ó en otros términos, ligar los dos extremos de la arteria lo mas cerca posible de la solucion de continuidad del vaso. Esta operacion no carecia de gravedad ni dejaba de ser difícil, puesto que era preciso incindir largamente los músculos interóseos y buscar laboriosamente la arteria en medio de ellos.

Como los accidentes no eran apremiantes y podia ejercerse una vigilancia rigorosa, M. Verneuil ideó, mas bien para moderar la impulsion sanguínea en el saco, que con esperanza de obtener la curacion, el establecer una compresion sobre la parte inferior y anterior de la arteria radial por delante del carpo, con el auxilio de una compresa graduada, de 6 centímetros de largo, estrecha y gruesa, fija sólidamente por una tira de diaquilon que daba muchas vueltas.

El antebrazo, descansando sobre una especie de hamaca, se colocó en una direccion casi vertical. El sitio herido se cubrió con compresas empapadas en agua vinagrada, muy fria; al interior se adiministraron pequeñas dósis de digital. Se prescribió reposo absoluto y la inmovilidad completa del miembro. El enfermo, como persona inteligente, y ya advertido de los accidentes que podian sobrevenir, obedeció fielmente la prescripcion.

Este pequeño aparato dió por resultado disminuir notablemente los latidos de expansion que se hacian á veces apreciables al tacto y á la vista. A los tres dias (9 de abril) M. Verneuil aplicó la compresion en otro punto mas próximo aun á la herida. Se colocó el vértice de un pequeño cono, construido con muchos dobleces de esparadrapo, en la tabaquera anatómica, sobre el trayecto de la radial y se mantuvo fuertemente aplicado con el auxilio de una tira de diaquilon larga y estrecha.

Los síntomas del aneurisma disminuyeron bajo el influjo de esta nueva presion, y se le recomendó al enfermo que ejerciese, de tiempo en tiempo, otra suplementaria, con los dedos de su mano derecha, sobre los dos puntos ya citados. El dia 14 de abril, ó sea á los siete dias de principiar el tratamiento, todo habia desaparecido, no quedando otra señal del accidente que una induracion en el espesor del espacio interóseo y una costra seca que cubria la herida, y no se desprendió hasta pasados algunos dias.

Como la doble compresion habia sido soportada fácilmente, se la continuó por prudencia hasta el 18. El enfermo salió del hospital el 21. Quince dias despues volvió para ser examinado; la curacion era perfecta. Se sentia el pulso de la radial en el sitio ordinario y tambien en la tabaquera anatómica. La induracion profunda que correspondia al aneurisma, habia desaparecido casi por completo. Los movimientos del pulgar se ejercian con libertad y eran de todo punto indolentes.

Este hecho prueba de una manera perentoria que no es absolutamente indispensable la supresion completa del curso de la sangre, para la cicatrizacion de una herida arterial y la curacion de un aneurisma difuso.

Añadirémos, á propósito de este método de tratamiento, que M. Oré, de Burdeos, se ha servido, en un caso de aneurisma poplíteo, de un aparato muy sencillo, por cuyo medio el enfermo ha podido ejercer la compresion sobre su arteria femoral sin dificultad, ni dolor, durante ocho dias, haciendo cesar así una hemorragia consecutiva del muslo, con tumor grueso como un huevo de pollo, blando, fluctuante, y que presentaba latidos arteriales enérgicos. A los ocho dias habian desaparecido estos; el tumor se disminuia gradualmente, y á los veinte y dos el sujeto salia del hospital perfectamente curado.

El aparato consistia en una especie de sello almohadillado, muy estrecho, fijo por una tira de caoutchouc, que llevaba en cada extremidad una correa con agujeros, para sujetarla en los corchetes laterales del compresor.

Aneurismas: ligaduras metálicas. (*Jour. de méd. prat.*).

De los experimentos fisiológicos y de algunos ensayos terapéuticos hechos por M. Holms y consignados en una memoria presentada á la Sociedad de Cirugía de Paris, resulta que, con los hilos de plata convenientemente empleados, la constriccion de una arteria no produce la ulceracion y seccion del vaso. Basta para obtener este resultado, que la constriccion no pase del grado necesario para detener el curso de la sangre. Esta se coagula, y la circulacion se interrumpe definitivamente, tanto á causa de los coágulos, como de la ligadura metálica.

Semejante procedimiento, si fuesen confirmadas por la experiencia las aserciones del autor, evitaria el peligro de las hemorragias secundarias, puesto que no estando cortadas ni ulceradas las túnicas de la arteria, no ofrecen en ninguna época solucion de continuidad.

M. Holms dice que se puede sin inconveniente abandonar el nudo metálico en la profundidad de los tejidos, donde permanece indefinidamente sin ocasionar accidente alguno.

Antrax: tratamiento. (*Bull. de thér.—Jour. de méd. prat.—Gaz. heb. et méd.—Gaz. des hop.—Bull. méd. du Dauphiné*).

Preocupado M. Alfonso Guerin con los inconvenientes que ofrecen en el tratamiento del antrax las grandes incisiones de la piel, sobre todo el dolor y las erisipelas consecutivas, habia propuesto, en una memoria presentada á la Academia de medicina de Paris, en 1864, sustituirlas con las grandes incisiones subcutáneas que se practican, introduciendo un bisturí de hoja estrecha por el centro del tumor, y encaminándole en varias direcciones, pero siempre debajo de la piel, á fin de dividir los tejidos inflamados.

En el informe leido á aquella sábia Corporacion por M. Gosselin, se acepta completamente este procedimiento, que ha sido, sin embargo, vivamente combatido en el curso de la discusion por Velpeau, Michon, Cloquet, y Larrey, que ven en las incisiones exteriores y profundas un medio de evitar este grave accidente. El primero de estos

célebres cirujanos preconiza con gran conviccion las incisiones múltiples: no encontrando suficiente en muchos casos la incision crucial, prefiere, segun manifestó en la Sociedad de Cirugía, un gran número de ellas (15, 20, 30, 40). En general deben hacerse del centro á la circunferencia de la parte enferma, cuyos límites es preciso que pasen al menos 2 centímetros, y que comprendan todo el espesor de los tejidos inflamados.

El tratamiento local, añade M. Velpeau, no dispensa de emplear los medios oportunos para evitar los accidentes generales.

De este modo, dice, se detiene por lo comun la marcha invasora de la enfermedad. En seguida se cubre toda la region con cataplasmas un poco gruesas. Le parece á este cirujano tan importante el precepto de que las incisiones excedan los límites del mal, que asegura haber conseguido muchas veces la curacion con solo interesar estos límites y las partes inmediatas.

Tintura de iodo.—M. Boinet aconseja, que despues de haber practicado las incisiones múltiples que recomienda Velpeau, se aplique sobre todas las superficies puestas al descubierto, la tintura de iodo cáustica, con objeto de evitar la absorcion purulenta y pútrida, cerrando, por decirlo así, los orificios venosos.

M. Forget se declara tambien partidario de la tintura de iodo, con la que asegura haber conseguido grandes ventajas en casos de antrax sumamente graves.

Pasta de Viena.—El doctor E. Soulé, de Burdeos, se ha decidido á adoptar, para la destruccion de los antrax, la cauterizacion potencial, mucho menos peligrosa que el bisturí, bajo el punto de vista de las erisipelas y de la reabsorcion purulenta, y que ya se ha ensayado con especialidad en la cura de las várices y de las lupias del cuero cabelludo. Aplica primero la pasta de Viena para producir escaras que pasen los límites del tumor; practica en seguida incisiones sobre las partes escarificadas; pero al mismo tiempo que el bisturí desprende estas porciones llegando hasta la inmediacion de los tejidos no destruidos, este práctico barniza profusamente las superficies con tintura de iodo, é inyecta tambien este mismo líquido, á fin de neutralizar químicamente (aun cuando

solo fuese por la accion coagulante del álcohol), la materia saniosa, que, absorbida, podria intoxicar la economía; de impedir esta absorcion por el efecto especial de la tintura de iodo sobre los tejidos, y por último, de favorecer el trabajo de restauracion.

En apoyo de este modo de proceder, que tiene en su favor la incontestable superioridad de los cáusticos potenciales y de la tintura de iodo sobre los instrumentos cortantes para la destruccion de las úlceras de mala naturaleza, ha dado á conocer M. Soulé dos casos de la mayor gravedad, en que la precision de los detalles permite reconocer perfectamente y comparar el papel del bisturí y el de los cáusticos.

El doctor Richard emplea un nuevo método de aplicacion de este cáustico, que describe del siguiente modo en una carta dirigida al doctor Nélaton, y que se ha publicado en la *Gazette des hopitaux*.

Cualquiera que sea el sitio, volúmen y período del antrax, se debe practicar la operacion, que consiste en trazar de tres á seis líneas (segun el volúmen del tumor), desde el centro á los límites extremos de la rubicundez, de 3 milímetros de ancho, limitadas por vendoletes de diaquilon, y que se cubren con polvos de Viena muy recientemente preparados, bien porfirizados y diluidos en alcohol.

Despues de doce minutos de aplicacion, se quitan los vendoletes y apaga el cáustico con un poco de agua y vinagre; se seca, y en seguida se cubre cada una de las líneas negruzcas que han resultado con una tira de pasta de cloruro de zinc, que se sujeta y sostiene por medio de tiras de diaquilon, imbricadas, cubiertas con una capa de algodon en rama.

Trascurridas siete ú ocho horas, se quita este apósito, se incinden y excinden con un bisturí, tijeras y una buena pinza, las escaras formadas que comprenden todo el espesor del dérmis. En los surcos así preparados, se ponen nuevas tiras de pasta de zinc, que se comprimen con un poco de agárico para que lleguen al fondo. Despues de haber excindido las escaras, trascurridas doce horas, como la vez anterior, se aplica un tercero y último apósito semejante, cuidando de que los fragmentos de pasta

cáustica sean mas gruesos. La operacion queda con esto terminada, porque se ha debido llegar ya al centro del mal, habiendo invertido de quince á veinte horas para atacar la capa profunda de tejido celular subcutáneo.

Hace ocho años que el doctor Richard trata todos los antrax que se le presentan, tanto en el hospital como en su clientela, por este medio, sin que haya tenido que lamentar la pérdida de ninguno de sus enfermos. Su método le parece experimentalmente preferible á las incisiones, que cree mucho menos indicadas, puesto que no hay un líquido séptico, infeccioso que evacuar como en el flemon difuso. Aquí se trata de atacar una gangrena, un paquete de tejido celular mortificado, y los cáusticos por una accion rápida y profunda son tanto mas á propósito para conseguirlo, cuanto que no dejan extensas superficies absorbentes, capaces de dar lugar á la infeccion purulenta.

El dolor, aunque mas largo, no es tan intenso como en las incisiones. Desde la primera aplicacion del cloruro disminuye la rubicundez, y una vez que se ha llegado al tejido celular, ya no hay que temer la extension del padecimiento: inmediatamente comienza la reparacion, concentrándose toda la actividad orgánica en el movimiento eliminatorio. El pus inunda el apósito desde el fin del segundo dia; las escaras se desprenden el cuarto, arrastrando la porcion de tejido mortificado, é inmediatamente se verifica la cicatrizacion con la rapidez peculiar de las heridas hechas con los cáusticos.

Este método ha sido hasta ahora infalible en manos de M. Richard, que le atribuye tambien la inmensa ventaja de poderse aplicar en todos los períodos del antrax, cosa que no sucede con las incisiones.

Ventosa de bomba.—M. Foucher emplea, en el hospital de San Antonio de Paris, un procedimiento de que están excluidos los cáusticos, y en que el instrumento cortante no hace papel alguno: basta por todo aparato quirúrgico una ventosa de bomba. La observacion siguiente pone bien de manifiesto el modo de usar este instrumento. El 8 de marzo de 1866 entró, en el hospital de San Antonio, un hombre de 48 años, de oficio ebanista, y de buena salud habitual. En la region dorsal izquierda, al nivel de la espina del omóplato, se observaba un tumor con to-

dos los caractéres del antrax, y cuyo orígen hacia remontar el enfermo á quince dias.

Tenia el volúmen de un huevo de gallina, era blando al tacto, sin fluctuacion evidente, mal limitado, y descansando sobre una extensa base, en que se notaba una pastosidad considerable: la piel que le cubria era de un color rojo violado extendido difusamente por toda la circunferencia. En el punto correspondiente al vértice del tumor, la piel estaba acribillada de pequeñísimos agujeros, por los que fluia un pus seroso y sanguinolento: los dolores, que eran lancinantes, se exasperaban á la presion. El estado general del enfermo era bueno, notándose poca fiebre.

En este caso es cuando M. Foucher tuvo la idea de experimentar un procedimiento recomendable por la facilidad de su aplicacion, que le pone al alcance de todos los prácticos. Tomó una ventosa de 4 á 5 centímetros de diámetro, á la que se habia adaptado un cuerpo de bomba; la aplicó sobre el vértice del tumor, é inmediatamente hizo el vacío. La cavidad de la ventosa no tardó en llenarse de un pus sanguinolento y de partículas mortificadas: se dejó aplicado el instrumento algunos instantes, y cuando se le retiró, se notaron, como efectos inmediatos, la disminucion del volúmen del tumor y la desaparicion de los dolores.

Se repitieron tres aplicaciones de ventosa con un dia de intérvalo, y en cada una el tumor se vaciaba del detritus orgánico que contenia; á la tercera aplicacion se desprendió la porcion de piel de su superficie, dejando al descubierto una herida de buen aspecto, enteramente detergida, y que empezaba ya á cubrirse de botoncillos carnosos: los bordes de la solucion de continuidad eran irregulares, cortados perpendicularmente y un poco desprendidos. La supuracion era de buena naturaleza. Se pusieron cataplasmas emolientes, y la herida entró en un período de reparacion, que continuó sin accidente hasta la completa curacion del enfermo, que se verificó en los últimos dias de marzo.

El medio quirúrgico que se recomienda en esta observacion, tiene la ventaja de ser poco doloroso, de aplicacion fácil, y que no puede asustar al enfermo mas pusilánime.

En el caso que se cita parece que ha llenado cumplidamente el desideratum quirúrgico formulado en la discusion de la Academia de Paris acerca de este punto: deterge sin desbridar, y no expone á la erisipela ni á las demás complicaciones que se temen en el tratamiento del antrax. Sin embargo, antes de aceptarle como verdaderamente útil, creemos que es necesario que la experiencia acredite su eficacia en casos mas graves que en el que se ha ensayado, porque es bien sabido que hay antrax benignos que terminan felizmente por sí solos, aunque no se practiquen desbridamientos.

Percloruro de hierro.—Para el doctor Denucé, dos son las principales indicaciones que hay que llenar en el tratamiento del antrax: 1.ª sustraer la economía á las influencias de una afeccion gangrenosa y pútrida; 2.ª detener la marcha invasora del mal. En los dos casos, las *grandes incisiones*, que pasen en todos sentidos los límites del mal, llenan perfectamente el objeto. Tienen, sin embargo, un inconveniente, que es dejar los vasos nuevamente abiertos bañados por el pus y los líquidos pútridos, y facilitar, por consecuencia, la infeccion pútrida y la infeccion purulenta. De aquí el doble precepto de no incindir los forúnculos simples y los pequeños antrax, que se curan muy bien abandonados á sí mismos, y de asociar siempre la cauterizacion á las incisiones, que son muy útiles en los antrax circunscritos, voluminosos, é *indispensables* en los antrax invasores.

El doctor Denucé prefiere á todos los métodos hasta ahora usados, el siguiente, que emplea de un modo absoluto: incinde largamente en forma de estrella, de manera que todos los rayos pasen los límites del mal; en seguida cura las heridas con planchuelas empapadas en percloruro de hierro á 20°: esto basta para detener la efusion de sangre, para coagularla en el orificio de todos los vasos y para hacer una ligera cauterizacion de todas las superficies incindidas. El autor asegura haber obtenido excelentes resultados de este método; reserva exclusivamente la cauterizacion con el hierro hecho ascua para los casos en que violentos escalofrios anuncian una infeccion purulenta inminente.

Nitrato de plata.—Este es el cáustico á que recurre el

célebre cirujano italiano Larghi, depositándole á alta dósis entre los labios de las largas y profundas incisiones que practica en el momento en que es llamado para hacerse cargo del tratamiento de un antrax. Hace veinte años que emplea este método y nunca ha observado erisipelas ni reabsorcion purulenta.

Incienso en el antrax benigno.—El *Bull. méd. du Dauphiné* recomienda para los casos de antrax, en que no es necesaria una intervencion quirúrgica perentoria y enérgica, las aplicaciones tópicas de incienso cuya eficacia dice estar probada por las observaciones que se han publicado en dicho periódico y á las que añade un nuevo hecho.

El de un hombre de 53 años, que presentaba en la region escapular izquierda, un tumor duro, violado, doloroso á la presion, de 14 centímetros de diámetro, y con algunos orificios blancos por donde exudaban gotas de pus. Se le cubrió en la primera cura con una gruesa capa de una mezcla de incienso y alcohol de consistencia de ungüento blando, y se aplicó encima una gran cataplasma de harina de linaza.

A las veinte y cuatro horas, la piel estaba adelgazada, habian disminuido los dolores, pudiendo echarse el enfermo y descansar un rato. En esta segunda cura se cubrió el antrax con incienso seco pulverizado y la cataplasma como la vez anterior. Se continuó el mismo tratamiento durante ocho dias, al cabo de los cuales los dolores habian desaparecido del todo, y eliminadas las porciones de tejido mortificado, quedaba una herida simple, que se cicatrizó con solo las curas de cerato.

No parece gran prueba de la eficacia del incienso, el que un antrax benigno en el que ya ha empezado la supuracion, quede reducido despues de *ocho dias* á las condiciones de una herida simple. Es posible que las solas cataplasmas emolientes hubieran producido el mismo resultado.

Blenorrea: insuflador de polvos medicinales en la uretra. (*Bull. de l'Acad.— Gaz. hebd.—Montp. méd.*).

El doctor Mallez cree que una de las principales dificultades que hay para curar la blenorrea, consiste en

que el punto de la uretra en que se encuentra localizada la afeccion, se escapa, por la disposicion misma del conducto, á la accion de los agentes terapéuticos, y que entonces, el último glóbulo purulento, en virtud de su propiedad de engendrar otro, se reproduce mas ó menos constantemente, segun las circunstancias.

Hay, pues, que atacar, dice, la lesion circunscrita, y con ella el último gérmen de secrecion. Las inyecciones hechas con una sonda, las candelillas medicinales ó simples, las pomadas, la inyeccion con glicerina y con el subnitrato de bismuto, que mejor llenan el conducto, responden en parte á esta necesidad; pero cubriendo, añade el autor, como yo lo hago, las paredes de la uretra, en toda su longitud, de una capa mas ó menos gruesa de polvo medicamentoso, se consigue perfectamente este resultado tan apetecido.

El instrumento que M. Mallez ha hecho construir en los talleres de Robert y Collin es muy sencillo : se compone (fig. 1.ª): 1.° de una pelota de caoutchouc, que tiene una embocadura metálica; 2.° de una sonda, núms. 7, 8, 9, con una armadura metálica en forma de cubeta, que se ajusta en la de la pelota elástica; 3.° de una sonda, números 15, 17, 19, hilera de Charriere, abierta en sus dos extremidades. Esta última se introduce hasta el fondo de la porcion membranosa; se hace penetrar la sonda pequeña en su interior, despues de haber puesto el polvo en la cubeta, y se fija todo en la pieza metálica de la pelota; no hay mas que comprimir esta última con la mano,



Fig. 1.ª

retirando el instrumento lentamente, y poner el dedo en la pequeña abertura destinada á dejar penetrar el aire despues de cada presion, para ir depositando á lo largo de la uretra toda la cantidad de polvo que se ha colocado en la cubeta. De este modo, añade M. Mallez, se consigue alcanzar á todos los puntos de la mucosa uretral, y cubrirles de una capa pulverulenta, *segun lo demuestran los experimentos hechos en el cadáver*. Cuando se practica con cuidado esta maniobra, no es dolorosa para los enfermos afectados de blenorrea, sin que, á juicio del autor, pueda considerarse como inconveniente la necesidad de repetir á menudo la introduccion de la sonda, porque haciendo que orine el paciente antes de la operacion, y recomendándole que beba muy poca cantidad de líquidos, se puede dejar tres y cuatro horas el medicamento en contacto con la mucosa, beneficio que no se logra con ninguna clase de inyecciones.

De 12 casos de curacion obtenidos por este medio, hay 5, en que merece notarse la fecha que contaba la enfermedad, de cuatro, tres y dos años.

Hasta ahora el autor no ha empleado mas que el polvo de subnitrato de bismuto: en la actualidad está experimentando otras varias sustancias, y especialmente el fosfato de magnesia, que el doctor Calvo ha usado en inyecciones.

Con este instrumento podrian tambien introducirse polvos medicinales en la vagina y en la cavidad del útero; porque la sonda gruesa, verdadero espéculum, se puede reducir al número 10 ó 12 de la hilera Charriere, y pasar de este modo por el cuello uterino, ó en trayectos fistulosos.

La idea de insuflar polvos medicinales en la uretra y otros conductos ó cavidades del organismo, no es seguramente nueva; así es que M. Jacquemet, de Montpellier, ha reclamado la prioridad, no solo del método, sino del aparato instrumental, recordando que en 1857 M. Charrierre construyó bajo su direccion un instrumento con el mismo destino que el presentado por M. Mallez, y que en 1862 el reclamante publicó en el *Montpellier médicale* un artículo sobre este asunto.

Creemos que quizás podria encontrarse algun otro in-

suflador uretral aun mas antiguo que el de M. Jacquemet; pero esto importa poco si el aparato de Robert y Collin da los resultados que anuncia el doctor Mallez. Nos parece que deberia ensayarse su aplicacion, con tanto mayor motivo cuanto que su mecanismo es en extremo sencillo, y muy racional el principio en que el método se funda.

Bubon fagedénico: tratamiento por el sulfato de cobre. (*Bulletin gén. de thér.—Gazette des hopitaux*).

El bubon fagedénico, cuando tiene cierta extension, es difícil y largo de curar, y ya se sabe cuán numerosos son los tratamientos que se han preconizado en semejante caso. En el hospital de San Antonio, servicio de M. Foucher, ha habido recientemente un enfermo, en el cual las curas con el sulfato de cobre han producido una pronta cicatrizacion. Este sujeto tenia, en la region inguinal izquierda, una larga úlcera oval, de grandes dimensiones, dirigida en el sentido del pliegue de la ingle. Su mayor diámetro era de 9 á 10 centímetros de longitud, mientras que el mas pequeño solo media 5 centímetros. Los bordes eran irregulares, y largamente festoneados; el fondo anfractuoso y grisáceo. Se prescribió cura dos veces al dia, con hilas empapadas en una solucion de 15 centígramos de sulfato de cobre en 30 gramos de glicerina. A la mañana siguiente se pudo observar una mejoría notable; los bordes estaban menos elevados, y el fondo menos sanioso. Bajo la influencia de este solo tratamiento, las dimensiones de la úlcera disminuyeron rápidamente, y el sexto dia el enfermo pudo abandonar el hospital perfectamente curado.

Parece que en este caso no es violento atribuir el éxito al sulfato de cobre, cuya cantidad, por lo demás, podria aumentarse.

Cáncer de la lengua: seccion del nervio lingual. (*Bull. de thér.—Dublin journ. of méd.*).

Todos, ó la mayor parte de nuestros lectores, conocen ya los hechos de este género que la ciencia posee, debi-

dos á los profesores Hilton y Moore: otro cirujano inglés tambien, M. Collis, ha publicado recientemente una nueva observacion, que, como las anteriores, demuestra el partido que puede sacarse de una operacion exenta de gravedad en sí misma, si no para la curacion del cáncer, al menos para aliviar los sufrimientos de los desgraciados enfermos afectados de tan terrible padecimiento.

El presente era un hombre de unos 50 años, que padecia una úlcera cancerosa en la lengua de grande extension, con infartos de las glándulas submaxilares y gánglios linfáticos de las regiones circunvecinas. El dolor era constante, intenso, frecuentemente intolerable, hasta el punto de privar al enfermo del sueño y no permitirle el mas pequeño descanso. Los cáusticos, los narcóticos y cuantos tratamientos se habian empleado en todos los hospitales de Lóndres, no produjeron resultado alguno. En este caso, creyó el doctor Collin que estaba perfectamente indicada la seccion del nervio lingual, puesto que el padecimiento estaba aun limitado á la parte del órgano que anima este nervio.

Sentado el enfermo frente á una ventana, el operador introdujo el dedo índice izquierdo en la boca, hasta llegar á la última muela. Dirigiendo entonces la punta de un fuerte bisturí corvo, al que servia de conductor este dedo, hizo una incision de un poco menos de una pulgada de longitud, dirigida oblícuamente en el sentido del ángulo de la mandíbula, á media pulgada próximamente de esta muela, y á tres cuartos de pulgada debajo de su nivel: la incision comprendió todas las partes blandas hasta el hueso, y, por consecuencia, el nervio lingual y probablemente algunas fibras del músculo miloyoídeo. El dolor fué intenso, pero momentáneo.

Desde aquella noche, el enfermo pudo disfrutar por primera vez, desde un año, un sueño tranquilo y no interrumpido por los dolores. A la mañana siguiente, la úlcera estaba insensible al tacto, no presentando tampoco dolor espontáneo. Pasados ocho dias, habia disminuido considerablemente de extension, quedando solo abierta, aunque no dolorosa, la parte central, que conservaba un aspecto verrugoso.

Este hecho prueba bien á las claras el gran partido

que puede sacarse de la seccion del nervio, en casos de esta especie, para atenuar ó hacer que desaparezca por completo el síntoma mas terrible é incómodo de la enfermedad y aun quizás para contener algo sus progresos.

Cáncer epitelial: su tratamiento por medio del bromo. (*Bulletin de thér.—Méd. press.*).

Mientras que Broadbent y Moore procuran obtener la destruccion de los tumores cancerosos por medio del ácido acético inyectado en su espesor, otro médico inglés, el doctor Routh, aconsejado por Williams, ensaya el bromo, en aplicaciones locales, para el tratamiento del epitelioma. El autor ha hecho sus primeros ensayos en cánceres epiteliales del cuello uterino en dos mujeres que ingresaron en su servicio en *Samaritan hopital*.

En el primer caso, la enferma, demacrada, pálida, perdiendo sangre de contínuo, presentaba al tacto una masa de fungosidades epiteliales implantadas en el cuello, y que tenian próximamente el volúmen de un huevo. Despues de haber cohibido la hemorragia por medio del cauterio actual y dejado caer la escara, M. Routh hizo una primera aplicacion del bromo, bajo la forma de tintura análoga á la tintura de iodo y compuesta en la proporcion de 10 partes de bromo por 100 de alcohol. Se aplicó sobre la parte enferma un tapon de hilas bien empapado de este líquido por una de sus superficies, manteniéndole en posicion por medio de otros tapones de hila seca.

Pasadas cuarenta y ocho horas, se quitó este apósito, reemplazándole por la noche con una cataplasma de harina de linaza; el dia siguiente, chorros tibios; ocho dias despues se desprendió una escara, dejando al descubierto una ancha superficie cubierta de botoncitos de buena naturaleza, que se curó con el glicerolado de tanino: al mismo tiempo, la enferma tomaba al interior píldoras de ioduro de arsénico y del extracto de cicuta. Al cabo de dos meses y medio habia engruesado y recobrado sus fuerzas. No obstante, tuvo una ligera hemorragia. M. Routh procedió á un nuevo exámen, en que descubrió cierta extension de la cavidad del cuello afectada igual-

mente de epitelioma; se hizo una nueva aplicacion de tintura por medio de un pequeño pincel de algodon empapado en el líquido medicinal, que fué necesario repetir otras dos ó tres veces, y la enferma salió al fin del hospital, al parecer completamente curada.

En el segundo caso se trataba de una excrescencia en forma de coliflor, del volúmen de una naranja, que estaba adherida al cuello, rasgándose y sangrando al menor contacto. El 20 de enero de 1865 se extirpó este tumor por medio del *écrasseur* lineal, y algunos dias despues se efectuó una aplicacion de tintura de bromo como en el caso precedente. Al mismo tiempo se administraron tambien píldoras de ioduro de arsénico y extracto de cicuta al interior. La enferma dejó el hospital el 2 de abril muy mejorada en su estado general y encontrándose en buen estado la superficie del nocico de tenca.

El mismo autor de estos ensayos declara que no los considera suficientes, en razon de su pequeño número y del corto intérvalo de tiempo que ha trascurrido despues. Sin embargo, tal como son estos resultados, le parecen susceptibles de inspirar alguna confianza, y solicita que sus compañeros les repitan, creyendo por su parte, que el bromo es un medicamento útil en los casos semejantes á aquellos en que él le ha empleado, si no para procurar una curacion radical, al menos para moderar los progresos del cáncer.

Debemos añadir, para terminar, que un médico italiano, Landolfi, ha preconizado ya el bromo en el tratamiento de esta enfermedad, y que M. Moissonnet ha demostrado que su método, que consiste en la administracion del cloruro de bromo al interior y en aplicaciones locales de la misma sal unida á los cloruros de zinc y de antimonio, es una ilusion más que puede añadirse á las muchas de que ofrece tan numerosos ejemplos la historia del cáncer.

Cáncer : tratamiento paliativo por la medicacion alcalina y el hielo.
(*Jour. de médecine prat.*).

En el excelente tratado de los *Tumores*, publicado por M. Broca, este distinguido cirujano, despues de algunas

consideraciones sobre el tratamiento del cáncer, que divide en general, paliativo y quirúrgico, dice: «De todas las medicaciones que he ensayado, la única que me ha parecido retrasar la marcha de los tumores cancerosos inoperables, es la medicacion alcalina (bicarbonato de sosa ó de potasa, 2 á 4 gramos por dia).» Pero estando muy prevenido contra toda ilusion terapéutica, no quiere afirmar nada sobre este particular.

Respecto al tratamiento paliativo, el autor reconoce grandes ventajas en el uso del hielo encerrado en una vejiga y mantenido largo tiempo sobre el cáncer. La refrigeracion obtenida de este modo, produce un grande alivio. Si en vez del hielo puro nos servimos de 2 partes de hielo y una de sal marina, de modo que se practique una verdadera congelacion de los tejidos en épocas remotas, cada diez dias por ejemplo, manteniendo aplicada la mezcla un cuarto de hora, puede modificarse el estado local, suprimir ó atenuar mucho los dolores y mejorar de una manera sensible el estado general.

M. Broca cree, que este medio, que es un poderoso paliativo de los dolores, se usa muy poco, y añade, aun cuando con mucha reserva, que la refrigeracion y la congelacion pueden detener la marcha de los tumores malignos; pero que su resultado es demasiado incierto para que se pueda aconsejar aplicarlo á los tumores aun operables. Es, pues, en el estado actual de las cosas, un método paliativo mas bien que curativo. M. Follin, que ha consagrado un artículo interesante al análisis de los trabajos ingleses sobre la congelacion, ha llegado á una conclusion análoga, que es tambien la de M. Velpeau.

«Siendo la congelacion prolongada de los tejidos una causa capaz de producir la gangrena, el sabio profesor de la Caridad se ha preguntado, si la accion de una mezcla frigorífica, sostenida durante un cuarto de hora, no podria en ciertos casos reemplazar á los cáusticos; pero no parece demostrado que esta duracion sea suficiente. Se ha podido, por un tratamiento oportuno, volver á la vida miembros congelados despues de muchas horas. Otras veces, al cabo de un tiempo mucho mas corto, la muerte de la parte ha sido irrevocable. La resistencia que ofrecen los tejidos á los efectos de la congelacion,

parece, pues, que varía segun los indivíduos, y aun es más, segun su naturaleza, segun que sean normales ó patológicos, recientes ó antiguos, duros ó blandos, cancerosos ó no cancerosos, y en fin, segun que sean mas ó menos vasculares.»

El tratamiento quirúrgico del cáncer ha sido estudiado y discutido por M. Broca, comprendiendo tres especies de métodos.

1.° Medios que tienen por fin modificar el tumor: compresion, desmenuzamiento subcutáneo, ligadura de las arterias, aplicacion del frio y de la electricidad; 2.° métodos que tienen por objeto destruir el tumor: hierro rojo y cáusticos; 3.° métodos que se proponen extirpar el tumor: instrumento cortante, ligadura en masa, destruccion linear, galvanocaustia, cauterizacion linear.

Despues de discutir profundamente las especies de operaciones recomendadas para destruir ó para extirpar los cánceres, M. Broca demuestra que, fuera del bisturí, no hay ningun método general bueno; que los otros solo son aplicables en determinados casos, y casi siempre se manifiestan inferiores al instrumento cortante, que no puede por ahora menos de continuar siendo el método general, reservando los incruentos para circunstancias excepcionales.

Aun cuando estas ideas sean la representacion fiel de la doctrina de la cirugía clásica acerca de este punto, es de necesidad recordarlas, porque el amor á la novedad arrastra con lamentable frecuencia á algunos prácticos á emprender empíricamente operaciones poco justificadas, por no estudiar bastante las circunstancias en que se practican, pudiendo comprometer en ocasiones su feliz éxito, probablemente seguro, empleando los medios sancionados por la experiencia.

Cánceres: ácidos cítrico, acético y carbólico, como calmantes de los dolores. (*Bull. de thér.—The Britisch medical.—Jour. et Gaz. méd. de Lyon*).

En la pág. 511 de nuestro ANUARIO anterior, consignamos los buenos efectos obtenidos por el doctor L. Brandini (de Viena), con una solucion de ácido cítrico como medio paliativo de los dolores causados por las lesiones

cancerosas. Posteriormente MM. J. Denny (de Birmingham) y Barclay han conseguido, con el auxilio de este medio, efectos análogos. El primero de estos autores le ha empleado, con gran éxito, en dos casos de cáncer del pecho, en un caso de cáncer del útero y en otro de la lengua. En el último enfermo, un antiguo marinero, de 70 años de edad, la degeneracion cancerosa habia invadido el órgano en una gran profundidad hasta el punto de que no podia pensarse siquiera en operarle. El sujeto estaba extenuado por incesantes hemorragias y por dolores intolerables, que se habian combatido sin gran resultado, con dósis enormes de morfina, de cloroformo, de clorodina, de cicuta, etc. Este hombre habia oido hablar de hechos publicados en Italia, y á peticion suya, M. Denny le prescribió un colutorio con el ácido cítrico (8 gramos en 250 de agua), sin contar, por supuesto, con el resultado de este medio. Contra lo que esperaba, la cesacion de los dolores fué rápida y casi completa. Como en las observaciones de M. Brandini, el efecto era bastante fugaz, pero se remediaba con facilidad este inconveniente repitiendo á menudo el uso del colutorio.

El mismo éxito ha obtenido M. Barclay en un hombre que padecia un enorme tumor canceroso del cuello, situado en el ángulo de la mandíbula, y que ningun cirujano habia querido operar. Dolores muy penosos fatigaban á este enfermo y le hacian la vida insoportable. A peticion suya se le prescribieron lociones con dos gramos de ácido cítrico, disueltos en 250 gramos de agua. Algunos dias despues los dolores se habian calmado, con gran satisfaccion del paciente, que habia usado una porcion de medios sin alivio, á excepcion de las inyecciones hipodérmicas de morfina. Durante muchas semanas este tratamiento produjo los mismos buenos resultados, y su cesacion fué bien pronto seguida de la reaparicion de los dolores, haciéndose preciso volver á su uso.

Partiendo de este hecho, M. Barclay ha practicado algunos experimentos con los ácidos acético y carbólico (6 gramos en 250 gramos de agua), de los cuales resulta que el grado de concentracion debe variarse, segun los casos, y aumentar en proporcion de la costumbre. No

solamente ha visto, por el empleo de estos tópicos, cesar dolores que hasta entonces se habian mostrado rebeldes á toda medicacion, y que aun la misma inyeccion hipodérmica habia calmado solo parcialmente, sino que tambien ha obtenido la recuperacion del apetito y el sueño perdidos, y que la nutricion se mejorase hasta el punto de que los enfermos quedaran en algunas semanas desconocidos.

M. Barclay atribuye en parte este efecto al poder que poseen los ácidos mas ó menos concentrados, de disolver las células cancerosas. Clasificando, por último, los tres ácidos ya citados, segun la naturaleza mas especial de sus propiedades terapéuticas, reconoce en todos tres una accion igual para apagar los dolores, pero siendo superior el ácido carbólico, bajo el doble aspecto del efecto neutralizante de la fetidez y del poder disolvente de las células cancerosas.

Cánceres : inyecciones hipodérmicas de ácido acético. (*Bull. de thér.—The Lancet.—Gaz. des hop.*).

Cuando apareció el método de las inyecciones hipodérmicas, no dudamos del brillante porvenir que le estaba reservado: hoy que se ha vulgarizado su uso, su utilidad es ya aceptada por los clínicos, como incontestable, por mas que no se conozcan aun todas las aplicaciones de que es susceptible, y cuyo campo se ensancha todos los dias; buena prueba de ello es el empleo hecho por los médicos ingleses del ácido acético en el tratamiento del cáncer. Como las primeras tentativas son debidas á prácticos muy recomendables, y los hechos que se han publicado, si no son decisivos, ofrecen al menos grande interés, nos parece útil poner á nuestros lectores al corriente de esta cuestion, que puede ser de mucha importancia.

Al doctor Broadbent pertenece el honor de haber encontrado la aplicacion práctica de este método, porque, si bien otros médicos habian ya pensado en inyectar líquidos mas ó menos cáusticos en los tumores cancerosos, entre otros los doctores Simpson y Moore, sobre todo este último, que, en el curso del año 1865, intentó prac-

ticar inyecciones con una solucion de cloruro de zinc y de sulfato de cobre, se vieron obligados á renunciar á ellas, á causa del violento dolor que determinaban, mientras que el doctor Broadbent, fundándose en las experiencias de M. Barclay, y en las suyas propias, ha propuesto desde luego el empleo del ácido acético.

En un trabajo leido en (1866) la Asociacion médica británica, M. Broadbent expone, en los siguientes términos, las razones que le han inducido á ensayar dicho líquido.

1.° Este ácido no coagula la albúmina; debe, por consecuencia, difundirse en los tejidos enfermos: su accion no se halla, pues, limitada solo á los puntos inyectados.

2.° Su penetracion en las vías circulatorias no es peligrosa; no hay que temer ni la intoxicacion ni la embolia.

3.° La accion disolvente del ácido acético sobre las paredes y los núcleos de las células, bajo el campo del microscopio, permite esperar los mismos efectos sobre las células de los tejidos vivientes.

4.° Este ácido ha sido aplicado ya con éxito en la superficie de las ulceraciones cancerosas.

Los primeros ensayos clínicos que se hicieron demostraron que el ácido acético inyectado en los tejidos sanos, producia un dolor violento, que no se manifiesta si la inyeccion se verifica en un tejido enfermo; deduciéndose de aquí que su accion debia limitarse al tejido canceroso.

El trabajo de M. Broadbent comprende cuatro observaciones. Es la *primera* un cáncer del pecho que habia sufrido dos recidivas, ocurrido en una mujer de 60 años, operada dos veces con el intérvalo de un año, y la segunda con ablacion de muchos gánglios axilares cancerosos. En mayo de 1866, segunda recidiva con nudosidades induradas, adherencia de la piel, dolores en las regiones mamaria y axilar.

El 18 de mayo practicó Broadbent, con la jeringa de Pravaz, una primera inyeccion de ácido acético diluido (una parte por dos ó tres de agua), penetrando por la piel periférica sana en medio de los tejidos enfermos.

El 23, la piel que estaba adherida, se puso dura, como en la gangrena seca. Se repitió la inyeccion en dos puntos (50 gotas próximamente).

El 7 de junio la piel indurada se habia separado de la sana por un surco ulcerado.

Nueva inyeccion el 9 y el 12. Eliminacion de una porcion del tumor, que dejó al descubierto una cavidad anfractuosa.

Las inyecciones se continuaron en diversas sesiones por todo el mes de julio y principios de agosto, y el 12 de este mes no habia ya mas que una herida de buena naturaleza, sin induracion alguna sospechosa. La cicatrizacion estaba casi terminada el 4 de setiembre.

La *segunda observacion* se refiere á una mujer de 65 años, que habia sido atacada primitivamente de un tumor canceroso del pecho izquierdo, extirpado dos veces, en 1860 y 1864, por el instrumento cortante. Despues la enfermedad se propagó á los gánglios supra-claviculares y á los de la axila.

En junio de 1866 fué examinada por el doctor Broadbent, que encontró en el hueco axilar un tumor del tamaño de una nuez, adherido y formando eminencia en la piel. El brazo del mismo lado estaba tumefacto y tenso; la enferma muy demacrada.

El 8 y el 9 de junio se practicaron inyecciones en el gánglio enfermo (una parte de ácido acético por 4 de agua).

El 26 el pequeño tumor estaba mas blando y pequeño, hasta el punto de que apenas se le hallaba bajo el dedo. Se continuó el mismo tratamiento.

El 8 de agosto los gangliones habian disminuido considerablemente y la enferma se encontraba mejor en su estado general.

El sujeto de la *tercera observacion* era una mujer que, despues de haber sufrido pérdidas de sangre por el ano á fines del año 1865, vino á consultar al hospital Saint-Mary el 28 de mayo de 1866.

Tumor duro, que obstruia el recto y adheria á su circunferencia. El dedo no franqueaba la estrechez. Un segundo tumor elevaba la pared posterior de la vagina en que la mucosa estaba intacta. Las inyecciones se practicaron á partir del 5 de junio.

El 11 el dedo penetraba en la estrechez ocupándola toda. El 19 la franqueaba fácilmente, y se percibia por

encima la mucosa sana. La parte anterior del tumor habia disminuido mucho.

Las inyecciones se continuaron á intérvalos bastante aproximados hasta el 2 de agosto. En esta época el estado general habia mejorado y los dolores disminuyeron sensiblemente.

Se continuó el tratamiento, y una inyeccion por semana fué suficiente para mantener libre el conducto; pero la induracion cancerosa persistió en diversos puntos. Hubo gran mejoría, pero no se pudo lograr la curacion.

Cuarta observacion.—Un sujeto de 54 años de edad padecia un cancróide de la lengua, que contaba un año de fecha. El borde derecho, la cara inferior del órgano y la parte correspondiente de la cara bucal estaban duros, engrosados, ulcerados y cubiertos de una exudacion grisácea y fétida. Habia además cerca del ángulo de la mandíbula un gánglio submaxilar indurado. Se sometió el enfermo al tratamiento del doctor Broadbent, desde el 21 de julio, practicándose inyecciones en la lengua en seis ó siete sesiones hasta el 19 de agosto; y el gánglio enfermo se inyectó una vez el 15. Al fin del mes la úlcera habia tomado buen aspecto, y descansaba en una base apenas indurada; los movimientos de la lengua eran mas libres; parecia que progresaba el mal hácia la raiz del órgano. El enfermo continuaba en tratamiento á la fecha de la publicacion.

Resulta, pues, de estos hechos, que pueden hacerse impunemente inyecciones de ácido acético en los tumores cancerosos, y que no producen dolor si el ácido no se pone en contacto con tejidos sanos; por esto la puncion debe hacerse en medio del tumor. El único inconveniente que resulta es el infarto, que se disipa pronto; pero que indica que no se deben repetir las inyecciones con demasiada frecuencia.

Este tratamiento conviene, pues, con especialidad en los tumores en que la piel no esté aun alterada; pero si hay ulceracion de los tegumentos, las aplicaciones de ácido acético diluido no pueden proponerse otra cosa que limitar la destruccion comenzada.

Para obtener el resultado que se desea, es mejor em-

plear el ácido diluido y repetir las inyecciones, que practicarlas en corto número con el ácido concentrado. La solucion mas fuerte que usó el doctor Broadbent se componia de partes iguales de agua y ácido acético: la mas débil contenia una de ácido por cuatro de agua.

¿Cuál es la accion del ácido acético sobre el cáncer? Dejemos hablar al autor:

«El cáncer debe su malignidad á su estructura característica. Se halla compuesto de células que tienden fatalmente á multiplicarse indefinidamente, y por consecuencia, forman tumores voluminosos. El ácido acético, que bajo el campo del microscopio vemos que disuelve las paredes de las células y modifica su núcleo, introducido en los tumores que ellas componen, ataca directamente su vitalidad, modifica su nutricion, destruye la propiedad que tienen de dividirse y multiplicarse, é impide así el desenvolvimiento de los tumores, que, hechos inofensivos, pueden reabsorberse.»

Como se ve, este medio es únicamente paliativo; pero la ablacion no obra de otro modo, porque no garantiza la recidiva, y este nuevo proceder es ya un progreso, si evita en ciertos casos la intervencion quirúrgica.

Despues de la publicacion de M. Broadbent, M. Moore, de la Sociedad patológica de Lóndres, ha vuelto á llamar la atencion acerca de este método.

Se habian extirpado en un mismo sujeto, ya operado otras veces, por un cáncer del labio, dos gánglios de naturaleza cancerosa, que habian sido la base de la reproduccion. Uno de los dos, se inyectó con ácido acético antes de la extirpacion. Cesó de crecer y se transformó en una pulpa grisácea, en que se percibian algunas gotitas oleosas. Al microscopio apenas se encontraron algunas células fusiformes, en medio de masas granulares, de corpúsculos de pus y de tejido adiposo, mientras que la glándula inmediata que no habia sido inyectada, estaba completamente llena de células características. Al presentar estas piezas, M. Moore añadió que habia tratado ya tres veces por el método Broadbent, tumores cancerosos recidivados, y que estos tumores habian desaparecido. Otro miembro de la Sociedad patológica, el doctor Powen, dijo que habia ensayado las inyecciones

de ácido acético contra un tumor maligno del párpado, obteniendo la curacion en poco tiempo.

El doctor Moore ha publicado posteriormente otros dos casos de curacion de cánceres del pecho y de la cara, conseguida por el mismo medio.

Los hechos que acabamos de referir, y que son las únicas pruebas clínicas que pueden invocarse en apoyo de este método, parece que demuestran que el ácido acético tiene una accion evidente sobre el tejido canceroso; pero ni son bastante numerosos, ni suficientemente circunstanciados para que pueda formularse una conclusion positiva.

En los hospitales de Paris y, segun creemos, en el de la Princesa, de Madrid, se han hecho algunos ensayos; pero los enfermos están aun en tratamiento, y seria prematuro hacer deduccion ninguna práctica. Sin embargo, segun nuestras noticias, los resultados no corresponden hasta ahora á las esperanzas que los autores ingleses pudieran haber hecho concebir.

El doctor Gueniot ha publicado tambien dos observaciones, con objeto de dar á conocer la importancia del tratamiento propuesto por Moore, con la diferencia que dicho profesor no empleó el ácido acético diluido sino en pasta. Fundándose en la facilidad con que pueden destruirse por medio del ácido acético las producciones epidérmicas mas comunes, como los callos, ciertas formas de verrugas, etc., se le ocurrió aplicar este agente á la cura de los tumores epiteliales, ó de los cancróides. Por otra parte, el efecto bien conocido de dicho ácido sobre las células sometidas al exámen microscópico venia á dar fuerza á la idea de que este líquido pudiera tener una accion especial sobre los cánceres epiteliales.

El primer caso en que el autor tuvo ocasion de ensayar este medio, era un tumor epitelial situado en la cara dorsal del antebrazo izquierdo, de forma discoídea, de tamaño como de una peseta, y cubierto por una epidermis súmamente delgada.

En estas condiciones se aplicó sobre el tumor, por medio de un pincel de hilas, el ácido acético puro (es decir, el ácido cristalizable), que estuvo en contacto con

los tejidos durante cuatro ó cinco minutos, poniendo despues una cataplasma emoliente. No habiéndose conseguido mas que una cauterizacion superficial y deseando el doctor Gueniot tener el cáustico en contacto con el tumor por mas tiempo, y modificarle de este modo mas profundamente, hizo una pasta compuesta de una pequeña cantidad de casca de las tenerías, azafran, licopodio y ácido, cubriendo toda la superficie del mal con una capa de unos 2 milímetros. El resultado fué esta vez muy notable: toda la porcion superficial del tumor, hasta unos 3 milímetros de profundidad, estaba seca, arrugada, como curtida, amarillenta y friable. Se dejó separar fácilmente con una espátula, y se redujo á polvo por la presion casi como una sal delicuescente. En los dias siguientes, aun cuando no se repitió la aplicacion del cáustico, el autor pudo ir separando sucesivamente una buena parte del tumor, que se dejaba dividir como la carne quebradiza de ciertos hongos. Transcurridos algunos dias se desprendió todo él, como momificado; pero en el centro de su superficie de implantacion se notaba un pequeño tumor naciente que ofrecia los mismos caractéres que el primitivo.

El éxito fué por consecuencia incompleto en este caso, y no habiendo sido posible, por circunstancias especiales, repetir las cauterizaciones sobre este nuevo tumor, queda en duda cuál habria sido el resultado definitivo.

En el segundo hecho la curacion fué, por el contrario, completa. Se trataba de una mujer que tenia dos tumores epiteliales, uno del tamaño de un guisante, en la cara, cerca del ala derecha de la nariz, y otro muy doloroso, del volúmen de una avellana, en la region dorsal de la mano del mismo lado. Los caractéres clínicos y el exámen microscópico de estos dos tumores, no dejaban duda alguna acerca de su naturaleza epitelial. Despues de una série de aplicaciones del ácido acético, el de la mano se destruyó poco á poco, al mismo tiempo que la piel subyacente se reconstituia, y recobraban su calibre normal las venas enormemente dilatadas que en ella se distribuian. Cuando se terminó la curacion, la piel ofrecia sus caractéres normales, es decir, su movilidad, su flexibilidad, su consistencia, etc. Sin embargo, confiesa el

autor que cogiéndola entre los dedos, se percibia aun un pequeño núcleo doloroso á la presion; pero que en su juicio era facilísimo de destruir por una nueva aplicacion del ácido.

El doctor Gueniot deduce de sus observaciones y de las de los médicos ingleses, que es un hecho demostrado la notable accion desorganizadora del ácido acético sobre las producciones epiteliales no vasculares, como los callos, ciertas verrugas, etc.

Que hay motivos para creer que esta accion destructiva especial se ejerce con la misma eficacia sobre otros tumores epiteliales pertenecientes á la familia de los cánceres, como los descritos por el autor, el cancróide de los labios, etc. Pero le parece poco probable que suceda lo mismo respecto á las formas escirrosa, encefaloídea, fibro-plástica ú otras. De todos modos esto exigiria una demostracion práctica que aun no poseemos.

Estos ensayos merecen seguramente un estudio especial y ser repetidos con la prudencia que requieren tentativas de esta clase, ora se inyecte en los tumores el ácido diluido á la manera del doctor Broadbent, ora se le emplee concentrado y en forma de pasta, como lo ha hecho el doctor Gueniot.

Cuerpo extraño estacionado en la laringe durante diez semanas, y extraido por medio de la laringotraqueotomía. (*Médico-chir. transat.*).

El sujeto que motiva esta curiosa observacion, publicada por los doctores Sanderson y Hulke, era un hombre de 29 años de edad, robusto, el cual, en un absceso de risa, se tragó una pieza de 6 peniques que tenia en la boca, cayendo inmediatamente al suelo en un estado asfíxico de los mas alarmantes. Conducido al hospital de Santa María, se le examinó minuciosamente la garganta, siendo el resultado de esta inspeccion completamente negativo. Al poco tiempo, la respiracion era bastante fácil, y el enfermo salió del establecimiento al dia siguiente, sin que durante diez semanas sufriese mas incomodidades que una pequeña molestia de la garganta, y de tiempo en tiempo dolor y dificultad en la deglucion. Al cabo de este período, se presentó de repente una disnea intensa

que obligó al enfermo á consultar con el doctor Sanderson, quien por los antecedentes que este suministraba y los caractéres de la disnea, creyó que el cuerpo extraño debia encontrarse aun en las vías aéreas, y procedió á practicar el exámen laringoscópico, por cuyo medio pudo ver sin dificultad la moneda, que se hallaba colocada horizontalmente debajo de la cuerda bucal superior izquierda, al través de la glotis, y dejando solamente entre su borde y la cara anterior de los cartílagos aritenoídeos, una hendidura que apenas tendria un décimo de pulgada de delante atrás.

Todas las tentativas que se hicieron para extraer el cuerpo extraño, por las vías naturales y con el auxilio del lagingoscopio, fueron inútiles. Entonces se decidió recurrir á la laringo-traqueotomía: abierta la laringe, y separados los bordes de la incision, se intentó coger la moneda con varias pinzas, sin poderlo conseguir; finalmente se logró dislocar el cuerpo extraño, empujándole de abajo arriba, en cuyo momento le tragó el enfermo por un movimiento brusco de deglucion. Al dia siguiente se encontró la moneda entre las heces ventrales evacuadas. La herida resultante de la operacion cicatrizó perfectamente; pero la respiracion no habia recobrado por completo su carácter normal, cuando se examinó por última vez al enfermo, y la mucosa de la laringe y de la epiglotis era aun asiento de una rubicundez y tumefaccion anormal.

Entorse: su tratamiento por medio de las fricciones con láudano. (*Abeille médicale*).

El doctor Lebert, médico del Hotel-Dieu, de Nogent-le-Retrou, recomienda el tratamiento siguiente, que cuenta en su apoyo gran número de observaciones: consiste en tener la pierna elevada, y en hacer dia y noche, próximamente cada dos horas, sobre la parte enferma, fricciones ligeras, pero prolongadas mucho tiempo, con láudano de Sydenham, de manera que se consuman 30, 50, y aun 60 gramos de este líquido, en el espacio de uno ó dos dias, al cabo de los cuales el dolor y la hinchazon de la articulacion han desaparecido completa

mente. Es muy raro que haya necesidad de continuar el uso de estos medios mas allá de cuarenta y ocho horas. Despues de cada friccion, es preciso tener cuidado de cubrir la articulacion con una gran cataplasma emoliente y fria.

Luego se aplica un vendaje almidonado, que cuando se seca permite andar al paciente. Se le conserva durante quince dias, tiempo bastante para producir una curacion completa.

Erisipela traumática: curacion rápida por medio de la tintura de iodo. (*Gazzette hebdomadaire*).

M. Verneuil, célebre cirujano del hospital Lariboisiere, refiere un caso de erisipela traumática de la cara y cuero cabelludo, que se hace notable por las particularidades de su tratamiento.

El 25 de marzo de 1866 entró en el hospital un jóven robusto y vigoroso, presentando, al nivel de la elevacion parietal izquierda, una herida contusa de 2 centímetros de extension: á consecuencia de ella se habia desarrollado una erisipela casi general del cuero cabelludo y de la cara, excepto en la region mentoniana, infartándose los gánglios cervicales, acompañada de fiebre intensa, sed viva, anorexia completa, lengua seca, agitacion y locuacidad.

Se le prescribió un emeto-catártico, un vejigatorio en cada extremidad inferior, una pocion con el alcoholaturo de acónito y la tintura de digital, y el bromuro de potasio. Se le locionaba frecuentemente la cabeza con cocimiento de malvavisco. Alimentacion: caldo y agua vinosa.

Al dia siguiente su estado no habia cambiado: una sola deposicion, un solo vómito; el mismo delírio, la misma agitacion, la misma sed inextinguible. Se le prescribió el emético, y se continuó la pocion, el caldo y el vino, pronosticándose desfavorablemente.

Durante la noche siguiente, á la excitacion sucedió un coma profundo. No se pudo obtener respuesta alguna del enfermo, que parecia amenazado de una muerte inevitable y próxima. Se pusieron otros tres vejigatorios; uno

de grandes dimensiones, en la parte anterior del pecho, y los otros dos, mas pequeños, sobre cada espaldilla, disponiéndole además la aplicacion de la tintura de iodo sobre toda la region ocupada por los cabellos, que, como eran muy cortos, no hubo necesidad de afeitar.

A la mañana siguiente, M. Verneuil encontró al enfermo sentado, los ojos entreabiertos, y habia recobrado completamente sus sentidos y su razon. Habló, y pidió de comer, quejándose de que se le hubiese privado durante muchos dias de alimentos sólidos. M. Verneuil quedó sorprendido de esta verdadera resurreccion. El enfermo habia empezado á hablar á las dos horas de aplicarle la tintura de iodo. La noche fué tranquila, y por la mañana los síntomas alarmantes habian desaparecido. Dos dias despues podia asegurarse la curacion.

Si se reflexiona acerca de la rapidez del cambio sobrevenido, así como sobre la lenta accion de los vejigatorios volantes, sobre la inverosimilitud de la desaparicion espontánea de un coma, sucediendo á muchos dias de agitacion intensa y general, es imposible no atribuir esta revolucion inesperada á la accion local de la tintura de iodo.

El autor, bastante sabio para no ser prudente y reservado, no se atreve á asegurar si todo habrá sido efecto de una simple coincidencia, ó por el contrario, habrá relacion de causalidad entre la aplicacion de la tintura de iodo y la curacion del enfermo: para que la experiencia resuelva esta duda, publica el hecho, con tanto mayor motivo, cuanto que el ensayo no es difícil ni doloroso. En efecto, durante tres dias se continuó usando la tintura, cuando ya el sujeto comia y dormia perfectamente, y el dolor que se producia era de mediana intensidad y corta duracion.

Estomatoscopia. (*Gaz. des hopitaux*).

M. Jules Bruck, dentista de Breslau, ha ideado un aparato especial de luz eléctrica, por medio del cual puede verse por trasparencia, y con la mayor claridad, la corona y la raiz de los dientes.

El orígen luminoso del estomatoscopio de M. Bruck es

la pila gálvano-cáustica de dos elementos del profesor Middeldorpft, á cuyos hilos conductores se une el mango de la armadura ó bujía eléctrica, que consiste en un espejo cóncavo de plata ó metal blanco, de media pulgada de diámetro, representando bastante bien la forma de un dedal de coser, y en cuyo foco se encuentra adaptado el hilo de platino en espiral, puesto en comunicacion con los hilos conductores encerrados en el mango. El espejo está cubierto con una cápsula de boj bruñido que pasa su reborde, á fin de impedir que el calor radiante queme las partes de la boca con las que deba ponerse en contacto.

Una placa que cierra la boca hace de esta cavidad una cámara oscura.

Diversas modificaciones, cuyos detalles serian supérfluos en este momento, permiten que se adapte fácilmente la parte iluminante de este aparato á las diversas regiones de la boca, las encías, cara interna de los carrillos, velo del paladar, istmo de las fáuces, y aun á la misma laringe, con el auxilio del reflector laringoscópico.

Los redactores de la *Gaz. des hopitaux* han podido ver con la mayor facilidad estos diversos órganos sobre el mismo inventor que se ha prestado á la exploracion. Las partes mas ocultas de los dientes, con especialidad la corona y las raices, se han visto por transparencia con tanta claridad, que no habria podido escaparse á este exámen la mas ligera alteracion.

En algunos sujetos se puede percibir del mismo modo la arteria coronaria labial, al nivel de la comisura, y seguirla en su trayecto.

Aun cuando por ahora parecen limitadas las aplicaciones de este instrumento, no puede desconocerse que es un excelente medio de exploracion para el diagnóstico de las enfermedades dentarias, y que quizás con el tiempo pueda utilizarse el principio en que se funda, para otros usos de mayor importancia.

Estrecheces uretrales: dilatador cilíndrico de Voillemier. (*Bull. de l'Acad. de méd.— Gaz. méd.*).

Segun el doctor Voillemier, todos los dilatadores metálicos, que tienen por objeto obrar lateralmente sobre las

paredes de la uretra, se componen de ramas, entre las cuales se pasa un mandril hueco y cilíndrico sobre una varilla que sirve de conductor: por el solo hecho de la superposicion de las ramas, el dilatador tiene diámetros desiguales, y la distension que produce no se verifica con regularidad en todos sentidos, sino en puntos determinados.

M. Voillemier cree haber evitado este inconveniente con la construccion de su *dilatador cilíndrico*, que difiere de los generalmente conocidos.

El mecanismo es tan sencillo, que basta examinar la figura 2.ª para comprenderle sin necesidad de explicacion alguna.

1.° El mandril A es sólido, y tiene á cada lado una ranura *b* en forma de cola de golondrina.

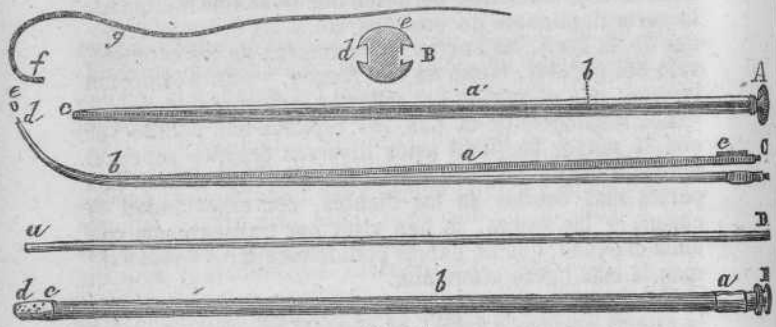


Fig. 2.ª

2.° Las ramas de los dilatadores ordinarios son reemplazadas por dos pequeñas láminas de acero C, convexas por su cara externa, y planas por la interna. Cuando están reunidas, su diámetro no pasa de 2 milímetros. Estas láminas encajan en las ranuras del mandril, al que sirven de conductor, y cuya forma cilíndrica completan.

3.° De esta disposicion resulta que la dilatacion se verifica con igualdad sobre todos los puntos de la circunferencia de la uretra.

4.° A la extremidad anterior de la varilla formada por

la reunion de las dos láminas, se ajusta una candelilla *d*, para atravesar mas fácilmente la estrechez.

5.° Verificada la dilatacion, se retira el mandril sobre el talon de las láminas, que tiene unas vueltas de tornillo *c*; se añade un largo estilete D, sobre el cual se introduce con seguridad una sonda en la vejiga.

6.° La sonda E tiene en su parte anterior una pieza metálica *d*, ligeramente convexa en su extremidad, y con un agujero bastante grande, para que pase fácilmente sobre el estilete. En las partes laterales tiene tambien un gran número de orificios, á fin de facilitar la salida de la orina, si el agujero principal se encontrase cerrado por la vejiga, cuando esta se contrae sobre sí misma.

Exóstosis del seno frontal. (*Bull. de l'Acad.*).

El doctor Dolbeau ha hecho un nuevo estudio acerca de los exóstosis del seno frontal, consignando su resultado en una interesante memoria presentada á la Academia de Medicina de Paris, cuya sustancia resume el mismo autor en las siguientes conclusiones:

1.ª La membrana de Schneider y la que tapiza los diferentes senos y células anejas á las fosas nasales, pueden ser asiento de producciones óseas primitivas, tumores que son independientes de los huesos del cráneo y los de la cara, pero que pueden, sin embargo, adquirir gran volúmen.

2.ª Se puede referir á estas diversas osificaciones el exóstosis operado por Michon en el seno maxilar; los exóstosis de la órbita, procedentes de las células etmóidales; el tumor óseo extraido de una fosa nasal por Legouest; los de la misma clase, observados por Cloquet, que ha descrito este autor como osificaciones de pólipos mucosos de las fosas nasales. Tambien debe referirse á ellas el hecho reciente de M. Pamard.

3.ª La membrana que reviste el seno frontal no hace excepcion á esta regla, y es tambien asiento de exóstosis; tales son los casos de Otto, de Roma; de Jobert, de Lamballe, Holmes-Coot, y de Dolbeau.

4.ª Todos los exóstosis son siempre mas ó menos libres en las cavidades en que se han formado, pero des-

arrollándose pueden enclavarse con mayor ó menor fuerza, aunque quedando independientes de los huesos, y pueden por lo tanto ser extraidos siempre que se abra una vía suficiente; de aquí la indicacion de operar á tiempo, es decir, pronto.

5.ª Los exóstosis del seno frontal se encuentran en el mismo caso, y á pesar de la inmediacion del cerebro, estos tumores pueden ser enucleados. Como su desarrollo es indefinido, la prudencia aconseja que se les opere tan luego como se haya formado el diagnóstico de su existencia, á fin de evitar su propagacion hasta la cavidad craneana.

6.ª En el tratamiento de todos estos exóstosis es preciso renunciar á atacarlos directamente con el escoplo ó el trépano, porque estos instrumentos se inutilizan sin poder hacer mella en un tejido tan duro: he visto romperse unas excelentes tenazas de Liston, sin interesar el tumor; es necesario, como ya hemos dicho, abrir anchamente la cavidad que contiene el exóstosis, en cuyo caso no hay mas que apalancar en masa el tumor para verle salir entero y sin necesidad de grandes esfuerzos.

Fimosis: operacion por medio de los cáusticos. (*Gaz. méd. de Lyon*).

Consultado el doctor Baudin por un sujeto que padecia un fímosis congénito, causa probable de una infecundidad prolongada, y que no consentia en ser operado sino á condicion de no tener que abandonar sus ocupaciones, creyó que la cauterizacion lineal, tal como la practica M. Alf. Amusat en muchos casos en que generalmente se emplea el bisturí, podria satisfacer los deseos del enfermo. Al efecto, armado de una pinza porta-cáustico, cuyas cucharillas se llenaron sucesivamente de pasta de Filhos, y luego de pasta de cloruro de zinc, cogió y cauterizó todo el espesor del prepucio del lado de la cara dorsal del glande. La cauterizacion, que se empezó despues de medio dia, estaba terminada á una hora poco avanzada de la tarde. Entonces se retiró la pinza, y el enfermo quedó libre. A la mañana siguiente se entregaba á sus negocios, como de costumbre. A los catorce dias se desprendió la escara lineal, y pasado un

mes, la cicatrizacion era completa, el prepucio habia recobrado su estado normal, quedando el glande enteramente descubierto.—La operacion curó la infecundidad.

Forúnculos: agua de brea como medio de evitar su reproduccion.
(*Jour. de méd. et de chir. prat.*).

El forúnculo es el compañero obligado de todas las enfermedades cutáneas agudas intensas: se presenta en el zona, el eczema, el strofulus, etc., y se reproduce sucesivamente, apareciendo uno á medida que se cura otro, de un modo indefinido.

El doctor Hardy ha experimentado contra esta afeccion gran número de agentes terapéuticos, y ha visto que los baños emolientes y las cataplasmas no hacian mas que favorecer la multiplicacion del mal. Los purgantes que se administran en semejantes casos son casi inútiles: el arsénico, que quizás produciria mejor resultado, intimida á los enfermos, y á no pocos médicos, y por fortuna en este caso no es muy necesario; pues, segun este sabio dermatólogo, hay un medio mas sencillo y eficaz; el agua de brea, en cantidad de tres á cuatro vasos al dia, ya sola, ya mezclada con vino al tiempo de las comidas, es un agente utilísimo para evitar la reproduccion de los forúnculos.

Dejamos á la experiencia que confirme esta virtud de la brea, cuyo uso, si se prolonga algun tiempo, coincidirá, á no dudarlo, con la aparicion del último forúnculo, como lo haria cualquier otro medicamento, puesto que esta enfermedad no está repululando eternamente.

Forúnculos de la cara: flebitis consecutiva de los senos del cráneo.
(*Gaz. hebd.*).

Habiéndose llamado hace algun tiempo la atencion acerca de los terribles accidentes á que pueden dar lugar los simples forúnculos de la cara, nos ha parecido digna de interés la publicacion de dos observaciones de este género, recogidas por M. Ledentú en las salas del profesor Laugier.

Tratábase en la primera de un jóven de 22 años, de

constitucion fuerte. Entró en el hospital el 6 de febrero de 1864. En la parte de la region superciliar izquierda, próxima á la raiz de la nariz, se observaba un forúnculo del tamaño de una avellana pequeña; los párpados del mismo lado estaban fuertemente tumefactos y de un color de rosa pálido, siéndole al enfermo muy difícil imprimirles algunos movimientos; un rodete rojizo, formado por la mucosa ranversada, cerraba el orificio palpebral y ocultaba enteramente la córnea. Separando los párpados, se percibia la conjuntiva ocular elevada por un quémosis, cuyo color amarillento indicaba manifiestamente su naturaleza serosa y que avanzaba un poco sobre la circunferencia de la córnea, la cual se encontraba intacta.

El globo del ojo absolutamente inmóvil, notablemente proyectado hácia adelante, el íris insensible á la accion de la luz, la pupila contraida, el enfermo no veia con este ojo. Inteligencia en estado normal; 90 pulsaciones por minuto.

Segun el paciente, el forúnculo habia principiado hacia ocho dias, y la hinchazon de los párpados databa de cuatro.

Al dia siguiente, se observaron los mismos fenómenos en el ojo derecho. El enfermo tuvo por la noche ligero delirio; su inteligencia no estaba tan despejada; sus respuestas, fáciles el dia antes, eran tardías y confusas; quejándose de violenta cefalalgia.

Durante el dia, aumentó considerablemente la oftalmía; las pupilas se presentaban contraidas; las fibras del íris en ambos lados estaban disociadas por la serosidad; la presion sobre los globos oculares no parecia dolorosa; el enfermo proferia sonidos inarticulados; agitacion; no habia contractura ni vómitos; estreñimiento; 125 pulsaciones por minuto. El sujeto muere á las diez de la noche en el mismo estado, sin convulsiones ni coma, á los once dias de haber empezado el padecimiento y á los dos de su ingreso en el hospital.

Las sanguijuelas aplicadas á la region temporal, las cataplasmas, un gran vejigatorio á la nuca, los calomelanos á dósis fraccionadas y las lavativas purgantes no pudieron evitar tan funesta terminacion.

En la autópsia se encontraron las lesiones siguientes: las venas oftálmicas de ambos lados inflamadas; conte-

nian una materia rojo-oscura, sembrada de estrías blanquecinas, que no era mas que una mezcla de pus y sangre coagulada. El tejido célulo-adiposo de las órbitas estaba infiltrado de serosidad, y con señales manifiestas de inflamacion en los sitios próximos á las venas.

Habia pus en las meninges de casi toda la base del encéfalo. El cerebro se encontraba ligeramente reblandecido en su superficie, y la sustancia gris un poco inyectada en todo su espesor.

En los senos cavernosos y coronarios existia la misma materia, semilíquida, de aspecto purulento, que en las venas oftálmicas; el seno basilar lleno de pus no mezclado con sangre.

En los otros senos no se veian mas que algunos coágulos negros y blandos. Los órganos torácicos y abdominales no ofrecian señal ninguna de abscesos metastáticos.

En el segundo caso, un forúnculo de la region temporal produjo la flebitis de la red venosa de esta misma region, de la frente, de las dos órbitas, de los senos de la base del cráneo, la meningitis y la muerte.

Era un jóven de 15 años. Tenia en la parte anterior de la region temporal derecha un grueso forúnculo cubierto de una costra. El cuero cabelludo y la cara eran asiento de una tumefaccion erisipelatosa bastante extensa. La hinchazon de los párpados ocultaba el globo ocular en ambos lados, pero principalmente en el derecho; ojos inmóviles y proyectados hácia adelante; quémosis seroso considerable.

Delirio tranquilo; el enfermo no respondia á las preguntas que se le dirigian, y se ignoran, por lo tanto, los antecedentes de su enfermedad. Fiebre intensa, nada de contractura ni de vómitos. Sucumbió á las veinte y cuatro horas de su entrada en el hospital.

Autópsia.—La red venosa de las regiones temporal derecha, frontal y nasal, se presentaba en forma de líneas de un color rojo oscuro: estas venas contenian sangre coagulada y parecian evidentemente asiento de inflamacion; las venas angulares, en su parte mas elevada, y las oftálmicas, en toda su extension, encerraban pus; se le encuentra igualmente en el tejido célulo-adiposo de las órbitas, alrededor de las venas oftálmicas, en los senos

cavernosos, coronario, basilar y petroso superior derecho.

La inflamacion no ha pasado de aquí; los senos laterales estaban intactos, presentando algunos coágulos de formacion reciente.

El cerebro, y en particular la parte inmediata á la cisura de Silvio, descansaba sobre una ligera capa purulenta; al mismo nivel se ve igualmente pus infiltrado en las mallas de la pia madre; la aracnóides estaba cubierta de falsas membranas poco gruesas; en la cara superior del encéfalo no se advertia nada de anormal. Los pulmones presentaban un gran número de pequeños núcleos rojos: los unos del tamaño de un guisante; los otros, algo mas voluminosos, diseminados en la superficie y en el espesor de estos órganos, eran, á no dudarlo, abscesos metastáticos en vía de formacion. La orina no contenia azúcar.

Los dos casos que preceden ofrecen entre sí grande analogía, tanto en el curso de los síntomas, como en las lesiones encontradas en la autópsia. Se ve á la inflamacion traspasando los límites del forúnculo; invadir una ó muchas de las venas de la cara; penetrar en la órbita, gracias á la extensa anastómosis que establece una fácil comunicacion entre la vena oftálmica y la red de la raiz de la nariz; propagarse á los numerosos senos de la base del cráneo y á las meninges cerebrales y causar la muerte á consecuencia de esta série de accidentes.

Estos ejemplos deben servir de aviso para establecer un tratamiento preventivo, enérgico, que se oponga á la propagacion del mal á las capas profundas de los tegumentos y á las venas que por ellas serpean. Quizá la incision pronta de estos forúnculos, que deben ser siempre sospechosos por su situacion en los puntos mas vasculares de la cara, bastaria para conjurar esos peligros, cuya gravedad no guarda proporcion con la causa que los ha producido. Esta práctica es tan fácil é inofensiva, que creemos que la prudencia aconseja seguirla como una regla absoluta.

Fractura de ambas clavículas: curacion sin necesidad de apósito. (*Jour. de méd. et chir. prat.*).

La fractura simultánea de ambas clavículas es un hecho patológico tan raro, que M. Malgaigne no cita mas

que seis ejemplos. En este concepto, y bajo el punto de vista de la semeiología y de la sencillez del tratamiento, ofrece grande interés práctico un caso observado por M. Foucher en el hospital de San Antonio. El dia 7 de mayo de 1866 ingresó, en la sala de este cirujano, un jornalero de 38 años, robusto, y que habia sido lesionado por el hundimiento de una pared. A su entrada en e establecimiento, se hallaba en estado comatoso, con *respiracion* difícil, y parecia sufrir cuando se le comprimia el torax. A la mañana siguiente, M. Foucher le encontró despierto, quejándose de no *poder respirar* : no habia expectorado sangre. En el reconocimento se vió que tenia las dos clavículas fracturadas en su parte media, con dislocacion y movilidad de fragmentos en la derecha y cabalgamiento en la izquierda, cuya posicion no podia modificarse. Las costillas parecia que estaban intactas. Existia además una fractura del peroné derecho. M. Foucher hizo poner solamente dos pañuelos triangulares para sostener los codos, y recomendó al enfermo que permaneciera echado horizontalmente. Una escara, que se habia formado en la pierna, le obligó á estar en cama hasta el 1.° de junio, lo que, sin duda, contribuyó al buen éxito que se obtuvo.

El 13 del mismo mes, este sujeto marchó á Vincennes: sus clavículas apenas estaban deformadas, solo en la izquierda el callo era voluminoso é irregular; los movimientos de los brazos eran completamente libres, y no sentia dolor mas que cuando queria levantar fardos pesados.

Este caso demuestra la poca necesidad del vendaje en la fractura de la clavícula y la mayor importancia de la posicion horizontal.

M. Malgaigne no menciona la dificultad de respirar que en este enfermo se ha observado, y añade, que el trabajo de consolidacion se efectúa mal, y aun no se ha verificado en tres de los casos que cita; pero aquí, no solo se ha conseguido perfecto, bajo la influencia de la posicion, sino que M. Foucher asegura no quedarán apenas vestigios de esta doble fractura.

Fractura del maxilar superior: nuevo signo patognomónico.
(Gazzette des hopitaux.—Archives gén. de médecine).

M. A. Guerin, cirujano del hospital de San Luis, ha leido á la Academia de Medicina un trabajo sobre las fracturas del maxilar superior, sus relaciones con fracturas mas profundas, y sobre un signo casi característico de estas lesiones, en los casos en que no hay separacion de fragmentos.

Los libros clásicos y las colecciones periódicas no han mencionado hasta aquí mas que una media docena de observaciones de fractura de dicho hueso; M. Guerin cree, que el no existir mayor número, depende de la imperfeccion con que se ha hecho su estudio. Se han desconocido constantemente cuando no habia dislocacion notable, y no se han consignado en la ciencia sino los casos de fractura con hundimiento, ó de tal manera complicadas, que era imposible desconocerlas.

Segun M. Guerin, el mayor número de fracturas del maxilar superior se verifica trasversalmente por debajo de la apófisis malar, extendiéndose del orificio de las fosas nasales á la apófisis pterigóides, que se encuentra fracturada tambien la mayor parte de las veces.

Para darse cuenta de la solidaridad que existe entre las apófisis pterigóides y los huesos maxilares, bajo el punto de vista de las fracturas, basta considerar simplemente la disposicion de la base del cráneo: se ve entonces que dichas apófisis son el punto de resistencia, y que todo esfuerzo ejercido de delante atrás, sobre la parte anterior del maxilar superior, debe fracturarlas.

Segun los experimentos hechos por M. Coctean en el anfiteatro de los hospitales, por encargo de M. Guerin, esta fractura acompaña siempre á la de los maxilares superiores.

La observacion clínica y la induccion habian llevado á M. Guerin á reconocer, antes de las experiencias de su interno, que, siempre que existe una fractura trasversal de los huesos maxilares superiores, hay al nivel del ala interna de las apófisis pterigóides, un dolor muy vivo, que es, para el cirujano del hospital de San Luis, el signo patognomónico de aquella lesion.

Esta induccion ha sido sancionada, no solamente por los experimentos sobre el cadáver, sino tambien por una excelente pieza de anatomía patológica recogida en un indivíduo que habia presentado, durante su vida, una movilidad poco apreciable de los fragmentos, pero en que se habia comprobado el dolor al nivel del ala interna de la apófisis pterigóides.

En un enfermo cuya observacion refiere M. Guerin, no se encontró al principio mas que este dolor, sin movilidad notable de los maxilares; pero cuando los accidentes inflamatorios se calmaron, se reconoció de la manera mas manifiesta la movilidad de la extremidad inferior de la apófisis pterigóides.

El autor no ha querido hacer notar en su memoria la fractura de los huesos palatinos, que considera, como formando parte de los maxilares bajo el punto de vista quirúrgico, ni la del tabique de las fosas nasales que cree por lo mismo casi tan constante como la de la apófisis pterigóides, porque no se puede sacar gran partido de esta coincidencia para el diagnóstico.

Gangrena senil: hidroclorato de amoniaco. (*Bulletin de thérap.— Bulletin médical de l'Aisne*).

Hasta ahora no se tenia noticia de que el hidroclorato de amoniaco se hubiese empleado en la forma que lo ha hecho el doctor Gru en la gangrena senil, y aun cuando sean necesarios nuevos hechos que vengan á confirmar la propiedad terapéutica que se le atribuye, bueno será que mientras esto acontece, tengamos conocimiento de semejante virtud.

Una mujer de 83 años se vió acometida súbitamente de dolores intolerables en el pié derecho; veinte y cuatro horas despues, esta parte presentaba un color azulado negruzco que se extendia hasta la articulacion tibio-tarsiana, en donde una línea rosácea indicaba el sitio de demarcacion entre los tejidos sanos y los enfermos. El pié se encontraba enteramente frio. Se recurrió á los preparados de opio en dósis crecidas; pero los dolores no cesaban, y el estado de la mujer parecia desesperado. Entonces, el doctor Gru disolvió 250 gramos de clorhi-

drato de amoniaco en el agua de un pediluvio, haciendo zambullir en él el pié enfermo, de modo que quedase cubierto hasta los maléolos. Pasadas dos horas se advirtió un cambio notable. Se reemplazó despues el pediluvio por fomentos hechos con la misma solucion, y la paciente reclamaba imperiosamente se persistiese en ellos, porque tan pronto como las compresas se separaban, el dolor reaparecia. Bien pronto el calor y la coloracion normal volvieron á presentarse insensiblemente bajo la influencia del tópico; la uña del segundo dedo se desprendió, formándose una pequeña herida que estaba cicatrizada al cabo de tres semanas.

Un año despues se manifestaron iguales signos precursores de la gangrena senil en el mismo pié. Inmediatamente volvió á emplearse el clorhidrato de amoniaco, y sus propiedades sedantes se hicieron sentir en el momento. Una flíctena negruzca apareció hácia el borde externo del pié, cubriéndole una placa gangrenosa que se eliminó, cicatrizándose la herida al cabo de veinte y un dias. Despues no ha vuelto á manifestarse ningun accidente.

Gonorrea: tratamiento por medio de candelillas medicinales. (*Gaz. hebdomadaire.—The Lancet*).

El tratamiento de la gonorrea por medio de candelillas hechas con sustancias medicinales, no es seguramente cosa nueva, y las farmacopeas contienen muchas fórmulas; mas, sin embargo, las proporciones y el vehiculo escogido por M. Thompson parecen mas racionales y mas adaptables que los que se habian empleado hasta aquí.

Dice este autor, que la poca eficacia de las inyecciones es debida al corto tiempo que están en contacto con la mucosa: esto le ha sujerido la idea de aplicar los astringentes bajo una forma tal, que su accion pueda prolongarse mucho mas tiempo sobre la superficie inflamada. Hace preparar candelillas de 6 á 8 centímetros de largo, hechas con manteca de cacao, á que se incorporan los medicamentos que se hayan de emplear. Luego que se las da la forma conveniente, quedan perfectamente lisas; su longitud puede variar, pero las dimensiones ya dichas han parecido las mejores. El enfermo mismo puede intro-

ducirse una candelilla soluble, igual al número 8 ó 9 de la hilera, despues de haberla untado ligeramente con aceite. A los diez minutos, ó poco más, se reblandece gradualmente, produciendo de este modo sus efectos medicinales. Debe colocarse una todas las noches al tiempo de acostarse. M. Thompson ha adoptado el medio siguiente para evitar que se salgan del conducto: se corta un trozo de emplasto adhesivo de cerca de 2 centímetros y medio de ancho sobre 12 centímetros y medio de largo; se arrolla en forma de rodete un trozo de hila inglesa del mismo tamaño, y se coloca en el centro del emplasto, que se aplica á lo largo de la cara inferior y del dorso del pene, quedando el prepucio enteramente retraido; un segundo trozo de emplasto, la mitad menos ancho que el primero, rodea trasversalmente el glande. Cada candelilla contiene: 0,015 de nitrato de plata, 0,06 de tanino, 0,04 de acetato de plomo, ó bien 0,60 de nitrato de bismuto como astringentes; y tambien 0,12 de opio, ó 0,12 de extracto de belladona, etc. Por este procedimiento, segun el autor, no solamente se mantiene el medicamento muchas horas en contacto con la mucosa uretral, sino que tambien alcanza, en cierto modo, aun á los repliegues que escapan á las inyecciones.

Hemorróides: tratamiento. (*Bull. de thér.—Arch. gén. de méd.*).

La oscuridad que aun reina en algunos puntos de la historia de las hemorróides, ha hecho, sin duda, que se reciban con grande interés las excelentes lecciones publicadas por M. Gosselin, cirujano del hospital de la Pitié, acerca de este padecimiento. Parécenos útil presentar á nuestros lectores un resúmen de sus ideas acerca del tratamiento, sintiendo que no nos sea posible hacerlo de toda la obra. Desde Hipócrates hasta nuestros dias, dos opiniones diametralmente opuestas se vienen ofreciendo á la consideracion de los prácticos.

Para unos las hemorróides constituyen un estado patológico que no puede menos de ejercer perniciosa influencia en la constitucion del indivíduo, y por lo tanto, creen conveniente curarlas.

Para otros, las hemorróides, y sobre todo el flujo que

las acompaña, constituyen una verdadera funcion suplementaria; una especie de válvula de seguridad, establecida por la naturaleza, ó bien un emunctorio que sostiene el equilibrio de la economía: segun estos, se las debe respetar.

Unos hacen las hemorróides del dominio de la cirugía; otros creen que jamás debe intervenir en su tratamiento.

Seria, pues, de desear que se ilustrase esta importante cuestion y que el práctico, entregado á su propia inspiracion, tuviese reglas seguras de conducta á qué atenerse.

El exclusivismo es el escollo que detiene muchas veces los progresos de la ciencia: ni todo deberá operarse, ni siempre habrá de rehusarse la operacion. Es fácil comprender que la dilatacion de las venas hemorroidales situadas en la extremidad del sistema de la vena porta, puede estar ligada á un obstáculo en la circulacion de este sistema, y que, en su consecuencia, el flujo hemorroidal sea un poderoso medio de derivacion. En principio, pues, deben respetarse, pero sin que esto quiera decir que hayamos de dejar al enfermo expuesto á padecer dolores que le hagan la vida insufrible.

Es indudable que un buen número de tumores hemorroidales no se deben operar, porque al peligro de la supresion, se agregan los de la operacion; pero es preciso no haber visto uno de esos pobres enfermos afectados de enormes paquetes de hemorróides internas, ulceradas y estranguladas, para rechazar en este caso toda intervencion quirúrgica.

M. Gosselin se muestra conciliador en este punto: cree que si los enfermos no presentan síntomas de anemia, ni les produce el flujo alteracion sensible en su salud, no debe intervenir la cirugía de modo alguno; pero si están anémicos y existe indudable perturbacion en el estado general, no hay por qué transigir con una dolencia que á la larga puede ocasionar hasta la muerte.

Este sabio cirujano ha estudiado con grande esmero el tratamiento que conviene aplicar á las diferentes variedades de hemorróides, estableciendo una diferencia capital entre las *externas* y las *internas*: estas últimas son las que á su juicio casi siempre necesitan la intervencion del cirujano.

Véanse las reglas de tratamiento que formula para las hemorróides externas.

1.° Para los tumores flojos, blandos é indolentes, no hay absolutamente nada que hacer.

2.° Para los que están ligeramente turgentes, sin dolor, con un poco de tumefaccion, tampoco debe pasarse de algunas aplicaciones frias.

3.° Cuando las hemorróides externas han llegado á ese estado de turgencia que puede atribuirse á la inflamacion aguda, el reposo, la aplicacion de paños mojados en agua fria, las cataplasmas de fécula frias, los baños de asiento frescos ó tibios, las sanguijuelas, cuando el sujeto es fuerte, son los medios que conviene emplear, deben añadirse los laxantes administrados todos los dias para facilitar las deposiciones, á menos que estas, aun con los laxantes, no aumenten mucho el dolor y produzcan una contraccion espasmódica del ano, en cuyo caso es menester contentarse con un purgante cada cuatro ó cinco dias. Se han aconsejado diversas pomadas, tales como el cold-cream, la manteca de cacao, la mezcla de 30 gramos de manteca y 4 de extracto de ratania. Todos estos medios producen cierta mejoría, á causa de la refrigeracion momentánea de la region enferma.

M. Gosselin rechaza toda operacion para las hemorróides cutáneas. Se atiene siempre á los medios indicados.

Como se terminan á veces por induracion, es decir, que el elemento venoso ha desaparecido bajo la presion de un derrame plástico en el tejido celular; si este pequeño tumor es doloroso, no hay inconveniente en excindirle.

Si la intervencion quirúrgica rara vez es útil en las hemorróides externas, no sucede lo mismo en las internas. El autor ha estudiado este punto con gran detenimiento y ha fijado, en su virtud, las conclusiones que siguen:

1.° Para las hemorróides no procidentes, no dolorosas y que sangran de ordinario á cada deposicion, pero en pequeña cantidad; en una palabra, para los casos en que la enfermedad es indiferente, la terapéutica no tiene por lo general nada que hacer, tanto más, cuanto que los sujetos no se quejan ni piden consejo.

Se debe insistir entonces en los laxantes y el régimen. Oponerse á la constipacion. Aconsejar el uso de carnes blandas, legumbres, frutas; abstenerse de alcohólicos; evitar el estar sentado mucho tiempo, hacer ejercicio, etc.

2.° Para las hemorróides procidentes, pero pronta y fácilmente reducibles, no hay nada sério que aconsejar, sino las mismas precauciones indicadas á fin de impedir el flujo, evitar el desarrollo de los tumores y conservarles un volúmen pequeño para que su reduccion continúe siendo fácil.

3.° Para las hemorróides fácilmente reducibles, pero que fluyen lo bastante para haber producido ya una anemia mas ó menos pronunciada; para las procidentes y muy dolorosas á consecuencia de una excoriacion; para aquellas que se reducen lenta y difícilmente, con dolores durante el prolapso y que sangran mas ó menos; para aquellas, sobre todo, que son irreducibles, no basta un tratamiento paliativo. El cirujano debe, pues, proponer al enfermo una terapéutica, dirigida no á conseguir la desaparicion completa de los rodetes hemorroidales, sino mas bien á hacer cesar los accidentes y perturbaciones funcionales, lo cual no exige una operacion radical.

Los cirujanos han atacado las hemorróides de dos modos diferentes: ó excindiéndolas ó destruyéndolas por la cauterizacion. Los accidentes primitivos y consecutivos, y los resultados ulteriores deben decidir aquí, como siempre, de la eleccion del manual operatorio. Los accidentes primitivos que hay que temer son la hemorragia y la infeccion purulenta. En estos últimos años se ha indicado como efecto consecutivo la estrechez del ano.

Con estos precedentes, pasa el autor á juzgar los métodos. La *excision con el bisturí*, segun la practicaban Boyer y Dupuytren, expone por excelencia á la hemorragia; deja despues abiertos los orificios de numerosas venas voluminosas, dispuestos á tomar el pus en la herida y trasportarle á la sangre.

La excision es, pues, un mal método; expone al máximum de accidentes; es preciso abandonarlo.

Se ha empleado la *ligadura*, ya lenta con un hilo ordinario, ya *extemporánea*, con una cadena metálica, el *écrasseur* de M. Chassaignac.

La ligadura con un hilo, aunque practicada por Curling en Inglaterra, está completamente abandonada en Francia. Es muy dolorosa, y no pone suficientemente al abrigo de los accidentes ya dichos.

Cuando hace unos quince años M. Chassaignac dió á conocer los resultados obtenidos con su método, no tardó en hacerse de moda. El *écrasseur*, segun el autor, libraba al enfermo de todo peligro. Los vasos se encontraban obliterados por el hecho mismo del magullamiento de sus paredes, y se presumia evitar á la vez los dos accidentes primitivos: hemorragia é infeccion purulenta. Pero hechos ulteriores no tardaron en demostrar que el método de M. Chassaignac, aun cuando superior á la excision practicada hasta entonces, no era, sin embargo, el ideal, porque se observaron casos de hemorragias é infecciones purulentas.

Al principio se hacia la extirpacion de toda la masa, lo que producia una herida circular. En algunos sujetos, al cicatrizarse, quedaba una verdadera estrechez invencible del ano. Se abandonó este procedimiento y se propuso separar parcialmente los rodetes hemorroidales, teniendo cuidado de dejar entre ellos puntos de tejidos sanos, destinados á oponerse á la estrechez cicatricial. Por esta época M. Gosselin formuló el nuevo método que convenia emplear; demostrando que era inútil y peligroso, en las operaciones de este género, separar las hemorróides cutáneas al mismo tiempo que las mucosas ó internas; que las primeras podian conservarse sin inconveniente alguno, y que separarlas á la vez que las segundas, era aumentar sin provecho los peligros de estrechez y de infeccion purulenta.

Anunció que habia operado exclusivamente las hemorróides internas con el *écrasseur*, haciendo no una seccion anular, sino muchas secciones parciales sobre los puntos mas elevados de la membrana mucosa procidente, sin que este método fuera seguido de estrechez anal consecutiva.

Este era un gran perfeccionamiento, aunque de accion mas lenta; pero M. Gosselin ha renunciado á él sin embargo, á consecuencia de dos casos de infeccion purulenta. A pesar de todo, si se considera que la estrangu-

lacion parcial es una operacion fácil, rara vez expuesta á accidentes, que permite separar los rodetes ulcerados y sangrientos, respetando los demás, y dando así satisfaccion á los que no quieren que se supriman las hemorróides, debemos convenir en que aun puede prestar servicios en la práctica.

La idea de destruir las hemorróides con el auxilio de los cáusticos es muy antigua; pues ya Hipócrates aconseja el hierro rojo. M. Boyer contribuyó á acreditar de nuevo este método. MM. Gosselin y Demarquay han fijado su atencion en el hecho siguiente: que no es necesario, para hacer desaparecer los accidentes producidos por las hemorróides, obtener una cauterizacion profunda y destructiva de todo el espesor del rodete; la destruccion de la mucosa es suficiente por lo comun. De acuerdo con esta idea prefieren los cáusticos líquidos, y entre ellos el ácido nítrico.

Este método, que preconizó el doctor Houston, de Dublin, en 1843, no ha sido aceptado en Francia, sin que pueda saberse por qué. En cuatro años M. Gosselin e ha empleado veinte y cuatro veces, con un resultado tan satisfactorio, que le obliga á recomendarle á los prácticos con todo interés.

El manual operatorio es muy sencillo. Pueden suponerse dos casos: el de una hemorróide interna solitaria, y el de hemorróides internas múltiples.

En ambos se hace aplicar al enfermo una lavativa antes de la operacion. Se prepara de antemano el aparato instrumental que consiste: 1.° en un pequeño pincel de hilas y aun mejor de amianto (sustancia que no altera los ácidos), que se fija con un hilo sobre un palito ó una varilla de hierro; 2.° un frasco que contiene el ácido nítrico. Hasta ahora, el autor ha usado el ácido monohidratado. A falta de este, podria emplearse el ordinario, pero muy concentrado, el nitrato ácido de mercurio ó el ácido crómico; pero él no ha recurrido á estos últimos.

Se pasea el pincel sobre la hemorróide que se pone al descubierto lo mejor posible, separando la abertura anal con los dedos. No es necesario dejar mucho tiempo el cáustico aplicado. Despues de dos ó tres segundos se ve blanquear la mucosa, lo que indica que el efecto se ha

producido. Esta cauterizacion ocasiona un dolor que no se presenta hasta algunos segundos, ó bien uno ó dos minutos despues de separar el pincel. Aumenta durante diez á quince minutos, queda estacionario y desaparece bien pronto, sobre todo si el tumor ha podido introducirse en el recto. El enfermo no tiene necesidad de guardar cama, y á las dos ó tres horas puede entregarse á sus ocupaciones.

Cuando las hemorróides internas son múltiples, y sobre todo, cuando forman despues del prolapso un rodete circular circunscrito por el de las hemorróides externas, es preciso, en cuanto sea posible, no tocar estas últimas, sino solamente á las primeras. Es preferible no cauterizar todas en una misma sesion, sino solamente dos ó tres tumores, los que estén mas excoriados.

Cuando las hemorróides son fluentes, producen aun sangre una ó dos veces, es decir, hasta que la cicatriz consecutiva á la caida de la escara tenga bastante resistencia para oponerse á la salida del líquido.

Es preciso dejar pasar ocho dias á lo menos antes de proceder á una nueva cauterizacion. No hay inconveniente en que trascurra mas tiempo y en dejar elegir dia y hora al enfermo. Se le pone una lavativa, se examina, luego que la procidencia se ha reproducido, el estado de las partes cauterizadas, para ver si la cicatriz está acabada ó no; si queda aun algun punto azulado y turgente ó excoriado al nivel de la primera operacion. Si no se nota nada de esto y la cicatriz está terminada ó poco menos, no se debe cauterizar en estos mismos sitios, sino llevar el cáustico sobre otros tumores de la manera ya indicada.

Despues de las dos primeras cauterizaciones es conveniente esperar unos quince dias antes de practicar la tercera. Cuatro, cinco ó seis sesiones, con intérvalo de quince dias, son lo suficiente para destruir rodetes hemorroidales un poco voluminosos.

M. Gosselin no ha visto que sobrevenga accidente alguno sério á consecuencia de la cauterizacion con el ácido nítrico. No solamente no ha habido infeccion purulenta, ni estrechez del recto, sino que ni aun podia llamarse hemorragia el flujo que tenia lugar en las primeras deposiciones despues de la operacion

Cuatro veces ha observado un accidente que es bueno conocer: una especie de fisura muy dolorosa en el momento de la defecacion. No era otra cosa que la persistencia prolongada de una parte de la solucion de continuidad, consecutiva al desprendimiento de la escara. En estos enfermos ha producido buen éxito la dilatacion forzada por el procedimiento de Recamier.

M. Gosselin teme que, en los casos de rodetes hemorroidales muy voluminosos, sea insuficiente el ácido nítrico; pero recurriria mas bien, en su defecto, al hierro candente que al *écrasseur* lineal.

Son tan racionales y sensatas las ideas del doctor Gosselin, sobre todo bajo el punto de vista práctico, que hemos creido no podria menos de agradar á nuestros lectores el breve resúmen que hemos hecho de la terapéutica recomendada por el autor, ya que no nos sea posible consignar sus ideas acerca de la anatomía patológica de los tumores hemorroidales, que tambien ofrecen interés.

Arsénico. — Este medicamento heróico, que ya habia sido recomendado por Lecocq contra las hemorragias atónicas, parece que ha dado resultados favorables en un enfermo del doctor Parvin, á quien se prescribieron 8 gotas de la solucion de Fowler para el tratamiento de una afeccion asmática que padecia. Este hombre estaba atormentado á la vez por un gran número de tumores hemorroidales que habian sido tratados sin éxito por la ligadura, el ácido nítrico, la incision y la excision, que solo produjeron un alivio momentáneo. A los ocho dias del uso de los arsenicales, se notó un gran cambio en las hemorróides, consiguiéndose al fin una curacion completa. Despues de esta época, el enfermo tuvo algunas recaidas por efecto de excesos en el régimen; pero siempre bastaron algunos dias de dicho tratamiento para hacer desaparecer todos los accidentes.

El doctor Handfield Jones ha atribuido recientemente los efectos del arsénico á la influencia que este medicamento ejerce sobre la contraccion de los vasos; es probable que de este modo pudieran explicarse las ventajas que el doctor Parvin ha obtenido en este caso, si la curacion no ha sido efecto de una coincidencia casual.

Herida del recto: introduccion de un tubo de goma por el ano con objeto de aislar la herida y favorecer su cicatrizacion. (*La Clínica*).

Es, por mas de un concepto, curiosa é interesante la historia de una herida del recto, felizmente tratada por el doctor D. Bonifacio Blanco, cirujano del hospital general de Madrid.

El dia 10 de marzo entró en este establecimiento un hombre de 30 años, de temperamento nervioso, con una herida incisa en la region glútea del lado derecho, que despues de interesar todos los tejidos de esta parte, penetraba en la pélvis por la escotadura ciática, dividiendo longitudinalmente el recto en una extension de 3 á 4 centímetros igual á la herida exterior. La salida de materias fecales por la herida, y de sangre por el ano, fueron los principales signos de la lesion. En el primer momento se trató de contener la hemorragia y salida de excrementos con un apósito conveniente, procurando, con una posicion adecuada, que no se vertiesen en la cavidad peritoneal. En los primeros dias se observaron síntomas generales de espasmo, y al tercero, cuando sobrevino la reaccion, se presentaron los de una peritonitis parcial que remitieron con un tratamiento sencillo y conveniente, persistiendo los vómitos, y sobre todo, el hipo, que no cedió sino á beneficio del opio administrado á altas dósis.

En tanto se habia procurado practicar en la herida curas simples y colocar apósitos destinados á impedir la salida por ella de las materias fecales; pero nunca pudo conseguirse esto completamente. Para lograrlo, despues de reconocida la solucion de continuidad y apreciada la distancia que la separaba del ano, que era como de 7 centímetros, tuvo el señor Blanco la feliz idea de introducir en el recto un tubo cilíndrico de goma de 3 centímetros de diámetro, que subiera por encima de la herida, para que, encauzándose por él los excrementos, no se interpusieran entre los labios de la herida, impidiendo su cicatrizacion. Por este medio se logró completamente el objeto que el señor Blanco se proponia, verificándose desde entonces, aunque con lentitud, la cicatrizacion de

la fístula que se curó sin necesidad de operacion alguna.

Fácilmente se comprende que este método podrá aplicarse con grandes ventajas al tratamiento de las fístulas del ano. Ya antes de ahora se han hecho, con respecto á esta enfermedad, algunas tentativas análogas por el doctor Bremond, de Burdeos, y por el doctor Colombe, el primero de los cuales colocaba en el recto una cánula flexible rellena de hilas y cerrada por otra sólida que se retiraba en el momento de la defecacion. El doctor Colombe prescindia de esta segunda cánula, observando con este motivo la invaginacion de la mucosa del recto en la cánula permanente.

Heridas: absorcion. (*Bull. de l'Acad.*).

M. Demarquay resume, en las siguientes conclusiones, un trabajo sobre la absorcion por las heridas, presentado á la Academia de medicina de Paris para optar á una plaza vacante en la seccion de cirugía :

1.° Resulta de mis investigaciones, que una sustancia soluble en el agua como el ioduro de potasio, es conducida rápidamente al torrente circulatorio y eliminada por la saliva, cuando se la aplica sobre una gran superficie del dérmis denudado. En semejantes circunstancias, la eliminacion se verificó á los cuatro, seis y ocho minutos.

2.° Que esta misma sustancia, puesta en la serosidad de un vejigatorio, penetra con mucha menos prontitud en el organismo, en razon de una capa albuminosa que cubre el dérmis, verificándose á los nueve, diez, quince y veinte minutos.

3.° Una solucion de ioduro de potasio inyectada en el tejido celular, es absorbida y eliminada por la saliva en un período de tiempo que varia entre diez y veinte minutos.

4.° Esta misma solucion, aplicada sobre una herida reciente, penetra en el organismo y puede comprobarse su presencia por la eliminacion salival, en un tiempo que varia entre sesenta, treinta, diez y nueve y quince minutos.

5.° Cuando las heridas están perfectamente organizadas, absorben con gran energía al cabo de diez, ocho,

seis y cuatro minutos y aun menos. En tan corto tiempo se encuentran señales bien evidentes de iodo en la saliva. En vista de tan poderosa actividad de absorcion, pudiera creerse que el elemento séptico que produce la erisipela y la fiebre puerperal, es absorbido por la herida misma.

6.° Quizás no sea imposible, aunque no está demostrado, que en la gravísima complicacion de las heridas, conocida con el nombre de infeccion purulenta, este poder de absorcion tan poco estudiado hasta ahora, juegue un papel considerable, y acaso podrian explicarse por este medio ciertos fenómenos generalmente atribuidos á la flebitis.

7.° Las inyecciones iodadas y ioduradas que se hacen en los abscesos calientes, en abscesos frios y en las cavidades quísticas inflamadas ó no, se absorben con rapidez. He podido demostrar que la eliminacion tenia lugar por la saliva en un tiempo que varia entre cuarenta y cinco y tres minutos.

8.° Que si estas inyecciones se hacen en gran cantidad, ó si son muy repetidas, el iodo introducido sin cesar en el organismo, puede ejercer una accion frecuentemente temible.

9.° El iodo y el ioduro de potasio, introducidos en la economía por las diversas vías que acabamos de indicar, son generalmente eliminados por la saliva ó las orinas, en un período de cuatro á cinco dias.

Heridas: su tratamiento por medio de las planchas de plomo. (*Pres. méd. belg.— Revista de Sanidad militar*).

El doctor Burggraeve, cirujano del hospital de Gante, y gran partidario de la cirugía conservadora, ha presentado un trabajo á la Academia de Bélgica, preconizando de nuevo con sincero entusiasmo el método que hace años emplea en la cura de las heridas, con el nombre de *emplomado*, con el cual pretende haber curado, *sin operacion*, las mas graves lesiones.

Despues de demostrar que los obreros de las fábricas son casi siempre anémicos ó nervioso-linfáticos, por cuyo motivo debe renunciarse, en cuanto sea posible, á las

operaciones cruentas, procura buscar un medio de evitar la necesidad de estas, y cree haberle encontrado en la aplicacion directa sobre las soluciones de continuidad de hojas de plomo laminado, que se sujetan por medio de tiras de aglutinante.

El apósito y el modo de aplicarle no puede ser mas sencillo.

Cualquiera que sea el grado de contusion, de magullamiento de una herida, no debe hacerse mas que lavarla con cuidado, sin desprender ni cortar parte ninguna (porque en el estado de estupor en que se encuentran los tejidos, no puede determinarse *a priori* cuál se ha de mortificar y cuál podrá conservarse); se la cubre en seguida con láminas de plomo muy delgadas, que se sujetan por medio de vendoletes de esparadrapo aglutinante. Por debajo de esta especie de coraza, se hacen de tiempo en tiempo inyecciones, por medio del irrigador Eguisier, ó una jeringa comun, con agua ligerísimamente templada, á fin de limpiar el icor y refrescar las partes. En caso de necesidad, puede introducirse el miembro en un baño, ó cubrirle con compresas mojadas.

Este primer apósito puede mantenerse aplicado dos, tres, y aun mas dias.

Para observar el estado y marcha de la herida, no hay mas que ir levantando sucesivamente las láminas de plomo, sin descomponer la continuidad del conjunto.

A juicio del autor, este método realiza á la vez la *inamovilidad* y la *amovo inamovilidad*. Reune además las ventajas de la *oclusion perfecta*. Así, dice, que hay poca ó ninguna irritacion, el herido no necesita en muchos casos guardar cama, y se le puede alimentar, ventaja inmensa, puesto que la dieta predispone á las absorciones.

M. Burggraeve se inclina á creer que, además de la accion mecánica, el plomo posee, en este caso, una virtud calmante, invocando en apoyo de esta idea los efectos resolutivos de las preparaciones saturninas. Una de las cosas que mas han llamado la atencion al autor, es la rapidez y fuerza con que brotan los mamelones carnosos luego que se han eliminado las partes mortificadas y la poca abundancia de la supuracion, que es remplazada muy pronto por un exudato plástico.

A juzgar por las observaciones sumariamente referidas en este trabajo, ha empleado dicho tratamiento en casos muy graves, y siempre con satisfactorio resultado, siendo su uso mas comun en heridas por quebrantamiento, con fracturas conminutas, contusiones, dislaceraciones, heridas por avulsion, etc., que tan frecuentemente se producen en los obreros de las numerosas fábricas y manufacturas de la industriosa ciudad de Gante.

El doctor Burggraeve termina su nota llamando la atencion acerca de los servicios que el *emplomado de las heridas*, como él le llama, puede prestar á la cirugía militar. Las heridas de armas de fuego tienen demasiada analogía, dice, con las que se producen en las fábricas, para que no deban esperarse los mismos resultados. Este tratamiento facilitaria el transporte de los heridos, cuya primera cura podria confiarse, en caso de necesidad, á soldados inteligentes, pudiendo despues el cirujano examinar las lesiones con el cuidado y la calma que reclaman, y no puede nunca tenerse en el campo de batalla. Como el apósito aplicado se puede lavar con agua y no hay necesidad de renovarle hasta pasadas algunas horas, habria menos infeccion, y por consiguiente menos fiebres pútridas.

Si todas estas ventajas son positivas, no hay duda que debe generalizarse el método de cirugía conservadora del eminente práctico de Gante. En su apoyo cita el autor una estadística de 236 heridas, tratadas por este medio, desde 1.° de enero de 1864 hasta 20 de mayo de 1866: en ellas no ha habido mas que 8 defunciones, ocasionadas por los diversos accidentes que complican de ordinario las heridas graves; pero esta estadística, en globo, y sin detalles clínicos bastantes, no puede probar sólidamente la superioridad de este método. Esperemos que la observacion le dé el valor que deba tener.

Con motivo del trabajo que antecede, ha publicado el doctor Suender un excelente artículo en la revista de *Sanidad militar*, en el que recuerda una memoria que redactó hace años, hallándose encargado de un hospital militar en el Archipiélago Filipino. Proponia en ella, como método general para el tratamiento de las úlceras, las planchas de talco, conocido en Manila con el nombre de

oropel, y procedente de China. La primera vez que vió aplicar esta aleacion metálica, fué durante la campaña de Cochinchina, en prisioneros annamitas; posteriormente ha sabido que en el celeste imperio es un remedio popular, de reputacion tan antigua como merecida, y cuyos efectos son mucho mas notables que los que se obtienen con las planchas de plomo.

Habiendo observado la ineficacia de las curas ordinarias, que consistian en la quietud, y la aplicacion de planchuelas de cerato simple, cuando no habia indicaciones especiales que tener en cuenta, con cuyo método úlceras simples y pequeñas tardaban á veces uno ó dos meses en cicatrizar, desechó despues de varios ensayos todos los ungüentos, adoptando como método general, para la curacion de las heridas y úlceras, el cubrirlas con una plancha de talco ú oropel, que se levanta dos veces al dia, para limpiar la supuracion adherida á ella, volviéndola luego á aplicar, y sujetándola con una compresa y el vendaje apropiado.

Toda clase de úlceras las trata el autor de la misma manera, despues de combatir sus complicaciones.

Aplica desde el primer dia, á las atónicas, la plancha de oropel; pero haciendo que se practiquen lociones mas ó menos frecuentes, con una disolucion de 12 granos de nitrato de plata cristalizado por onza de agua destilada, continuando siempre con el talco hasta obtener la cicatrizacion.

Trata igualmente con los medios oportunos las inflamatorias ó gangrenosas, las callosas y virulentas, y luego que ha desaparecido la complicacion, aplica la plancha de oropel exclusivamente.

Las ventajas que se obtienen con este método son, á juicio del doctor Suender, de bastante importancia. La principal es la rapidez de la cicatrizacion, que se consigue á veces en la cuarta parte de tiempo que curando con ungüentos; pero la mas notable es la regularidad y solidez de las cicatrices: la aplicacion del oropel determina la formacion de un tejido inodular igual, terso, consistente, sin elevaciones ni depresiones: entre los centenares de úlceras que ha tratado por este método, solo ha visto reproducirse alguna por acciones mecánicas.

Buscando la razon de la eficacia de este tópico, cree hallarla en el aislamiento completo que el talco establece entre el aire atmosférico y la parte ulcerada, y en una accion química ó electro-química, determinada por el pus, descomponiendo y haciendo solubles los elementos de esa aleacion (cobre y zinc), que son astringentes. Además de la accion terapéutica del oropel, debe tenerse en cuenta su accion mecánica, no menos importante; á ella debe referirse la regularidad de las cicatrices, la tersura y consistencia del tejido inodular de nueva formacion: efectivamente, la suave y uniforme compresion que la plancha metálica ejerce sobre los pezoncillos carnosos, conteniéndolos á un mismo nivel, produce cicatrices tan regulares, como nunca se obtienen, con las planchuelas de hilas: á esto se debe el que sea rarísima la reproduccion de las úlceras curadas por este medio.

No sabe el autor si la aplicacion del talco dará igual resultado en este clima que en los países intertropicales; pero se inclina á creer que sí, proponiéndose comprobarlo prácticamente tan luego como tenga oportunidad para ello.

Heridas: su tratamiento por la ventilacion. (*Bull. de thér.— Dict. des prog.*).

El doctor Berenger-Feraud ha llamado recientemente la atencion en una Memoria publicada en el *Bulletin de thérapéutique*, acerca de un medio de tratamiento de las heridas, propuesto ya en 1861 por M. Bouisson, y que tiene por objeto, como tantos otros tópicos, producir rápidamente una costra, evaporando, solidificando, por la accion renovada del aire, la *linfa plástica*, el *líquido* cicatricial; de este modo se logra la oclusion de la herida para activar y facilitar la cicatrizacion. Experimentado este método por el doctor Berenger-Feraud, ha conseguido la curacion con tanta rapidez y facilidad, cuando operaba en ciertas condiciones, que cree hacer un servicio á los prácticos llamando su atencion acerca del medio propuesto por el eminente cirujano de Montpellier.

La ventilacion es un procedimiento sumamente fácil de ejecutar: la sola exposicion al aire basta para las heridas

muy pequeñas; un fuelle comun es el instrumento mas sencillo, y que le parece preferible al autor para las mas extensas.

M. Berenger cree que la humedad es la condicion que debe servir de regla para la duracion de las sesiones, mas bien que la extension de la herida ó la actividad de la ventilacion. Aconseja, por consiguiente, para acelerar la cicatrizacion de una herida que supura con abundancia, curarla una ó dos veces con alcohol antes de aplicar la ventilacion: de este modo se suprime la hipersecrecion de los leucocitos, que forman la base de la supuracion, y el método de M. Bouisson produce entonces, con mas facilidad y prontitud, la cicatriz. Combinando así estos dos medios, el autor ha llegado á curar en poquísimo tiempo heridas de varias dimensiones.

En general, la duracion de las sesiones debe variar de cinco á veinte minutos: no se suspende hasta que la superficie traumática se halla exactamente cubierta de una película delgada, brillante como un barniz, muy ligeramente arrugada en la periferia, donde parece ejercer una marcada traccion sobre los tejidos sanos; y en fin, seca hasta el punto que se pueda aplicar sobre ella, sin que se adhiera una hoja de papel de seda.

Hasta que la costra ha adquirido cierto espesor, la humedad tiende á disolverla y á invadir de nuevo la herida luego que ha cesado la proyeccion del aire: el secreto de una buena cura por la ventilacion consiste en oponerse ó evitar que esto suceda. Para ello es preciso, en los primeros tiempos, repetir la sesion cada dos, tres ó cuatro horas cuando más.

El espesor de la costra no preocupa á M. Bouisson: segun él, es muy pronto bastante gruesa, cuando la herida es profunda, supura abundantemente y no se la ha tratado antes con los alcohólicos, y opina que no se la debe tocar hasta que se haya verificado la cicatrizacion. El doctor Berenger-Feraud no está de acuerdo con esta práctica; procura separar la costra cuando es bastante gruesa, haciendo que la herida esté solo cubierta por una costra pelúcida, amarillenta, de linfa plástica, que debe hacerse caer luego que haya adquirido un poco de rigidez. Le ha parecido que de este modo se consigue una

curacion mas rápida y segura, sin que se encuentren debajo de la costra puntos de supuracion.

Dicho práctico cree que el aire usado de este modo tiene una accion sedante, astringente, detersiva, antiséptica y tónica.

La ventilacion está contraindicada en las heridas fistulosas, las muy anfractuosas, y las que supuran con mucha abundancia, cuando esta abundancia depende de la fusion de los tejidos contundidos, gangrenados, etc.; pero cuando es hija de una atonía general ó local, la ventilacion con sus efectos tónicos y astringentes puede producir excelentes resultados. Claro está que no debe emplearse tampoco este medio en las heridas de amputaciones, en las profundamente contusas, muy inflamadas, complicadas con cuerpos extraños, de armas de fuego, etc. La ventilacion puede ser tambien útil en las quemaduras, sobre todo en las de segundo y tercer grado, cuando ha disminuido el movimiento fluxionario y la lesion se halla en estado de herida denudada, que podria llamarse simple, si la experiencia no nos enseñase la funesta propiedad que tiene de producir ese tejido cicatricial retráctil tan conocido. Tambien produce buenos efectos en la podredumbre de hospital. Ciertas úlceras, despues de modificadas convenientemente por los medios oportunos, se pueden tratar con ventaja por la ventilacion.

En resúmen, es un medio de tratamiento, á lo que nos parece, aplicable solamente á las heridas de mediana extension, poco profundas, simples, á las úlceras benignas y á las heridas de las quemaduras.

Su sencillez, su limpieza y su economía le recomiendan en la práctica; pero se presta sin duda alguna á muchas objeciones tan naturales, que fácilmente se ocurrirán á nuestros lectores.

Heridas: cura con la solucion de cloruro de zinc. (*Bulletin de thérap.*).

Al observar M. de Morgán los efectos de este cáustico sólido sobre una herida cancerosa, tuvo la idea de emplearle en solucion en su clínica del hospital de Midellesex, con el fin de que la penetracion en los tejidos fuese mas profunda y completa. La ausencia de dolor, de ru-

bicundez, de supuracion y de olor, le hizo bien pronto extender su uso á todas las heridas sin excepcion de tejido, muscular ó celular, óseo ó seroso. Antes de reunir los labios, pasa sobre toda la superficie sangrienta una esponja empapada en una solucion compuesta de 2 gramos 50 centígramos de la sal por 32 gramos de agua. El primer efecto es una excitacion de los capilares y una exudacion sanguínea de las partes que antes no sangraban. La sangre se vuelve en seguida cremosa y de color de clavel. Reiterando su aplicacion, toda la superficie se reblandece, y adquiere este mismo color.

El cirujano inglés atribuye á este cáustico la propiedad de prevenir la erisipela y la piohemia. En el espacio de nueve meses que le ha empleado en sus salas, donde habia casos de erisipela, no ha observado ninguna de las consecutivas en cirugía, mas que en una anciana operada de un tumor del pecho, en la cual no se habia usado la solucion. No tuvo mas que dos casos de absorcion purulenta, y la falta de olor, la poca supuracion y el buen aspecto de las heridas le parece que bastan para recomendar su uso.

Véanse, pues, los cáusticos sucediendo á los alcohólicos en la curacion de las heridas, como estos han sucedido á los resolutivos y á los emolientes. La progresion terapéutica es manifiesta y conforme á las doctrinas médicas reinantes sobre la alteracion de los líquidos. Sin reproducir aquí las teorías que han podido invocarse en favor de la solucion del cloruro de zinc en particular, nos parece difícil de comprender sus indicaciones en las heridas ordinarias, en las que no le aplicariamos sin haber sido testigos de sus buenos efectos. En cambio no dudariamos en usarle en las de mal aspecto, de naturaleza sospechosa, caquéctica, cancerosa ó escrofulosa. Su aplicacion debe ser inútil sobre tejidos sanos que se reunen y cicatrizan fácilmente por los esfuerzos de la naturaleza.

Heridas : su tratamiento por la oclusion pneumática. (*Bull. de l'Acad.—Arch. gén. de méd.—Montp. méd.—Gaz. méd. de Paris*).

Hace próximamente treinta años que el ilustrado director de la *Gazette médicale*, doctor J. Guerin, dió á co-

nocer la diferencia fundamental que á su juicio existia entre la cicatrizacion de las heridas subcutáneas y las que se encuentran bajo la influencia del aire. Desde entonces ha consagrado su actividad y poderosa inteligencia al estudio de las condiciones que presiden á esta cicatrizacion, al de los principios fisiológico-patológicos en que se funda, y al exámen de todo lo que puede contribuir á su perfecta realizacion práctica. En la actualidad cree haber resuelto este problema, segun expone en dos memorias leidas á las Academias de Medicina y de Ciencias de Paris, acerca del tratamiento de las heridas exteriores mediante la oclusion pneumática, trabajo que es el desarrollo y aplicacion de las ideas que han servido de base al método subcutáneo, y tiene por objeto dar á conocer un sistema de aparatos, por medio de los que el autor coloca á las heridas exteriores y que interesan directamente la piel y tejidos inmediatos, en las mismas condiciones que las subcutáneas: de este modo cree evitar todo accidente de inflamacion, supuracion, etc., dotándolas de la propiedad de organizarse inmediatamente. Funda, pues, este nuevo tratamiento en el siguiente principio: «Que las heridas subcutáneas, hallándose fuera de la influencia del aire, no se inflaman ni supuran, y que esta inmunidad general y absoluta es debida á la proteccion de los tegumentos que evitan su contacto.»

En su notable memoria, M. Julio Guerin indica primero las causas que han hecho fracasar hasta ahora este sistema de tratamiento, resumiéndolas en tres principales: falta de oclusion completa, falta de aplicacion inmediata y contínua de las membranas ó cubiertas protectoras, y en fin, y sobre todo, estancamiento y alteracion de los líquidos y gases excretados, ó derramados en el interior de estos aparatos.

En todos los ensayos hechos hasta ahora, bajo la inspiracion de las ideas que consideran el contacto del aire como la causa de la inflamacion supurativa de las heridas, se han desconocido los inconvenientes que se oponian á que tuvieran el éxito apetecido, dando esto lugar á que se abandonase el método y se considerasen como ilusorios los principios que le servian de base y fundamento.

Para evitar estas dificultades era necesario encontrar el medio: 1.° de mantener las heridas en un espacio completamente privado de aire; 2.° de tenerlas constantemente cubiertas de una membrana ó piel artificial, que se amoldase á la superficie de las partes que ha de cubrir; 3.° hacer que esta aplicacion, aunque contínua é inmediata, no se opusiera al ejercicio fisiológico de las exhalaciones y excreciones cutáneas, sino que, por el contrario, las favoreciese; 4.° que esta oclusion y esta aplicacion no produjeran el estancamiento de los productos exhalados, ni de los líquidos derramados, que precaviesen la putrefaccion de unos y otros, y se opusieran incesantemente á su absorcion. En una palabra, era necesario que la cubierta protectora de las heridas realizase completamente los beneficiosos efectos de la envoltura cutánea.

Los aparatos propios para realizar la oclusion pneumática llenando estas condiciones, consisten:

1.° Un recipiente pneumático perfectamente cerrado, en el que se puede hacer el vacío y mantenerle en el grado que se desee por medio de un indicador: este recipiente tiene dos ó tres llaves para ponerle en comunicacion con la bomba pneumática y los medios cuyo contenido debe extraer.

2.° Una série de cubiertas de caoutchouc volcanizado, de 2 milímetros de grueso, y de forma y dimensiones á propósito para acomodarse á las partes que han de envolver: deben tener en su abertura de entrada unos 2 centímetros menos que la circunferencia de la superficie que están destinadas á abrazar, con objeto de que cierren, por medio de una presion elástica moderada, toda comunicacion con el exterior. Cada una de estas cubiertas está armada de uno ó muchos tubos de caoutchouc, de grueso bastante para resistir á la presion atmosférica, y que están destinados á poner en comunicacion con los recipientes pneumáticos los espacios confinados y las superficies cerradas.

3.° Una série de cubiertas de tejido permeable de distintos gruesos, destinadas á servir de intermedio entre las impermeables y las superficies enfermas: tienen por objeto favorecer la sustraccion y expulsion de los gases y materiales que se producen en las partes cubiertas, y

son incesantemente atraidos por el recipiente pneumático.

Para que se comprenda bien el mecanismo de estos tres órdenes de medios, supondrémos que se trata de aplicarles á un miembro cualquiera, la mano por ejemplo.

Se empieza por cubrir esta con una tela permeable y afelpada de algodon ó lana fina. Se introduce en la cubierta ó manga de caoutchouc, cuya abertura de entrada comprime la muñeca por medio de una suave presion elástica, como ya se ha dicho; se ajusta á la llave de un recipiente pneumático el tubo de la cubierta, y abriendo aquella, queda en comunicacion con el interior del recipiente, al cual pasan, en el momento que se hace el vacío, el aire y los gases contenidos en la manga; y la envoltura elástica, obedeciendo á la presion atmosférica, se amolda herméticamente á la superficie que envuelve, dibujando como una segunda piel la forma de los dedos y todos sus detalles.

El papel que desempeña el recipiente pneumático, consiste sobre todo en sostener de una manera permanente el doble efecto de la aspiracion del contenido de la manga y de la presion atmosférica sobre la misma. Por medio de la llave de comunicacion se puede interrumpir ó suspender, á voluntad, la aspiracion, y por consiguiente, la presion exterior. Siempre es fácil apreciar el grado de accion del aparato, por medio del indicador del vacío unido al recipiente. La envoltura intermediaria de tejido permeable tiene por objeto favorecer la circulacion de los gases y líquidos en toda la extension de la parte envuelta; mantener del propio modo las superficies cubiertas en relacion contínua con el recipiente pneumático, é impedir la formacion de pequeños espacios vacíos por los pliegues de las mangas que las envuelven. La manga de caoutchouc, á causa de su flexibilidad, de su impermeabilidad y de la presion elástica de su abertura de entrada, se amolda sobre las superficies, comprimiéndolas uniformemente é impidiendo la entrada del aire.

Estos efectos mecánicos determinan otros fisiológicos correspondientes. La aspiracion contínua activa la exhalacion y las secreciones cutáneas: impide la estancacion de estos productos y la de los líquidos derramados; ejerce sobre la superficie de la herida una doble y carac-

terística influencia; favorece la secrecion plástica reparadora; evita, por el movimiento retrógrado que provoca, toda absorcion ó reabsorcion de gases ó líquidos, de sustancias tóxicas ó virulentas depositadas en su fondo; en fin, si las heridas presentan anfractuosidades, como en las fracturas complicadas, hallándose cubiertas por una placa intermedia, se llenan incesantemente con las secreciones plásticas que excita.

No son menos evidentes los efectos fisiológicos de las cubiertas intermedias: ya les hemos enumerado, y solo añadirémos que, en caso de necesidad, permiten la introduccion, circulacion y renovacion incesante de cualquier sustancia medicinal, líquida ó gaseosa, que se considere útil para acelerar la cicatrizacion de las heridas ó combatir sus complicaciones.

Los efectos fisiológicos de la envoltura impermeable son mucho mas importantes; mantiene las heridas constantemente al abrigo del contacto del aire; suprime el dolor que este produce; impide la alteracion de los líquidos; ejerce una compresion uniforme y graduada, favoreciendo con ella el desinfarto de los tejidos y la reunion de las partes; finalmente, evita la inflamacion supuratoria y provoca desde luego el trabajo de organizacion inmediata cuando los tejidos lesionados no son asiento de ninguna complicacion patológica, capaz de reemplazar, bajo una ú otra forma, la incitacion piogénica del aire.

De los diferentes efectos mecánicos y fisiológicos indicados se deducen un gran número de aplicaciones médicas y quirúrgicas. Bajo el primer aspecto, basta recordar que si es cierto el importante papel que se atribuye á la presion atmosférica en el mecanismo de la absorcion, se tendrá el medio de ver hasta qué punto las sustancias tóxicas, virulentas ó principios morbosos de cualquier género son susceptibles de penetrar en la economía por la vía cutánea, y hasta qué punto estos elementos, depositados en la superficie de la piel, pueden mantenerse allí, ó ser separados por la aspiracion del recipiente pneumático. El estudio y el tratamiento, dice el autor, de las picaduras anatómicas, de las inoculaciones ulcerosas, de la pústula maligna, del carbunco, de la ino-

culacion hidrofóbica, encontrarán nuevos medios de ilustrar su mecanismo, y muy probablemente, de combatir sus efectos.

El doctor Robert Latour ha demostrado las inmensas ventajas que se pueden obtener de la oclusion practicada por medio de barnices impermeables en el tratamiento de muchas enfermedades internas; pero con este medio solo se logra uno de los efectos de la oclusion: se suprime ó tiende á suprimir el contacto del aire; pero al mismo tiempo se anulan ó dificultan las funciones de la piel. La oclusion pneumática, además de impedir á voluntad el contacto del aire de un modo mas perfecto, podrá aumentar, disminuir y localizar su accion; podrá combinarse con el exceso de la actividad de las exhalaciones y secreciones cutáneas, desde la sudacion exagerada, dando mayor grueso á las envueltas intermedias, hasta la accion vesicante mas considerable, por medio del vacío localizado; en fin, en las afecciones parasitarias, cuyos agentes etiológicos se nutren y sostienen por los elementos de la atmósfera, será posible, no solo suprimir este alimento de su persistencia, sino sustituirle con alguna sustancia purulenta, gaseosa ó líquida, propia para acelerar la destruccion de los parásitos.

Aplicaciones quirúrgicas.—Estas aplicaciones no se hallan ya en estado de programa, continúa M. Guerin: sin pretender indicarlas todas, creemos que pueden reducirse á cuatro categorías. En la primera se comprenden las operaciones quirúrgicas simples, que solo interesan la piel y tejido celular, como incisiones, extirpaciones, ligaduras de vasos.

En la segunda categoría se incluyen las operaciones graves, como amputaciones de miembros, resecciones.

En la tercera, se encuentran las fracturas complicadas simples, es decir, con perforacion de la piel, hallándose los huesos solamente rotos.

La cuarta categoría, por fin, abraza las heridas por armas de fuego, con dislaceracion y destruccion de tejidos, fracturas conminutas y quebrantamiento de huesos, heridas que reunen las mas graves complicaciones. El autor cita hechos prácticos de todas estas categorías, que la falta de espacio no nos permite extractar. Es el pri-

mero la extirpacion de un tumor fibroso detrás del maléolo externo, curado en ocho dias sin supuracion. Una fractura complicada de los huesos del antebrazo con salida del radio, pudo ser sometida desde el cuarto dia á la accion de un aparato de carton almidonado. El muñon de una amputacion de muslo, á consecuencia de un tumor blanco, se encontraba cicatrizado, en apariencia, al séptimo dia; pero habiéndose notado una pequeña dislaceracion despues de quitar el aparato, fué necesario aplicarle de nuevo hasta los diez y ocho dias, á cuyo tiempo la cicatrizacion era completa y sólida.

En fin, una herida producida por la explosion de un cartucho en la palma de la mano, que habia triturado las carnes, dividido los vasos y dislacerado los tendones, sometida á este aparato al mismo tiempo que á las irrigaciones frias, se curó en veinte y cinco dias sin determinar fiebre ni inflamacion.

El trabajo de M. Julio Guerin ha dado orígen, en la Academia de Medicina, á un debate en que desgraciadamente han tenido mucha mas parte los ataques personales apasionados que las consideraciones verdaderamente científicas.

El doctor Velpeau, contradictor sistemático del autor hace muchos años, ha negado *a priori* el mérito y la utilidad del nuevo método que dice ser una imitacion del ya olvidado *aparato de incubacion* de M. J. Guyot, fundándose por otra parte en un temor demasiado exagerado de la accion del aire sobre las soluciones de continuidad.

M. Larrey encontró, en su vasta erudicion, antecedentes de este método, haciendo notar que el principio en que descansa, lejos de ser nuevo, se remonta á César Magatus, escritor veneciano de principios del siglo XVII. Pero estas críticas no disminuyen en nada el mérito de los trabajos de M. J. Guerin, porque si César Magatus ha reconocido en otro tiempo la influencia del vacío sobre la cicatrizacion de las heridas, hay mucha distancia desde esto á la aplicacion de un medio á propósito para realizar las condiciones de aquel vacío.

Respecto á los aparatos de M. Guyot, todo el mundo sabe que, como su nombre indica, estaban destinados á efectuar la incubacion, esto es, á mantener las partes en

una atmósfera seca y caliente de 25 á 30° centíg. No hay, pues, relacion alguna entre este método y el propuesto por M. Guerin, cuyo fin es conseguir un vacío mas ó menos perfecto.

Más puntos de contacto tiene la oclusion pneumática, segun M. Gaujot, con otro método de quien nadie se ha acordado durante la discusion, el de baños permanentes ó de inmersion, preconizado hace unos veinte años por Langenbek (de Berlin), y Valette (de Lyon). Estos cirujanos metian los muñones en cajas de madera ó zinc de diferentes formas, cerradas completamente y siempre llenas de agua de variada temperatura, ó de un líquido medicinal alcohólico, antipútrido, etc., que se hacia correr á través del aparato por medio de un tubo de entrada y otro de salida. El objeto que se proponian era el mismo que el de M. Guerin: sustraer las superficies traumáticas del contacto del aire, y por consecuencia, de los funestos efectos de la descomposicion y absorcion de los líquidos corruptibles. A causa de algunos defectos particulares, y sobre todo porque no se consiguieron los resultados que, al parecer, con fundamento se esperaban, el método de tratamiento por la inmersion está en la actualidad completamente olvidado. Precisamente, bajo este punto de vista, es interesante su comparacion con el propuesto por M. Guerin, porque inclina á predecir que acaso este último tendrá la misma suerte. Los aparatos de M. Guerin, mientras no se perfeccionen, lucharán con el inconveniente de su elevado coste, de su complicacion y de la facilidad con que se descomponen, circunstancias todas que no pueden menos de impedir se generalice su uso, aun cuando reunieran todas las ventajas que su ilustre autor les atribuye.

Hernia inguinal : nuevo método para la cura radical. (*The Lancet*).

Se ha dado á conocer recientemente, en el periódico *The Lancet*, un nuevo método, que mas bien puede considerarse como una modificacion del de Wood, para la cura radical de las hernias inguinales. Consiste en coser los pilares del anillo inguinal, por el método subcutáneo, con hilos de plata, que se dejan fijos en los tejidos,

de modo que se obtenga una obturacion permanente. El único instrumento necesario para la operacion es una aguja de 5 pulgadas de longitud, ligeramente encorvada hácia su punta, cerca de la cual se encuentra el orificio, y fija en la otra extremidad en un mango sólido.

El manual operatorio es bastante sencillo: tomadas las precauciones de costumbre, se coloca en el fondo del escroto el pulpejo del índice izquierdo, con la cara palmar vuelta hácia arriba, y la punta de la aguja apoyada directamente sobre ella. Puesto así el dedo, se introduce en el orificio inguinal, y se pasa detrás del pilar interno. El operador empuja entonces el mango de la aguja, y atraviesa de atrás adelante el pilar, á poca distancia de su borde. Cuando la punta del instrumento se eleva debajo de la piel, un ayudante tira de esta hácia dentro, de modo que la perforacion se verifique en un punto correspondiente al centro del anillo. Luego se pasa el hilo de plata por el ojo de la aguja, y se la retira dejando una extremidad libre de aquel, flotando suelta encima del abdómen.

Si en este tiempo de la operacion la punta de la aguja se escapa por casualidad por el orificio escrotal, es importante introducirla por el mismo sitio exactamente; se repite en seguida la maniobra en el pilar externo, y cuando el instrumento está á punto de perforar la piel, se tira de esta hácia afuera, de modo que la aguja salga por el mismo orificio. Un ayudante coge entonces el hilo y le saca de la aguja, que se retira; queda así formada una asa, cuyas dos extremidades salen por la misma abertura abdominal, y cuya parte media, descendiendo hasta el fondo del escroto, está situada entre la piel y la fáscia superficial.

El otro tiempo de la operacion consiste en tirar de las extremidades del hilo, al mismo tiempo que se sostiene ó hace una traccion hácia abajo en el escroto, para impedir que se invagine. De este modo se obliga al alambre á disecar la fáscia, separándola de la piel hasta el nivel del anillo. Si se introduce el dedo en el conducto y se sigue tirando del hilo, se nota que se va estrechando cada vez más por la aproximacion de los pilares, y se puede disminuir el diámetro del anillo hasta que no

quepa el dedo, quedando justamente el espacio suficiente para el cordon. Se tuerce entonces el alambre con una pinza, cuidando de no comprimir tanto que obre como un *écrasseur*, y las extremidades, cortadas al nivel de la piel, desaparecen inmediatamente.

No se derrama una gota de sangre durante la operacion, y la piel solo presenta dos picaduras, que se cierran en pocas horas. Se tiene al enfermo algunos dias en cama, para dar lugar á que el hilo se cubra de linfa plástica. El vendaje es inútil y hasta perjudicial. En el mayor número de casos basta un solo punto de sutura. Si el orificio fuese muy ancho, podrian aplicarse dos ó aun tres. Fácilmente se comprende la necesidad de que la aguja no perfore el escroto, ó la piel que cubre el anillo en dos puntos diferentes, porque esto frustraria el éxito de la operacion.

Hernia estrangulada: reduccion por medio de la refrigeracion local con el eter pulverizado. (*Bull. de thér.—British. méd. Jour.*).

El método del doctor Richardson para la anestesia local, que hoy se halla tan en boga en Inglaterra, ha recibido una nueva aplicacion, que seria ciertamente muy importante, si nuevos hechos vinieran á confirmarla.

Un hombre de 35 años, bien constituido, y que padecia una hernia inguinal hacia dos años, fué acometido de todos los síntomas de la estrangulacion, á consecuencia de un esfuerzo violento durante su trabajo. El doctor Wallau encontró al enfermo con náuseas, vómitos, dolores cólicos, estreñimiento completo, etc. La taxis intentada con repeticion por este práctico y por el doctor Barclay, no produjo resultado alguno; no quedaba al parecer mas recurso que la operacion; pero antes de apelar á este medio cruento se pensó en practicar la refrigeracion de la parte, por medio del éter pulverizado, recordando que con el hielo se ha conseguido en mas de un caso la reduccion de hernias estranguladas. Colocado el enfermo en decúbito dorsal, con los hombros y la cabeza baja, y elevada la pélvis por medio de una almohada doblada, para que la posicion favoreciese el efecto que se deseaba obtener, se lanzó con el aparato de Ri-

chardson, y á pequeña distancia, un chorro de éter sobre el tumor, hasta que á los cuarenta segundos próximamente se observó que la piel palidecia. En este momento, practicada la taxis sin esfuerzo alguno, se consiguió con mucha facilidad la reduccion.

El doctor Steele, cirujano de Liverpool, ha publicado un nuevo hecho en comprobacion de la eficacia del éter, para conseguir la reduccion. El sujeto de esta observacion era un muchacho de 14 años, que tenia una hernia inguinal muy voluminosa desde su infancia y presentó los signos de una estrangulacion aun no muy graduada. Llamado el doctor Steele, intentó inútilmente la taxis, y entonces, por consejo del doctor Barclay, hizo caer sobre la region inguinal una lluvia bastante abundante de éter pulverizado á fin de determinar una refrigeracion intensa. Ensayada entonces de nuevo la taxis, fué seguida de un éxito completamente feliz.

Parece, pues, que en ciertos casos este medio puede ser útil y debe intentarse antes de recurrir á la operacion cruenta, á condicion, sin embargo, á nuestro juicio, de que no sea un nuevo motivo para perder un tiempo precioso, dando lugar á que las profundas alteraciones que han sufrido las vísceras herniadas hagan inútil la quelotomia, como tan á menudo sucede cuando se ejecuta demasiado tarde.

Herpes cuadrilátero: nueva forma. *(Union méd.)*.

A las formas circinada y longitudinal, añade M. Devergie la que ha observado en los miembros superiores de un hombre de 60 años, que padecia un eczema crónico del ano y del escroto. Examinando al enfermo, encontró este sabio dermatólogo con gran sorpresa un herpes, como nunca habia visto en su larga práctica, situado en el brazo y antebrazo izquierdo. Reprensentaba la erupcion un cuadrado perfecto, de 2 centímetros de extension en todos sentidos, festoneado por un cordoncillo rojo, vivo, de 2 milímetros de ancho, ligeramente excoriado por el roce de una almilla de franela, rugoso al tacto y sembrado de pequeñas laminillas adherentes, angulosas, como restos de vesículas dislaceradas. La parte interna

de la piel estaba sana, y el enfermo dijo que la afeccion empezó por un punto imperceptible, y que se habia ido curando á medida que aumentaba en circunferencia.

El herpes del brazo era un poco mas pequeño: en lugar de estar atravesado, tenia uno de sus ángulos hácia arriba, el otro hácia abajo, y los dos últimos al través.

El exámen microscópico, hecho en union del doctor Gubler, demostró que no existia el tricofiton. Sin embargo, el curso de la afeccion hace creer al autor que debia existir este parásito, por la rapidez con que se desarrolló el mal.

Se recomendó al enfermo no hacer nada para detener los progresos del herpes, y un mes despues las dos placas habian adquirido un gran desarrollo. La del antebrazo tenia 5 centímetros, y la del brazo, mas pequeña en su orígen, habia crecido en la misma proporcion. Al mismo tiempo se presentaban en las inmediaciones de esta placa siete ú ocho puntos rojos y luminosos, uno de los cuales empezaba á tomar la forma cuadrilátera.

Resulta de este hecho, que hay que c nsignar en la ciencia una nueva especie de herpes, el *cuadrado* ó *cuadrilátero*; afeccion que probablemente ha pasado desapercibida hasta ahora.

En cuanto al tratamiento, M. Devergie ha empleado el mismo que acostumbra á usar en el herpes redondeado: toques al cordoncillo encendido vivo, cada tres dias, con una solucion de nitrato de plata al $^1/_{10}$°; humedecer durante el dia, dos ó tres veces, la superficie enferma con una solucion de sublimado al $^1/_{1000}$°. Esta sola terapéutica bastó para detener la marcha invasora de la enfermedad y conseguir su desaparicion.

Hidrosadenitis, ó inflamacion de las glándulas sudoriparas. (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

Con este nombre, enteramente nuevo, designa M. Bazin, siguiendo al doctor Verneuil, que es quien primero la ha dado á conocer en 1854, una afeccion de la piel, caracterizada por pequeños tumores inflamatorios, frecuentemente supurativos, y cuyo asiento anatómico parecen ser las glándulas sudoríparas.

La hidrosadenitis puede observarse donde quiera que estas glándulas existan, menos en la planta del pié; no obstante, donde mas comunmente se presenta es en la axila, el ano y la aréola del pezon. M. Verneuil la ha visto tambien en la cara, los miembros, el escroto, los grandes labios, etc. La hidrosadenitis supurada, ó flemon sudoríparo, no puede confundirse mas que con el forúnculo, del cual difiere, porque en vez de empezar como él por la superficie cutánea, aquella tiene su orígen debajo de la piel, y no invade la superficie sino consecutivamente. El flemon sudoríparo no presenta ninguna elevacion puntiaguda ni se verifica en él exudacion de ninguna clase hasta el momento de la abertura, que pone de pronto término á la enfermedad.

La hidrosadenitis, considerada bajo el punto de vista de su naturaleza, es producida unas veces por causas externas, y otras por causas internas. La suciedad, los roces bruscos, la accion de los tópicos irritantes, los sudores acres y profusos, el pus que baña ciertas partes, las afecciones parasitarias, y, en suma, todas las enfermedades pruriginosas de la piel son, respecto á la hidrosadenitis, condiciones etiológicas de la primera categoría. Entre las causas internas, M. Bazin, fiel á su doctrina, indica la escrófula, la artritis y la sífilis.

Hace mucho tiempo que, bajo el título de abscesos de la piel ó tumores celulares superficiales, este autor ha descrito lo que en la actualidad se designa con el nombre de hidrosadenitis escrofulosa.

En 1864 fué admitido en el servicio del doctor Bazin, un hombre, que, á juicio de este práctico, presentaba un tipo admirable de *hidrosadenitis artrítica*. En este sujeto, la afeccion, localizada al principio al cuero cabelludo, donde se manifestaba por gran número de tumores, del tamaño de un guisante, de color rojo vivo, y que eran asiento de un picor extraordinario, se habia extendido en una segunda erupcion á la cara, pubis y órganos genitales. A su entrada en el hospital de San Luis, estas regiones estaban erizadas de una multitud de pequeños tumores rojos, unos intactos, otros ulcerados, desiguales, habiéndolos tambien que daban pus cuando se comprimia su base.

Como los indivíduos atacados de artritis, el enfermo era pletórico, hemorroidario, y sujeto como todos sus semejantes á transpiraciones copiosas. Se le prescribió un tratamiento *alcalino intus et extra*, y bajo la influencia de esta medicacion, los pequeños tumores se abrieron, se detergió la superficie de las úlceras, tanto antiguas como modernas, siendo sustituidas por cicatrices blancas de diversas formas.

En fin, M. Bazin admite una *hidrosadenitis sifilítica*, ó goma de la piel. Es la sifílides gomosa, el tubérculo subcutáneo de los autores. Aquel célebre dermatólogo ha contado hasta 150 tumores de este orígen en un mismo indivíduo.

El pronóstico de la hidrosadenitis se encuentra sobre todo subordinado á su naturaleza, como deberá estarlo tambien el tratamiento. En general debe decirse que no es un padecimiento grave; puede, sin embargo, ser el punto de partida de un flemon difuso, dar lugar á trayectos fistulosos y á úlceras de difícil cicatrizacion.

Cuando se encuentra todavía en el período de induracion, se puede intentar hacer abortar los tumores, por medio de barnizamientos con tintura de iodo, ó aplicaciones de una pomada de extracto de cicuta. Establecida la supuracion, estos abscesos se tratan como todos los demás. En cada caso se establece el tratamiento general específico conveniente.

Imperforacion del ano : abertura del recto en la vulva.—Operacion : curacion. (*Gazzetta méd. di Torino*).

En marzo de 1856 se presentó, en la clínica del profesor Rizzoli, una niña de 9 años, consultándole acerca de un vicio de conformacion, que consistia en la falta del ano, viniendo el recto á abrirse en la vulva, un poco detrás de la horquilla; el resto de las partes genitales presentaba la disposicion normal.

El doctor Rizzoli hizo una incision en la region perineal, desde la horquilla hasta el cóccix, atravesando la piel, la capa muscular perineal, hasta llegar al recto, que se encontraba inclinado hácia delante. Se desprendió de la pared posterior de la vagina y de los tejidos inme-

diatos, procurando conservar las fibras musculares que podian rodear su extremidad, y hacer esperar que se formase un esfinter. Una vez aislada la circunferencia del recto, se la fijó en la herida perineal, por medio de puntos de sutura, cerrando del mismo modo la abertura anormal del lado de la vagina. La enferma curó sin accidentes; y poco tiempo antes de publicarse esta historia, vino á participar al operador su próximo casamiento. La region del ano está casi en estado normal, las materias fecales son retenidas y expulsadas con facilidad, y por la parte de la vagina solo se observa una cicatriz lineal sólida.

Labio leporino: nuevo procedimiento operatorio. (*Union med.*).

M. Giraldés ha expuesto ante la Sociedad de Cirugía de Paris un procedimiento operatorio de esta deformidad, que denomina en forma de *mortaja*. Aplica su modificacion en los casos de labio leporino doble complicados, ó en el unilateral con division de la arcada dentaria ó de la bóveda palatina, en los cuales existe siempre separacion de las alas de la nariz y gran pérdida de sustancia en el labio superior. Por este medio se consigue mas fácilmente la reunion, y se corrige mejor la deformacion de las partes.

Para que se comprenda bien la importancia de este procedimiento, recuerda el autor que él no *emplea nunca* en estos casos la práctica aconsejada en los tratados clásicos de medicina operatoria, que consiste en disecar los tejidos de la mejilla y alas de la nariz hasta una distancia bastante considerable, á fin de facilitar la confrontacion de las superficies que se trata de reunir. Le parece preferible á esto, cortar todo el espesor del labio por medio de una incision oblícua, dirigida en el sentido del contorno del ala de la nariz. Por efecto de la seccion de las partes blandas, los músculos elevadores se encuentran separados de su insercion en el labio, evitándose que sus contracciones tiendan á separar las partes en vía de reunion.

Ejecutado el primer tiempo de la operacion, se procede á refrescar los bordes, cortando de arriba abajo el colgajo externo, como en el procedimiento de Clemot y de Lan-

genbeck; en el lado opuesto, el refrescamiento se verifica en sentido contrario; es decir, de abajo arriba, de modo que se desprenda un pequeño colgajo cuya base se continúa con la parte superior del labio. Hecho esto, se reunen las superficies refrescadas por medio de dos puntos de sutura metálica que atraviesan todo el espesor de las partes: el pequeño colgajo procedente del lado externo, se reune, como en el procedimiento de Langenbeck, por medio de un hilo metálico; el colgajo superior se aplica y reune á la parte superior del gran colgajo labial, y contribuye á formar el reborde de la nariz. Los colgajos dispuestos de este modo se engranan recíprocamente, se refuerzan y sostienen uno á otro, oponiéndose mútuamente á los efectos de su retractilidad; forman despues de terminada la operacion una especie de escalon: la parte vertical corresponde á los labios avivados, y los ramos horizontales, el uno al pequeño colgajo superior, y el otro al inferior.

M. Giraldés prefiere la sutura metálica á la entortillada, que califica de detestable, porque cree que favorece la estrangulacion de los tejidos, provoca la seccion, ulceracion y mortificacion de los colgajos, ó en otro caso impide su reunion por las incesantes tracciones que produce.

Los hilos metálicos, por el contrario, cuando están convenientemente apretados, es decir, ni muy tirantes ni demasiado flojos, no cortan nunca los tejidos, sea el que quiera el tiempo que se les tenga puestos: en lugar de quitarlos al tercero ó cuarto dia, como hay necesidad de hacer con los alfileres, se les puede sin inconveniente dejar aplicados ocho, diez, quince dias, todo el tiempo necesario á la reunion y formacion de una cicatriz sólida y completa. Con ellos se evita la ulceracion y mortificacion de los colgajos, por muy pequeños que estos sean.

M. Giraldés ha empleado siete ú ocho veces su procedimiento en niños de todas edades, y los resultados han sido siempre superiores á los que se obtienen con los otros métodos. Se puede aplicar á todas las especies de labios leporinos simples, ó complicados.

Concediendo M. Demarquay cierta superioridad á la sutura metálica sobre la entortillada, no cree, sin embargo, que tenga la importancia que la atribuye M. Giraldés:

la condicion indispensable á juicio de aquel cirujano, para evitar la estrangulacion y la gangrena, es mantener relajados y flojos los tejidos. A esto precisamente tiende el primer tiempo del procedimiento que hemos descrito.

Larvas introducidas en las fosas nasales y conducto auditivo: cloroformo y eter como medio eficaz de destruirlas. *(Mém. de méd. et chir. milit.—Journ. de méd. et chir. prat.—Dict. des progrès).*

Un distinguido médico de la armada francesa, el doctor Coquerel, ha descrito un díptero bajo el nombre de *Lucilia homini vorax*, que en la Guyana y Cayena produce accidentes mortales, depositando sus huevos en las narices del hombre durante el sueño. Desarróllanse rápidamente una infinidad de larvas que, invadiendo á centenares las fosas nasales y los senos frontales, determinan accidentes de muerte á los ocho ó doce dias de su invasion. De 5 casos bien caracterizados, 4 terminaron funestamente. Deplora aquel distinguido práctico la impotencia casi absoluta de la ciencia para conjurar aquellos accidentes de otro modo que con la trepanacion del seno frontal, recurso extremo y peligroso.

Muchos años despues los cirujanos militares franceses han observado, durante la expedicion de Méjico, fenómenos semejantes debidos á la picadura de una mosca que, por sus reflejos brillantes de un azul oscuro y violado, parece la *Musca carnaria*. Segun ha notado uno de aquellos, M. Thomas, los indivíduos que padecen ocena, ó tienen la nariz súcia, son los mas predispuestos. Estas larvas, pequeñas, fusiformes y de un color blanco, opaco al principio, se desarrollan rápidamente, llegando á adquirir hasta unos 15 milímetros de longitud. Cuatro veces las ha visto el autor en las fosas nasales, donde exhalaban un olor desagradable; y una vez en el masetero izquierdo, en un granadero de la Legion extranjera, que tenia un pequeño forúnculo en esta parte. En menos de tres dias habian producido, en este último caso, una ulceracion mayor que una moneda de dos francos, perforando el músculo hasta el hueso, é invadiendo ya la region parotídea. En la nariz, destruyen la mucosa, reducen rápidamente á papilla todos los tejidos, denudan y perforan los

cartílagos, y ponen al descubierto los huesos que no tardan en necrosarse.

En vista de tan graves estragos, compréndese bien cuán importante era el descubrimiento de un eficaz vermicida contra este peligroso parásito. Despues de un gran número de ensayos y experiencias infructuosas, M. Danzats, farmacéutico, auxiliado por el doctor Jacob, médico militar, descubrió la accion destructiva del cloroformo, que se ha empleado desde entonces en inhalaciones y en inyecciones con el mejor éxito. Todos los enfermos en quienes se usó curaron como por encanto. De siete casos solo uno terminó fatalmente á causa de los estragos espantosos que durante ocho dias habian hecho las larvas en la nariz y la faringe, cuando se empleó el remedio. M. Jacob refiere un caso en que se expulsaron, á beneficio del cloroformo, 220 larvas.

Aun cuando las inhalaciones basten para hacer desprender y salir los parásitos en gran cantidad, es siempre prudente recurrir á las inyecciones hechas con partes iguales de cloroformo y agua. Destruyen casi instantáneamente las larvas que se han introducido en la profundidad de las cavidades, y pueden considerarse como un medio infalible.

Como succedáneo del cloroformo ha recurrido el profesor Jarjavay al éter sulfúrico, en un caso análogo que se presentó en el hospital Beaujon. El enfermo habia sentido un dia como una mosca que se introdujese en su oido izquierdo; intentó extraerla por medio de un palillo, y desapareció la sensacion de cuerpo extraño. A los tres dias se presentó cosquilleo y picor que impedian dormir al paciente, obligándole á consultar al citado profesor, que observó en el conducto auditivo externo la existencia de dos pequeñas larvas de mosca semejantes á las que se ven en los cadáveres. El enfermo se quejaba de dolores muy intensos del oido izquierdo, que se irradiaban á la frente, arco superciliar, region temporal y mastoidea, con cefalagia, lagrimeo, calambres, hormigueo en los brazos, temblores en las piernas, y náuseas. El doctor Jarjavay instiló algunas gotas de éter en el conducto auditivo, provocando la presencia del líquido un dolor intensísimo en el primer momento, pero produciendo des-

pues un alivio notable. Durante la noche cayeron en la almohada del enfermo un gran número de larvas, al menos 100, segun el enfermero.

En la visita del dia siguiente se vieron todavía gruesas larvas de *Musca carnaria*, que hormigueaban en el fondo del conducto. Se sacaron algunas con una cucharilla, y despues, por medio de inyecciones repetidas con un irrigador, se consiguió hacer salir hasta unas 15 más. Se instiló una gota de éter que mató algunas otras, y limpio ya el conducto, se descubrió una perforacion de la membrana del tímpano, lo cual explicaba la persistencia de los dolores que desaparecieron muy luego por medio de los emolientes.

Este último hecho, y algun otro que pudiéramos citar observados en nuestro clima, y que pueden repetirse, dan importancia aun entre nosotros al descubrimiento de este medio específico que todos los prácticos deben conocer para la destruccion de las indicadas larvas.

Lipoma de la lengua: extirpacion por medio de la gálvano-cáustica.
(Gaz. hebd.)

El doctor Follin ha presentado, á la Sociedad de Cirugía, un tumor muy raro de la lengua, un lipoma extirpado por el autor, valiéndose del método gálvano-cáustico.

El enfermo que le padecia era un viejo de 72 años, que entró en el hospital Cochin con un flemon difuso y gangrenoso de la cara dorsal de la mano, que se curó con bastante prontitud con el tratamiento ordinario. Desde los primeros dias de su entrada en el establecimiento se notó que este sujeto hablaba con dificultad; y examinando la boca, pudo descubrirse que el defecto de pronunciacion reconocia por causa la presencia de un tumor de la lengua, que ocupaba la extremidad anterior de este órgano. Tenia el volúmen de un huevo y se insertaba por un ancho pedículo en la parte lateral izquierda y un poco posterior de la punta. No presentaba el mismo aspecto á un lado que á otro: á la derecha se percibia una masa amarilla blanda, lobulada, que tenia muchísima semejanza con un lipoma; al lado izquierdo,

la superficie del tumor era agrisada, un poco dura, ligeramente ulcerada, en una extension de un centímetro, al nivel de dos dientes rotos de la mandíbula superior. Algunas venas superficiales y voluminosas se dirigian paralelamente desde la base á la punta de la lengua.

El enfermo refiere que hace veinte y dos años notó por primera vez un boton en el borde izquierdo de este órgano, que, en su principio y durante seis años, presentó hemorragias frecuentes, despues de las cuales parecia que habia desaparecido el tumor: pasado este tiempo, cesaron los flujos de sangre, aumentando sucesivamente el volúmen, hasta adquirir el que tenia cuando se examinó al enfermo.

Como dificultaba la masticacion y articulacion de la palabra, siendo al mismo tiempo un obstáculo para que el enfermo pudiera alimentarse, M. Follin se decidió á extirparle; pero teniendo en cuenta la avanzada edad del paciente, quiso emplear un procedimiento operatorio que permitiese quitar el mal rápidamente, sin gran dolor y sin hemorragia, sobre todo de los vasos venosos, que penetraban en el pedículo del tumor. La gálvanocáustica, con el asa cortante, le pareció al autor que podia satisfacer todos sus deseos, como en efecto sucedió.

La operacion consistió en lo siguiente: Se circundó el pedículo con un hilo de platino de mediano grosor, apretándole moderadamente; luego se hizo pasar al través de esta asa metálica la corriente eléctrica de cuatro elementos de la pila de Middeldorpf, dando vuelta al manubrio que apretaba el alambre. En menos de un minuto quedó separado el tumor, sin dolor, y casi sin hemorragia, lo cual se explica bien examinando la superficie seca y ligeramente cauterizada, por donde habia pasado el alambre gálvano-cáustico. Las consecuencias de la operacion fueron sencillísimas: en la tarde de aquel mismo dia, el enfermo se encontraba bien, y á los doce dias la herida estaba completamente cicatrizada.

El exámen de la pieza patológica demostró que el tumor era un lipoma, cuyos lóbulos estaban cortados por gruesos tabiques fibrosos. La diseccion hizo ver que se trataba de un lipoma primitivamente desarrollado en la lengua, cuyas fibras longitudinales acompañaban al tumor

en un tercio de su altura. Pasado este límite, el lipoma no estaba cubierto mas que por la mucosa.

La rareza de los lipomas de la lengua, cuya estructura se presta tan poco al desarrollo de esta clase de tumores, y el feliz éxito que se obtuvo con la gálvanocáustica, dan bastante interés á este caso, bajo el punto de vista práctico.

Lupus: su tratamiento por el ácido fénico. (*Le Scalpel*).

El doctor Duvivier (de Lieja) considera el ácido fénico casi como el específico de esta grave dermatosis, fundándose en numerosos casos de su práctica. De las cuatro observaciones que refiere, dos se remontan al principio del año de 1864. Tres de los casos (2 mujeres y un hombre) eran ejemplares de lupus eritematoso, de catorce á quince años de antigüedad, y el cuarto se referia á una mujer afectada de lupus tuberculoso hipertrófico desde hacia seis años. Los barnizamientos con ácido fénico, repetidos cada ocho dias, bastaron para conseguir una curacion completa en todos los enfermos, en un espacio de tiempo que varió de seis á diez y nueve meses.

Tales resultados merecen seguramente ser tomados en consideracion, para comprobar su exactitud, repitiendo estos ensayos prácticos, á cuyo efecto nos parece útil dar á conocer las indicaciones que respecto al tratamiento hace el doctor Duvivier. Despues de hacer caer las costras ó las escamas por medio de cataplasmas ó aceite de almendras dulces, se barniza la superficie enferma, ulcerada ó no, con ácido fénico puro; es decir, dejando caer sobre el ácido cristalizado algunas gotas de agua ó alcohol para licuarle. Esta aplicacion produce un dolor muy vivo, que á veces dura bastantes horas, cubriéndose la piel de una película blanquecina apergaminada y circuida de una aréola de color rojo intenso; pero todos estos fenómenos patológicos se disipan á las doce ó veinte y cuatro horas; la exudacion disminuye, se modifica, y acaba por desaparecer; la piel recobra su elasticidad y su tersura, aunque quedando un poco mas blanca que en estado normal. Como ninguno de los tratamientos hasta ahora empleados contra el lupus ha

producido nunca resultados tan felices, creemos que debe ensayarse el que recomienda el autor, aun cuando no sea mas que á título de comprobacion.

Luxacion del fémur : reduccion fácil por el procedimiento de Reid. (*British. méd. jour.*).

Un muchacho de 17 años, fuerte y vigoroso, cayó al suelo, luchando con uno de sus compañeros: al tratar de levantarse, advirtió que no se podia tener de pié; pero conducido á su casa y transcurridas algunas horas sin que se aliviasen los dolores del enfermo ni la hinchazon del miembro, se llamó al doctor Collyns, que por el acortamiento de la extremidad y la deviacion del pié y de la rodilla, comprendió que se trataba de una luxacion del fémur hácia arriba; con efecto, un exámen atento permitió reconocer la cabeza del hueso dislocado en su nueva situacion. No contando aquel práctico con ningun medio de reduccion de los ordinariamente usados, ni pudiendo disponer de ayudantes entendidos, se decidió á ensayar el método propuesto por el doctor Reid. En consecuencia, se echó al enfermo de espaldas sobre un colchon duro, extendido en el suelo, y se le sometió á la influencia del cloroformo: puesto el operador de rodillas sobre el mismo colchon, dobló la pierna sobre el muslo, llevando la rodilla hácia arriba y adentro hasta que el muslo, en flexion completa tambien, vino á tocar la cara anterior del pecho: aplicando entonces una mano sobre la rodilla, y cogiendo con la otra el pié, colocó el miembro en abduccion forzada, al mismo tiempo que le imprimia un movimiento de extension: en este momento se percibió distintamente que la cabeza del fémur hacia un movimiento de rotacion, entrando con ruido en la cavidad cotiloídea.

La facilidad con que se obtuvo la reduccion en este caso, despues de transcurridas catorce horas, hace recomendable este procedimiento, con tanto mayor motivo cuanto que no exige aparato ninguno particular, ni muchos y entendidos ayudantes, pudiendo practicarse en muy poco tiempo; pues en el caso que acabamos de referir se consiguió la reduccion en el espacio de dos minutos.

Luxacion de la mandíbula inferior: procedimiento de reduccion. (*Gaz. hebd.*).

El doctor Verneuil ha empleado con éxito el siguiente procedimiento en dos casos de luxaciones dobles del maxilar inferior: Se introducen en la boca, todo lo mas profundamente que sea posible, de modo que lleguen á la comisura intermaxilar, los dos dedos pulgares cubiertos con un lienzo. Los otros dedos de cada mano abrazan las ramas horizontales del hueso: se imprime entonces á la mandíbula un movimiento de palanca, comprimiendo directamente hácia abajo con el pulpejo de los pulgares, y elevando la sínfisis con los dedos anulares y auriculares. Para que la maniobra dé el resultado que se desea, es preciso que los pulgares se encuentren situados muy profundamente. A fin de que los enfermos no opongan ninguna resistencia instintiva, debe hacérseles creer que se trata solo de practicar un reconocimiento, y no de intentar la reduccion.

Luxaciones congénitas del fémur: etiología. (*Gaz. hebd.*).

El estudio atento de las causas que se han invocado para explicar las luxaciones congénitas de la articulacion coxo-femoral, demuestra que la mayor parte de estas explicaciones se aplican á algunos hechos determinados; pero que ninguna de las teorías admitidas abarca en una ley comun todas las observaciones que la ciencia posee. Todavía parece que esta etiología de formas tan diversas no comprende todos los casos de luxaciones que pueden presentarse, segun se desprende de un interesante trabajo leido por el doctor Verneuil, á la Sociedad de Cirugía de Paris.

El autor resume su pensamiento en la proposicion siguiente:

Cierto número de dislocaciones del fémur son debidas á la parálisis mas ó menos completa del grupo muscular que rodea la articulacion coxo-femoral; en otros términos, á la debilitacion de los músculos pélvi-trocanterianos, y con especialidad de los glúteos.

La observacion de los enfermos es la que ha conduci-

do á M. Verneuil á esta nueva hipótesis etiológica; los hechos tienen aquí grande importancia, y por lo mismo referirémos los detalles principales de algunos.

Un niño de ocho años, delgado y enfermizo, estaba afectado hacia dos ó tres años, segun sus padres, de una claudicacion de la pierna izquierda, caracterizada principalmente por una marcada oscilacion de derecha á izquierda, al tiempo de andar; además, algunas veces la extremidad se doblaba de repente, y el niño caia al suelo. En los últimos meses estas caidas se habian hecho cada vez mas frecuentes. Por lo demás los miembros presentaban exactamente la misma longitud, y no habia deviacion notable. No se observaba ninguna lesion aguda ó crónica en la articulacion coxo-femoral; se notó solo un aplanamiento, una demacracion considerable de las partes blandas de la nalga izquierda, y consecutivamente una elevacion pronunciada del gran trocánter, que se exageraba aun más por un ligero grado de adduccion y rotacion hácia dentro.

Se trataba evidentemente de una atrofia de los músculos glúteos, que estaban adelgazados y poco excitables por la electricidad. Esta atrofia producia la debilidad del miembro, la falta de solidez de la articulacion y las caidas frecuentes.

Pero al mismo tiempo la cápsula articular se encontraba relajada, y cuando el sujeto, estando echado sobre el lado sano, ponia el muslo enfermo en flexion forzada con adduccion y rotacion hácia dentro y se le empujaba hácia atrás, era fácil hacer salir el gran trocánter, y con él la cabeza femoral que se percibia sin dificultad al través de la piel y de la capa atrofiada de los músculos glúteos.

Un tratamiento compuesto de electrizaciones locales, de chorros frios y de tónicos al interior, produjo un excelente efecto, volviendo este niño á su casa en un estado de curacion casi completo.

La relacion entre la atrofia muscular y la luxacion no es en este caso tan manifiesta como en el segundo que refiere el autor, sin que por eso deje de tener importancia práctica.

Un niño de cinco años, de constitucion débil, habia an-

dado tarde y siempre mal, cojeando del lado izquierdo y cayéndose con mucha frecuencia. Examinado por el doctor Verneuil, no encontró este práctico ninguna señal de coxalgia; observó sí que todo el miembro estaba notablemente atrofiado. La extremidad era mas corta y no tocaba al suelo sino á beneficio del descenso de la pélvis de su lado; la atrofia afectaba con especialidad la region glútea y trocanteriana. Echando al enfermo sobre el lado sano y colocando el muslo izquierdo en flexion con adduccion y rotacion hácia dentro, se hacia elevar la cabeza debajo de las partes blandas adelgazadas, y si en esta actitud se empujaba el fémur hácia atrás, comprimiendo sobre la rodilla, la cabeza salia evidentemente de la cavidad cotiloídea; volviendo á colocar el muslo en extension, se verificaba la reduccion acompañada de un ligero ruido, ó cuando menos de una sensacion de salto claramente perceptible.

El doctor Verneuil formuló el siguiente diagnóstico: parálisis incompleta del miembro inferior izquierdo, con atrofia de todas sus partes constitutivas; debilidad muscular, afectando sobre todo al grupo pelvi-trocanteriano; relajacion consecutiva de los medios de union de la articulacion coxo-femoral.

Le prescribió un tratamiento especial que no fué observado por el enfermo, quedando, por consiguiente, en el mismo estado en que se encontraba.

Bajo el punto de vista de la etiología, debe notarse que la parálisis era aquí mas antigua y habia producido desórdenes de mayor consideracion.

El tercer caso presenta la misma parálisis y una luxacion completamente establecida. Un muchacho de 11 años habia padecido tres años antes una enfermedad aguda con convulsiones. Despues de la curacion se observaron en muchas regiones del cuerpo síntomas de parálisis muscular. Hubo primero un doble varus equino, luego una atrofia del triceps crural derecho, en fin, una deformacion mas compleja en el lado izquierdo.

Abandonado el muslo á sí mismo en el decúbito dorsal, ó cuando se tiene suspendido al niño por debajo de los brazos y se dobla sobre la pélvis, colocándole en adduccion y rotacion hácia dentro; el gran trocánter se

hace prominente, y el pliegue inguinal mas profundo; la nalga se encuentra extraordinariamente aplanada y casi vacía de partes blandas; el resto del muslo no presenta nada de particular, salvo en la parte interna, que se advierte una elevacion notable formada por los adductores. Por lo demás esta actitud no es ni permanente ni voluntaria: parece resultar de la accion espontánea de los adductores y del psoas, que no se hallan equilibrados por los glúteos, pero no está sostenida por ninguna contractura. La flexion forzada, combinada con la adduccion y rotacion hácia dentro, hacia salir fuertemente la cabeza femoral, que parecia entonces que flotaba entre el hueso ilíaco y la piel.

La dislocacion se producia por medio de esta maniobra con tal facilidad, que un especialista muy práctico no habria titubeado en asegurar la existencia de una luxacion espontánea del fémur.

Apoyándose en estas tres observaciones, cree M. Verneuil que al lado de las luxaciones *permanentes*, traumáticas, coxálgicas y congénitas, debe colocarse una lesion particular, en la que, segun la actitud que se dé al miembro, se puede, á voluntad, dislocar y reducir, sin fuerza y sin dolor, la cabeza del fémur.

Esta luxacion por atrofia nos parece incontestable en los términos en que se acaba de describir; pero de ella á las luxaciones congénitas hay todavía cierta distancia. M. Verneuil ha pasado de la primera especie á la segunda, comprobando por la lectura de los autores, que no sabemos nada ó casi nada de las primeras fases del mal, de su evolucion progresiva desde el momento en que la articulacion empieza á alterarse hasta aquel en que la cabeza sale de la cavidad para no volver á entrar en ella.

Lo que se llama una luxacion congénita no existe constantemente en la época del nacimiento, puesto que muchas observaciones demuestran que la claudicacion puede no aparecer, ni efectuarse la dislocacion hasta la infancia ó la juventud, despues de muchos años de integridad absoluta en la forma y funciones de la articulacion coxo-femoral. En resúmen se ve que la doctrina del doctor Verneuil consiste en considerar en muchos casos la

luxacion congénita del fémur como la última etapa, la consecuencia extrema de la parálisis atrófica de la infancia; parálisis parcial que afecta el grupo de los músculos pelvi-trocanterianos, y se manifiesta por caractéres marcados, por deformaciones especiales, del mismo modo que produce el *pié-bot* y ciertas deformidades de la espalda, ó el raquis cuando se fija en las masas musculares de las regiones correspondientes.

Es indudable que si las observaciones de M. Verneuil se confirman, la terapéutica obtendrá grandes ventajas en casos que se tenian por incurables. En muchos enfermos, en efecto, se podrá contener el mal en su principio é impedir el desarrollo de una afeccion muy grave y difícil de curar.

Luxaciones: aparatos para su reduccion. (*Bull. de l'Acad.—Gaz. med. —Revista de Sanidad militar*).

Reunimos en un mismo artículo y bajo un título comun la descripcion de dos aparatos presentados á la Academia de medicina de Paris, el uno por los instrumentistas Robert y Collin, y el otro por M. Mathieu: ambos tienen por objeto auxiliar á los prácticos en el tratamiento, tan difícil á veces, de las luxaciones, sobre todo de las antiguas.

El primero, ó sea el de Robert y Collin, ha sido ya aplicado dos veces con muy buen éxito. La primera, por el doctor Dolbeau en la clínica de Nélaton. La luxacion databa ya de sesenta y cinco dias, y quedó reducida en cinco minutos.

En el segundo caso, el operador fué Maisonneuve: la dislocacion contaba cinco semanas de fecha, y se redujo con la misma facilidad que la anterior.

La accion del aparato no está limitada solo á la reduccion de las luxaciones del codo, pues se funda en un principio que los autores generalizan á la de todas las demás dislocaciones.

La porcion del instrumento (fig. 3.ª), que se halla en relacion con los huesos dislocados, se compone de dos placas almohadilladas, una de las cuales A, se aplica sobre el olécranon en las luxaciones del codo, y la otra B,

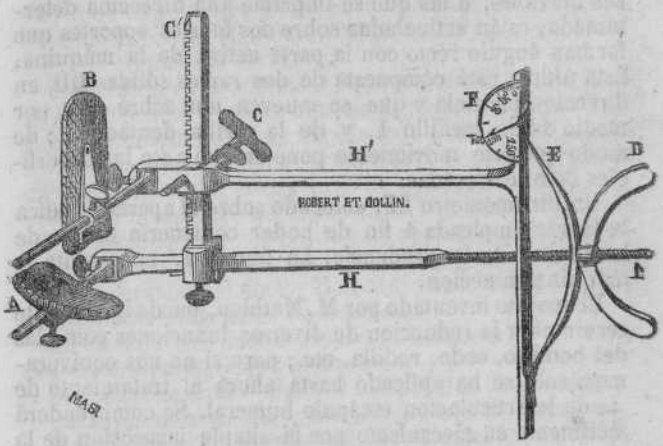


Fig. 3.ª

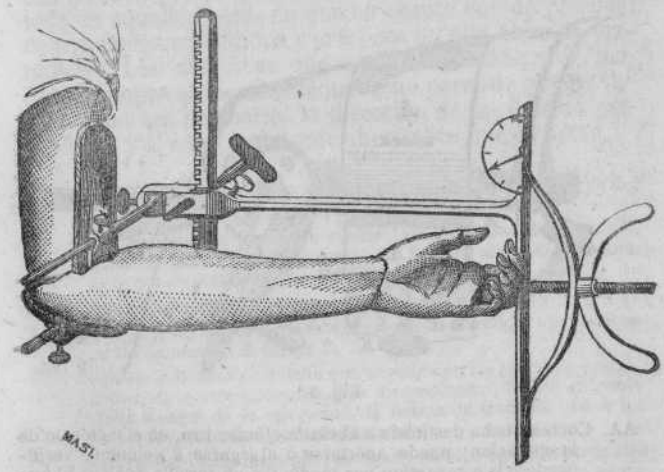


Fig. 4.ª

sobre la parte externa é inferior del húmero: estas placas movibles, á las que se imprime una direccion determinada, están articuladas sobre dos fuertes soportes que forman ángulo recto con la parte activa de la máquina. Esta última está compuesta de dos ramas sólidas HH' en direccion paralela y que se mueven una sobre otra por medio de un tornillo I, y de la varilla dentada C'; de modo que este movimiento pone en contacto las superficies óseas dislocadas.

Un dinamómetro EF, colocado sobre el aparato, indica la fuerza empleada á fin de poder contenerla dentro de los límites de la prudencia. La figura 4.ª representa la máquina en accion.

El aparato inventado por M. Mathieu, puede igualmente servir para la reduccion de diversas luxaciones como las del hombro, codo, rodilla, etc.; pero si no nos equivocamos, solo se ha aplicado hasta ahora al tratamiento de as de la articulacion escápulo-humeral. Se comprenderá ácilmente su mecanismo por la simple inspeccion de la siguiente figura 5.ª que le representa funcionando, y por la indicacion de sus partes constitutivas.

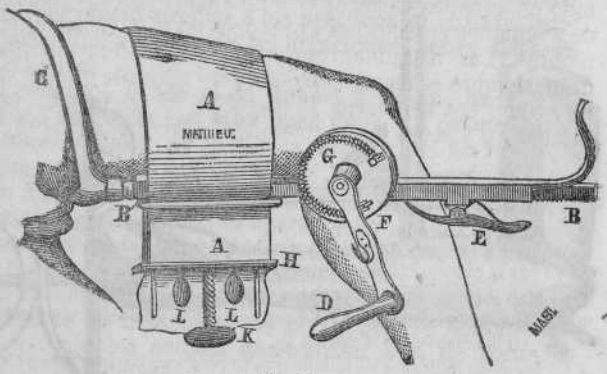


Fig. 5.ª

AA. Correa ancha destinada á abrazar el miembro, en el momento de la operacion; puede acortarse ó alargarse á voluntad, verificándose la compresion por medio de un tornillo análogo al torniquete de J. L. Petit.

Este instrumento está basado en el mismo principio que el de la pinza, para reducir luxaciones de los dedos, presentada por M. Mathieu en 1864, combinado con el sistema de cremallera de Jarvis.

Construido en proporciones convenientes, da una fuerza de extension y contra-extension progresiva, constante y sin sacudimientos, que impide todo accidente. Una vez aplicada la máquina sobre el miembro, el operador puede manejarla solo, sin el concurso de ayudante alguno.

Cuatro luxaciones del hombro se han reducido con la mayor facilidad por medio de este aparato, en los hospitales de Paris, sin necesidad de recurrir al cloroformo.

En el servicio del doctor Dolbeau: luxacion de veinte y seis dias, 76 kilógramos de traccion.

En la sala del doctor Jarjavay: luxacion de treinta y dos dias, 96 kilógramos de traccion.

Luxacion de cuatro dias, 70 kilógramos de traccion.

Luxacion de siete dias, 106 kilógramos de traccion.

Sin que yo crea exentos de inconvenientes estos instrumentos, es indudable que en determinadas circunstancias pueden prestar utilísimos servicios al cirujano, sobre todo en aquellos casos en que no cuenta con un personal de ayudantes entendidos y prácticos en esta clase de maniobras. Las máquinas que acabamos de describir, tendrán siempre el inconveniente de no permitir que se varie, como sea necesario, la direccion de las fuerzas empleadas, y á veces la del miembro sobre que se opera.

BB'. Varilla dentada que corre por una vaina que forma el cuerpo del instrumento, y está unida al mecanismo de la correa.

C. Pieza de acero en forma de media luna, almohadillada, que se une á la barra dentada, y sirve para formar el punto de apoyo de la contra-extension.

D. Manubrio destinado á poner el aparato en movimiento.

E. Llave para mantener fijamente la extension obtenida, apoyándose en los dientes de la varilla B.

F. Pequeño indicador de muelle que cayendo en las muescas practicadas en la circunferencia del dinamómetro, indica en cualquier tiempo de la operacion, la fuerza de traccion que se ha empleado, expresada en kilógramos.

G. Dinamómetro que funciona por medio de un resorte espiral, sobre el que se apoya el manubrio, y produce el efecto de la aguja indicadora.

Luxaciones: nuevo método de reduccion por medio de la traccion elástica con el caoutchouc. (*Gaz. des hop.*).

Hace tres años que á los doctores Anger y Legros se les ocurrió la idea de aplicar el caoutchouc á la reduccion de las luxaciones traumáticas. En esta época usaban dichos prácticos diariamente esta sustancia en el tratamiento de las anquílosis, fracturas, luxaciones espontáneas, etc. Los buenos resultados que por su medio se obtienen, les condujo naturalmente á practicar algunos ensayos en las luxaciones traumáticas. Aun cuando la idea era la misma, el principio en que habia que apoyarse, tenia que ser diferente. Para curar una anquílosis, es preciso, en efecto, vencer, no solo las resistencias activas de los músculos, sino tambien las pasivas de los ligamentos. Son, por lo tanto, necesarias tracciones sostenidas por largo tiempo, que no pueden soportarse sino á condicion de que sean muy débiles.

En una luxacion traumática, por el contrario, lo que principalmente se opone á la reduccion, son los músculos. Si se ha de vencer su resistencia, la traccion tiene que ser bastante poderosa para cansar muy pronto su contractilidad: la aplicacion de esta fuerza no debe pasar de quince á veinte minutos, si se quiere que sea soportable. Como es intermitente la contractilidad de que están dotados los músculos, estos tinen que ser necesariamente vencidos en su lucha, contuna traccion siempre igual, contínua y permanente. Por este medio ha de conseguirse forzosamente un aniquilamiento de la fuerza muscular, análogo y comparable á su parálisis.

Puede sin duda ninguna obtenerse este mismo resultado con los procedimientos antiguos, tracciones directas, muflas, etc.; pero no se consigue, ni tan seguramente, ni sin dolor. Todos estos métodos son mas ó menos brutales; exigen numerosos ayudantes; aterran al enfermo, y como son siempre intermitentes, provocan esfuerzos violentos de reaccion, y muy á menudo, una resistencia invencible.

El uso del caoutchouc es un procedimiento esencialmente suave; no tiene nada de alarmante, ni doloroso en

su aplicacion. Lo único de que se quejan los enfermos, es una sensacion de cansancio extraordinaria, y este es precisamente el momento que debe elegirse para practicar la coaptacion.

Conocidos ya los principios en que el método de MM. Anger y Legrós se funda, extractarémos, para que se comprenda bien su modo de proceder, un caso de luxacion intra-coracoídea, en que le ha aplicado el primero de estos autores en la clínica del doctor Nélaton.

Se trataba de un jóven de 27 años, en quien, á consecuencia de un golpe, se produjo una luxacion del hombro que en vano intentó reducir un médico llamado al efecto. Conducido el enfermo á las cuarenta y ocho horas á las clínicas, se observaron en él todos los fenómenos propios y característicos de la luxacion intra-coracoídea, que no enumerarémos en obsequio de la brevedad, y por ser bien conocidos.

Era el sujeto de constitucion atlética, de sistema muscular muy desarrollado, en términos que ninguno de los circunstantes dudaba que se necesitaria el cloroformo, como auxiliar de los procedimientos ordinarios de reduccion.

A M. Anger le pareció que este indivíduo reunia las condiciones mas favorables para experimentar un método con que ya habia obtenido feliz éxito en dos casos, si bien menos complicados.

El autor procedió del modo siguiente: se sentó al enfermo en una silla junto al borde de su cama, eligiendo por puntos de apoyo los montantes de hierro de las dos extremidades de esta.

1.° *Contra-extension.*—Se estableció por medio de un paño doblado en forma de corbata, cuya parte media se aplicó debajo de la axila, y los dos extremos reunidos detrás del cuello se fijaron sólidamente á uno de los montantes de hierro.

2.° *Extension.*—Las dos extremidades de una segunda compresa se fijaron á la mitad inferior del brazo, por medio de vendas aplicadas en forma de 8 de guarismo, alrededor del codo y del antebrazo.

Por el asa así formada, se pasó un tubo de caoutchouc del diámetro de un dedo pequeño, y de $0^{m},60$ cent. de

longitud. Sobre este tubo se practicó la extension al principio poco á poco, gradualmente, hasta que el brazo estuvo horizontal. Entonces se aumentó la traccion elástica, en términos de dar cuatro vueltas con el tubo alrededor del asa y el montante de la cama. El enfermo quedó en esta posicion cerca de media hora, mientras se terminó la visita. Al cabo de este tiempo se habia conseguido el objeto que el autor se proponia: el paciente se quejaba de un gran cansancio, y de estar exhausto de fuerzas.

Esta traccion elástica y contínua determinó cambios notables en las relaciones de las partes. La cabeza del húmero habia abandonado su posicion sub-clavicular, descendiendo á la axila, donde se la percibia fácilmente. Todos los músculos del hombro y del brazo, que al principio estaban contraidos, duros y resistentes, se encontraban ahora blandos y depresibles.

Sin embargo, la cabeza no habia entrado en su cavidad, y era preciso hacer la coaptacion. Cogiendo el brazo con la mano derecha, M. Anger imprimió al miembro una ligera y brusca traccion, mientras que con el pulgar y los demás dedos de la izquierda, aproximaba la cabeza humeral al acromion. Inmediatamente se redujo la luxacion entrando aquella en la cavidad glenoídea con ese movimiento y ruido característico.

El autor se propone hacer los experimentos convenientes para determinar la cantidad de traccion necesaria á vencer la resistencia muscular.

Por ahora, baste saber que la tension del caoutchouc debe ser proporcionada á la resistencia del sujeto, es decir, á su fuerza, edad, sexo, etc. Cuatro tubos del grueso del dedo pequeño, de 15 centímetros de longitud, distendidos hasta duplicar esta, han bastado en el caso precedente en que se trataba de un hombre atlético, y de una luxacion muy completa.

Es necesario, en fin, calcular la fuerza de la extension, de modo que se obtenga la relajacion muscular en quince ó veinte minutos.

Ignoramos cuál será el porvenir de este método; pero nos parece verdadero y racional el principio en que se funda, y que consiste en relajar los músculos, cansando su contractilidad, como se les relaja cuando se adminis-

tra el cloroformo. En último término, este es el objeto que se proponen todos los demás procedimientos antiguos, reemplazados hoy casi exclusivamente por la anestesia con que se suprime la resistencia muscular. Desgraciadamente el cloroformo no es un medio tan inofensivo que no debamos felicitarnos de encontrar otro que, produciendo el mismo resultado, esté exento de sus peligros. Toda la novedad y todo el mérito de este procedimiento consiste en la aplicacion del caoutchouc.

Empíricamente los cirujanos de la antigüedad, y sobre todo los de la edad media, habian ensayado la traccion contínua cuando, para las luxaciones del muslo por ejemplo, colgaban un peso de los piés, teniendo inmóvil la pélvis de varios modos, pero principalmente haciendo que el enfermo estuviese como á caballo y con los piés colgando en los peldaños de una escalera.

Muchos de los aparatos modernos y aun antiguos son tambien de traccion contínua. En este mismo volúmen describimos algunos de fecha bien reciente.

Orquitis epidémica: caractéres que la distinguen de la orquitis uretral. (*Jour. de méd. et chir. prat.*).

Con motivo de un caso de orquitis observado en el hospital Beaujon, y algunos otros enteramente análogos que se presentaron en la misma época, ha tratado el doctor Jarjavay de fijar los caractéres diferenciales que distinguen la orquitis parenquimatosa epidémica de la orquitis llamada uretral, la que tiene su orígen en un punto cualquiera de las vías destinadas á la excrecion de la orina.

En la primera no se observa nunca la hinchazon y dureza del epidídimo ni del conducto deferente; jamás contiene serosidad la túnica vaginal. En la segunda, por el contrario, hay constantemente tumefaccion y dolor en aquel conducto, y sobre todo en el epidídimo, y como el infarto de este es debido á la infiltracion de linfa plástica en el tejido celular, que reune las circunvoluciones del epidídimo, las venas del testículo se encuentran comprimidas, produciendo dificultad en la circulacion, y por consecuencia derrame de serosidad en la

vaginal. De aquí el que las punciones sean necesarias solo en la orquitis uretral.

El doctor Gobaud ha llamado la atencion de M. Jarjavay acerca de una circunstancia muy importante de notar en la historia de la orquitis epidémica, que es la atrofia del testículo, observada muchas veces por este práctico desde que en 1860 una casualidad le hizo advertir este curioso fenómeno en un hombre de 25 años.

La atrofia de dicho órgano habia sucedido de un modo bien manifiesto y rápido á una orquitis epidémica padecida en 1855, y en este caso, como signo característico de la especie, el epidídimo y el cordon habian quedado completamente indemnes.

Para terminar estas observaciones, llamando la atencion de los prácticos, ha insistido en un hecho que no es realmente nuevo: la orquitis epidémica, ora invade desde luego el testículo, ora no se manifiesta mas que por metástasis, cuando el frio húmedo ha ejercido su accion sobre la region parotídea.

Papilomas inflamatorios de la piel. (*Arch. gén. de méd.*).

Con este nombre describe el doctor W. Roser una afeccion inflamatoria de la piel, caracterizada por la proliferacion de las papilas, por la formacion de abscesos en sus intersticios y, en último término, por la coalescencia ó union de sus extremidades libres mas ó menos tumefactas. Es importante conocer esta enfermedad, porque las analogías que presenta con el cáncer, los condilomas y el lupus, pueden hacer fácilmente que se la confunda con estas afecciones. Es muy diferente de las proliferaciones cutáneas, que se encuentran en ciertas alteraciones designadas bajo el nombre de elefantíasis, y que se refieren casi siempre á un edema crónico: en este no se trata de una lesion de orígen inflamatorio.

El padecimiento que nos ocupa se presenta de preferencia en la cara, las manos y los piés; aparece en forma de una flegmasía circunscrita de la piel, que da lugar rápidamente á una multiplicacion y á una hipertrofia notable de las papilas del dérmis.

Entre las bases de estas se encuentran entonces fre-

cuentemente pequeños abscesos que es fácil evacuar por medio de una presion ligera. Las papilas se adhieren por su vértice, y quedan aisladas cerca de su base; fórmase de este modo, entre dos papilas inmediatas, una especie de puente, bajo el cual penetra con facilidad un estilete. Un exámen poco detenido podria hacer creer en la existencia de perforaciones múltiples de la piel, como se observa en el carbunco. Los abscesos de las glándulas sudoríparas, descritos por el doctor Verneuil con el nombre de hidrosadenitis, pueden igualmente presentar cierta analogía con los abscesos interpapilares de que se trata. El asiento de estas dos afecciones es tan diferente que apenas se concibe el error. No obstante, M. Roser cita el caso de una escrescencia, acompañada de absceso en el pezon, en que era muy difícil decidir si se trataba de una enfermedad de las papilas ó de las glándulas.

El papiloma inflamatorio tiene un curso unas veces agudo, y otras sub-agudo.

La forma aguda ofrece analogía con el eczema y el forúnculo. Se observan sobre todo formas de transicion notables en los puntos de la barba y de las mejillas en que existe vello. Fácilmente se comprende que una afeccion que tiene su asiento en las capas mas superficiales del dérmis, en la superficie de las papilas, pueda tener el aspecto elemental del eczema. El papiloma aparece cuando las extremidades de las papilas se hacen asiento de una tumefaccion considerable; los abscesos papilares, cuando la exudacion se fija principalmente en los intersticios de estas. Si la inflamacion profundiza más aun, y llega á producir un exudato fibrinoso, las lesiones pueden tener mucha semejanza con un forúnculo superficial; pero hay una diferencia característica entre los abscesos del papiloma y las perforaciones múltiples de la piel en el antrax, y consiste que en este la cubierta cutánea se encuentra destruida en todo su espesor, mientras que aquel determina cuando más la destruccion de las papilas.

En uno de los casos observados por el autor, la enfermedad reconocia por causa una quemadura superficial; en otros dos, parecia igualmente consecuencia de traumatismos poco intensos, y en todos los demás la etiolo-

gía era completamente desconocida. En ningun enfermo se podia invocar una causa específica; es indudable, sin embargo, que cuando estas causas dirigen su accion al cuerpo papilar del dérmis, pueden producir lesiones anatómicas semejantes. Efectivamente, en los condilomas y en el lupus se ven los abscesos interpapilares. Respecto á la union de las papilas, dice M. Roser, nunca la ha visto mas caracterizada que en la lengua de un sujeto afectado de sífilis congénita.

El papiloma inflamatorio tiene grande analogía con el tubérculo anatómico, en el cual se observan igualmente abscesos interpapilares; pero su marcha invasora, serpiginosa, y su resistencia á los tratamientos mas activos, no cediendo sino á las cauterizaciones, le distinguen suficientemente de la enfermedad que nos ocupa, que cura por lo comun de un modo espontáneo ó con una terapéutica muy sencilla.

Basta practicar durante algunas semanas lociones con agua blanca ó curas con una pomada de precipitado, etc., para que las papilas hipertrofiadas disminuyan poco á poco de volúmen, y la piel recobre su estado normal. No obstante, en algunos casos inveterados le ha parecido al autor indispensable practicar excisiones como se hace cuando existen condilomas en gran número.

M. Roser refiere la siguiente observacion que puede servir de tipo:

Un hombre de 20 años entró en la clínica el 9 de junio, presentando en ambas piernas grandes ulceraciones de bordes desprendidos, consecuencia de abscesos frios subcutáneos. Se observaban además en la cara dorsal de los dos piés papilomas voluminosos de 3 pulgadas de longitud, una ó dos de latitud, y media de elevacion. Estos tumores tenian un aspecto análogo al de una amígdala hipertrofiada. La presion hacia salir gotitas de pus por un centenar de pequeños orificios. En algunos puntos el líquido que exudaba no era pus, sino una especie de puré blanquecino, formado por gruesas células epiteliales. El exámen por medio de un estilete demostró la existencia de un gran número de abscesos interpapilares, mas ó menos voluminosos, aislados ó confluentes, y una red de líneas cicatriciales formando una especie de puentes que

presentaban una textura de todo punto semejante á la que se observa á consecuencia de los desprendimientos de la piel en sujetos escrofulosos. Los tumores contaban ya, segun el enfermo, seis años de existencia, y habian resistido tenazmente á un gran número de tratamientos distintos. El empleado por M. Roser consistió en resecar sucesivamente las papilas hipertrofiadas y las líneas cicatriciales. Esta operacion se repitió en mas de treinta puntos diferentes, quedando, como consecuencia de ella, en el sitio de los papilomas, una cicatriz lisa, ancha, y que apenas se retrajo, segun ya podia presumirse, no habiendo sido interesadas sino las partes mas superficiales del dérmis.

Perinefritis: tratamiento. (*Union méd. — Bull. de thér.*).

El eminente práctico doctor Trousseau ha llamado la atencion, en una interesantísima leccion clínica, acerca de dos hechos de grande importancia en el diagnóstico y tratamiento de los abscesos perinefríticos: por una parte, la influencia de los esfuerzos en su produccion, y por otra la accion eficaz de los agentes anodinos, como medio de contener el trabajo inflamatorio, suprimiendo el dolor. Este resultado puede, sobre todo, obtenerse cuando la perinefritis reconoce por causa un esfuerzo. En apoyo de esta asercion, el ilustre clínico ha referido el hecho siguiente:

El hijo de uno de los pintores mas célebres de Paris, jóven de 20 años, sintió un vivo dolor en la region lumbar, al hacer un violento esfuerzo para arrimar á la orilla del rio una pequeña barca. El dolor disminuyó al pronto; pero pasados algunos dias, se hizo tan agudo, que obligó al enfermo á quedarse en cama. Todos los médicos y cirujanos que le vieron en consulta, opinaron unánimemente que existia una perinefritis, que, segun todas las probabilidades, terminaria por supuracion.

No se verificó, sin embargo, este pronóstico, bastando para hacer desaparecer todos los síntomas con que se calmase el elemento dolor, que era el fenómeno morboso predominante. Algunas gotas de la solucion de sulfato neutro de atropina, inyectadas en el tejido celular de la

region lumbar por M. Bonin, de Poissy, fueron suficientes para conseguirlo, dando por resultado la curacion.

El doctor Trousseau cita varios casos, para probar que el dolor solo, ora sea local, como en los cólicos nefríticos, ora se encuentre su foco mas distante, y se propague por continuidad, como en ciertas afecciones vesicales, basta, para determinar abscesos perinefríticos, segun tambien lo ha comprobado Chopart en el cadáver, despues de la amputacion de un testículo.

Pólipos nasales: su destruccion por el método gálvano-cáustico. (*Analli Univers. di Méd.*).

El doctor Ciniselli, legislador, si no inventor de la gálvano-cáustica química, que un célebre cirujano francés habia presentado como descubrimiento propio, ha publicado recientemente muchos casos de curacion por este método. Los dos primeros se refieren á ránulas tratadas, la una por el doctor Scarencio, y la otra por el mismo autor; pero estas operaciones nada tienen de notable, puesto que consistieron únicamente en producir una pequeña escara, para dar fácil salida á los líquidos contenidos en la bolsa.

En la tercera operacion se trata de un pólipo nasal en una jóven de 20 años. El tumor llenaba toda la nariz derecha, y habia empujado el tabique hasta el punto de impedir tambien el paso del aire por la izquierda. El doctor Ciniselli se sirvió, para practicar la operacion, de una pila de 50 elementos, capaz de dar un centímetro cúbico de gas por minuto, por la descomposicion de agua acidulada, con $^1/_{90}$° de su peso de ácido sulfúrico. Se introdujo en el tumor, y en direccion horizontal, una larga y gruesa aguja de acero, en relacion con el polo negativo. La enferma tenia en la mano el otro reóforo. Pasados quince minutos, se mudó de sitio la aguja, prolongando la accion de la corriente otros diez minutos más. Toda la parte visible del tumor se habia convertido en una escara amarillenta y blanda, que se extendia á lo largo del trayecto de la aguja.

Nueve sesiones, practicadas del mismo modo, fueron bastantes para conseguir la destruccion total del pólipo;

en ninguna de ellas se observó reaccion local ó general. Las escaras se desprendieron del décimo al décimo-quinto dia, siendo siempre seguida su eliminacion de un alivio notable. Las sesiones se repitieron despues á largos intérvalos, de uno á dos meses, porque la enferma no vivia en la misma poblacion que el operador. En la última, que se verificó en junio de 1865, ya habia desaparecido casi por completo el tumor, no encontrándose mas que un pequeño resto de él en la parte superior de la fosa nasal.

La última observacion tiene por objeto un pólipo nasal, acompañado de un tumor en el lado interno de la órbita. A mediados de junio de 1865, presentaron al doctor Manfredini un niño de 22 meses, con un tumor en la parte interna de la órbita derecha, que empujando el ojo hácia adelante y afuera, se extendia á toda la nariz del mismo lado. La enfermedad apareció pocos meses despues del nacimiento, primero en la cavidad nasal, que fué llenando por completo, y hasta el octavo mes no invadió la órbita, inclinándose hácia el saco lagrimal. El doctor Manfredini habia extirpado inútilmente con las pinzas algunas porciones del pólipo que continuaba creciendo.

El tumor nasal, que se extendia desde la abertura de la nariz hasta la faringe, presentaba un aspecto carnoso y poco vascular. El lagrimal, cubierto por la piel sana, ocupaba toda la mitad interna de la cavidad orbitaria. Puesto al descubierto, por medio de una incision de la piel, se introdujeron en él dos agujas, una de acero, para el polo negativo, y otra de platino, para el positivo, paralelas en su trayecto y separadas entre sí por un centímetro de distancia. Penetraron sin obstáculo á 3 centímetros de profundidad, de tal modo que su punta llegaba á la cavidad nasal. El aparato que se empleó era una pila de columnas de treinta pares, de un decímetro cuadrado. El niño estuvo cloroformizado todo el tiempo que duró la operacion. Se prolongó la corriente por espacio de un cuarto de hora, y bajo su influencia se formaron dos escaras, que se desprendieron á los pocos dias, sin reaccion de ninguna clase. El tumor disminuyó mucho de volúmen. Otras cuatro sesiones, practicadas á

diferentes intérvalos, en el espacio de dos meses, acabaron de destruirle por completo. El globo del ojo recobró su posicion normal; en el sitio del unguis existia una ancha abertura elíptica, que comunicaba con la cavidad nasal, y se obliteró enteramente pasado un mes, quedando el enfermo perfectamente curado.

Para que estas dos observaciones tuvieran toda la importancia que realmente merecen, seria necesario saber si los pólipos se reprodujeron, como tan á menudo sucede en los demás métodos operatorios. Si la experiencia demostrase que no ocurre así en el procedimiento en cuestion, es indudable que la gálvano-cauterizacion química ofrece grandes ventajas sobre todos los demás medios de tratamiento.

Pólipos naso-faringeos: nuevos métodos de extirpacion. (*Union méd.—Dict. des progr.—Gaz. méd. de Lyon*).

El distinguido cirujano Alf. Guerin ha comunicado, á la Sociedad de Cirugía de Paris, un nuevo método de tratamiento de los pólipos naso-faríngeos, que cree haber descubierto. En el momento que operaba uno de estos pólipos, le ocurrió repentinamente la idea del procedimiento que vamos á describir.

Tratábase de un jóven de 17 años, que se presentó en la consulta del hospital de San Luis, con una masa poliposa enorme, que llenaba la cavidad naso-faríngea, empujando hácia adelante el velo del paladar, de modo que la cara posterior de la úvula se aplicaba sobre la superior de la lengua, y sobresalia en la cavidad bucal. El sujeto se hallaba en un estado de debilidad y demacracion alarmante, que hacian mas grave un copioso flujo purulento por el oido y las alteraciones producidas en las funciones respiratorias y digestivas por el tumor.

M. A. Guerin se decidió á operarle, por mas que el pronóstico fuese grave, y el resultado de la operacion muy incierto. Temiendo para el enfermo, ya profundamente debilitado, las consecuencias de las grandes mutilaciones que se suelen practicar para la cura radical de los pólipos naso-faríngeos, no pudo resolverse á extirpar el maxilar superior, ni á destruir la bóveda palatina, se-

gun el consejo y el ejemplo de Nélaton. Decidió limitarse á la operacion siguiente: Despues de haber hendido el velo del paladar, tiró fuertemente del tumor, á través de esta abertura, y cortando con unas tijeras el pedículo, extrajo una masa considerable. Pero reconociendo con el dedo índice, encontró en la parte superior una nueva porcion, no menos voluminosa que la anterior, encajada en las fosas nasales, imposible de limitar, que se prolongaba sin duda á los senos esfenoidales, y quizás hasta la cavidad craneana. Era preciso, ante esta nueva dificultad, tomar rápidamente una resolucion. Entonces se le ocurrió á M. Guerin la idea de intentar la enucleacion de esta segunda masa poliposa: llevando el dedo índice izquierdo detrás del velo del paladar, muy poco sensible en los sujetos que padecen pólipos naso-farín-geos, introdujo, por la abertura de la nariz, de delante atrás, una hoja aislada de las tijeras que tenia mas á mano, sirviéndose de ella para enuclear rápidamente toda la masa comprendida entre su dedo índice y dicha lámina metálica, que manejó, ya á manera de palanca, ya de legra, para denudar los huesos de la base del cráneo. Esta enucleacion se verificó con prontitud, pero no sin trabajo y sin hacer crujir los huesos: paseando en seguida el dedo por el sitio de implantacion del tumor, se notó que penetraba en una cavidad bastante grande para contener una gruesa nuez, y constituida probablemente por la dilatacion de los senos esfenoidales. La hemorragia, un tanto considerable, despues de la operacion, se contuvo, y el enfermo, libre del enorme tumor que le impedia respirar, sintió en el mismo instante un bienestar que no experimentaba hacia muchísimo tiempo.

M. Guerin considera esta operacion como un método nuevo de extirpar los pólipos naso-faríngeos, que puede aplicarse á la mayor parte de los casos, y que no exige las graves y terribles mutilaciones preliminares que es necesario practicar con los procedimientos actualmente usados. La denudacion de los huesos por esa especie de legradura, no debe preocuparnos, porque el tejido óseo se cubre rápidamente de mamelones carnosos que reparan por completo las pérdidas de sustancias. Es indispensable, por otra parte, para quitar todas las raices poliposas

que se implantan en el tejido fibroso que cubre los huesos, y que reproducirian necesaria y rápidamente el padecimiento, si no se las destruyese con el tejido que las sostiene. El enfermo, operado hacia unas seis semanas cuando le presentó M. Guerin á la Sociedad de Cirugía, no presentaba mas que una pequeñísima denudacion de los huesos que habian sido legrados y que se hallaban casi por completo cubiertos por los exudatos plásticos, segun pudieron observar varios miembros de la corporacion.

El autor ha querido, con este caso, llamar la atencion de los cirujanos acerca de un método nuevo, que si se llega á establecer y generalizar en la práctica, constituiria evidentemente un progreso considerable en el tratamiento de los pólipos naso-faríngeos.

Con motivo de la comunicacion de M. Guerin, ha recordado M. Legouest, que desde el año anterior habia él entrado en la misma vía en que se coloca aquel cirujano, sustituyendo á los métodos actuales con sus terribles mutilaciones, otro que permite obtener con poca destruccion la cura definitiva de esta especie de tumores. M. Legouest parte del principio de que los pólipos naso-faríngeos son enfermedades de la juventud, cuya curacion definitiva debe esperarse cuando se tienen medios de vigilar y reprimir la reproduccion, dejando, por decirlo así, una puerta ó ventana constantemente abierta, por la que pueda verse lo que pasa, é intervenir cuantas veces sea necesario, hasta que hayan cesado las recidivas.

Este cirujano hace una incision, que desde el ángulo interno del ojo se extiende hasta el borde del labio superior, que debe respetarse: con ella pone á descubierto los huesos de la pared externa de las fosas nasales, que levanta en seguida. De este modo se tiene un ancho espacio abierto, en el que se puede hacer maniobrar una pinza corva, coger el pólipo, arrancarle, extirpar todas las raices y separar fragmentos óseos, si es necesario, para tener la seguridad de haber quitado todo el mal. Despues de terminada la operacion, no se reune la herida, quedando de esta manera una puerta abierta por donde pueda penetrar la vista ó el dedo si fuere preciso, á través de la fosa nasal hasta la faringe. Si el pó-

po recidiva, que es lo mas comun, se puede entonces, sin nueva operacion, extirparle segunda vez, y así sucesivamente hasta la curacion definitiva. M. Legouest ha empleado para esto una pinza fuertemente encorvada, de bocados triangulares y romos, que pueden introducirse separadamente hasta la parte inferior de la nariz, donde se les articula apretándoles en seguida sobre la masa poliposa que ha quedado cogida entre ellos. Se deja aplicada la pinza, y el tumor se desprende y cae á los pocos dias. Se repite, si es necesario, esta pequeña operacion hasta que los progresos de la edad en estos jóvenes vienen á poner un término á las recidivas. De este modo se consigue la cura radical y definitiva de los pólipos naso-faríngeos evitando mutilaciones irremediables en otro caso, como la extirpacion del maxilar superior ó la destruccion de la bóveda palatina.

El doctor Borelli, de Turin, ha reclamado la prioridad diciendo que hace quince años que emplea en su práctica el método que M. Guerin cree nuevo. M. Letenneur, de Nantes, le disputa tambien una parte de esta gloria. M. Dolbeau niega á su vez la eficacia del procedimiento. Cree el hecho insuficiente y falto de detalles. Le parece muy difícil hacer maniobrar una legra á esta profundidad en un cadáver, y muchísimo más, por lo tanto, en el vivo. Piensa que todos los métodos deben inclinarse ante la cauterizacion electro-química, que ya ha producido muchas curaciones bien confirmadas en manos de Nélaton. Aun cuando poco numerosas, merecen llamar la atencion de los cirujanos por su importancia, y á fin de que, repitiendo los ensayos, se fije definitivamente el valor de este método, que de ser tan eficaz como se dice, no hay duda que debe preferirse á todos los otros.

Con el nombre de *osteotomía vertical y bilateral de los huesos de la nariz*, ha dado á conocer, á varias sociedades sábias, el doctor Ollier, de Lyon, un procedimiento operatorio que emplea hace dos años para la extirpacion de los pólipos naso-faríngeos, y consiste en lo siguiente: Se hace una incision de forma angular ó de herradura, que, empezando encima de la parte mas posterior del contorno superior del ala de la nariz, sube hasta el punto mas alto de la raiz de esta y desciende siguiendo la misma

direccion hasta igual sitio del en que empezó en el ala nasal del lado opuesto. En este primer corte deben comprenderse todos los tejidos hasta el hueso.

Se toma entonces una sierra de hoja estrecha y suficientemente inclinada sobre el mango (sierra de Buched ó de Mathieu), y despues de haber dirigido la lámina en el sentido de la incision cutánea, se separa con un corte rápido casi la totalidad de los huesos propios de la nariz y la parte mas anterior de la apófisis ascendente del maxilar superior; se retira la sierra cuando ha llegado al límite de la porcion ósea, y con tijeras se prolonga por cada lado la incision de las partes blandas profundas, hasta el límite extremo de la incision cutánea; se baja entonces la cubierta nasal, que está adherida á la cara por tres pilares, el tabique en medio, y las alas á los lados, y se tiene una doble ventana que permitirá llegar al pólipo.

En ciertos casos, hallándose empujado el tabique por el mismo pólipo, no hay que ensanchar la salida; en otros se le movilizará cortándole cerca de su base; se le hará movible sin sacrificarle, y se le dirigirá á izquierda ó derecha segun las necesidades del operador.

Conviene saber que en algunos casos el tabique estará adelgazado por la presion del tumor, y bastará la presion del dedo para dislocarle: detenida con ligaduras ó espontáneamente la sangre de esta herida preliminar, se aprecia la forma del pólipo y su base de implantacion, y se procede á extraerle por avulsion, legrando los huesos y cauterizando si hay necesidad. Si el pólipo fuera muy vascular, podrá usarse el *écrasseur*; pero esto excepcionalmente, porque el asa metálica deja siempre por detrás algunas raices del mal.

Se exploran con atencion todas las anfractuosidades de las fosas nasales; empleando tambien el dedo, introducido en la boca para reconocer la parte posterior y superior de la faringe. Quitado ya el pólipo, se levanta la nariz, se la sostiene con puntos de sutura metálica muy próximos, teniendo cuidado de comprender el periostio en las partes blandas, y queda restablecida la forma de la cara. Se obtiene fácilmente la reunion inmediata, si hay cuidado de hacer bien la sutura.

La piel está adherida al segundo dia en casi todos los puntos, y quince ó veinte dias despues se encuentran unidos los huesos lo bastante para no permitir ningun movimiento.

En resúmen, la osteotomía vertical y bilateral de la nariz es muy sencilla y rápida; tiene la ventaja de no comprometer la forma de la cara y de no perjudicar á las funciones de las fosas nasales; no da mayor gravedad á la operacion fundamental, es decir, á la extirpacion del pólipo. En cuanto á la nutricion de la nariz, no se compromete con esta operacion: porque está alimentada principalmente por las arterias que la vienen de abajo arriba por su base, y estos vasos son respetados en todos los casos.

El autor ha practicado ya ocho veces esta operacion; seis para pólipos fibrosos naso-faríngeos, y dos para pólipos glandulares, desarrollados en la parte superior de la cavidad de la nariz.

En uno de los seis primeros casos murió el enfermo á consecuencia de accidentes cerebrales; la autópsia demostró, sin que nada hubiese podido hacerlo sospechar, durante la vida, que el pólipo penetraba por una prolongacion en la sustancia del cerebro.

En resúmen, nos parece que la osteotomía vertical y bilateral de los huesos de la nariz reune, como decia Viennois, tres preciosas cualidades: sencillez, seguridad y eficacia. Es, á todas luces, preferible á la reseccion del maxilar superior, única operacion á que puede comparársela para los resultados prácticos. En la que acabamos de describir, no se necesita ese terrible aparato instrumental de escoplos y martillos. Un bisturí, una sierra estrecha y un par de tijeras fuertes, bastan para practicarla, y en un tiempo mucho mas corto relativamente. Nada en ella se sacrifica; no se hace mas que bajar la nariz, y como resultado final, solo quedan cicatrices lineales poco notables y que no constituyen deformidad.

La extirpacion del maxilar obliga á sacrificar partes importantes del esqueleto de la cara, y no solo desfigura la regularidad de esta, sino que compromete tambien funciones importantes: la masticacion, destruyendo una parte de la arcada dentaria; la fonacion, interesando las fosas nasales y la bóveda palatina.

Priolabo: nueva sierra para resecciones. (*Bull. de l'Acad.*).

El doctor Fauvel ha presentado, á la Academia de Medicina, el modelo de un instrumento construido bajo su di-

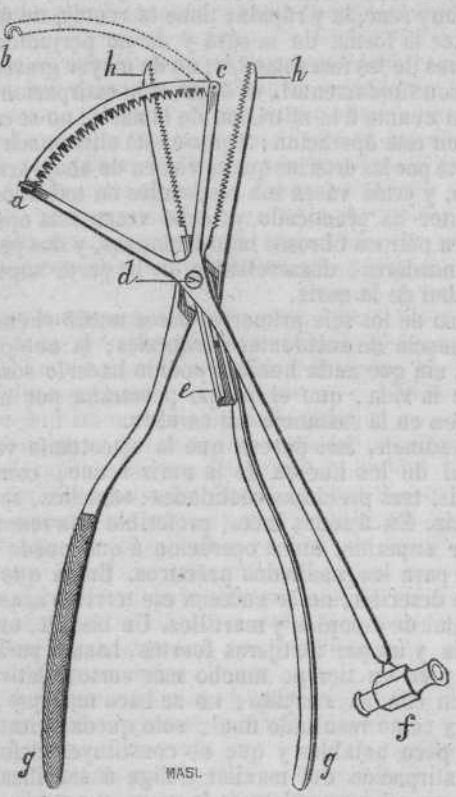


Fig. 6.ª

reccion por el hábil fabricante M. Mathieu. Consiste, segun una nota del mismo autor, en una sierra de corte

cóncavo, destinada á suplir á muchos de los osteótomos conocidos y en particular á la sierra de cadena. M. Fauvel propone que se le dé el nombre de *priolabo*, formado de dos palabras griegas, que significan sierra y pinza, en razon de las dos piezas principales que constituyen el instrumento (fig. 6.ª), á saber:

1.° Una pinza bastante fuerte, encorvada sobre el lado *gh*.

2.° Una sierra en forma de arco de círculo *ac*, de 10 centímetros próximamente de longitud, y de una corvadura cuyo radio *ad* es, con corta diferencia, de la misma dimension. Su borde cortante ó cóncavo tiene milímetro y medio de grueso, y está armado con dos órdenes de dientes alternos. Su borde convexo es mucho mas delgado, casi cortante. De suerte que un corte perpendicular de esta hoja ó lámina presentaria una superficie transversal de figura triangular, correspondiendo la base al borde cortante ó cóncavo. El autor insiste mucho en esta disposicion, porque con ella se consigue que la sierra no pueda enclavarse al terminar la seccion, por efecto de la propulsion de los dos fragmentos hácia adelante. Una de sus extremidades, *c*, tiene un agujero central; la otra, *b*, está escotada, formando una mortaja, análoga á la del fórceps ordinario. Por la primera extremidad, la hoja de la sierra se articula á charnela con el extremo libre de uno de los ramos de bifurcacion de un vástago en figura de Y, *ac*. La extremidad opuesta se articula con la correspondiente del vástago *ad*, que tiene un eje *a*, análogo tambien al del fórceps. Esta forma de articulacion permite abrir y cerrar la sierra á voluntad. En el punto de reunion de las dos ramas de la Y con el mango principal, que está armado de una empuñadura *f*, hay un eje *d*, alrededor del cual gira la lámina dentada, y que representa el centro de la corvadura de la sierra, así como los ramos de bifurcacion de la Y representan sus radios.

3.° La pinza y la sierra están reunidas por una corredera *e*, cuya pieza fija se encuentra en la pinza, y la movible en el eje de la sierra. Por medio de esta corredera, especie de lazo de union entre las dos piezas principales del instrumento, la sierra se mueve á voluntad

sobre la pinza de atrás adelante ó de delante atrás, no pudiendo ejecutar por este eje ningun movimiento en

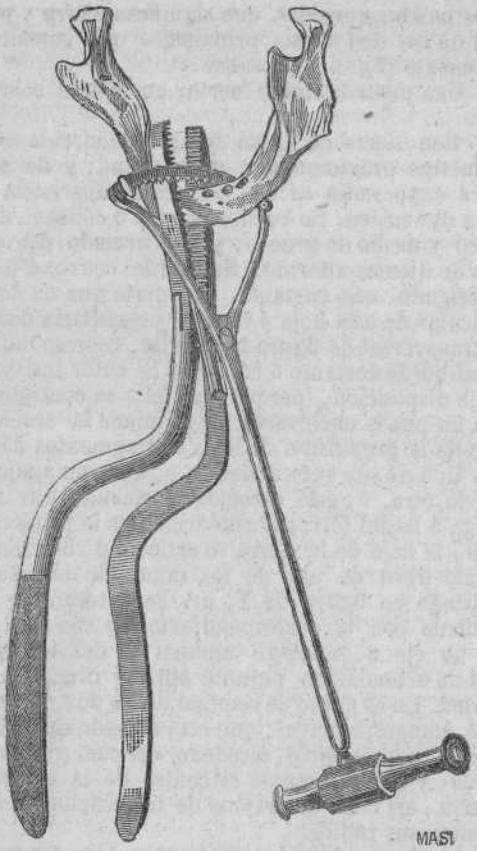


Fig. 7.ª

sentido perpendicular á la direccion de la corredera. La figura 7.ª representa el priolabo en accion.

El autor cree que este instrumento tiene varias ventajas, siendo las principales: 1.° no lesionar las partes blandas, exigiendo solo para su aplicacion una herida relativamente pequeña, gracias á la corvadura de la hoja; 2.° no estar sujeto á enclavarse ni romperse, como la sierra de cadena; 3.° que por medio de la pinza se fija el hueso y se inmoviliza la sierra, consiguiéndose de este modo, por necesidad, una seccion limpia y determinada; 4.° como quien sujeta la pinza debe ser un ayudante, la sierra no exige para funcionar que el operador emplee mas que una mano.

Prúrigo: su tratamiento por medio del aceite de petróleo.
(*Bull. gén. de thér.*).

El doctor Bellecontre recomienda el aceite de petróleo en el tratamiento del prúrigo, enfermedad cutánea, tan comun como rebelde. Asegura haber obtenido por este medio felices resultados en muchos enfermos en que nada se habia podido conseguir con los recursos terapéuticos ordinariamente empleados.

Los casos en que, á su juicio, el éxito es mas seguro, son: en el *prúrigo mitis* y en el *prúrigo senilis* de Willan. El autor recomienda el aceite de petróleo purificado en lociones, encargando mucho que no se practique friccion alguna, porque esto produciria una inflamacion dolorosa que retarda la curacion.

Las primeras aplicaciones de esta sustancia determinan á veces rubicundez de la piel y aumento de prurito, lo cual desanima á los enfermos. El médico, sin embargo, debe continuar el tratamiento, haciendo que se practiquen las lociones mas de tarde en tarde y empleando al mismo tiempo algunos baños generales simples ó ligeramente alcalinos. En estos casos es tambien muy útil asociar el petróleo al aceite de almendras dulces y al láudano de Sidenham. El doctor Bellecontre usa por lo comun la siguiente fórmula:

Aceite de petróleo.	120 gramos.
Aceite de almendras dulces.	125 —
Láudano de Sidenham.	6 —

Mézclese.

Para unturas ligerísimas á la parte enferma.

En la mayoría de los casos ha usado como auxiliares muy útiles algunos suaves derivativos intestinales.

El aceite de petróleo ha sido ya empleado por MM. Decaisne, Bouchut, y recientemente por Lailler. Las observaciones de Bellecontre confirman las de estos autores, respecto á la accion terapéutica de dicho agente, que no cuenta aun con la sancion completa de la experiencia.

Ptialismo mercurial: tratamiento de las úlceras consecutivas á esta afeccion. (*Pab. méd.*).

El doctor Ametller, ilustrado cirujano del hospital de San Juan de Dios de Madrid, ha publicado, en el *Pabellon médico*, una interesante nota en que da á conocer un medio de tratamiento eficacísimo y de que constantemente se vale para curar las úlceras que quedan en los bordes de la lengua, en las encías y mucosa gingival, por efecto del uso de los mercuriales, cuando estos han tenido que emplearse hasta el punto de producir el ptialismo, y principalmente cuando dichas úlceras recaen en mujeres linfáticas.

Este práctico ha tenido ocasion de observar que el clorato de potasa, tan generalmente usado, ya solo, ya auxiliado con toques de ácido clorhídrico diluido, no tarda en moderar la salivacion y aun en hacerla desaparecer por completo; pero no sucede lo mismo con las úlceras antes indicadas, que tienen gran tendencia á pasar al estado atónico. El ácido clorhídrico diluido que se emplea muy á menudo para avivarlas, sobre ser de aplicacion dolorosa para el enfermo, no está exento de peligros para la dentadura, habiendo observado el señor Ametller en algunos casos que queda sumamente resentido el periostio alvéolo-dentario, lo que expone luego á que se caigan algunos de los ostéides.

Con objeto de evitar este peligro, ha ensayado un gran número de colutorios, encontrando al fin uno tan eficaz como sencillo, y que consiste únicamente en el aguardiente comun. Basta hacer un par de enjuagatorios con este líquido por la mañana, y tocar por la tarde, si se quiere, las úlceras con una ligera disolucion de sulfato de

cobre para que en pocos dias desaparezcan, no solo estas, sino tambien salivaciones mas ó menos copiosas que hubieran resistido dias y semanas al clorato de potasa, usado interior y exteriormente, á los colutorios de cocimiento de llanten, á los albuminosos, á los de ácidos diluidos, etc. El primer dia es un poco doloroso el contacto del aguardiente; pero á los siguientes el enfermo apenas sufre ninguna molestia; la dentadura en vez de resentirse se afirma; la tumefaccion de la boca baja por momentos; la salivacion disminuye y desaparece, y las úlceras, despues de limpiarse y encarnarse perfectamente, se cicatrizan con suma rapidez.

Entre los varios casos que podria citar, añade el autor, ninguno tan elocuente como el de una jóven de mi enfermería, en el hospital de San Juan de Dios, que hacia mas de un mes que tomaba el clorato potásico, y usaba el colutorio aluminoso sin resultado alguno, y que se curó en siete dias con el plan que acabamos de indicar.

Quemaduras: su tratamiento por los baños de aceite. (*Revista de Sanidad militar*).

El doctor Hysler recomienda en las quemaduras extensas el baño de aceite de olivas, frio primero, y despues caliente, no excediendo la temperatura de 10 á 18° R., y de ocho á diez y seis horas de duracion.

El primer efecto que produce este baño á los pocos minutos, es un alivio notable en los dolores y la agitacion de los enfermos, habiendo llegado algunos, y en especial los niños, á dormirse sosegadamente con pulso tranquilo, respiracion y color del rostro normal. Pasadas nueve ó diez horas, los sitios quemados se tornan pálidos, tumefactos, como macerados, y casi indolentes (quemaduras de segundo grado).

Despues del baño recomienda el mismo autor que se cure la solucion de continuidad con cerato simple. Las heridas supuran muy poco y cicatrizan con prontitud.

No se sabe si la accion del aceite es química ó mecánica. Hasta ahora tampoco ha demostrado la experiencia si son igualmente útiles estos baños en las quemaduras

mas profundas; pero á juzgar por los resultados obtenidos en las de primero y segundo grado, es de suponer que por lo menos no sean desfavorables. En vista del buen éxito conseguido con este medio en las quemaduras, sospecha el doctor Hysler que acaso fueran tambien beneficiosos los baños permanentes de aceite, sobre todo en las heridas de las extremidades inferiores.

Creemos muy probable que toda la eficacia de este medio esté reducida á librar á las superficies quemadas del contacto del aire; y de ser así, de seguro podria reemplazarse el aceite con algun otro agente mas económico.

Respecto á su uso en otra clase de heridas, no están tampoco muy en armonía las ideas del autor con las tendencias de la modernísima terapéutica, que recomienda para esta clase de lesiones, la cura por los alcohólicos, proscribiendo casi en absoluto los cuerpos grasos.

Quiste hidatídico del hígado: curacion por medio de las inyecciones de helecho macho y las de tintura de iodo y agua de creosota. *(The Lancet. — Montp. méd.).*

Fundándose en la relacion que existe entre la ténia y las hidátides, ha empleado el doctor Pavy las inyecciones de la solucion de extracto de helecho macho, en un tumor hidatídico del hígado, que padecia un jóven de 21 años, acogido en el hospital que tiene bajo su direccion. Pero como este extracto es demasiado insoluble en el agua y el alcohol, para que se le pueda inyectar por una cánula fina, le mezcló con un poco de potasa en la proporcion siguiente:

Extracto blando purificado de helecho macho. . .	2	gramos.
Licor de potasa.	2	—
Agua destilada.	25	—

La inyeccion se practicó el 6 de noviembre, adoptando todas las precauciones necesarias para impedir la entrada del aire. Examinado el líquido que se extrajo por la puncion, no se encontró nada de albúmina; era rico en cloruro de sodio, y contenia ganchos de equinococos. La operacion determinó un dolor ligero en el momento, y despues, consecutivamente vómitos; un poco de diarrea; fiebre moderada, pero sin síntoma alguno de peritonitis.

A los catorce dias, el volúmen del tumor habia dismi-

nuido considerablemente; era mas blando y mas difícil de circunscribir. En fin, el enfermo salió curado del hospital á los veinte y tres dias. Habiéndole vuelto á ver seis meses despues, continuaba gozando de buena salud, y en el sitio del tumor en el hipocondrio derecho se percibia una simple dureza.

El autor deduce de esta observacion que el extracto de helecho mata á las hidátides sin producir supuracion, y favorece la absorcion del líquido del quiste: tambien debe tenerse en cuenta el efecto que haya podido producir el licor de potasa.

Si este hecho único no prueba que el éxito haya de ser siempre tan feliz, ofrece al menos bastante importancia, para que se renueven los ensayos en ocasion oportuna. El uso directo y tópico de un vermicida en semejante caso, no puede menos de aceptarse como racional, y esta solucion, así preparada, parece que no solo mata los acefalocistos, sino que evita su reproduccion.

El doctor Harley aconseja las siguientes reglas de tratamiento para esta enfermedad, cuya eficacia ha comprobado recientemente en un caso de curacion.

Es necesario puncionar el tumor *por encima* del ombligo, porque el saco, por muy voluminoso que sea, se contrae despues que queda vacío, y viene á ocupar solo el epigastrio ó el hipocondrio.

La puncion debe hacerse con un trócar grueso, dejando colocada la cánula hasta que queda libre en la herida que empieza á supurar. Entonces se la reemplaza, no por una sola sonda (que no seria bastante para vaciar el saco de su líquido y de sus contenidos membranosos), sino por dos ó tres sondas del número 12. Debe procurarse disponerlas de manera que, en el interior del tumor, sus extremidades se encuentren aproximadas. Para facilitar la disgregacion de las paredes del quiste y favorecer la inflamacion adhesiva, se inyecta la tintura de iodo tres veces al dia durante muchas semanas, hasta que el enfermo advierte que estas inyecciones producen una sensacion de calor. En el intérvalo se inyecta agua creosotada (30 gotas por litro), á fin de impedir la descomposicion del líquido. La inyeccion que se hace por una de las sondas, sale por las otras.

Luego que han sido expulsadas las paredes del quiste, se inyectará por mañana y tarde una solucion de 8 gramos de sulfato de zinc en un kilógramo de agua creosotada. Si se introdujese antes este líquido, endureceria el quiste, y retardaria su salida.

Por último, debe ayudarse la retraccion del tumor por medio de la aplicacion contínua de un vendaje apretado.

Contrariamente á la segunda regla establecida por el doctor Harley, su compatriota el profesor William Sabory recomienda que se haga la puncion con un trócar muy fino, cuya picadura se cierra inmediatamente despues que se ha retirado el instrumento.

Las hidátides, dice este autor, perecen por lo comun luego que se ha evacuado el líquido que las contiene, y su muerte no produce supuracion, ni ningun otro accidente consecutivo.

La experiencia demuestra por desgracia, que el optimismo del doctor Sabory es casi siempre ilusorio, puesto que son poquísimos, ó acaso ninguno, los quistes hidatídicos que se curan con la simple puncion.

Reseccion coxo-femoral en el tratamiento de la coxalgia. (*Gaz. méd.*).

El feliz éxito obtenido ya en algunos casos por varios profesores, y especialmente por Bœckel y Sédillot de Strasburgo, ha movido á este último á tratar de vulgarizar la reseccion coxo-femoral, sobre todo para las coxalgias crónicas, en una nota dirigida á la Academia de Ciencias de Paris

Grandes diferencias, dice este autor, separan á las resecciones coxo-femorales traumáticas, de las que se practican para la curacion de coxalgias crónicas.

Las primeras son infinitamente mas peligrosas, á pesar de la buena salud de que gozan por lo comun los operados, y no obstante tambien la integridad de los tejidos inmediatos.

En las resecciones que se hacen por enfermedades crónicas, las sinoviales no existen, y están convertidas en superficies mas ó menos engrosadas, vascularizadas, induradas y revestidas de una membrana puogénica, que opone una barrera muy resistente á las infiltraciones puru-

lentas, y localiza los accidentes. Estas condiciones son muy favorables, y cuando se tiene la precaucion de procurar una salida libre y permanente al pus, sorprende la sencillez é inocuidad de las operaciones. Insistimos, dice M. Sedillot, en las ventajas del procedimiento que se recomienda en esta nota, y que consiste en limitar la reseccion al cuello del fémur, sin luxar la cabeza de este hueso, como generalmente se ha aconsejado.

M. Malgaigne creia indispensable la ablacion del gran trocánter, fundándose en la necesidad que hay de dividir anchamente las partes blandas, para conseguir la dislocacion de la cabeza femoral, y poderla resecar. Este tiempo operatorio es inútil y peligroso, cuando no lo exige la extension de las alteraciones; porque es fácil alcanzar el cuello y resecar la cabeza, sin haberla luxado préviamente.

Se respeta la cápsula articular que solo debe desbridarse. Los desórdenes son de este modo mucho menores. Las partes blandas articulares, casi intactas, sostienen la extremidad femoral y favorecen la reconstitucion de una nueva articulacion, fijando los huesos en sus relaciones á poca distancia.

La cuestion verdaderamente difícil es la de las indicaciones. Si se opera demasiado pronto, se corre el riesgo de exponer al enfermo á peligros que hubieran podido evitarse por otros medios de tratamiento. Si se opera muy tarde, las complicaciones constitucionales y locales están muy avanzadas, y la operacion se frustra. El eminente cirujano de Strasburgo traza acerca de este punto algunas reglas de conducta: mientras que la vida no se encuentra comprometida, y no hay peligro en continuar los tratamientos habituales, como abertura de abscesos; inyecciones iodadas; libre salida de la supuracion; enderezamiento del miembro; inmovilizacion de este, etc., cree favorable la espectacion.

Si los huesos están cariados, y los movimientos (durante la anestesia) denotan la existencia de superficies denudadas y rugosas; si la supuracion es abundante, los accesos de intoxicacion pútrida (fiebre héctica) frecuentes, los dolores muy vivos, á pesar del enderezamiento articular (reduccion), el apetito y el sueño escasos ó nu-

los, y la demacracion rápida, no puede perderse tiempo y es preciso recurrir á la reseccion.

Los procedimientos operatorios varian segun las indicaciones; pero cuando las partes blandas están intactas, y la cabeza contenida en su cavidad, la formacion de un estrecho colgajo á base superior, cuyo vértice semi-lunar contornee y abrace el gran trocánter, permite llegar á la articulacion sin lesiones vasculares de importancia, y sin dividir grandes masas de músculos. El ligamento capsular incindido perpendicularmente á su contorno, y desprendido en parte de cada lado de la cavidad cotiloídea, deja espacio bastante para pasar una sierra de cadena, con la que se divide el cuello femoral en su porcion libre. Nada impide entonces levantar la cabeza con una pinza ó un tirafondo (Vidal), y traerla al exterior despues de cortar el ligamento redondo, cuando todavía existe. Se reconoce entonces el estado de la cavidad cotiloídea que se legra, ó sobre la cual se aplican algunos cauterios al rojo blanco, si se cree conveniente, y se introduce un tapon de hilas empapado en estoraque, agua de Pagliari, ó en una solucion de percloruro de hierro, para modificar las superficies alteradas; sostener un ancho espacio abierto; favorecer la salida tan indispensable de los líquidos, y provocar el trabajo de regeneracion ósea y de cicatrizacion definitiva, que son los únicos medios de curacion. La profundidad y estrechez de la herida exigen que se reemplace á los pocos dias el tapon de hilas por una gruesa cánula de metal ó goma elástica, que sirve para practicar frecuentes inyecciones, las cuales deben continuarse hasta que se curen las fístulas inmediatas, cuya obliteracion se acelera por medio de desbridamientos, excisiones, cauterizaciones ígneas, ó potenciales, sedales, é inyecciones irritantes.

En la observacion que dió motivo á esta nota, M. Sedillot no tuvo que practicar ninguna ligadura, ni hacer uso de aparato contentivo, para fijar é inmovilizar el miembro.

El dolor, dice este práctico, precave los movimientos, y algunas almohadillas bastan para dar al enfermo, echado de espaldas é inclinándose del lado opuesto á la herida, la posicion mas favorable. Se evitan de este modo aparatos contentivos, incómodos, dolorosos y difíciles de apli-

car y sostener. No obstante, si se juzgan necesarios, podrian emplearse férulas, almohadillas y una servilleta enyesada, que se amolde rápidamente alrededor del miembro, los aparatos de Bonnet, etc.; pero la experiencia confirma pocas veces su utilidad, y por otra parte no deja de ser ventajoso dejar alguna movilidad á la nueva articulacion, cuya formacion se espera, para el restablecimiento parcial de los movimientos.

Estamos en un todo conformes con las ideas del doctor Sédillot, excepto en aquello de considerar, hasta con sorpresa, sencilla é inocente la reseccion de la cabeza del fémur; y esto, en casos en que el cuadro sintomatológico general, trazado por el mismo autor como condicion para practicarla, es ya de suyo terriblemente grave. Por lo demás, no creemos temerario operar en semejantes circunstancias; antes, por el contrario, nos parece que esta es la única áncora de salvacion para el enfermo.

Resecciones sub-periósticas de las grandes articulaciones en general. (*Gaz. hebd.*— *Gaz. des hop.*— *Dict. des progrès*).

Desde que la cirugía se ha apoderado de los datos recogidos, ó mas bien descubiertos por los fisiólogos, sobre la propiedad ósteogénica del periostio, para aplicarlos á las resecciones, esta cuestion ha adquirido un interés de primer órden. No se trata, en efecto, de estudios puramente especulativos de elevada fisiología, acerca de la produccion de los huesos, sino que á ellos se une en la actualidad un objeto de mas alta importancia, de utilidad inmediata, la conservacion de los miembros ó de otras partes integrantes del esqueleto, y aun en muchos casos de la vida misma del indivíduo. Precisando y extendiendo los límites del dominio de las resecciones subperiósticas, y descubriendo nuevas fuentes de formacion de los ósteoplastas, estas investigaciones experimentales concurren á afirmar los progresos de la cirugía conservadora, que debe ser el objeto constante de los esfuerzos de los sabios que la practican.

No harémos mencion, en este momento, de las experiencias hechas modernamente por varios autores, con el fin de determinar el papel que corresponde al perios-

tio ó á la médula en la reproduccion de los huesos; porque los resultados son aun muy incompletos, y las aplicaciones prácticas hasta ahora independientes de ellos en cierto modo. Pero sí darémos cuenta de los nuevos trabajos del doctor Ollier, de Lyon, ardiente partidario de las resecciones sub-periósticas, y defensor incansable de la virtud ósteogénica del periostio.

Este hábil operador ha comunicado recientemente, á la Sociedad de Cirugía de Paris, un trabajo interesante acerca de las resecciones *subcápsulo periósticas en el hombre*, ocupándose de la importancia de cada elemento articular, bajo el punto de vista de dicha reproduccion.

Por medio de nuevos experimentos en los animales (conejos, perros, gatos), en que se han practicado estas operaciones, dejando el periostio en continuidad por una y otra parte con los ligamentos y la cápsula articular, ha conseguido M. Ollier resultados completamente satisfactorios y en armonía con lo que ya de antemano tenia anunciado. En su actual trabajo, estos hechos fisiológicos se encuentran corroborados por resultados clínicos. Comprobándose que, en los animales, sobre todo en el perro, despues de la ablacion de la totalidad de las extremidades óseas que componen una articulacion, se puede obtener otra *articulacion del mismo tipo que la resecada*. Los ginglimos mismos pueden reconstituirse con sus formas y sus movimientos esenciales. Las exudaciones producidas por el periostio, se organizan aisladamente, aunque estén formadas en el mismo conducto fibroso. De este modo se ha obtenido, en los perros, la reproduccion de las articulaciones del codo y del hombro, con su propio tipo. La polea, los cóndilos y el olécranon estaban completos, y la solidez lateral no dejaba nada que desear.

Seis meses despues de la reseccion húmero-escapular, el perro se servia de su miembro como del no operado.

Se ha observado un hecho curioso en los animales jóvenes, que es la produccion de un cartílago semejante al normal, llamado de conjuncion, entre la diáfisis y epífisis, lo cual explica la prolongacion del miembro en este caso.

Una série de piezas presentadas, á la *Sociedad de Cirugía*, han servido para probar la realidad de estos hechos.

Para conseguir semejante resultado, es preciso no quitar mas que la porcion ósea y cartilaginosa de la articulacion; es necesario conservar todas las partes fibrosas, ligamentos, cápsulas, inserciones tendinosas. De este modo se obtiene un *conducto perióstico-capsular*; perióstico en sus dos extremidades, y cápsular en su centro.

La observacion clínica ha confirmado, segun dijimos, los experimentos fisiológicos. Habiendo quitado á una jóven de 15 años la mitad superior del húmero, por consecuencia de una osteitis antigua, complicada de artritis, alteracion del cartílago, deformacion y erosion de la cabeza humeral, pero sin que existiera secuestro; conservadas las relaciones de los ligamentos y de los músculos con la vaina cápsulo-perióstica, alrededor de la extremidad ósea, se ha reproducido la porcion articular extirpada, y se siente perfectamente al tacto el nuevo hueso. Se restablecieron todos los movimientos de la articulacion y la forma normal de las partes. Lo mismo ha sucedido con otro sujeto en la articulacion del codo.

Pero estos resultados felices no se obtienen en todos los indivíduos; puede decirse que solo se consiguen en personas que no hayan pasado de 30 años de edad. Hasta esta época la reseccion del codo, por ejemplo, puede intentarse con ventaja, si no siempre bajo el punto de vista de la reproduccion completa de las extremidades articulares, al menos por el restablecimiento de los movimientos. El autor la ha practicado cinco veces, observando solo una ligera disminucion en la longitud del miembro. Despues de la operacion cuidó de tener separados los huesos todo lo posible, para evitar la anquílosis, y nunca la ha visto producirse, ni en el hombre, ni en los animales, en estas condiciones.

El tiempo necesario para la regeneracion de las extremidades articulares está subordinado á la naturaleza de la enfermedad, al estado general del sujeto, á los accidentes mas ó menos graves que pueden complicar las consecuencias de la operacion, etc.

Respecto á los miembros inferiores, la rodilla se re-

constituye en los animales como el codo. El autor cree que lo mismo debe suceder en el hombre, y aun piensa que en este las condiciones son mas favorables, porque se puede conseguir la inmovilidad completa. Sin embargo, no ha tenido ocasion de comprobar prácticamente este hecho, con tanto mayor motivo, cuanto que no es partidario de esta operacion en los niños.

La reseccion de las articulaciones tibio-tarsianas es una de las que parecen exigir más la anquílosis, en interés del mismo enfermo. No obstante, M. Ollier ha podido quitar 7 centímetros de tibia, en un hombre de 25 años, y separar una porcion del astrágalo, consiguiendo una rápida reproduccion de las partes óseas eliminadas. El enfermo quedó tan bien y tan sólidamente curado, que podia andar, y aun bailar durante muchas horas.

La reseccion del calcáneo se practica muy poco en Francia. El autor ha tenido ocasion de resecar los dos tercios posteriores de este hueso, viendo reproducirse el talon, si no completamente, lo bastante al menos para que el pié se apoyase con solidez en el suelo por su cara plantar. Gracias á la conservacion de las relaciones del tendon de Aquiles con el periostio calcáneo, se conservaron los movimientos que aquel está llamado á ejecutar. Es una condicion esencial de la regeneracion ósea, despues de las resecciones articulares, segun el cirujano lyonés, la permanencia en el campo.

Parécenos ahora oportuno transcribir aquí las *reglas operatorias generales* trazadas por el autor, y que pueden aplicarse á todas las articulaciones:

1.ª Incision única, recta ó sinuosa, en la direccion del eje del miembro. No siendo la incision recta compatible con la direccion de los intersticios musculares, por donde hay que atacar la articulacion, debe preferirse para la mayor parte de las grandes articulaciones una línea mixta. Para descubrirlas, pueden ser útiles las pequeñas incisiones perpendiculares.

2.ª Abrir en toda su longitud, y lo mas pronto posible, la cápsula, á fin de explorar las superficies articulares y apreciar la profundidad de la alteracion ósea. La incision de la vaina perióstico-capsular debe ser única, como la incision cutánea. Desprendiendo los ligamentos y los

tendones sobre las caras laterales del hueso, queda siempre bastante espacio para que no haya necesidad de incisiones perpendiculares que, careciendo de importancia en la piel, tendrian aquí el inconveniente de interrumpir la continuidad del conducto perióstico-capsular, que debe conservarse tan intacto como sea posible. Considera, pues, como importantísimo, el precepto de abrir el conducto dicho por una incision única, paralela á la direccion de los ligamentos y de los principales tendones; es decir, al eje del miembro.

3.ª Luxar el hueso antes de serrarle. La luxacion permite terminar el desprendimiento de las inserciones ligamentosas y tendinosas en los puntos distantes de la abertura capsular. Esta regla es absoluta para muchas articulaciones (escápulo-humeral, coxo-femoral); solo en la reseccion de las extremidades articulares inferiores del radio y del cúbito, de la tibia y del peroné, es preferible serrar el hueso en su posicion, sobre todo cuando no se reseca mas que uno de los dos que forman el miembro. Pero aun en estos casos es preciso incindir el conducto perióstico-capsular longitudinalmente, para explorar el estado de la articulacion y de la extremidad ósea que debe quitarse. Despues de la seccion del hueso y volviendo el fragmento sano con una pinza fuerte, se acaban de destruir las adherencias profundas.

4.ª Si la alteracion del hueso sube en el conducto medular mas alta que el punto por donde se ha hecho la seccion, es necesario quitar, excavando con el escoplo y y la gubia las partes alteradas; pero entiéndase, dice el autor, que rechazamos el excavamiento directo de las grandes articulaciones sin reseccion prévia.

5.ª Las superficies resecadas deben sostenerse en una separacion conveniente, á menos que no se quiera (rodilla) obtener una soldadura ósea. En las articulaciones de la extremidad superior, la conservacion del conducto perióstico-capsular dará siempre á los huesos resecados solidez suficiente, que haya ó no reproduccion ósea. En el miembro inferior, la necesidad de obtener una articulacion sólida, debe hacer subordinar este precepto á la probabilidad de la regeneracion.

Importancia del tratamiento consecutivo.—No basta adop-

tar, durante la operacion ó inmediatamente despues, las precauciones que se acaban de indicar. Es necesario sujetar al enfermo á un tratamiento consecutivo, frecuentemente muy largo, si se quiere obtener una articulacion del mismo tipo que la antigua.

Es preciso combinar de un modo metódico el reposo y el movimiento. Se inmovilizará primero el miembro. para combatir la inflamacion, impedir las colecciones purulentas y evitar las dislocaciones; despues, segun la práctica usual, se imprimirán movimientos pasivos, á fin de oponerse á la anquílosis.

En ciertos casos, la alteracion de los tejidos será tal, que hasta pasados dos ó tres meses no se podrá recurrir á los movimientos metódicos activos y pasivos. Es necesario, sin embargo, que el enfermo se ejercite en mover espontáneamente la extremidad lo mas pronto posible, porque la atrofia muscular ya muy avanzada, en los casos crónicos, en el momento de la operacion aumentaria aun más. Para combatir esta atrofia, mientras el miembro se encuentra aun cubierto con el aparato almidonado, pueden hacerse electrizar los músculos por debajo del vendaje. Las aberturas que en él se quedan para curar la herida, facilitan la aplicacion de los conductores.

Cuando se han mantenido las superficies articulares separadas, y no se puede, sin embargo, contar con la regeneracion ósea, no debe insistirse en la separacion de un modo sistemático. Se aproximan, por el contrario, poco á poco, ó mas bien se deja que lo haga la herida por la retraccion inodular. La separacion evita la anquílosis; pero si se exagerase demasiado, perjudicaria la fijeza del miembro. La regla general es, pues, aproximar tanto mas cuanto menos se cuente con la regeneracion; en otros términos, es preciso separar bastante al principio, para evitar la anquílosis, pero aproximar despues para obtener una articulacion sólida.

En los casos mas favorables á la reconstitucion del hueso, deberá tenerse presente que, dejando replegar sobre sí mismas las vainas periósticas, se obtienen porciones óseas nuevas, mas anchas y abultadas.

El tiempo necesario para la reconstitucion de una articulacion es muy variable. La movilidad se perfecciona

de dia en dia. Algunos operados todavía continuaban ganando en fuerza y en movimiento á los dos ó tres años de haber sufrido la reseccion. Un gran número de condiciones locales y generales pueden retardar la curacion, y es preciso continuar cuidando al enfermo de un modo perseverante y frecuentemente minucioso, mientras que la region operada es asiento de dolores, y no se han cerrado las fístulas. Solo á este precio se obtendrán, en los casos difíciles, resultados completamente satisfactorios.

La dificultad de la reseccion es mucho menor cuando la inflamacion ha disminuido la adherencia de las partes fibrosas peri-articulares.

El precepto de separar absolutamente todo lo que está alterado, no puede aplicarse á las partes blandas de la articulacion, las cuales se curan y reparan luego que no existe la causa que sostiene la supuracion.

Esto se verifica con bastante prontitud cuando las condiciones de la salud general son buenas. Excitada la vitalidad de los tejidos enfermos por la inflamacion sustitutiva que provoca el nitrato de plata, el cauterio actual ó simplemente las curas excitantes, estos tejidos experimentan modificaciones activas que restablecen su organizacion primitiva. El autor no teme ya dejar en la herida restos fungosos de la antigua articulacion, porque la experiencia le ha demostrado que los temores que abrigaba antes, con todos los demás cirujanos, eran exagerados, y que hay ventaja en conservar el conducto perióstico-capsular aun cuando alterado. Deprimiendo las fungosidades y modificándolas inmediatamente por el hierro candente ó el nitrato de plata, y secundariamente por las curas excitantes, se pone la cápsula en buenas condiciones de cicatrizacion.

Aunque el conducto perióstico-capsular haya sido perforado en muchos puntos por los trayectos fistulosos é interrumpido parcialmente por la excision de las fungosidades, forma un todo contínuo. Todos los órganos que le refuerzan conservan sus relaciones recíprocas, y despues de la cicatrizacion definitiva, los músculos se encuentran en una situacion que les permite obrar en conjunto y con sinergia.

M. Ollier cree que sus procedimientos no hubiesen quizá sido practicables en otros tiempos, cuando habia que contar con la sensibilidad del enfermo; pero actualmente la anestesia ha cambiado por completo la condicion de las operaciones, tanto respecto al enfermo como al cirujano.

Con los antiguos métodos se obtenian sin duda á veces huesos movibles, pero no regularmente articulados. El miembro sufria un acortamiento igual á la longitud de la porcion resecada, si los extremos se habian mantenido en contacto, y si por el contrario estuvieron separados á alguna distancia, la extremidad quedaba flotante y sin fijeza.

La nueva articulacion está formada al principio por un tejido conjuntivo laxo, con tabiques irregulares. Poco á poco se forman divisiones múltiples, que pueden reunirse en una cavidad única y constituir una verdadera cavidad articular, lubrificada por serosidad y aun por un líquido viscoso como la sinovia.

Solo á fuerza de tiempo, y por el ejercicio del miembro, se constituye esta cavidad articular, y aun, por lo comun, está atravesada por meniscos ó bandas fibrosas que se implantan irregularmente sobre el hueso.

Las superficies de nueva formacion pueden tomar el aspecto del cartílago, sobre todo cuando solo se ha quitado una sola superficie cartilaginosa; pero nunca ha podido observar el autor verdaderos cartílagos en los animales, y sí solo un tejido condroídeo.

Los doctores Broca, Trelat y Verneuil han confirmado en cierto modo, por su experiencia personal, al menos respecto á la articulacion del codo, las aserciones de M. Ollier, asegurando el último de aquellos cirujanos que la reseccion subperióstica, por una sola incision, es fácil cuando se opera por consecuencia de una lesion orgánica.

A pesar de los hechos, al parecer tan importantes, que en este, como en otros trabajos, ha referido el doctor Ollier, las resecciones subperiósticas y sus ventajas prácticas no son ni mucho menos un hecho completamente demostrado y tienen en contra suya numerosos y terribles adversarios, á cuya cabeza figura el distinguido operador M. Sedillot.

El doctor Bœckel, de Strasburgo, poco creyente tambien en las propiedades ósteogénicas del periostio, ha dirigido á la Sociedad de Cirugía una nota en que se da cuenta de 8 resecciones del calcáneo, practicadas en los hospitales de aquella poblacion. En ninguno de estos ocho casos se han conservado mas que colgajos insignificantes de periostio, y no ha habido reproduccion ósea; pero, sin embargo, el restablecimiento de la forma y de las funciones del pié ha sido, por lo menos, tan perfecto como en el caso-tipo citado por Ollier. En efecto, los enfermos andan sin ningun aparato protéico, y la planta del pié descansa sobre el suelo en toda su longitud. El último operado, que lo fué por M. Rigaud, tiene un talon saliente, y nadie diria, por la simple inspeccion, que se le habia extraido el calcáneo. No obstante, este hueso no se ha reproducido, ha sido reemplazado por una simple produccion fibro-adiposa á juzgar por las sensaciones del tacto. El autor, no creyendo en la reproduccion del hueso por el periostio, acepta, sin embargo, las resecciones subperiósticas como un progreso, á condicion de que no se las exija más que lo que pueden dar. Permiten conservar las partes blandas mucho mejor que lo hacian los antiguos métodos, y esta es, á juicio de Bœckel, su verdadera, pero tambien su única ventaja.

La cuestion, como se ve, dista mucho de encontrarse aun resuelta por las observaciones clínicas, si bien hasta cierto punto parece estarlo por los experimentos fisiológicos. Así lo ha comprendido la Sociedad de Cirugía de Paris, no aceptando el nombramiento de una comision por considerar bastante dilucidado el problema bajo este segundo punto de vista, pero creyendo que faltan todavía hechos prácticos, concienzudos y desapasionados para resolverle en el concepto clínico. A fin de llegar á este resultado, el doctor Verneuil excitó á todos los miembros de la Sociedad á que reuniesen las observaciones necesarias para este objeto.

Saca-balas del doctor Mooy. *(Rev. de San. militar).*

Considerando muy atinadamente el doctor De Mooy que las diversas modificaciones que en su forma puede

sufrir la bala cónica, al atravesar los diferentes tejidos del cuerpo humano, han hecho perder mucho de su primitivo valor á los antiguos saca-balas, ha ideado uno nuevo, que consideramos muy digno de figurar en el arsenal quirúrgico militar. Al construirle, ha tenido tambien presente que el peso y el volúmen de los instrumentos es cuestion muy importante para el médico en campaña, y por esta razon, no solo ha hecho un saca-balas pequeño y ligero, sino que le ha agregado los instrumentos mas usuales para la extraccion de proyectiles y para su exploracion. El saca-balas del doctor De Mooy se convierte, por las diferentes piezas que le componen, en: 1.° saca-balas para los trayectos rectos de las heridas; 2.° saca-balas para los trayectos curvos; 3.° tirafondo para los trayectos rectos; 4.° tirafondo para los trayectos curvos; 5.° sonda de Nélaton para los trayectos rectos; 6.° sonda de idem para los trayectos curvos; 7.° sonda prolongada.

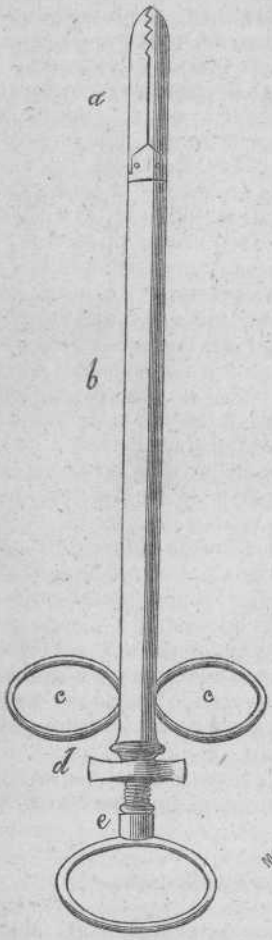


Fig. 8.ª

El saca-balas para los trayectos rectos (fig. 8.ª) se compone de las piezas siguientes: Una en forma de pinza *a*, que se une por medio de un tornillo al cuerpo del instrumento. Un tubo de hierro *b*, en cuyo extremo

MAS

superior se atornilla la pinza, y en el inferior tiene dos anillos *cc* para sujetar el instrumento con los dedos de la mano izquierda. Una varilla terminada superiormente por un tirafondo *c* (fig. 9.ª), que se atornilla á un mecanismo que hay en el interior de la pieza *b*, y en su extremo inferior por un anillo *e* (fig. 8.ª), para dar vuelta y tirar de la varilla: esta tiene por encima del anillo una rosca en donde juega una tuerca *d*, para cuando no baste la accion de la mano, dando así tanta fuerza á la pinza, que puede hacer pedazos la bala.

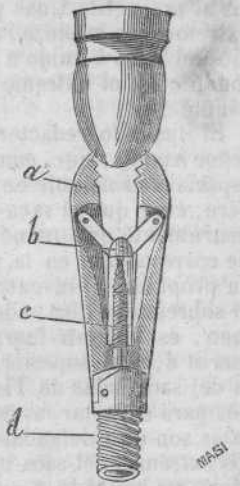


Fig. 9.ª

El saca-balas para los trayectos curvos se diferencia solo del anterior, en que, en vez de ser el tubo de hierro, es de goma elástica.

El tirafondo para los trayectos rectos es la varilla terminada en el anillo *e*, separada del instrumento y defendida por la cánula *b*, despues de haber destornillado la pinza *a*.

El tirafondo para trayectos curvos tiene la diferencia indicada, de ser la cánula elástica.

La sonda de Nélaton se forma con la varilla del tirafondo, á cuyo extremo se atornilla una pieza de bizcocho de porcelana, ó sea porcelana sin baño. Para sondar los trayectos curvos, se emplea una ballena, á cuyo extremo se sujeta la pinza anteriormente indicada.

La sonda prolongada se compone del tirafondo, al cual se agrega la ballena armada de la pieza de porcelana.

Para aplicar el saca-balas de De Mooy, debe procederse del modo siguiente: Se colocan el dedo índice y medio de la mano izquierda en los anillos *cc* (fig. 8.ª) de la cánula, fijando la tuerca *d* con el pulgar y anular de la misma mano. Se introduce el instrumento en la herida, explorando con el mismo la situacion de la bala, y una vez en contacto con ella, se tira del anillo *e* para cer-

rar sobre el proyectil las bocas de la pinza, y si se quiere morder bien la bala y cogerla por cualquiera parte de su superficie sin abrazarla por completo, se da vuelta á la tuerca *a*. En la figura 9.ª, que representa el corte de la pinza en accion, se puede comprender fácilmente el mecanismo para abrir ó cerrar las bocas de ella y adaptarlas al proyectil. Unas palancas articuladas tiran de los extremos de la pinza, atrayéndolos á su centro por medio del tubo *b* unido á ellas, donde se atornilla el tirafondo *c*, y el extremo *d* se engasta en la rosca de la cánula.

El ilustrado redactor de la *Revista de Sanidad militar*, señor Anguiz, que, como saben nuestros lectores, es una especialidad notable en todo lo que á instrumentos se refiere, cree que el saca-balas del doctor De Mooy es un instrumento que reune excelentes condiciones y que ha de corresponder en la práctica á la idea que el autor se ha propuesto al inventarlo. Una de las cualidades que en él sobresalen, dice, además de su sencillez y poco volúmen, es la gran fuerza de su accion por medio de la tuerca *d*, muy superior, en concepto del señor Anguiz, á la del saca-balas de Tiemann, en que obran solo los dedos para engastar las crinas en el proyectil, aun cuando estas son muy delgadas y no necesitan tanta presion como los extremos del saca-balas que nos ocupa. El doctor De Mooy ha aplicado á su instrumento el sistema de Tiemann, de agarrar la bala por un segmento de la superficie, presentando por otra parte ventajas incontestables por tener condiciones de multiplicidad de accion que el otro no posee, puesto que es saca-balas, pinza, tirafondo y sonda.

Sarna : su tratamiento por el petróleo. (*Gaz. méd.—Press. méd. belg.—Rev. de Sanid. mil.—Siglo méd.*).

Las diversas y contradictorias opiniones que se han emitido acerca de la eficacia del aceite de petróleo, en el tratamiento de la sarna, de algunas de las cuales dimos cuenta en el tomo III de este ANUARIO, pág. 333, nos obligan á volvernos á ocupar de este asunto con motivo de algunos trabajos publicados por varios autores, comen-

menzando por las investigaciones del doctor Pierard, quien ha tratado 14 enfermos atacados de sarna legítima y bien caracterizada, siendo en algunos de segunda ó tercera recidiva, y casos tambien inveterados. El autor resume en las siguientes conclusiones el resultado de sus experiencias:

El aceite de petróleo mata los acarus y los huevos, y los mata como por asfixia, á distancia, sin que haya necesidad de abrir los surcos, y sin que quede señal de cauterizacion en estos ni en las vesículas.

Es un desinfectante portátil. Los hombres friccionados con él le llevan consigo.

Este desinfectante obra sobre los vestidos y efectos que se usan durante el dia, y sobre las ropas de la cama por la noche.

Los enfermos se prestan mas fácilmente á este tratamiento que al del sulfuro.

Las sarnas simples, recientes, ligeras, se curan con una sola untura. Para las demás es prudente y aun necesario repetirla durante dos ó tres dias.

La primera friccion produce al principio un calor bastante agradable en la piel, que luego aumenta, y durante la noche se convierte en viva comezon. Este fenómeno se reproduce mas generalmente el segundo dia.

El autor insiste, al terminar su trabajo, en las numerosas ventajas que ofrece el aceite de petróleo bajo el importante punto de vista de la desinfeccion.

M. Delhaie ha notado por su parte, que por moderadas que sean las fricciones, se producen á veces eritemas bastante violentos en ciertos enfermos dotados de una grande irritabilidad de la piel: para evitar este inconveniente formula un nuevo tratamiento del modo que sigue:

1.° Untura muy suave en una habitacion poco espaciosa y suficientemente caldeada; 2.° media hora ó tres cuartos despues, baño general, cuya temperatura no exceda de la de la piel; 3.° durante este tiempo se practica la desinfeccion de los efectos por una simple aspersion de aceite de petróleo.

Segun M. Decaisne, el total de sarnosos tratado en la guarnicion de Amberes, en el espacio de siete meses, se

eleva á la cifra oficial de 555, que dista, sin embargo, mucho de ser la expresion exacta de la verdad, pudiendo calcularse que pasan con bastante de 600 los enfermos sujetos á esta medicacion. Todos curaron radicalmente; la mayoría con una sola untura de petróleo; muchos con dos; en algunos fué preciso recurrir á la tercera; un pequeñísimo número necesitó la cuarta. Sin embargo, en dos ó tres el médico tuvo necesidad de apelar al sulfuro calcáreo, despues de haber empleado inútilmente el petróleo. Cree este autor que las erupciones cutáneas que se han atribuido al uso de este medicamento se deben mas bien á su modo de aplicacion.

De los experimentos directos hechos por el doctor Fruisseaux en presencia de varios médicos militares belgas, resulta: 1.° que los vapores de aceite de petróleo no matan el acarus de la sarna; 2.° el contacto con el líquido mismo tampoco le mata, ó al menos no lo hace instantáneamente; 3.° que algunos otros líquidos preconizados en el tratamiento de esta enfermedad y entre ellos el sulfuro calcáreo, no tienen mas accion que el aceite de petróleo; 4.° que el bálsamo del Perú es la única sustancia que parece ejercer sobre los sarcóptos un efecto verdaderamente tóxico, y aun sospecha el autor si la viscosidad del líquido auxiliará poderosamente á su composicion química.

Sin embargo de estos resultados experimentales, y como quiera que eran análogos entre el petróleo y el sulfuro de cal, sustancia reconocidamente eficaz, este práctico estableció una experimentacion clínica en grande escala, sujetando á este tratamiento 271 sarnosos pertenecientes á varios regimientos de la guarnicion de Bruselas. De estos, solo 155 curaron radicalmente de su enfermedad por medio de las unturas de petróleo, empleadas con exclusion de todo otro medicamento. Los 116 restantes, es decir, mas de la tercera parte del número total, no obtuvieron la curacion, y fué necesario recurrir al tratamiento sulfuroso. Quizá, añade el autor, algunos de estos hombres habrian conseguido la salud repitiendo las unturas de petróleo un gran número de veces; pero no creyó que debia continuar el tratamiento, cuando se producia una agravacion manifiesta en el es-

tado del enfermo despues de dos ó tres aplicaciones del aceite.

De los 116 refractarios á este medicamento se curaron 113 con el tratamiento sulfuroso.

De los hechos que preceden deduce M. Fruisseaux las conclusiones siguientes: 1.° que las unturas de aceite de petróleo curan la sarna en mas de la mitad y en menos de las dos terceras partes de los casos; 2.° que la mitad de estas curaciones exigen la aplicacion de muchas unturas; 3.° que el sulfuro calcáreo cura las sarnas rebeldes al petróleo; 4.° que esta curacion se obtiene con una sola aplicacion del medicamento en las cinco sextas partes de los casos.

El doctor Astegia, de Cremona, y Maneyra, jefe de sanidad militar en Florencia, han practicado tambien experimentos cuyos resultados no son completamente satisfactorios, segun vemos en una nota publicada en la *Revista de Sanidad militar*. Hé aquí las conclusiones del último de estos prácticos: 1.° los medios conocidos ya en la ciencia, cuya eficacia es incontestable, que están exentos de accidentes, y tienen un precio poco elevado, merecen entera confianza. ¿Por qué recurrir al petróleo cuyo éxito es problemático? 2.° el petróleo no cura la sarna por una simple untura con el pincel ó la esponja; es necesario, para matar los acarus, una sumersion prolongada en el aceite; 3.° la simple aplicacion del petróleo sobre la piel la irrita; por consiguiente una fuerte friccion con mayor motivo ha de determinar accidentes graves; 4.° si se calculan los baños, medicamentos y estancias que se producen en los hospitales por las erupciones que siguen al uso del petróleo, no podrá menos de reconocerse que no resulta ninguna economía; 5.° el olor desagradable de esta sustancia para los enfermos, y que revela á los demás el padecimiento, hará siempre impopular el aceite de petróleo mas aun que el azufre, que no tiene olor tan fuerte y tan persistente; 6.° el aceite de petróleo no impide las recaidas.

Parécenos que si no hubiera en contra del método de M. Decaisne, para el tratamiento de la sarna, hechos ni razones mas fuertes que los enunciados por el doctor Maneyra, habia aquel de salir triunfante de sus antagonistas.

Es por extremo peregrina la idea de considerar el olor del petróleo, sustancia eminentemente volátil y que desaparece, como todo el mundo sabe, con extraordinaria rapidez, mas desagradable y persistente que el del azufre, cuyo repugnante aroma es una denuncia tradicional para los pobres sarnosos, que no encontraria hoy explicacion ni disculpa alguna por carecer esta sustancia de usos domésticos; todo lo contrario precisamente de lo que en la actualidad sucede con el petróleo.

Nuestro compatriota el doctor Olavide, especialista notable en dermatología, ha dado tambien cuenta en el *Siglo médico* del resultado de sus observaciones, segun las cuales el aceite de petróleo, usado en friccion general, con un cuerpo tan suave como la mano del mismo enfermo ó del practicante, en las sarnas recientes, hace que desaparezca el picor al poco rato, y al otro dia el enfermo se cree curado, el médico suele creerlo tambien, y todo lo más aguarda uno ó dos dias para darle el alta y ponerle en su estadística como un caso de curacion rápida y sin inconvenientes; pero pasados dos ó tres dias reaparece el picor. Si no se hace ningun remedio, la enfermedad sigue su período de evolucion; si se insiste en el tratamiento por el petróleo practicando una, dos ó tres fricciones generales solamente, pasados algunos dias se repite la misma escena, y la sarna dormida despierta con mayor furia, dando lugar á erupciones artificiales y á picores insoportables.

En los diversos y numerosos casos de sarna antigua ó complicada en que este profesor ha ensayado dicho aceite, y despues de tres ó cuatro fricciones generales, ha visto exacerbarse las erupciones pustulosas ó vesiculosas, y lo que es peor, reaparecer el picor que se habia mitigado ó extinguido despues de la segunda.

Pudiera creerse que esta reaparicion no era dependiente de la sarna y sí de otras causas; pero habiendo extraido acarus vivos en los enfermos sometidos á este tratamiento, despues de la cuarta friccion, no le quedó la menor duda de lo que debia pensar en este asunto.

Las consecuencias que deduce de sus observaciones son las siguientes: 1.° el aceite de petróleo es útil en el tratamiento de la sarna, pero no es el mejor de los re-

medios que pueden usarse; 2.° su accion directa sobre los acarus no es química ó desorganizadora, parece estupefaciente, si es que no obra estorbando la respiracion del insecto ó asfixiándole ; 3.° no debemos fiarnos de la desaparicion rápida del picor, que coincide con el sueño ó muerte aparente del parásito, siendo de necesidad continuar por algunos dias la aplicacion del remedio para que se verifique la muerte real; 4.° las erupciones que acompañan á esta enfermedad se exacerban ligeramente despues de algunas fricciones; 5.° las fricciones generales sulfurosas son de una accion mas pronta y segura, por lo que son mas económicas en un hospital, que gasta, más que por los remedios, por el número de estancias ; 6.° el aceite de petróleo no mancha tanto la piel como ellas; pero es mas repugnante si cabe, en la práctica civil, por el olor infecto que tiene para la generalidad de las personas.

A continuacion de todas estas observaciones clínicas, parécenos oportuno consignar la justísima observacion del farmacéutico belga M. Guillé.

Dice con razon este práctico, que, para el médico, como para el farmacéutico, no debe haber mas que un solo aceite de petróleo oficinal, que es el de los antiguos, designado generalmente en las farmacopeas con el nombre de petróleo blanco, aunque en realidad tiene un color amarillento ó amarillo rojizo. Es el petróleo natural de 0,79 á 0,85 de densidad, que se espesa con el tiempo, cuando se le tiene expuesto al aire. Solo para el uso interno debe ser rectificado. Ahora bien; M. Guillé cree que no es esta la sustancia que se ha usado en todos los ensayos: para que las deducciones prácticas sean comparables, es necesario, ante todo, que los autores se pongan de acuerdo acerca de la naturaleza del aceite empleado, porque el del comercio varia al infinito en su composicion.

Es en la actualidad bien sabido que los aceites comerciales, destinados sobre todo al alumbrado, han sufrido una destilacion prévia, por la cual se les priva de materias bituminosas fijas, y que los productos que destilan están formados de *nafta, naftena y naftola.*

Para que marquen los grados de densidad convenientes, se les añaden diversas esencias que no es de este mo-

mento referir; pero que hacen que, cuando se usan semejantes aceites en el tratamiento de la sarna, produzcan por necesidad erupciones que complican la afeccion psórica, perjudicando los buenos resultados que se deben esperar de este agente terapéutico. De aquí nacen los accidentes numerosos que se han atribuido al petróleo, y que, segun toda probabilidad, no son debidos mas que á la presencia de la nafta. El autor cita, en corroboracion de esta idea, un hecho práctico que viene á comprobarla. Nos parecen tan justas y oportunas estas observaciones, que, á nuestro juicio quitan una grandísima parte del valor que pudieran tener para la resolucion definitiva de este asunto á los hechos anteriormente referidos, y para los ensayos que en adelante hayan de hacerse, será una condicion precisa emplear un medicamento idénticamente igual, y experimentar los compuestos definidos y los productos bituminosos con separacion. Solo de este modo, las observaciones tendrán toda la autoridad que debe exigirse cuando se trata de apreciar el valor de un agente terapéutico.

Estoraque líquido.—El doctor Pastau, de Breslau, ha hecho gran número de ensayos comparativos con los tratamientos de la sarna en el hospital que está bajo su direccion. El bálsamo del Perú, preconizado por M. Gieffers, y de que ya dimos cuenta en el tomo III de este ANUARIO, pág. 336, ha producido en sus manos iguales resultados á los obtenidos por M. Burchard, de Berlin. Entre las otras diversas sustancias experimentadas, ha observado que el estoraque líquido es uno de los agentes antipsóricos mas seguros, que rivaliza con el bálsamo del Perú, al cual lleva ventajas. En este remedio se ha fijado el doctor Pastau definitivamente para la curacion de la sarna. Le prescribe mezclando una onza del estoraque líquido con 2 dracmas de aceite de olivas. En esta forma pueden hacerse fácilmente las embrocaciones; empleado solo el estoraque, es demasiado viscoso. Los acarus introducidos en la mezcla mueren en un espacio de veinte á cuarenta minutos. Es raro que á los setenta ó cien minutos se perciba todavía algun ligero movimiento. Una ó dos embrocaciones de media onza bastan para el tratamiento completo.

Este es, por consiguiente, rápido, seguro y agradable, como con el bálsamo del Perú, que no solo destruye el acarus, sino tambien sus huevos ocultos en los surcos. La piel no sufre alteracion ninguna por la accion del medicamento; nunca se han observado eritemas ó eczemas á consecuencia de su uso. El olor no tiene nada de desagradable.

El método que debe seguirse es el mismo que para el bálsamo del Perú. El enfermo toma primero un baño caliente, luego se unta cuidadosamente todo el cuerpo, á excepcion de la cabeza, con una media onza de la preparacion. Por lo comun basta una friccion. Sin embargo, en casos excepcionales, en medio de muchos acarus muertos se descubren aun algunos vivos; una segunda aplicacion del remedio, hecha al dia siguiente, termina la curacion. Los enfermos pueden salir del hospital sin necesidad de lavarse, conservando así la preparacion sobre el cuerpo. Durante la operacion se someten los vestidos á una temperatura de 50° R. Nunca se ha observado una recidiva. El tratamiento dura, pues, cuando mucho, dos dias. El estoraque tiene sobre el bálsamo del Perú la ventaja de que cuesta una mitad, y que pueden lavarse las manchas que deja en la ropa.

Sífilis constitucional: tumefaccion indolente de las amígdalas como signo diagnóstico. *(Il Morgagni).*

Hasta ahora no se habia considerado la angina sifilítica mas que como un accidente de la sífilis constitucional. El doctor Tanturri ha llamado recientemente la atencion de los prácticos acerca de una modificacion particular de las amígdalas, que se observa al principio de las afecciones sifilíticas, aun antes de que hayan aparecido los fenómenos secundarios. Se trata de una tumefaccion indolente de estas glándulas.

Fundándose en un número bastante considerable de hechos (42), M. Tanturri sienta las siguientes conclusiones:

1.ª Que despues de la lesion primitiva de la sífilis (chancro infectante), se desarrolla en algunos casos una tumefaccion indolente y sin rubicundez de las amígdalas;

tumefaccion que acompaña á la alteracion de los gánglios linfáticos.

2.ª Que este fenómeno tiene cierta relacion con la edad del indivíduo, porque las tres cuartas partes de los enfermos que le han presentado, tenian de 19 á 30 años.

3.ª Que esta tumefaccion de las amígdalas está en relacion inversa de la adenitis ganglional, siendo tanto menor, cuanto esta última es mas pronunciada, y vice-versa.

4.ª Que es bilateral ó unilateral, siendo esto último el caso mas frecuente.

5.ª Que este síntoma puede servir en algunas ocasiones, para ilustrar el diagnóstico, sobre todo cuando la alteracion de los gánglios linfáticos es poco marcada.

Estos estudios de M. Tanturri tienen por objeto, no solo la observacion clínica, sino tambien la histologia. Todo el mundo sabe que las amígdalas se parecen, por su estructura, á los gánglios linfáticos, y que pertenecen á la gran clase de las glándulas sanguíneas. Las amígdalas se conducirian, pues, en ciertos casos, al principio de la infeccion sifilítica, del mismo modo que los gánglios linfáticos.

Sifilis constitucional: inyecciones mercuriales hipodérmicas. (*The Lancet.—Gaz. des hop.*).

Bien conocidos son los diversos ensayos de tratamiento de la sífilis por las inyecciones subcutáneas que se han practicado en Italia. El doctor Ambrosoli ha confirmado recientemente su eficacia en la sífilis constitucional, siguiendo el método de M. Scarencio, es decir, con los calomelanos. En 16 enfermos tratados en el Sifilócomo de Milan, 9 de los cuales eran casos de recidiva, se han obtenido 14 curaciones.

En lugar de contar, como el doctor Scarencio, con la transformacion de los calomelanos en sublimado por la absorcion, cuando se inyecta debajo de la piel una solucion de aquellos, el doctor Berkeley Hill ha introducido directamente este, ó sea el bicloruro, en la flexura del brazo ó en el hombro, en dósis de 5 miligramos, mañana y tarde, disueltos en 6 gotas de agua. En 11 casos de accidentes primitivos y secundarios, la absorcion se ha

verificado rápidamente, exceptuándose uno solo, que ya habia sido refractario á las otras vías de absorcion: 5 á 7 centígramos han bastado para producir una mercurializacion completa.

Cuando pasaba la dósis de un centígramo en cada inyeccion, se presentaban cólicos y diarrea, quedando dolorido por corto tiempo el sitio en que se habia practicado la operacion. Una sola vez se desarrollaron pústulas al nivel de las picaduras.

Confirmando la eficacia de este nuevo método de tratamiento de la sífilis, el doctor Berkeley Hill le ha hecho mas fácil y mas seguro. Los enfermos, que tienen horror al uso interno del mercurio, y aquellos cuyo estómago no lo tolera, podrán obtener grandes ventajas con este medio.

Sífilis : incubacion. (*Gaz. hebd.*).

El sabio profesor de Viena, doctor Sigmund, ha expuesto, en un notable trabajo, los resultados de 818 observaciones recogidas durante los años 1860 á 1864, resumiendo en las siguientes conclusiones generales los hechos que encierra su Memoria.

Para determinar la duracion de la incubacion de la sífilis, es necesario tomar por base la existencia incontestable de la induracion ó de una pápula.

El período de incubacion, así determinado, se extiende á las seis primeras semanas que siguen al contagio.

En la inmensa mayoría de casos (85 por 100), este período de incubacion no pasa de la quinta semana y mas frecuentemente (67 por 100), está encerrado en el límite de cuatro semanas.

Las observaciones rigurosamente recogidas, no permiten asignar al período de incubacion una duracion mas larga de seis septenarios; demuestran igualmente que la sífilis no se desarrolla nunca sin ser precedida de la aparicion de una pápula, exceptuándose únicamente la sífilis intra-uterina.

El período de incubacion se abrevia singularmente en los casos de induraciones ó de pápulas simples, y es mucho mas largo cuando el fenómeno inicial está representado por una ulceracion: esta diferencia parece que de-

pende simplemente de que la induracion es mas difícil de comprobar cuando ha sucedido á una úlcera, que en los casos en que existe aisladamente.

De lo que precede, resulta que es prudente no decidir nada respecto al desarrollo ulterior de accidentes sifilíticos hasta que han trascurrido seis semanas desde el contagio. Debe tambien esperarse quince dias más cuando se trata de un sujeto anémico, ya por pérdidas de sangre, ya por una enfermedad febril.

En los indivíduos tuberculosos, la incubacion es generalmente mas corta.

Dura lo mismo cuando la inoculacion se ha verificado en la piel, ó en una mucosa, accidental ó experimentalmente. No se modifica por la existencia anterior, aunque sea en una época poco distante, de ulceraciones venéreas. En fin, no ejerce sobre ella influencia ninguna, ni el sexo, ni la edad del sujeto.

Sifilis: espectacion. (*Union. méd.— Gaz. méd. de Lyon*).

El ilustrado director de la *Gaz. méd. de Lyon*, doctor Diday, presentó una interesante memoria al Congreso médico de Burdeos, tratando de demostrar que las enfermedades venéreas ó sifilíticas entran en la ley comun que preside á todas las demás afecciones; que en un gran número de casos se curan espontáneamente; que por lo comun terminan sin necesidad de tratamiento específico, y que en los casos en que este es necesario, puede reducirse de un modo muy notable su duracion, y mitigarse su energía.

M. Diday ha examinado bajo este punto de vista la blenorragia, el chancro blando, no infectante, el chancro infectante, y, en fin, la sífilis. En todas ellas ha demostrado el errado camino que siguen la generalidad de los prácticos apresurándose á obrar de un modo activo, fatigando á los enfermos y cansándose ellos mismos en una lucha sostenida contra enfermedades que habrian terminado felizmente con un poco de contemporizacion y de paciencia.

En la blenorragia es preciso aguardar, antes de dar el copaiba, á que haya disminuido la agudeza de los sín-

tomas inflamatorios: de este modo se reduce, con gran provecho de los pacientes, la duracion de un tratamiento que fatiga sus vías digestivas, y que es frecuentemente, por su insuficiencia, orígen de amargas decepciones, y causa de profundo desaliento.

El chancro blando debe tratarse con la mayor prudencia, por la cauterizacion abortiva, á causa del herpes recidivante, erupcion tenaz que semejante tratamiento provoca.

El chancro, propiamente dicho, es la primera manifestacion de la infeccion sifilítica. Destruirle por la cauterizacion en la esperanza de impedir las manifestaciones consecutivas, seria, pues, la mayor de las ilusiones. Combatirle inmediatamente por el mercurio al interior, es tratar bien severamente desde el principio una enfermedad que será quizás benigna, y que con frecuencia puede curar por sí sola. Es preciso, pues, aguardar y dejar á la sífilis en libertad de que produzca sus manifestaciones locales, á fin de conocerlas bien, para combatirlas convenientemente. En un gran número de casos, el tratamiento específico no será necesario, y en los que se administre el mercurio, se podrá siempre disminuir la dósis, y acortar el tiempo de la medicacion.

El mismo doctor Diday califica sus ideas de subversivas y revolucionarias, y, con efecto, no puede negarse que son bastante atrevidas y opuestas á las creencias generalmente admitidas. Sin embargo, basta que las haya presentado con la autoridad de su grande experiencia, para que á nuestro juicio deban llamar la atencion de los prácticos. Conformes con el ilustrado director de la *Union méd.*, creemos que toda la terapéutica necesita ser revisada en el sentido de las ideas, cuya aplicacion ha restringido á las afecciones venéreas el sabio sifiliógrafo de Lyon. El secreto de la curacion de un gran número de enfermedades consiste en saber esperar. Los médicos y los enfermos se pierden muchas veces por la impaciencia.

Sífilis terciaria : ioduro de potasio á altas dósis. (*Revista de Sanidad militar*).

Hay formas graves de sífilis terciarias, en las que el ioduro potásico, aunque se use por bastante tiempo en dósis regulares, no produce resultados; mientras que administrado en cantidades mayores, modifica la marcha de aquella enfermedad, y se consigue su curacion con rapidez, segun lo ha demostrado el doctor Smith, con algunos hechos prácticos publicados en el *British. méd. jour.*

El autor prescribió al primero de sus enfermos el reposo en la cama, un régimen alimenticio suculento y 20 granos de ioduro potásico, repetidos tres veces al dia. Al cabo de una semana, habia ya síntomas manifiestos de alivio, en una extensa ulceracion de la cara, que la cubria toda, menos una parte de la frente y de la oreja izquierda, que contaba ya nueve meses de fecha, y se habia hecho rebelde á todos los medios empleados por varios médicos muy prácticos de Londres. Tan crecidas dósis de ioduro no produjeron inconveniente ninguno apreciable, mejorando, por el contrario, el estado general del sujeto, que era bastante malo. El medicamento llegó á prescribirse hasta en la cantidad de 30 granos por toma, y quince dias despues habian las úlceras disminuido una mitad. La continuacion del tratamiento produjo en mes y medio la curacion definitiva, sin que despues se haya resentido la salud del paciente.

En otro de los casos referidos por el autor, se presentó el iodismo. En estas circunstancias, dice Smith, no debe suspenderse el medicamento, sino disminuir mucho la dósis diaria, para aumentarla despues gradualmente y con precaucion, hasta obtener efectos manifiestos, como sucedió en este hecho.

No aconsejariamos el uso de dósis tan crecidas de ioduro potásico, y continuadas por tan largo tiempo, sin muchas precauciones, y sin una observacion contínua del enfermo, á fin de combatir oportunamente los accidentes de la saturacion iódica.

Sonda de Wood, para extraer fragmentos de cálculo de la vejiga.
(Revista de Sanidad militar).

Despues de practicada la litotricia, quedan muchas veces fragmentos de cálculo en la vejiga, para cuya extraccion, segun todo el mundo sabe, se han inventado diversos instrumentos, de problemática utilidad muchos de ellos. El doctor Wood ha venido á aumentar el catálogo de los ya conocidos, con otro bastante ingenioso, con el que pretende extraer el detritus que queda en la vejiga, despues de haber sido reducidos á fragmento los cálculos.

Este instrumento consiste en una sonda de plata A (figura 10), que puede hacerse de varios tamaños, y que tiene, en la parte convexa de la corvadura, una abertura oval *a*. Dentro de la sonda entra una fuerte varilla B, que se ajusta á ella por medio de un piston *d*, y en cuyo

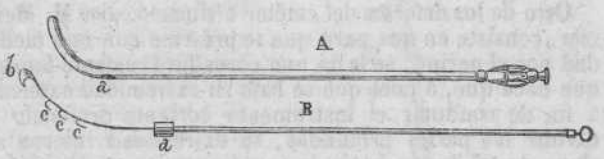


Fig. 10.

extremo hay una pieza de muelle de reloj, terminada por una cucharilla *b*, la que tiene en la parte inferior unas especies de paletas en forma de ganchos *ccc*. Luego que se ha introducido el instrumento en la vejiga, se tira de la varilla, y por medio del piston, se atrae dentro de la sonda el líquido con el detritus, que es arrastrado al exterior por la cuchara y las paletas encorvadas.

Aun cuando no hemos visto funcionar la sonda de Wood, nos parece, atendido su mecanismo, que el arsenal quirúrgico contaba ya, antes de esta invencion, con instrumentos de accion mas eficaz para estos casos.

Talla perineal: catéter conductor de Aug. Mercier. (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

M. Mercier ha sometido al exámen de la Academia un nuevo catéter conductor, ideado con objeto de facilitar la práctica de las diversas tallas perineales.

Uno de los tiempos mas largos y frecuentemente mas difíciles de estas operaciones, es el que tiene por objeto abrir la region membranosa de la uretra, por encima del bulbo, que tanto importa respetar. Para esto se ha aconsejado servirse de un catéter acanalado, todo lo mas voluminoso posible. Pero no es siempre fácil, sobre todo en personas gruesas, como lo suelen ser muchos calculosos, encontrarle en un sitio en que se oculta, detrás de la sínfisis pubiana, para introducirse en la vejiga, y donde se hace casi perpendicular á la superficie del periné. Por otra parte, en los niños no puede usarse un catéter voluminoso.

Otro de los defectos del catéter ordinario, dice M. Mercier, consiste en que para que se presente con mas facilidad por el periné, se le da una corvadura bastante fuerte, que hace que, á poco que se baje su extremidad externa, á fin de conducir el instrumento cortante destinado á dividir las partes profundas, su extremidad interna se eleve de tal modo hácia la pared anterior de la vejiga, que á menos que se tenga grande precaucion, la punta de aquel no se detiene en el fondo ó tope de la ranura.

Para remediar todos estos inconvenientes, ha ideado M. Mercier su nuevo conductor. Este instrumento se compone de dos piezas: la una, principal, que es externa; la otra, complementaria, que es interna y forma un estilete análogo al de la sonda de dardo de fray Cosme, para la talla hipogástrica.

En la primera pueden distinguirse dos porciones: la una AD (fig. 11), que tiene 25 centímetros, y se parece por la corvadura á una sonda de mujer; desde el punto D se encorva bruscamente en sentido inverso, formando casi un ángulo recto. Esta segunda porcion DC, de 8 centímetros de longitud, no tiene mas que una ligera inflexion, excepto cerca de la punta, que termina en un engrosamiento. En su dorso hay una ancha y profunda

ranura, que se extiende desde su origen D hasta 15 milímetros de la extremidad. Esta pieza tiene en su extremo superior dos anillos B, y está hueca en su primera porcion AD.

La segunda pieza FG, alojada dentro de este conducto, presenta un estilete ó dardo de 30 centímetros de longitud, terminado exteriormente por un anillo F. El extremo opuesto termina en una punta G corva, elástica y acanalada, en una extension de 10 centímetros.



Fig. 11.

Se comprende bien que, una vez introducido este instrumento en la uretra con el dardo oculto en su vaina, es, por una parte, fácil sentir el talon en el periné, y que, por otra, cuando se ha hecho la incision preliminar, es igualmente fácil separar el bulbo, hacer salir el dardo y dirigir por su ranura un bisturí recto que llega entonces directamente á la parte acanalada del catéter. La operacion se termina como con el catéter comun, solo que, como esta ranura principal es casi recta, no hay peligro de que se salga el instrumento cortante.

La única objecion que el autor cree podria dirigirse á este instrumento, es la dificultad de introducirle en la uretra, por razon de su forma; pero asegura que en la práctica no existe tal inconveniente, puesto que él le

ha usado ya dos veces, una de ellas en un viejo de 82 años, y siempre fué fácil la introduccion, practicándose con limpieza y prontitud la seccion de la porcion membranosa y la introduccion del gorgete.

Tétanos: tratamiento por la acupuntura, por el amoniaco, y por las cauterizaciones con el ácido sulfúrico. *(Med. Times and. Gaz.—Bull. de thér.).*

Con razon puede decirse que el tétanos es la enfermedad que da mas ocasiones á sorpresas terapéuticas. Hé aquí, en prueba de ello, una observacion original recogida en el Canadá, y publicada por el *Medical Times* de Lóndres.

Un hombre de 37 años, de buena salud y costumbres regulares, recibió en la cabeza una herida con una sierra circular, quedando denudada una pequeña porcion del hueso frontal. La herida curó fácilmente, y á los quince dias estaba cicatrizada; pero al cuarto dia despues del accidente, el orbicular del párpado derecho empezó á ser asiento de una contractura que fué extendiéndose, en términos que al cabo de una semana, los músculos de las mandíbulas y los del cuello estaban mas ó menos rígidos.

Continuaron los fenómenos tetánicos en progresion ascendente, afectando á todos ó casi todos los músculos de la economía. Los purgantes, el hielo sobre el raquis, la clorodina, el extracto de cáñamo indiano, no produjeron alivio alguno; antes al contrario, aumentó la disfagia y la disnea.

En estas circunstancias, el doctor Grant se resolvió á probar el efecto de la acupuntura. El 3 de agosto se introdujeron tres agujas en los músculos del cuello, en uno y otro lado, hasta una profundidad de una pulgada próximamente del ráquis, y separadas por una pulgada de distancia entre sí. Antes de la operacion, las masas musculares se encontraban en un estado de dureza y rigidez considerables, que hacian imposible todo movimiento de rotacion de la cabeza, lo que dificultó bastante la introduccion de las agujas, que por lo demás fué poco dolorosa. Apenas se habia practicado, cuando el enfermo dijo lleno de alegría, que sentia un grandísimo alivio. Pasado un minuto se retiraron las agujas con mucha mas

facilidad que se habian introducido, y entonces el sujeto pudo volver bastante bien la cabeza, gracias á una marcada disminucion de la rigidez muscular: la deglucion se verificó tambien con mas libertad. A consecuencia de esta tentativa tan feliz, se practicó diariamente la acupuntura en los músculos rígidos de las regiones cervicales, dorsal y lumbar. Transcurridos cuatro dias, el alivio era notabilísimo: semblante animado; posibilidad de separar las mandíbulas; de tragar los alimentos y de respirar; las convulsiones clónicas eran débiles y poco frecuentes. Todos estos síntomas desaparecieron despues gradualmente, con bastante rapidez; y el 23 de agosto, antes del mes de la invasion de la enfermedad, salió el enfermo completamente curado.

Cualquiera que sea la opinion que se forme respecto á este hecho, creemos que no habrá práctico que no considere como una cosa harto singular que la accion de la simple acupuntura, ejercida sobre los músculos, haya podido influir de un modo tan notable sobre el sistema nervioso, que es realmente quien desempeña el principal papel en la produccion del tétanos.

Amoníaco.— La ciencia posee un gran número de observaciones de curacion de tétanos, en la mayor parte de las cuales el alivio fué precedido de una transpiracion copiosa. Por esta razon, en todos tiempos ha desempeñado un papel importante la medicacion sudorífica en el tratamiento de esta enfermedad. Uno de los agentes que la constituyen, es el amoniaco, que tambien ha recibido antiguas aplicaciones, pero que yacia en la actualidad en un completo olvido, del que ha tratado de sacarle el doctor Mac. Auliffe, cirujano de marina.

De las tres observaciones que refiere, solo una era de tétanos traumático, que como es sabido, es infinitamente mas grave que el espontáneo. Encargado el doctor Vinson de la asistencia del enfermo al octavo dia, y cuando estaban completamente declarados todos los síntomas que caracterizan la enfermedad, administró el amoníaco en una mixtura compuesta de 2 gramos de este álcali en 125 de vehículo, para tomar una cucharada cada media hora. En las veinte y cuatro horas se administraron cuatro mixturas semejantes, ó sea 8 gramos de amoníaco.

Al otro dia se aumentó un gramo á cada pocion, prescribiéndose, por lo tanto, 12 gramos durante el dia. Al siguiente se administraron ya 16 gramos, en el mismo espacio de tiempo. Subiendo así, progresivamente, hasta llegar á 32 gramos de amoníaco en las veinte y cuatro horas.

Durante ocho dias, el tétanos permaneció estacionario, sin avanzar ni retroceder. Torrentes de sudor inundaban al enfermo, que se cubrió de una erupcion de sudamina. La punta de la lengua, sometida á la accion incesante del álcali, perdió su epitelium. A partir de esta época, los síntomas empezaron á mejorar. Y habiendo tenido que suspender el amoniaco por la repugnancia del paciente, reapareció el tétanos con mayor intensidad, en términos que se creyó perdido al enfermo. Se administró de nuevo el medicamento en la misma forma y en cantidad de 16 gramos en las veinte y cuatro horas. Al poco tiempo se advirtió un alivio muy notable, que continuó en los dias sucesivos, consiguiéndose la curacion á los cinco de esta recidiva.

Las otras dos observaciones que refiere el doctor Mac. Auliffe de tétanos espontáneos, fueron tambien seguidas de curacion.

El doctor Berthean ha publicado igualmente un caso de curacion en la *Gaz. des Hop.*

Despues de haber ensayado el almizcle sin resultado, viendo que se agravaban los síntomas, prescribió una pocion compuesta de 400 gramos de agua destilada, 8 gramos de amoníaco, y cantidad suficiente de azúcar. Se produjeron sudores abundantes; pero habiéndose presentado disfagia, fué preciso reducir la pocion á 250 gramos de agua, por 5 de amoniaco. A los trece dias el enfermo estaba fuera de peligro, y consumió en este tiempo 80 gramos de álcali volátil.

A pesar del éxito obtenido, cree el doctor Berthean muy prudentemente que, tratándose de una afeccion tan terrible, no debe limitarse el tratamiento á un solo medio; pero no duda en atribuir al amoníaco la mayor parte en una curacion cuyos ejemplos son bastante raros para que merezcan ser citados.

Cauterizacion por el ácido sulfúrico.—Cuanto mas graves

son las enfermedades, más se multiplican los medios de curarlas, al menos en los libros. Así sucede con el tétanos. El doctor La Vergne añade á las medicaciones ya enunciadas, otra más, que le ha producido excelentes resultados en un sujeto moribundo por consecuencia de un tétanos traumático. Habiendo sido inútiles todos los agentes farmacológicos empleados hasta entonces, recurrió á un medio violento: con un pincel de hilas puesto en una varilla y muy empapado en ácido sulfúrico puro, practicó primero una fuerte cauterizacion trasversal en los músculos posteriores izquierdos del cuello, por encima del hombro, porque allí era donde se manifestaban con mayor intensidad la rigidez y el dolor. Luego paseó el pincel á lo largo del raquis, por uno y otro lado, desde el occipucio hasta el sacro.

La operacion produjo un atroz dolor de quemadura; pero la contraccion cesó inmediatamente para no volverse á presentar. A las seis horas desapareció tambien el dolor ocasionado por el ácido. Despues de esta rápida curacion del tétanos, quedó por espacio de un mes una parálisis de las extremidades inferiores. Las heridas consecutivas á la cauterizacion duraron largo tiempo, no cicatrizándose la última hasta ocho meses despues de haberse practicado.

El autor concluye su trabajo preguntándose, si la cauterizacion empleada demasiado pronto en el período mas agudo del tétanos, no expondrá á aumentar la congestion raquidiana, en lugar de disiparla; pareciéndose en esto á los vejigatorios que se aplican en la pleuro-neumonía, que no producen buen efecto sino cuando ha empezado ya la remision de los síntomas febriles.

Traqueotomia: bisturi-gorjerete del doctor Wortlington. (*Rev. de Sanid militar*).

Uno de los tiempos mas difíciles de la traqueotomía suele ser la introduccion de la cánula: para simplificar esta parte del manual operatorio, ha ideado el doctor Wortlington el sencillo instrumento que representa la figura 12.ª Se compone de un bisturí convexo, de mango fijo, al cual se adapta un pequeño gorjerete de acero,

por medio de una ranura que entra en un boton fijo en el mango del bisturí. Hecha la incision de la tráquea con la punta de este, se adelanta el gorjerete hasta entrar en la abertura; entonces se retira el bisturí, desprendiendo aquel que queda en la herida para servir de conductor á la cánula.

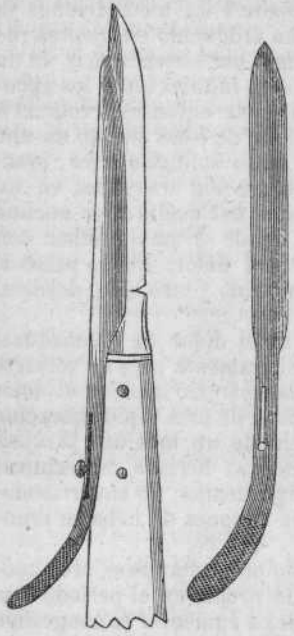


Fig. 42.

A primera vista se comprende la ventaja de este nuevo instrumento, que nosotros, sin embargo, no consideramos necesario; pues aumenta, á lo que nos parece, con escaso provecho, el aparato instrumental de esta operacion, que hemos visto practicar en varias ocasiones, y con extraordinaria habilidad, sin apelar al uso de instrumentos especiales, á nuestro querido compañero y distinguidísimo operador el doctor Busto, habiendo obtenido en casi todos los casos, un resultado altamente satisfactorio.

Toracentésis: trócar de doble corriente. (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

El doctor Barth ha hecho construir, á los instrumentistas MM. Robert y Collin, un trócar de doble corriente, destinado á practicar á la vez la inyeccion de un líquido detersivo y la evacuacion del derrame pleurítico. Este trócar tiene dos receptáculos de tripa ó vejiga, segun se ve en la figura 13.ª

El operador, despues de haber practicado la puncion, retira el punzon del trócar hasta que tropieza con el tope A, que existe en la extremidad de la ranura llamada de

bayoneta: una vez que ha llegado á este punto, dos orificios B, que hay en la cánula, se encuentran en relacion con otros dos semejantes que existen en el punzon hueco del trócar. Abriendo la llave C, el pus sale por la cubierta de tripa D: cuando esto ha sucedido, se cierra la llave y se echa el líquido que se quiere inyectar en la tripa E. Por pequeñas que sean las burbujas de aire que existan, suben á la superficie: cuando el receptáculo está lleno,

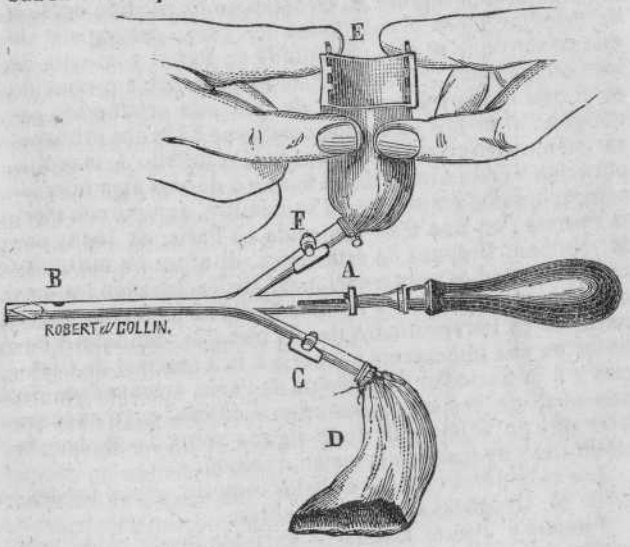


Fig. 13.

se abre la llave F, por la cual pasa la inyeccion que va á lavar la pleura, teniendo cuidado, para impedir que se introduzca aire, de cerrar la llave, antes que haya penetrado todo el líquido.

Para que este salga, no hay mas que dejar el trócar en el tope A, y abrir la llave C; puestos en comunicacion los orificios, el líquido sale naturalmente por la vejiga D, que hace oficios de válvula como en el trócar de Reybard.

Este trócar, tan sencillo en su construccion y en su me-

canismo, está probablemente llamado á reemplazar á la jeringa tan complicada y tan costosa de M. J. Guerin, y á todos los demás aparatos hasta ahora inventados.

Tumores heteradénicos: su naturaleza parasitaria. (*Gaz. méd.*).

Desde la época en que el profesor Robin dió á conocer por primera vez los tumores llamados heteradénicos, el distinguido micrógrafo M. Ordoñez no ha perdido ocasion de estudiar todos ó casi todos los casos patológicos de este género que se han presentado en Paris, y muchos de los recogidos en provincia. Este exámen habia producido en él casi el convencimiento de que esta produccion patológica, al menos en lo que concierne á las dos primeras variedades descritas por Robin, es el resultado de la multiplicacion y crecimiento de un hongo ó de una alga microscópica; opinion emitida ya en su nombre, aunque con cierta reserva, en una tésis sostenida en Paris, en 1863, por M. Mathan. Despues de esta época, el autor ha multiplicado sus estudios y observaciones, perfeccionando los medios de investigacion, y en la actualidad ha creido poder publicar ya los resultados de sus trabajos, dándoles á conocer en una interesante memoria á la Academia de Ciencias y á la Sociedad de Biología de Paris, acompañada de una série de preparaciones microscópicas, cuyo exámen cree que no debe dejar duda alguna sobre la verdadera naturaleza de los elementos en cuestion.

Los caractéres clínicos de estos tumores, segun los describe M. Ordoñez, son los siguientes:

Volúmen y aspecto exterior.—Variable desde el de una avellana hasta el del puño. Estos tumores son generalmente abollados.

Consistencia.—Depende del asiento del tumor y de sus relaciones con la piel, ó con las membranas mucosas; en general se puede decir que son bastante duros y elásticos.

Aspecto de la seccion.—Una trama de haces de tejido fibroso divide el tumor en muchas secciones de dimension variable, en medio de las cuales se encuentra apiñada la produccion criptogámica, la cual no tiene con este tejido fibroso mas relaciones que las de simple continuidad.

El color varía desde el blanco lardáceo hasta el rosa amarillento semi-trasparente.

Los vasos sanguíneos bastante abundantes á veces, se encuentran casi siempre en la superficie del tumor, y solo algunos ramos capilares van á distribuirse en su masa.

La estructura del tejido, llamado hasta ahora heteradénico, está caracterizada esencialmente por filamentos tubulosos, ramificados, que presentan en su trayecto ensanchamientos de formas muy variadas. Sin embargo, perteneciendo todas estas formas diferentes á la misma produccion patológica, se las puede clasificar en cuatro grupos principales, á fin de facilitar su estudio: 1.° raices ú órganos de adherencia; 2.° cilindros llenos de núcleos y de vesículas; 3.° filamentos tubulosos ramificados; 4.° vesículas llenas de granos trasparentes.

El autor hace aquí una larga y minuciosa descripcion de estos cuatro grupos de formas micrográficas, en la que no podemos seguirle por su mucha extension.

Estudiando bajo el punto de vista morfológico los variados elementos de estas producciones patológicas, y comparándolos á las diversas fases del desarrollo de los elementos anatómicos que componen nuestros tejidos, no se encuentran entre unos y otros sino vagas analogías secundarias, mientras que en el fondo existen diferencias capitales. Los elementos mejor caracterizados de los tumores heteradénicos presentan todos los aspectos del desarrollo de las producciones criptogámicas.

Con objeto de completar en lo posible el estudio de estos productos patológicos, ha practicado el autor una série de reacciones químicas, cuyos resultados confirman la opinion que viene sustentando.

Solo enumera los reactivos mas generalmente empleados, para descubrir la presencia de parásitos de naturaleza vegetal, en los términos siguientes:

Amoniuro de cobre.—Este reactivo disuelve enteramente todas las partes del tumor, compuestas de los elementos antes descritos; mientras que no tiene accion alguna sobre el tejido conjuntivo, el fibroso, el elástico, los capilares sanguíneos, y aun el tejido adiposo, porque las células de este se reconocen perfectamente, despues de la accion del reactivo; solamente su contenido se hace granuloso y opaco.

Acido sulfúrico.—Produce una reaccion característica. Si se emplea sobre porciones de estos tumores conservadas en glicerina, se observa al principio un movimiento de retraccion muy sensible en todas las partes que pertenecen propiamente á la produccion parasitaria, con especialidad en las que se han designado bajo el nombre de raices ú órganos de adherencia. Despues aparece en los bordes de la preparacion microscópica un color ligeramente amarillento, que no tarda en pasar sucesivamente á azul cobalto, verde, amarillo, violado, y en fin, rojo amaranto. Las preparaciones microscópicas, tratadas por el ácido sulfúrico, acaban por disolverse totalmente al cabo de un tiempo que varía entre nueve y doce horas.

Las partículas de estos tumores, tratadas por el jarabe de azúcar primero, y por el ácido sulfúrico despues, presentan, pasados uno ó dos minutos, un hermoso color de rosa que va aumentando de intensidad hasta el rojo de anacardo.

Cloruro de zinc iodado.—No produce mas que una coloracion amarilla muy intensa. El mismo reactivo, preparado segun la fórmula de Radlcofer, determina una coloracion roja muy oscura. Bajo su influencia no se nota señal alguna de color azul.

Tintura de iodo y ácido sulfúrico.—Estos dos reactivos combinados no producen ningun efecto notable, como no sea un tinte amarillo de los elementos del tumor.

Potasa y sosa.—No tienen accion particular.

En vista de estos hechos, dice el autor, me parece que los observadores habituados á estudios comparativos, entre las producciones vegetales y animales deben inclinarse á concluir conmigo que se trata en estos tumores de elementos orgánicos vegetales pertenecientes al grupo de los hongos, ó quizá al de las algas.

Como se ve, las enfermedades parasitarias, vegetales ó animales, van creciendo en número, y amenazan invadir toda la patología. Sin que neguemos su existencia, ni el interés que ofrece su conocimiento, parécenos que en la actualidad se tiende á darlas en algunos casos mas importancia patológica de la que en realidad por ahora deben tener. Es á nuestro juicio indudable, conformes en esto con el doctor Cavalier, que en muchísimas ocasiones, el

papel de estos parásitos es accesorio, secundario; una alteracion especial de los tejidos que constituye en rigor la enfermedad, hace quizá posible su germinacion y su persistencia; cesan con la alteracion orgánica que ha dado ocasion á su desarrollo, y durante su evolucion no ejercen probablemente mas que una mediana influencia en el curso del padecimiento local, y aun menos en el estado general.

Ulceras atónicas : curacion por medio de las aplicaciones eléctricas. (*The Lancet*).

En vez de modificar estas úlceras por tópicos excitantes, como ordinariamente se hace, el doctor Nunn ha recurrido á un medio de accion general: *la electricidad localizada*. Empleada en cuatro enfermos del hospital Middlesex, se ha conseguido con ella una rápida curacion.

En un hombre de 24 años, que padecia una úlcera fungosa benigna del testículo, consecuencia de un absceso escrofuloso, por la cual fluia una serosidad purulenta, bastó aplicar todas las mañanas una corriente galvánica débil, durante cinco minutos, para que á los pocos dias se hubiese modificado completamente el aspecto de la herida. Despues se practicaron lociones con una solucion débil de nitrato de plata, para reprimir las vegetaciones exuberantes de los bordes de la ulceracion.

Un niño escrofuloso, de 5 años de edad, con un trayecto fistuloso, consecutivo probablemente á una cáries de uno de los cuneiformes, no habia podido obtener la curacion, á pesar de los medios internos que se habian empleado, y del uso local de la pomada iodurada. M. Nunn prescribió el éter nítrico á dósis de media dracma, repetida tres veces al dia, en un jarabe, medicamento á que atribuye la virtud de mejorar la nutricion en los niños caquécticos, y de hacer desaparecer esa distension del abdómen, sostenida por la atonía de los gánglios mesentéricos. A las tres semanas de este tratamiento, no se habia manifestado ningun cambio apreciable en el estado de la fístula; entonces prescribió el autor las aplicaciones eléctricas, repetidas tres veces por semana, y de cinco minutos de duracion. A los dos meses, el niño se encontraba convaleciente.

El mismo resultado se obtuvo en otros dos casos de úlceras atónicas, que no se habian modificado, por los medios internos y externos que de ordinario se usan.

M. Nunn no da importancia alguna, en el tratamiento de estas enfermedades, á que la corriente sea contínua ó intermitente. Con frecuencia ha empleado la cadena galvánica de Pulvermacher con buenos resultados, en los trayectos fistulosos rebeldes.

No creemos que en estos casos pueda atribuirse todo el mérito de la curacion á la electricidad, puesto que se emplearon al mismo tiempo otros medios, sobre todo generales, que no pueden menos de tener grande importancia, tratándose de úlceras escrofulosas, como en estos enfermos sucedia. De otro modo, seria necesario admitir que la electrizacion localizada era un medio curativo del escrofulismo, cosa que ni el mismo autor de estas observaciones se atreveria á sostener.

Várices y ulceras varicosas: tratamiento quirúrgico. (*Arch. gén. de méd.— Jour. de méd. et chir. prat.*).

El objeto constante de todos los cirujanos, cuando se trata de la curacion radical de las várices, ha sido interceptar el curso de la sangre en los vasos enfermos, para lo que se han propuesto muchos métodos. El doctor Faure, mas atrevido que sus antecesores, ha modificado el de Brodie, que, como se sabe, consiste en la seccion subcutánea de la vena. Operando de este modo, dice el autor que no ha conseguido resultado alguno; la váriz persiste, ora porque no se dividiese el vaso completamente, ora porque la cicatrizacion haya permitido, de un modo ó de otro, que la circulacion se restablezca entre los dos extremos cortados, ya, en fin, como cree Broca, se haya verificado este restablecimiento á expensas de algun vaso intermedio.

El doctor Brodie ha sustituido, para mayor seguridad, á la seccion subcutánea, la incision de fuera adentro. Con un bisturí convexo divide transversalmente la piel y la váriz, por medio de una incision semilunar; y despues de haber disecado los bordes de esta seccion, con objeto de impedir que se aproximen los orificios de la vena,

pone debajo un pedazo de agárico, y envuelve en seguida el miembro en un vendaje compresivo. Esta operacion se repite, si es necesario, en todas las venas varicosas.

Tres observaciones, referidas por el autor, confirman los buenos efectos y la inocuidad de su procedimiento, y dice que podria citar muchísimos otros casos de várices enormes, curadas con la mayor facilidad por este medio.

Ulceras varicosas.— Animado M. Faure por estos resultados, y creyendo, como muchos otros autores, que los obstáculos principales que se oponen á la curacion de estas úlceras son, por una parte, la convexidad muy pronunciada de la region en que se encuentran, y por otra la alteracion de los tejidos inmediatos y subyacentes, las ha aplicado el mismo procedimiento, con el fin de modificar el modo de ser de estos y hacer cesar la retraccion, que se opone á la aproximacion de los bordes de la herida. La operacion es muy sencilla: consiste en circunscribir la úlcera con cierta porcion de los tejidos inmediatos, entre dos incisiones curvas, que interesan los tegumentos en todo su espesor, y se unen por sus extremidades: en seguida se disecan los bordes, de manera que se desprenda de las partes subyacentes, todo lo que rodea la úlcera, quedando esta unida solamente por la porcion de tejido que la corresponde.

Todas las venas están así completamente divididas, y la herida se encuentra encerrada en un islote de tejidos, separado por sus bordes del resto de los tegumentos. Como no puede menos de suceder, se verifica un gran cambio en la circulacion de las partes ulceradas, que sustraidas á toda traccion, y no teniendo nada que las impida obedecer á su fuerza de contractilidad, se cicatrizan.

El resultado de esta operacion se revela, por decirlo así, en el momento: 1.° por la separacion, casi de un centímetro, en los labios de la incision; 2.° porque la parte que estaba roja, tumefacta y tensa, se decolora y se pone blanda y flexible. Al dia siguiente, la úlcera ha perdido mucho de su extension, sus bordes se aplanan, y disminuyen los dolores.

Si la forma de aquella no se presta á las incisiones cur-

vilíneas, el autor hace varias incisiones que, uniéndose por sus extremidades, forman una especie de polígono.

En algunos casos, cuando se han dividido venas varicosas, pone debajo de los bordes disecados pedazos de agárico.

Minio y cinabrio. — Muchos casos de úlceras varicosas, tratadas en su servicio del hospital, han dado ocasion á M. Hardy, para hacer notar la rapidez con que marchan estas rebeldes lesiones hácia su cicatrizacion, bajo la influencia combinada del reposo y de una pomada, en que entran como factores, el minio y el cinábrio. Basta, dice aquel autor, que el enfermo se abstenga de andar, y que cure mañana y tarde la superficie de su úlcera con la pomada siguiente:

Cerato.	30 gramos.
Minio.	2 —
Cinabrio.	2 —

Se tritura sobre el pórfiro.

Tratadas de este modo úlceras que contaban dos años de duracion, se han curado completamente en quince dias.

Varicocele: su tratamiento por las inyecciones coagulantes y por la galvano-cáustica. (*Bull. de l'Acad.— Bull. de thér.— Gaz. des hop.*).

En una memoria leida ante la Academia de Medicina de Paris, ha dado á conocer M. Maisonneuve algunos hechos interesantes relativos al tratamiento del varicocele, por medio de las inyecciones del percloruro de hierro, que este práctico usa hace algun tiempo en la curacion de dicha enfermedad.

Despues de recordar sumariamente las numerosas operaciones que se han intentado por los cirujanos de todas las épocas contra el varicocele, y los graves inconvenientes que ofrecen, y que han sido tan perfectamente señalados por Berard, en su *Diccionario de Medicina*, dice el autor que el resultado que se ha conseguido con las inyecciones de percloruro de hierro en las várices, es lo que le ha movido á emplear este medio en el varicocele.

Con efecto, los interesantes trabajos de Pravaz abrieron hace unos quince años una vía completamente nueva

á la cirugía de las várices, demostrando que algunas gotas de una solucion de 30° de percloruro de hierro, inyectadas en el interior de una vena, bastan para producir instantáneamente un coágulo sólido, y obliterar la cavidad del vaso. Desde esta época, un gran número de cirujanos se apresuraron á emplear el nuevo método en los aneurismas, los tumores eréctiles y las várices.

Pero el varicocele habia parecido hasta ahora inaccesible á las inyecciones coagulantes. En efecto, si por su posicion superficial y su fijeza las várices de los miembros se prestan fácilmente á la introduccion del trócar de Pravaz, no sucede lo mismo en el varicocele, cuyas venas, protegidas por muchas capas orgánicas y unidas entre sí por un tejido celular laxo, que impide que se las comprima y fije convenientemente, hacen muy difícil é incierta la puncion, porque no se puede tener seguridad de que la punta del trócar ha penetrado bien en el interior de una vena, ó se ha metido en el tejido celular, que rodea el paquete vascular. Sin embargo, es indispensable, relativamente á este punto, una certidumbre completa, antes de decidirse á hacer la inyeccion.

Hasta ahora se habian servido los cirujanos, para puncionar las venas varicosas, del trócar ordinario de la jeringa de Pravaz. Cuando se suponia llegada la punta del instrumento al interior del vaso (lo cual nada puede indicar de una manera positiva), se retiraba el punzon, dejando la cánula, para ver si corria la sangre, único signo que podia dar la seguridad apetecida. Si no fluia este líquido, era preciso reintroducir el punzon en la cánula, é intentar una segunda ó una tercera puncion.

Estas maniobras no ofrecian graves inconvenientes en las várices de los miembros; pero en el varicocele es indispensable saber inmediatamente, si el trócar ha penetrado. Para vencer estas dificultades nacidas de la disposicion anatómica de las venas del cordon, y para hacer entrar el tratamiento de esta enfermedad en la ley comun, era preciso, á juicio de M. Maisonneuve, modificar el instrumento destinado á practicar la operacion. A este efecto, ha hecho construir una cánula-trócar, análoga á la que se emplea actualmente para las inyecciones hipodérmicas. Es sabido que este instrumento muy inge-

nioso, construido por Luer, imitando á las jeringas de Fergusson, de Wood, y otros cirujanos ingleses, está constituido por una aguja hueca, y cortada en bisel en su extremidad. Esta cánula-trócar se adapta á la jeringa ordinaria de Pravaz, provista de una segunda cánula mas pequeña y mas corta, destinada á introducirse en la primera. A beneficio de esta disposicion, la cánula-trócar penetra fácilmente en los tejidos, y como su cavidad no está obstruida por el punzon, inmediatamente que ha atravesado las paredes de una vena sale un pequeño chorro de sangre, que no deja duda alguna del sitio en que se encuentra el instrumento. La operacion se continúa entonces como en el procedimiento ordinario; es decir, que el cirujano introduce en la cánula el pequeño tubo de que está armada la jeringa, y luego, poniendo en movimiento el piston, por medio del tornillo, inyecta en la vena el líquido coagulante.

Una sola inyeccion le ha bastado siempre al autor para obliterar todo el paquete varicoso, lo que se explica por el notable hecho anatómico, de que las venas del cordon testicular, que tienen entre sí numerosas anastómosis, van á terminar en un tronco comun que, una vez obliterado, suspende la circulacion en todos los ramos aferentes. Esta circunstancia simplifica notablemente la operacion, y hace que no debe temerse el efecto de una inyeccion bastante abundante. M. Maissonneuve tiene costumbre de introducir de 20 á 25 gotas de la solucion de percloruro de hierro á 30°, sin que nunca se hayan presentado accidentes desagradables.

En apoyo de la nueva aplicacion del método de Pravaz, cita varios casos prácticos. El manual operatorio consiste en lo siguiente: Estando el enfermo de pié y sólidamente apoyado por detrás, un ayudante comprime, entre el pulgar y el índice, la raiz del cordon, para interceptar la circulacion venosa y aumentar el volúmen de las várices. En otros casos, aplica sobre el anillo inguinal un braguero de muelle muy fuerte, con el fin tambien de producir este mismo efecto. Se procura entonces fijar una de las nudosidades mas voluminosas, y se la punciona con la cánula-trócar, por la que sale una pequeña cantidad de sangre si se ha penetrado en el interior del vaso. Una

vez hecha la inyeccion, se coagula la sangre en una gran parte del tumor, que se pone duro y compacto, pero muy poco doloroso. Algunos enfermos ni aun necesitan guardar cama un solo dia; en otros sobreviene una inflamacion moderada.

Segun el autor, por este procedimiento la cura del varicocele será en adelante tan sencilla como la de las várices ordinarias, y podrá verificarse sin temor ninguno por la vida, ni por la integridad de las funciones generadoras.

No podemos participar del optimismo de M. Maisonneuve, puesto que, como puede verse en otro lugar de este mismo ANUARIO, las inyecciones coagulantes distan mucho de ser siempre tan inofensivas como él nos las presenta, y esto aun cuando se practiquen en venas de mucho menor calibre que las del varicocele. Por otra parte, despues de introducida la cánula-trócar en el interior del vaso, puede fácilmente abandonarle en el momento en que se hace jugar el piston de la jeringa. Además, no debe contarse de un modo seguro con que la obliteracion de una sola vena produzca necesariamente la de los demás troncos venosos, ni menos todavía con que la obstruccion sea permanente, y la curacion por lo tanto definitiva. Baste recordar lo que sucede en las várices de los miembros, donde tan á menudo se observan las recidivas despues de las inyecciones coagulantes. Los hechos invocados por el autor son muy recientes, y no pueden aun servir de testimonio.

Gálvano-cáustica.—En la *Gazette des hop.* se ha publicado un caso de curacion de varicocele, por medio de la gálvano-cáustica, debido al doctor Alfonso Amussat.

Un hombre de 44 años, afectado hacia ocho de varicocele voluminoso del lado izquierdo, que le molestaba é impedia trabajar, fué operado por dicho práctico del modo siguiente: Préviamente aislado, y separado con cuidado el paquete varicoso del conducto deferente, el operador le comprimió en una asa de alambre de platino, aplicada segun el procedimiento de Ricord, haciendo salir los dos extremos por el mismo orificio cutáneo, de modo que queda completamente á salvo el escroto. Puestas en relacion estas dos extremidades con un aparato de

Middeldorff, tan pronto como se cerró el circúito, el alambre se puso incandescente. Algunos segundos bastaron para que la masa del cordon se cauterizase y quedara completamente seccionada. La operacion fué bastante dolorosa, pero, sin embargo, muy soportable. La cura consistió únicamente en una capa de algodon en rama, y un suspensorio. Por la tarde hubo un poco de movimiento febril. El enfermo tuvo que permanecer en cama diez y ocho dias, y despues de pasar un mes en el campo, pudo volver á ocuparse de sus negocios.

Los mismos, y aun quizá mayores inconvenientes que en el anterior, encontramos en este procedimiento, cuya duracion en la cura consecutiva fué, como acaba de verse, bastante larga, lo cual indica desde luego que no carece de gravedad.

Vendajes inamovibles con el silicato de potasa ó vidrio liquido. (*Giornale Veneto.—Bull. de thérap.—Gaz. hebd.*).

El profesor Schuch ha comunicado, á la Sociedad médica de Viena, una nota acerca de un nuevo aparato contentivo, ensayado por él con buen éxito en un caso de artritis húmero-cubital. Este práctico propone, en su trabajo, sustituir el almidon, la dextrina ó el yeso, para la formacion de vendajes inamovibles, con el silicato de potasa líquido, vulgarmente conocido con el nombre de vídrio soluble. Para aplicar este apósito, no se necesitan mas que vendoletes de hilo ó de algodon, ó papel sin cola, y silicato de potasa, tal como se encuentra en el comercio. Se extiende una capa de esta sustancia sobre las vendas por medio de una brocha, y se procede en lo demás como con los otros medios contentivos ordinarios. Las ventajas de este apósito consisten en su sencillez, y la facilidad con que se aplica, en que se seca y endurece con mucha prontitud, puesto que no necesita para ello más de cinco á seis horas; que el barniz que resulta es muy sólido é impermeable, y se puede quitar muy fácilmente, sumergiéndole en agua caliente; por último, que es muy económico.

Antes de aplicar las vendas se puede barnizar el miembro con el vídrio líquido que queda impermeable, en el

caso en que los bordes del apósito no se apliquen inmediatamente.

El doctor Angelo Minich ha usado con gran ventaja este medio de contencion en el hospital general de Venecia, en tres casos de coxalgia, siete de fractura, y tres de enfermedades articulares de la rodilla. Es cierto, segun dice este autor, que el yeso se consolida con mas rapidez que el silicato de potasa; pero los apósitos que se confeccionan con la primera de estas sustancias, son muy pesados, mientras que los construidos con el vídrio líquido tienen extraordinaria ligereza. Para que se seque mas pronto. se puede emplear una solucion evaporada hasta consistencia de jarabe.

El doctor Minich empieza por cubrir el miembro con algodon, que tiene la ventaja de protegerle contra toda clase de compresiones.

El medio aconsejado por el profesor Schuch para quitar el aparato, no es, segun el práctico italiano, tan fácil como se ha dicho, puesto que hay que tener la parte algun tiempo en un baño caliente. Se puede tambien cortar el apósito longitudinalmente, para examinar el sitio enfermo y volverle á colocar de nuevo.

El silicato de potasa que se usa mucho en la actualidad para la silicatizacion de la piedra, se encuentra fácilmente en el comercio; pero quizá podria no hallarse en poblaciones pequeñas. En un caso de necesidad, el farmacéutico puede prepararle en su laboratorio, procediendo del modo siguiente:

Arena blanca de la mas fina.	60 partes.
Carbonato de potasa del comercio.	50 —
Carbon vegetal.	4 —

Se mezcla y se introduce en un crisol de doble capacidad que la que representa la materia, contando con lo que esta ha de aumentar de volúmen, y se calienta hasta fusion perfecta. Se echa sobre una superficie de mármol ó una plancha de fundicion; se pulveriza luego que se ha enfriado; se disuelve en agua, y se evapora hasta que marque 25° del areómetro.

El doctor Michel ha reclamado la prioridad del descubrimiento, alegando que algunos meses antes de la pu-

blicacion de Schuch, habia él comunicado una nota recomendando este mismo medio á la Sociedad de Medicina de Vaucluse; hecho que ha sido confirmado en la *Gazette hebdomadaire* por el doctor Pamard, quien cree que el silicato de potasa líquido está llamado á desempeñar un gran papel en la confeccion de los aparatos inamovibles, por su ligereza, su solidez, su buen aspecto; la falta del olor desagradable que tienen los apósitos dextrinados, y por último, su economía, puesto que con algunos céntimos de silicato se puede hacer una cura.

OFTALMOLOGIA.

Anestésicos en las operaciones oculares. (*Pabellon médico*).

Desde que se ha vulgarizado el uso de los anestésicos en la práctica quirúrgica, no ha dejado de discutirse la conveniencia ó inoportunidad del empleo de dichos agentes en las operaciones del dominio de la oftalmología. La cuestion, sin embargo, no se halla resuelta de un modo terminante y decisivo, opinando unos prácticos que en ciertas ocasiones es indiscutible su utilidad, en tanto que otros rechazan la anestesia del modo mas absoluto. En esta discordancia de pareceres creemos útil dar á conocer las ideas sostenidas, acerca de esta materia, en el *Pabellon médico*, por un oftalmólogo tan distinguido como el doctor Wecker.

Empieza este autor por enumerar los inconvenientes que se han atribuido á los anestésicos, entre los cuales cita en primer lugar la excitacion prolongada, el sueño agitado y fácilmente interrumpido; lo cual ha hecho, unido á la corta duracion de la generalidad de estas operaciones, que los cirujanos se crean obligados á observar una excesiva prudencia respecto á la dósis del anestésico que se empleaba. A juicio de M. Wecker es evidente que esta timidez ha sido el orígen principal de los inconvenientes expuestos. Cree, por lo tanto, con el profesor Jacobson, que es necesario administrar altas dósis del anestésico con el fin de obtener la paralizacion muscular absoluta, que es indispensable en las delicadas operaciones oculares, debiendo reiterarse las inhalacio-

nes, durante el curso de la operacion, tan pronto como se adviertan señales de que el enfermo está próximo á despertar.

Respecto á los vómitos, otro de los graves inconvenientes de la anestesia, piensa el doctor Wecker, con el autor antes citado, y apoyándose en su propia práctica, que no son nunca bastante repentinos para sorprender al operador, y que, teniendo cuidado de sostener á tiempo el ojo por medio de una suave presion, hecha con una pelota de hilas y la palma de la mano, se sustrae con facilidad dicho órgano al sacudimiento que podrian imprimirle los esfuerzos violentos de los vómitos. El vendaje compresivo, cuyo uso reputa el autor como indispensable despues de la mayor parte de las operaciones oftalmológicas, garantiza al enfermo de los malos efectos de los vómitos, que pueden sobrevenir secundariamente. De todo esto deduce que los inconvenientes atribuidos á los anestésicos, en semejantes casos, son cuando menos exagerados.

Entre las operaciones en que considera útil y legítimo su uso, figuran en primer lugar aquellas en el curso de las cuales toda contraccion violenta de los músculos del ojo y de los párpados puede ser orígen de accidentes inmediatos bastante graves, es decir, en las que el globo del ojo es anchamente abierto por los instrumentos. La extraccion á colgajo de la catarata se encuentra en primer término. La práctica comparativa demuestra, segun el doctor Wecker, que, bajo la influencia de los anestésicos, es mucho mas fácil la seccion del colgajo y cuesta menos trabajo darle la extension exacta y la precision apetecible. En un indivíduo completamente anestesiado, y en el que la seccion del colgajo corneano ocupa una extension suficiente, se puede con toda seguridad evitar la mas pequeña procidencia del cuerpo vítreo. Dice el autor que le autoriza á sostener este hecho la circunstancia de haber practicado un gran número de veces la extraccion de cataratas sin abertura de la cápsula, en las cuales ha podido con frecuencia, sirviéndose de una cucharilla introducida por debajo del cristalino, hacer salir este último, sin perder absolutamente nada del vítreo, con excepcion de una pequeña gota ar-

rastrada por el instrumento á su salida del órgano. Puede, por lo tanto, decirse que en un enfermo en que todos los músculos del ojo se encuentran en estado de relajacion y en el que, despues de la seccion de la córnea, ha cesado toda presion intra-ocular, el cuerpo vítreo no tiene la menor tendencia á escaparse al exterior. Dedúcese de aquí, que el empleo bien dirigido de los anestésicos reduce á la nada uno de los principales peligros que presenta la extraccion á colgajo de la catarata.

A estas ventajas hay que añadir que, gracias á los anestésicos, todas las operaciones se hacen perfectamente practicables, aun en los niños, siendo de todo punto inútiles los complicados aparatos que se han imaginado para sostener la cabeza en estos casos; así como tampoco hay que temer, como en otro tiempo, que los esfuerzos y los gritos de estos pequeños enfermos produzcan, á través de la incision, la hernia del íris, si se les opera en un sueño profundo, aplicándoles además en los ojos, antes de despertarse, un vendaje compresivo suficientemente apretado. Las operaciones dolorosas que se practican en los párpados, así como tambi n la extirpacion y enucleacion del globo del ojo, exigen con el mismo derecho que la mayor parte de las operaciones quirúrgicas, la administracion de los anestésicos.

El doctor Wecker da la preferencia entre estos agentes al éter, químicamente puro y rectificado á 66°, por creer que ofrece menos peligros que el cloroformo y que puede obtenerse por su medio una anestesia tan rápida y tan profunda, como la que este último produce.

Contestando á estas observaciones el distinguido oftalmólogo español señor Delgado, lo hace con un tino y criterio práctico, y aun pudiéramos decir con un sentimiento humanitario, que no puede menos de merecer nuestra mas completa aprobacion, hallándonos, por lo tanto conformes con sus ideas respecto á este punto. Rechaza este oftalmólogo los anestésicos en todas, absolutamente en todas aquellas operaciones en que no se padece dolor alguno, ó que si se padece, es de poca intensidad y de breve duracion. No les admite, por lo tanto, en la extraccion de la catarata, operacion que se ejecuta en un tiempo brevísimo y que no ocasiona apenas sufrimiento.

alguno. Recuerda igualmente nuestro compatriota que muchos oculistas han practicado la extraccion de la catarata sin verificar la quistitomía, y han logrado la salida de la lente sin recurrir al uso de los anestésicos, y lo que es más aun, sin verificar excision alguna del íris, que tanto facilita la salida de la catarata dilatando el espacio natural de la pupila.

Da tambien grande importancia á la excitacion y los vómitos que los anestésicos producen en la mayoría de los casos y cuyos inconvenientes no desvanecen las razones del doctor Wecker; por último, apela á un argumento que por nuestra parte creemos que nunca se encarecerá lo bastante, como regla de conducta general, siempre que se trata del uso de los anestésicos: este argumento es el riesgo que corre la vida del paciente sometido á la anestesia para una operacion, que no solo no es de importancia vital, sino que, despues de practicada, puede decirse que no produce nunca la muerte. Para obtener algunas mayores facilidades en el manual operatorio no es lícito arriesgar nunca la vida del enfermo.

Anomalías dinámicas de los músculos laterales del ojo y de la acomodacion. (*Gaz. des hop.*).

Uno de los puntos mas importantes del estudio práctico de las alteraciones funcionales de la vision asociada, y que mas embaraza por lo comun al clínico, es el conocimiento y la determinacion, en cada caso particular, de las relaciones mútuas que unen la convergencia de los ejes ópticos y la acomodacion de cada ojo. Es, por consiguiente, interesante fijar la atencion en los medios prácticos de reconocer estas relaciones. Tal ha sido el objeto de una leccion dada por el sabio oftalmólogo aleman de Graefe, en la clínica de M. Giraud-Teulon, y en la cual se ha propuesto estudiar los dos tipos siguientes:

1.° *Falta de equilibrio de los músculos laterales del ojo.— Diagnóstico.* —Hay dos medios de descubrir esta falta de equilibrio de los músculos laterales. Consiste el primero en aproximar un objeto pequeño, una punta de lápiz, por ejemplo, hasta una distancia de dos y media á tres pulgadas de los ojos, llamando la atencion del enfermo

hácia este cuerpo. Se nota que la convergencia de los dos ejes se verifica con esfuerzo y que el sujeto tiene tendencia á sustraerse á la obligacion que se le impone. Si entonces se cubre uno de los dos ojos con la mano, para quitarle de la vista el objeto, este ojo se desvia inmediatamente hácia afuera, colocándose el mismo en estado de estrabismo divergente.

Segundo medio.—Es bien sabido que si se pone un prisma á base superior ó inferior delante de un solo ojo, se produce al momento la diplopia. Si el ojo se encuentra en estado normal, las imágenes se hallan simple y exactamente sobrepuestas en el mismo plano vertical. Si, por el contrario, el ojo está afectado de una falta de equilibrio muscular, las imágenes, siendo siempre la una superior, y la otra inferior, se hallan muy separadas lateralmente. Esta separacion permitirá apreciar el grado de la falta de equilibrio.

Debe recordarse aquí la relacion que existe entre la convergencia y la acomodacion: á cierta convergencia corresponde cierta acomodacion, y vice-versa; de suerte que, modificando la acomodacion por medio de cristales, se obra necesariamente tambien sobre la convergencia.

Un cristal cóncavo exige que la acomodacion sea mayor, á fin de compensar la dispersion de los rayos luminosos. De aquí resulta que, en muchos sujetos, la presencia de un lente de esta clase delante del prisma hace nula su accion y vuelve las imágenes separadas lateralmente á la super-posicion vertical. Se comprende fácilmente esto: el exceso de acomodacion que exige el cristal cóncavo, obra secundariamente sobre la convergencia.

Consecuencias.—La falta de equilibrio de los músculos laterales produce varios efectos:

1.ª *La astenopia muscular*, por hallarse los rectos internos fatigados por este exceso de trabajo.

2.ª *Sensaciones neurálgicas*, como dolores orbitarios, vértigos, náuseas, etc.

3.ª *Diversas enfermedades de la refraccion aparente.*—Al mismo tiempo que estos síntomas puede encontrarse algunas veces la emetropia; pero uno de los fenómenos mas constantes es la miopia aparente. Se la reconoce buscando el *punctum remotum* para la vision binocular.

Hay una miopia aparente, porque los enfermos no pueden relajar su acomodacion mas allá de un cierto punto, menos separado que el infinito ó que el que corresponde al estado de su refraccion estática.

Así se observa con frecuencia una exageracion aparente de una miopia que ya existia antes. Por ejemplo, un sujeto cuyo *punctum remotum* se encuentra á ocho pulgadas (núm. 1 de la escala de Jæger), puede leer aun con un cristal de ocho pulgadas ó mas débil; desde el momento que padece una falta de equilibrio de los músculos laterales, tiene que servirse de un cristal de siete, seis y aun quizá cinco.

En la vision próxima excluirá un ojo; en la á distancia conservará los dos, pero forzando los rectos internos. Precisamente por esto, porque tiene precision de hacer un esfuerzo con estos músculos, necesitará un cristal negativo mas fuerte.

En resúmen, respecto á la refraccion, se nota en estas circunstancias una exageracion dinámica; la emetropia puede simular la miopia.

4.ª La consecuencia peor es el aumento de la miopia. Se observa, en efecto, que en tales casos tiene una marcha progresiva que se ha atribuido sobre todo á los movimientos de convergencia que producen una compresion del ojo y, por lo tanto, una congestion coroidiana. M. de Græfe, sin negar esta causa, no cree que sea la principal: á su juicio, no es la convergencia normal la que aumenta especialmente la miopia, sino la convergencia exagerada: esta es la que constituye la gravedad de aquella afeccion.

De 32 miopes en quienes este práctico ha curado la falta de equilibrio, dos veces solamente ha seguido la miopia una marcha progresiva; en los otros 30 casos ha quedado estacionaria.

Tratamiento.—Se puede combatir la falta de equilibrio lateral de tres maneras: 1.° obrando sobre los músculos (tenotomía); 2.° obrando sobre la acomodacion por medio de cristales cóncavos; 3.° sobre la convergencia por medio de cristales prismáticos á base interna.

De estos dos últimos medios, el único generalmente ventajoso es el uso de prismas que separan á mayor distancia el cruzamiento virtual de los ejes ópticos efectivos;

alivian la adduccion y restablecen de esta manera la armonía entre las potencias acomodatrices y la convergencia.

Los cristales cóncavos tienen el inconveniente de disminuir las imágenes retinianas: primero, porque alejan el objeto, y segundo, por sus mismas propiedades ópticas. Este defecto hace frecuentemente ilusorio el uso de estos cristales en las distancias cortas, porque el enfermo tiene, á pesar de todos los consejos que se le dan, una tendencia invencible á aproximarse, á fin de hacer mayores las imágenes. En tales casos, los lentes cóncavos pueden ser un motivo de agravacion, en lugar de remediar el mal.

Los prismas prestan, por el contrario, buenos servicios, mientras la insuficiencia no ha llegado á un alto grado de desarrollo. Se les puede aplicar hasta 3 ó 4 grados de cada lado; pero el verdadero medio es la tenotomía.

Exceso de la fuerza acomodatriz.—Este ha sido el segundo punto tratado por el eminente oftalmólogo en su leccion. En el estado actual de la ciencia se aprecia este vicio de la acomodacion de dos maneras: 1.° por el estado de la refraccion; 2.° por la latitud absoluta de la acomodacion. M. de Græfe quiere que se añada: 3.° por la latitud relativa de la acomodacion.

Los dos primeros medios suministran algunos datos, pero no permiten saber si el enfermo hace esfuerzos de acomodacion á la distancia en que trabaja.

M. de Græfe propone el siguiente: Si un sujeto hace á ocho pulgadas un esfuerzo de acomodacion, y se cubre uno de sus ojos, ejecutará inmediatamente con él un movimiento de convergencia.

Los prismas de ángulo superior ó inferior hacen evidente este movimiento, del mismo modo que, como indicamos mas arriba, á propósito de la falta de equilibrio de los músculos laterales, demuestran la divergencia dinámica. Aquí, las imágenes dobles son homónimas; en el caso anterior están cruzadas.

Este método es á veces imperfecto; es preciso añadir la medida de la cantidad de acomodacion que el enfermo pone en juego.

Colocando un cristal positivo delante del ojo, hay que desplegar menos fuerza de acomodacion; se ha reservado ó evitado una fuerza correspondiente á este cristal. Si se emplea, por el contrario, uno negativo, se hace el esfuerzo de acomodacion necesario para compensar la dispersion producida por el cristal.

Siendo, pues, conocidos el cristal positivo mas fuerte y el negativo de la misma clase, por cuyo medio se pueda ver á una distancia dada, se tendrá la fuerza acomodatriz que se queda en reserva y la que se pone en juego. Esta es la latitud relativa de la acomodacion.

Para la clínica se emplearán los cristales de Franklin. Estos anteojos consisten en la yuxtaposicion, por su diámetro horizontal, de dos medios cristales (+ 20 y — 20 por ejemplo; ó bien + 40 y — 40), fijos en la misma armadura. El práctico no tiene mas que cambiar de cristales para reconocer el estado de la refraccion dinámica del sujeto, en sus relaciones con la distancia á que se le hace leer.

En algunos emétropes hay siempre un esfuerzo de acomodacion aun para ver á distancia. Ciertos sujetos, en efecto, emplean las tres cuartas partes de su fuerza acomodatriz, mientras que otros apenas despliegan una décima parte.

Para M. de Græfe, la energía de la acomodacion está representada por la fuerza acomodatriz que cada uno puede emplear. Así se encuentran hipéropes, en quienes el déficit de la refraccion está disimulado por una grande energía de acomodacion y que no experimentan nunca alteraciones astenópicas.

Tratamiento.—El tratamiento puede dirigirse á la acomodacion, á los músculos y á la refraccion.

1.° A la acomodacion, obrando de un modo indirecto. Se emplearán para esto prismas de ángulo interno, que permitirán disponer de mayor cantidad de fuerza acomodatriz para una distancia dada; 2.° sobre los músculos por medio de la tenotomía: M. de Græfe ha hecho algunos ensayos; 3.° obrando sobre la refraccion por medio de cristales positivos, los cuales disminuirán el esfuerzo acomodativo. Se reconoce, en efecto, en estos casos, que el enfermo no pone en juego mas que la mitad de su aco-

modacion relativa, en lugar de emplearla toda entera.

La eleccion de los cristales exige ciertas precauciones.

Si la acomodacion es restringida, el uso de los prismas á ángulo interno puede ser funesto; porque tiene el inconveniente de dar un *punctum remotum* mas próximo, produciendo de este modo fatiga y dolores de cabeza.

Por otra parte, algunas personas están acostumbradas á hacer incesantemente un esfuerzo de acomodacion; así no podrian leer, por ejemplo, si la relajasen. En semejante caso, los cristales que obligan á esta relajacion (cristales positivos), no pueden soportarse inmediatamente. Se necesita tambien, en este punto, observar algunas precauciones.

A dichos inconvenientes se une, en fin, la cuestion de la vision excéntrica con los cristales de anteojos; vacío considerable, acerca del cual se propone M. de Græfe llamar la atencion muy pronto.

De todo lo que precede se puede deducir: que la falta de equilibrio de los músculos laterales del ojo, así como la de la acomodacion, dificultan las funciones de este órgano, y aun pueden perjudicar á su integridad. El práctico debe, pues, aplicarse con grande empeño á analizar sus relaciones, porque el conocimiento exacto de ellas es mas necesario aun que la determinacion del estado mismo de la refraccion, que, estudiada sola, deja casi siempre la cuestion incompleta y difícil de resolver.

Catarata: procedimiento de extraccion directa. (*Gaz. hebd.*).

El doctor Tavignot ha presentado, á la Academia de Ciencias de Paris, la descripcion de un nuevo procedimiento operatorio para la extraccion directa de la catarata, el cual difiere, segun el autor, de todos los que hasta ahora se han usado: 1.° por el sitio en que se hace la puncion; 2.° por la forma de esta; 3.° por el instrumento que se emplea para practicarla.

La puncion se ejecuta á 5 milímetros próximamente de la circunferencia externa de la córnea, en lugar de hacerse en su periferia.

Su forma, en vez de ser *lineal*, como en el procedimiento

de Mery, ó *semi-lunar*, como en el de Daviel, es el resultado de dos incisiones: una vertical, que tiene 9 á 10 milímetros de extension, y otra horizontal, de solo 3 milímetros.

El instrumento que se emplea para practicarla, no es mas que un *cuchillo lanceolar curvo*, que tiene 12 milímetros de la punta á la base, y 10 de ancho. Está armado en su cara cóncava de una arista cortante, que no tiene mas de 3 milímetros de elevacion, y empieza á 5 milímetros de la punta del queratótomo.

El manual operatorio es muy sencillo: el instrumento, con su convexidad dirigida hácia adelante, penetra por el lado externo de la córnea en el punto indicado mas arriba, y atraviesa la pupila, dilatada artificialmente, para encajarse entre el borde interno del íris y la circunferencia correspondiente del cristalino, penetrando mas ó menos en la zónula hialoidiana del cuerpo vítreo. La operacion está entonces terminada. No resta mas que deprimir con una cucharilla ancha y de bordes planos, las dos valvas formadas por la arista cortante del queratótomo, á expensas del labio externo de la incision vertical, para penetrar fácilmente en la cámara anterior del ojo, coger el cuerpo opaco, y practicar su extraccion.

Las consecuencias, segun el autor, son siempre muy sencillas, y hasta ahora no ha observado accidente alguno digno de mencionarse.

No nos parece que debe tener ventajas prácticas la doble incision recomendada por M. Tavignot, la cual ha de ofrecer, por lo menos, el inconveniente de multiplicar las cicatrices innecesariamente, así como los peligros de la falta de adherencia, y por lo tanto de la supuracion consecutiva.

Catarata: nuevos procedimientos operatorios de extraccion. (*Arch. gén. de méd.—Jour de méd. et de chir.—Pabellon médico*).

Durante largo tiempo los cirujanos no han conocido y aceptado, puede decirse, mas que dos métodos operatorios en el tratamiento de la catarata: la depresion, y la extraccion á colgajo. Las operaciones por discision de la cápsula, y por desmenuzamiento, se han reservado siempre

para llenar indicaciones excepcionales. La observacion y los incesantes progresos de la ciencia habian ido haciendo perder terreno á la depresion que, atacada luego como método general por un gran número de cirujanos, ha concluido por desaparecer poco á poco de la práctica con justísima razon, por mas que en ciertos casos muy limitados pueda todavía tener útiles aplicaciones.

Admitida la extraccion como método general, se han obtenido con ella, practicada segun el procedimiento clásico á colgajo, excelentes resultados; pero á medida que se han multiplicado el número de las operaciones, se han advertido mejor los peligros y los reveses que á veces presenta este método; de aquí los numerosos procedimientos que en estos últimos tiempos se han ideado para modificarle, tratando de evitar aquellos inconvenientes. Figura en primer término la extraccion lineal simple, cuyo orígen se remonta ya á una época algo distante, y esta misma operacion, combinada con la iridectomía, y modificada de varias maneras en sus demás condiciones.

A pesar de las variaciones introducidas en las cucharillas, desde las grandes de Schuft hasta las mucho mas estrechas de Critchett y Bowmann, se ha observado no obstante, que la introduccion de estos instrumentos en el ojo, y la necesidad de hacerles contornear la cara posterior de la catarata, eran causa incontestable de accidentes inflamatorios muy sérios. Esta consideracion ha conducido á M. de Græfe á modificar recientemente la seccion de la córnea, y el instrumento destinado á extraer la lente. Segun ya dijimos en nuestro anterior ANUARIO, página 371, este cirujano practica con un cuchillo muy estrecho una seccion en la parte superior de la córnea, y despues de haber incindido la cápsula anterior del cristalino, desliza en las masas corticales posteriores, hasta mas allá del polo posterior de la lente, un gancho particular, muy romo y un poco encorvado, por medio del cual tira directamente el cristalino hácia fuera. M. de Græfe ha publicado recientemente un largo artículo en los *Archiv. f. ophthalmologie*, haciendo ver las ventajas de este precedimiento, aplicable, segun el autor, á todas las circunstancias y fases de la catarata, y que no expone á

los peligros de la extraccion á colgajo, aun en las condiciones mas desfavorables. Los resultados de sus ensayos y de su práctica ya muy extensa le han conducido á formular las siguientes conclusiones: El número de curaciones definitivas es mayor con el procedimiento en cuestion, que con la extraccion á colgajo ó la lineal, tal como se ha practicado hasta ahora. Es muchísimo menos frecuente la necesidad de una operacion suplementaria, ya por oclusion pupilar, ya por catarata secundaria. Las curaciones marchan con mas rapidez que despues de la extraccion á colgajo. El tratamiento consecutivo es mas sencillo, y exige, sobre todo, menos cuidados por parte del enfermo. Por consiguiente, el procedimiento es aplicable en condiciones en que en otro tiempo se temia la extraccion; por ejemplo, en indivíduos inquietos, asmáticos, que no pueden permanecer en cama, etc. Es igualmente admisible para todas las formas, y para todas las fases de las cataratas que sobrevienen en la época media, y en la avanzada de la vida. El grado de madurez no ejerce influencia marcada en el éxito. Las complicaciones locales, cuando no se oponen á la operacion en general, son menos importantes que en la extraccion á colgajo. La curacion es mas independiente de las circunstancias accidentales y del estado general de la salud. Tales ventajas merecen seguramente que se estudie el método operatorio que las posee, y nos ha parecido conveniente consignarlas aquí, llamando acerca de ellas la atencion de nuestros comprofesores, por lo mismo que en nuestro ANUARIO del año anterior consignabamos la opinion desfavorable de una persona de tan reconocida competencia en el asunto, como el señor Delgado, el cual, por otra parte, nos parece que ha de haber modificado algo su modo de pensar, en vista de algun brillante resultado obtenido con este procedimiento.

Segun una nota publicada por M. de Græfe, de ciento cincuenta enfermos operados de esta manera, solo en cinco dejó de obtenerse el éxito apetecido, proporcion muchísimo mas ventajosa que la que arrojan las estadísticas de la extraccion á colgajo.

Extraccion de la catarata sin abertura de la cápsula. — El doctor Wecker, que al mismo tiempo que M. Pagen-

stecher, se ocupa activamente en perfeccionar este procedimiento operatorio con objeto de generalizar sus aplicaciones, ha publicado en el *Pabellon médico* un artículo que forma parte de la interesante correspondencia científica que este distinguido oftalmólogo sostiene con el señor Delgado. Ocúpase en establecer las diferencias que separan el procedimiento de M. Pagenstecher, del que él recomienda y practica. Conocido es el del primero de estos autores, y no nos ocuparíamos del segundo, puesto que de él hablamos en nuestro anterior ANUARIO, página 374, si no fuese porque en dicho trabajo encontramos algunas, aunque no radicales modificaciones en el procedimiento operatorio.

Es evidente, segun el doctor Wecker, que el método de de Pagenstecher no puede ejecutarse sino por operadores de una habilidad tan grande como la que posee el autor; porque es indispensable conducir el cuchillo con extrema precision, para poder dejar intactos el íris y el cuerpo ciliar, al practicar una seccion que termina casi en la esclerótica. La necesidad de tan rara habilidad se hace sobre todo sentir en el momento en que, habiendo concluido la seccion, es preciso maniobrar, en un ojo tan anchamente abierto, con el gancho y la cucharilla. Por lo tanto, M. Wecker cree mas generalmente aplicable, más fácil y más elegante, el método que ha adoptado recientemente, y cuyo principio es el mismo en el fondo que el de la operacion anterior.

Practica en un solo tiempo la seccion, igual en absoluto á la que hace el doctor Jacobson, incindiendo la mitad inferior de la córnea al nivel de su union con la esclerótica; excinde en seguida, en la parte media de la herida, y directamente hácia abajo, una pequeña porcion del íris; hecho lo cual, introduce una cucharilla cuyos bordes son romos, y representa exactamente el modelo de la mitad de la lente, de tal modo que el centro de la concavidad corresponde al polo posterior del cristalino; en este momento trata de extraerle sin herir su cápsula, valiéndose para ello de los tres medios siguientes: 1.° se le atrae hácia fuera por medio de la cucharilla; 2.° se le fija en la concavidad de esta, con ayuda del dedo índice izquierdo, ligeramente aplicado sobre la córnea por cima

del párpado superior algo levantado: este dedo imprime además á la catarata una pequeña impulsion de arriba abajo; 3 ° se hace desprender completamente el cristalino de la zónula de Zinn, sirviéndose para ello de la cucharilla de Daviel, que el ayudante introduce hácia uno de los bordes laterales de la catarata, tan pronto como esta se presenta en la abertura de la incision, en los enfermos que están completamente anestesiados.

El doctor Wecker ha tenido hasta ahora siempre bastante fortuna para extraer de este modo la catarata, sin perder mas que una mínima porcion del cuerpo vítreo, hasta el punto que la mayor parte de los alumnos no se aperciben de ello. Se apresura, sin embargo, á declarar que esta operacion, que presenta ventajas incontestables á causa de la pronta curacion que asegura, no es posible se practique sino por los cirujanos acostumbrados á la extraccion á colgajo, y que seria evidentemente peligrosa en manos no ejercitadas á manejar las diferentes cucharillas.

Por esta razon, el autor ha tratado de estudiar un nuevo método, que consiste en extraer el cristalino segun el procedimiento de Jacobson, sacando despues la cristalóides con las ramas de unas pinzas construidas para tal objeto, en las que se procura envolver la cápsula á fin de practicar de este modo su extraccion. La mayor dificultad de esta consiste en que, despues de evacuadas las masas corticales de la lente, la cápsula se sustrae las mas veces á la vista del operador, y ofrece muy poca resistencia á los instrumentos de traccion, lo que hace en extremo difícil sacarla en totalidad. El doctor Wecker se limita á indicar estos ensayos sin pronunciarse acerca de su valor, pues que le parecen susceptibles de perfeccionarse, en cuyo caso llenarian el objeto deseado hace tanto tiempo de extraer la catarata, sin dejar en el ojo el mas pequeño fragmento. Termina diciendo, para no exponerse á una crítica mal fundada, que ha conseguido muchas veces, como otros cirujanos, extraer la cápsula con pinzas iridianas ordinarias, en los casos en que esta membrana presentaba un espesor patológico.

Como ha podido apreciarse, el procedimiento que acabamos de describir, tiene por objeto principal abrir una

ancha salida al cristalino, por la cual sea su extraccion la mas fácil y completa posible; idea diametralmente opuesta á la que guia á los hoy numerosos partidarios de la extraccion lineal, la cual reconoce á no dudarlo un fundamento práctico indiscutible. Con efecto, la experiencia nos demuestra diariamente que las pequeñas incisiones de la córnea se curan muy pronto; pero que las que interesan la mitad de la circunferencia de esta membrana, cicatrizan mucho mas difícilmente, y aun con frecuencia van acompañadas de una infiltracion purulenta del colgajo. Es, pues, perfectamente racional y lógica la tendencia que manifiesta hoy la inmensa mayoría de los operadores á disminuir las dimensiones de la incision corneana, que tiene en cambio el inconveniente de dificultar la expulsion del cristalino.

En la crítica que del artículo que hemos extractado, hace nuestro distinguido compatriota el señor Delgado, se muestra poco partidario de estos procedimientos, que, á su juicio, no reemplazan con ventaja en modo alguno á la simple extraccion á colgajo, porque las maniobras que exigen, como introduccion reiterada de instrumentos en la cámara anterior, exponen mas al órgano á los efectos del traumatismo. Se complican además, todos ellos con una iridectomía, de que á su modo de ver se abusa mucho en la actualidad erigiéndola en precepto casi absoluto para la extraccion de la catarata, como si no ofreciese desventaja alguna el practicarla para la mayor perfeccion de la vista en el ojo operado, lo cual seguramente no puede sostenerse en buenos principios anatómicos y fisiológicos.

Catarata: nuevos instrumentos para practicar la extraccion del cristalino en la queratotomia lineal. *(Bull. de l'Acad. de méd.).*

El instrumentista M. Mathieu ha presentado á la Academia de Medicina el modelo de dos nuevos instrumentos, para extraer el cristalino en la queratotomía lineal.

El primero es una cucharilla hueca (fig. 14), y que comunica con un vástago tubulado, como lo es tambien el mango que la sostiene: á la extremidad de este hay un tubo de caoutchouc, que el operador coloca en su boca,

y por el que aspira, con mas ó menos fuerza, para hacer el vacío.

Así, cuando la catarata es dura, basta, despues de la seccion, aplicar la cucharilla sobre ella y hacer una aspiracion, con la cual viene á aplicarse contra la cucharilla, á la que se adhiere con bastante fuerza para que se la pueda extraer á través de la herida. Si, por el contrario, la catarata es blanda ó lechosa, se la puede absorber, haciéndola entrar en el mango del instrumento, como se ha practicado recientemente en una operacion ejecutada por el doctor Fournier, en el hospital de San Antonio.

Este método de aspirar la catarata por succion, añade M. Mathieu, no es nuevo; hace ya mucho tiempo que el profesor Laugier ideó la construccion de agujas aspirantes, para extraer las cataratas blandas; pero la nueva cucharilla tiene por principal objeto la extraccion de las duras.

A mi juicio, este instrumento ofrece graves inconvenientes, y los peligros de su uso superan á las ventajas que pudieran con él obtenerse. Es, con efecto, muy difícil graduar la fuerza de succion, de tal modo que, siendo bastante para fijar y sostener el cristalino, no pase de estos justos límites y arrastre tras de él, produciendo graves alteraciones, algunas de las delicadísimas partes que le rodean. Si la aspiracion no es la necesaria para extraer la lente, esta permanecerá fija ó no hará mas que dislocarse, siendo infructuosa la maniobra, y teniendo que terminar por otros medios la operacion. Es preciso, por otra parte, continuar aspirando, hasta tanto que la catarata haya salido al exterior, y si no se adapta perfectamente al fondo de la



Fig. 11.

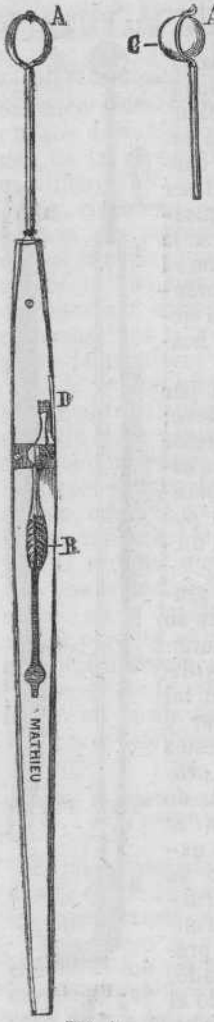


Fig. 15.

cucharilla, nada mas fácil que absorber los humores del ojo. Estas ligeras consideraciones nos inclinan á creer de poca utilidad práctica el instrumento de M. Mathieu, que en todo caso solo podrán manejar operadores hábiles y muy ejercitados.

El segundo instrumento presentado por dicho autor (fig. 15), está destinado al mismo fin; la extraccion de la catarata por incision lineal.

Se compone de un vástago hueco, terminado por un anillo A, de plata muy fino. Introduciendo este por la incision préviamente practicada, se le coloca de plano, en contacto con la cara posterior del cristalino. Una vez en esta posicion, el operador comprime el pedal B, que comunica á la mitad del anillo un movimiento de rotacion, y le obliga á yuxtaponerse á la otra mitad. Considerando el mango del instrumento como eje, hace entonces el oficio de una pinza que en su movimiento coge y engloba la catarata, que sale al exterior cuando el operador retira el instrumento.

Esta especie de pinza se maneja con facilidad, y si es probable que sus resultados no correspondan muchas veces en la práctica á lo que el autor se promete, en cambio no ofrece los peligros de la cucharilla aspirante.

Catarata: queratótomo fijador. (*Gaz. des hop.— Revue de thér.*).

Hace mucho tiempo que germina en la mente de los cirujanos la idea del queratótomo fijador: bien conocidos son los ensayos, mas ó menos ingeniosos de Guerin, Dumont, Jæger, Guthrie, Reylard, Bodimer, etc., todos los cuales presentan inconvenientes y defectos que han hecho imposible su aplicacion en la práctica comun.

Todas esas tentativas demuestran, sin embargo, que en la resolucion de este problema puede obtenerse un resultado importante: el de practicar la seccion de la córnea con el mismo instrumento que sirve para inmovilizar el globo del ojo. M. Tavignot cree haber logrado este objeto con su queratótomo fijador (fig. 16), que sirve tambien para otros tiempos secundarios de la operacion.

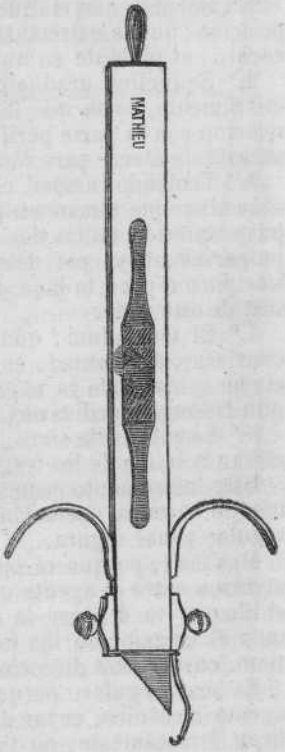


Fig. 16.

Se compone de tres partes distintas:

1.° De un gancho curvilíneo, especie de tenáculum, que representa y reemplaza muy bien á la pica de Pamard;

2.° De un cuchillo triangular, movible en su vaina metálica;

3.° De una cucharilla que puede sacarse á voluntad.

El presente grabado representa este instrumento dos tercios de su tamaño natural. La hoja está medio escondida en la vaina, y la cucharilla ha entrado tambien en

ella hasta la mitad. El mismo queratótomo sirve para los dos ojos; no hay mas que cambiar el gancho de lado, y volver el corte del cuchillo, despues de haber destornillado el boton de la corredera.

La operacion se practica del modo siguiente:

1.° Se presenta el queratótomo frente al ojo en tal posicion, que la extremidad del gancho se implante en la córnea, al nivel de su union con la esclerótica.

2.° Se inclina gradualmente hácia atrás el mango del instrumento, hasta que la punta del cuchillo se halle en relacion con la parte periférica opuesta de la córnea, que se trata de atacar para formar el colgajo.

3.° Teniendo inmóvil el instrumento con el índice y el medio, que toman un punto de apoyo sólido, por la parte anterior, en las dos alas laterales, mientras que el pulgar se apoya por detrás en el boton, se hace penetrar poco á poco la hoja del cuchillo por la sola impulsion de este dedo.

4.° El tenáculum, que ha fijado el globo ocular, se convierte, á voluntad, en un verdadero quistítomo, con el que se desbrida la cápsula anterior del cristalino, segun las reglas ordinarias.

5.° La cucharilla sirve, en fin, si es necesario, para facilitar la salida de los fragmentos de la lente.

Este instrumento reune, segun el autor, la triple ventaja de hacer la operacion de la catarata mas fácil, mas regular y mas segura.

Mas fácil, porque el operador no tiene que dividir su atencion entre el agente que fija el ojo, la punta del cuchillo que va á hacer la contrapuncion, y su corte que talla el colgajo; se fija toda exclusivamente en este último, cuya buena direccion es tan importante.

Es mas regular, porque el ojo, sometido á un solo agente mecánico, cuyas dos acciones opuestas se equilibran forzosamente, no tiene tendencia á oscilar más en un sentido que en otro, con lo cual se evita la irregularidad del colgajo, la seccion accidental del íris, y una contrapuncion defectuosa.

Es mas segura, en fin, porque este modo de fijar el ojo precave la salida del humor vítreo, en lugar de provocarla mas ó menos con una presion ántero-posterior

bastante difícil de evitar con los instrumentos ordinarios.

Dejamos á los hombres versados en la práctica de la oftalmología la apreciacion de las ventajas de este instrumento, que, á decir verdad, nos parece á simple vista mas á propósito para aumentar las complicaciones que para simplificar la operacion de la catarata.

Cataratas cápsulo-lenticulares: procedimiento operatorio mas conveniente en estos casos. (*Bull. de thér.*).

La catarata cápsulo-lenticular es una de las especies mas raras, aun cuando en otro tiempo se exageraba mucho su frecuencia, considerando como capsulares ó cápsulo-lenticulares, las que el doctor Sichel ha descrito con el nombre de corticales. Posteriormente, se ha incurrido en el extremo opuesto, negando de un modo absoluto su existencia, hasta que las observaciones micrográficas han venido á demostrarla.

En la actualidad nadie duda que exista; pero su operacion, de ordinario muy difícil, no ha sido objeto, segun el doctor Sichel, de ningun trabajo especial. Habiendo tenido ocasion este eminente oftalmólogo de operar un gran número de ellas, ha tratado de llenar esta laguna por medio de una interesante nota publicada en el *Bulletin de Thérapeutique*.

Segun dicho autor, lo mas importante de todo es elegir bien el procedimiento operatorio. La depresion y el desmenuzamiento no son aplicables, porque la opacidad, mas ó menos central y como apergaminada, resiste á la aguja, que no puede incindirla ni fraccionarla. Cuando se la deprime, vuelve á ascender constantemente, ocupando la posicion primitiva por efecto de su elasticidad.

En el procedimiento de extraccion viene á unirse un verdadero peligro á las dificultades indicadas. Cuando ignorando la imposibilidad de incindir la parte engrosada de la cápsula se cree haberla interesado, y se trata de hacer salir el cristalino, la presion rompe la porcion lateral sana de la membrana; pero como no cede la parte central, impidiendo de esta manera la salida de la lente, el cuerpo vítreo es el único que obedece

á la presion, y se dislacera la hialóides, derramándose su contenido en cantidad mas ó menos considerable, mientras que la lente tiende á alojarse en el fondo del ojo. Si no se la extrae inmediatamente con la cucharilla de Daviel, ó lo que es aun mejor, con las de Waldau ó de Critchet, y sobre todo si se comete la falta de aumentar demasiado la presion del globo, para acelerar la salida de la catarata, esta se introduce cada vez á mayor profundidad; el cuerpo vítreo continúa saliendo en gran abundancia, y el bulbo ocular se aplana frecuentemente de un modo peligroso para la reunion de los labios de la herida.

Estos graves inconvenientes han obligado á M. Sichel á adoptar hace largo tiempo un procedimiento que tiene la ventaja de evitarlos, y que consiste en lo que sigue:

La pupila debe estar fuerte y durablemente dilatada por el sulfato neutro de atropina, por la razon que se verá mas adelante.

Despues de la queratotomía se introduce el quistótomo (1) del modo acostumbrado, pero sin hacer vanas tentativas para incindir el centro engrosado de la cristalóides anterior, se comprende toda su parte opaca entre dos incisiones verticales semilunares, practicadas con la punta y el corte del instrumento: la una, entre el borde pupilar externo y la circunferencia externa de la opacidad capsular; la otra, entre el borde interno de esta y el pupilar correspondiente; luego se desliza la lanza del quistótomo por la incision hecha cerca del borde externo de la opacidad capsular debajo de esta, de modo que se la eleve un poco. Se retira el instrumento, y se introduce, debajo del borde externo de la parte opaca de la cápsula, la rama no dentada de la pinza capsular del autor, cuya otra rama termina por un diente un poco romo; se coge sólidamente entre los bocados de la pinza la cápsula engrosada, y se extrae por una traccion brusca y repentina. De este modo se obtiene generalmente muy buen resultado; pero algunas veces, cuando la incision no ha interesado en un punto cualquiera la cristalóide,

(1) El autor emplea ordinariamente el quistótomo recto, y por excepcion el quistótomo en ángulo recto de Græfe: este último no puede servir para las cataratas capsulares.

se arrastra con la opacidad un colgajo, mayor ó menor de la parte sana de la cápsula.

Hecho esto, no resta mas que comprimir ligeramente sobre el globo como en la extraccion de la catarata lenticular; el cristalino sale rompiendo la porcion sana de la cápsula, que empuja lateralmente, y cuyos colgajos se arrollan en espiral, retirándose así detrás del íris. Si alrededor del punto ocupado por la opacidad queda aun una gran parte de la cápsula transparente, es mejor incindirla de nuevo con el quistótomo, antes de intentar hacer salir el cristalino.

Fácilmente se concibe la razon por qué la pupila debe de estar ancha y durablemente dilatada. Siempre se contrae mas ó menos despues de la seccion de la córnea y la salida del humor acuoso, lo que reduce considerablemente el campo de accion del quistótomo, y aun le hace completamente nulo cuando la márgen pupilar toca á la circunferencia de la opacidad ó la cubre. De aquí la regla de instilar la solucion de atropina lo mas frecuentemente posible en los dos dias que preceden á la operacion.

Si á pesar de esto la pupila se contrajese demasiado despues de la salida del humor acuoso, aun quedan muchos recursos.

Se puede introducir la punta del quistótomo en la extrema circunferencia externa de la opacidad capsular, y dirigirla de arriba abajo, entre esta y el cristalino. Frecuentemente se consigue de este modo desprender y elevar este borde, en términos de que pueda pasar por debajo la rama no dentada de la pinza.

Cuando el borde exterior de la opacidad capsular está cubierto en una grande extension por el borde iridiano de la pupila contraida, queda aun un último recurso. Se introduce verticalmente, de delante atrás, la punta y la lanza del quistótomo en la opacidad capsular, lo mas cerca posible de su borde externo; se la empuja transversalmente detrás de la opacidad, haciéndola atravesar de atrás adelante á la otra extremidad y se repite esta maniobra muchas veces, consiguiéndose así fraccionar y dividir poco á poco la opacidad en muchos colgajos pequeños, que se extraen fácilmente con la pinza, ó que

salen con el cristalino expulsado por una ligera presion.

El autor menciona, despues de esto, un procedimiento excepcional, aplicable solo cuando no ha podido emplearse el ordinario, ó no se ha conseguido con él feliz resultado.

Cuando la opacidad del centro de la cápsula no es ni muy gruesa ni muy elevada, se la puede atacar con la punta y el corte del quistótomo ó de la aguja de Saunders, é intentar fraccionarla por una série de pequeñas incisiones profundas, como en el método de desmenuzamiento (discision) por la córnea, empleado por este cirujano inglés, y generalmente seguido en la actualidad por muchos prácticos; luego se termina la extraccion como hemos expuesto mas arriba.

El procedimiento operatorio descrito en esta nota ha sido practicado muchas veces con buen éxito por M. Sichel; así como tambien las modificaciones excepcionales que menciona, y entre las que es una de las mas importantes, aunque bastante rara, la que sigue:

Por efecto de una reunion de circunstancias desfavorables, como el engrosamiento y gran consistencia de la parte central opaca de la cápsula anterior, su mucha extension, la fuerte contraccion de la pupila, la salida del humor acuoso, y por consecuencia el contacto muy inmediato entre la córnea, el íris y la cristalóides, resulta á veces la imposibilidad de incindir la cápsula ó de introducir en su abertura, demasiado estrecha, una de las ramas de la pinza. En este caso, no queda mas remedio que clavar en el centro de la opacidad capsular la punta de la pequeña erina, que sirve para la operacion del desprendimiento del íris, y por una traccion un poco fuerte y brusca extraer el aparato cristaliniano; es decir, la cápsula entera con la lente que contiene. Muchas veces ha obtenido el autor un éxito completo por este medio, el cual, sin embargo, expone á la salida de una porcion del cuerpo vítreo.

Termina M. Sichel su interesante nota recordando las tentativas hechas por el célebre Beer, á fines del siglo pasado, para extraer la catarata con su cápsula; método que se consideró por sus contemporáneos y sus rivales como una quimera y un error, y que fué al fin abando-

nado por aquel célebre oculista para reaparecer en la actualidad defendido como un progreso por la jóven generacion oftalmológica, pero del cual se muestra muy poco partidario el autor, puesto que considera imposible coger con una pinza, una erina, ó el gancho-aguja, la cápsula cristaliniana sana, verdadera membrana vítrea que se rompe y dislacera por la presion ó la traccion, y que, hágase lo que quiera, deja en la pupila colgajos, transparentes al principio, pero que casi siempre se hacen opacos con el tiempo. Si se emplea la presion del globo ocular, se corre el riesgo, puede decirse constante, de determinar procidencias considerables del cuerpo vítreo. Cree M. Sichel que el tiempo hará justicia á estos nuevos ensayos, como ya se la habia hecho á los de Beer, que con tanto calor defendió por mucho tiempo semejante método.

Cataratas duras: extraccion por medio de la cucharilla erina.
(*Gaz. des hop.*).

Creyendo el doctor A. Emilio Martin, de Marsella, que la cucharilla de Critchett ofrece algunos inconvenientes, por exigir, para extraer el cristalino, maniobras que exponen á violentar las membranas anteriores del ojo, comprometiendo por esta causa el brillante resultado de la operacion, ha ideado un instrumento que permite aplicar á la extraccion de las cataratas duras, el método operatorio, reservado casi especialmente para las de consistencia flúida; es decir, la extraccion lineal combinada en la mayoría de casos con la iridectomía.

Este instrumento consiste en una cucharilla ligeramente cóncava, delgada como la de Critchett, y que puede, por su forma, deslizarse fácilmente entre la membrana hialóides y la cara posterior del cristalino. Tiene en su cara cóncava dos pequeños dientes ó erinas muy cortas y finas, protegidas por la convexidad de la cucharilla ó por sus paredes, de manera que no pueden herir ninguna de las partes en que penetran, ni atravesar todo el espesor de la lente opaca. En fin, estos pequeños dientes se encorvan en forma de gancho por la presion del dedo sobre el mango del instrumento, implantándose por este solo movimiento en el núcleo cristaliniano, de modo

que basta tirar en sentido horizontal, para extraer al mismo tiempo la lente.

La operacion se practica del modo siguiente :

1.° Seccion de la córnea con un cuchillo acodado mas ancho que los comunes.

2.° Excision de una porcion del íris, segun las reglas establecidas por de Græfe.

3.° Dislaceracion de la cápsula anterior.

4.° Introduccion de la cucharilla erina cerrada, casi perpendicularmente á la herida de abertura; se baja en seguida el mango, deslizando la cucharilla detrás de la parte media del cristalino; se comprime sobre la palanca, inclinando aun ligeramente el mango, y por último, se tira poco á poco del instrumento y de la catarata hácia la herida de la córnea.

Si quedan en el ojo masas corticales, no deben abandonarse, porque su permanencia en las cámaras podria retardar la curacion; se cierran los párpados y se espera que el humor acuoso reuna en el campo de la vision los fragmentos empujados detrás del íris, y entonces se les puede dar salida con la mayor facilidad.

Es importante aplicar en seguida un vendaje compresivo. La curacion se efectúa con rapidez y ni aun es necesario hacer guardar cama al enfermo.

Colirios laudanizados : sus inconvenientes. (*Bull. de thér.*).

El láudano de Sydenham entra frecuentemente en la composicion de los colirios: suele añadirse con objeto de calmar la accion irritante de otros agentes; pero esta precaucion es completamente inútil, segun M. Guepin, porque produciendo casi siempre aquellas sustancias un abundante lagrimeo, el opio es arrastrado fuera del ojo, antes de que haya podido ser absorbido. La adicion del láudano ofrece además el inconveniente de que los colirios en que entra se alteran con rapidez por la presencia de materias orgánicas.

Así, pues, en los colirios astringentes, el láudano no tiene accion terapéutica, é impide su conservacion.

Pero hay otra asociacion mas perjudicial; es la que se hace cuando se le mezcla á los colirios de nitrato de

plata. En el caso anterior era inútil; aquí es perjudicial. En primer lugar no produce ningun efecto terapéutico, cualquiera que sea su dósis, y en segundo, reduce inmediatamente, en contacto de la luz, una parte considerable ó la totalidad de la sal argéntica, y en esta reduccion es donde está el peligro, porque esta clase de colirios se emplean por lo comun en enfermedades graves, y cuando por una medicacion sustitutiva enérgica, se puede curar una afeccion temible, la adicion del láudano convierte el colirio en un líquido turbio é inerte. Este es muchas veces el motivo que obliga á elevar la cantidad de nitrato á dósis crecidísimas y no exentas de peligro.

La accion aislada del láudano en colirio varía segun las proporciones de esta sustancia. Si la solucion es muy diluida $\frac{1}{100}$, por ejemplo, se absorberá muy poco, y el efecto será nulo ó insignificante. En cantidad mas elevada $\frac{1}{5}$ ó $\frac{1}{10}$, es un excitante muy marcado y hace derramar abundantes lágrimas. En fin, en la proporcion de $\frac{1}{4}$, es uno de los mejores excitantes del ojo, no por efecto del opio, sino del vino que contiene; se le puede entonces emplear en esas queratitis llamadas primitivas, en que no se hace sentir la reaccion de la córnea en la conjuntiva.

No debe olvidarse que, á pequeña dósis, quizá pueda tener alguna accion el opio, pero que, á partir de $\frac{1}{15}$, se hace excitante por el vino, y reemplaza á los colirios con alcohol, los calomelanos en insuflaciones, y presta los mismos servicios que ellos, en iguales enfermedades. El opio de esta composicion no puede ser absorbido.

En resúmen, el láudano, que con tanta frecuencia se ha empleado en las enfermedades de los ojos, no obra nunca por una accion propia del opio. No se ponen en un colirio número suficiente de gotas para calmar un vivo dolor ocular; no se hará mas que una locion en la conjuntiva; la endósmosis no puede ser bastante rápida para que se obtenga resultado. No obra mas que como irritante, por el vino que contiene.

Colirios de subacetato de plomo: sus peligros. (*Bull. méd. du nord de la France*).

Los colirios de subacetato de plomo, tan frecuentemente usados en el tratamiento de las oftalmías, ofrecen algunos peligros, segun las observaciones del doctor Testelin y de M. Huidier, que han comprobado sus malos resultados en la práctica. En efecto, parece que cuando se emplea un colirio de subacetato de plomo, se forma en la superficie de la córnea un precipitado plúmbico: una capa de cloruro de plomo, que puede quedar adherida durante largo tiempo, ocasionando erosiones del epitelium en términos que cuando se desprende dicha capa se encuentra una úlcera de la córnea mas ó menos extensa, acompañada por lo comun de pannus generalmente muy difícil de curar y que en ocasiones puede comprometer la vision.

M. Huidier refiere tres casos, que no extractarémos en obsequio á la brevedad, haciendo mérito únicamente del mas notable. Un niño de 4 años, á consecuencia de una fiebre eruptiva, estaba padeciendo una oftalmía, para cuyo tratamiento prescribió el facultativo que le asistia un colirio con el agua blanca. Algun tiempo despues el enfermo tenia las tres cuartas partes de la superficie de la córnea cubiertas de una capa blanquecina de precipitado plúmbico, que tardó casi un mes en desprenderse, dejando en su lugar una extensa úlcera.

Si, con efecto, la práctica confirma la exactitud de las observaciones de estos autores, creemos que deberia abandonarse completamente el uso de los colirios saturninos, con tanto mayor motivo, cuanto que la terapéutica dispone de un gran número de otras preparaciones astringentes, que gozan de las mismas propiedades, sin exponer á estos peligros.

Compresion del ojo por medio de vendajes. (*Annales d'oculistique*).

Para que el ojo soporte la compresion es necesario que esta no se ejecute nunca directamente sobre el globo y perpendicularmente á su superficie. Es preciso mantener los párpados cerrados por la tension lateral del supe-

rior, cuya superficie externa se sostiene al mismo tiempo por una compresion suave é igual. M. de Græfe distingue tres especies de vendajes compresivos del ojo: el provisional, el definitivo, y el fuertemente contentivo. Para todos ellos es preciso comenzar por cubrir la cara externa de los párpados, con tortas de hilas bien finas, sobrepuestas: aplicada la palma de la mano sobre esta almohadilla de hilas, no debe sentir el bulbo sino únicamente una masa elástica que llena toda la cavidad orbitaria. En el vendaje provisional se sostienen las hilas por medio de una venda de punto de algodon de 15 pulgadas de longitud por una y tres cuartos de ancho, colocada delante del ojo en la direccion de un monoclo ordinario.

Para el vendaje definitivo se necesita una venda de cerca de tres varas de longitud y pulgada y media de ancho, cuyo tercio medio es de punto, y los otros dos de franela. Se aplica una de las extremidades encima del ojo enfermo, se hace una circular alrededor de la frente y del occipucio, y luego una vuelta de monoclo ascendente delante del ojo con la porcion de venda de punto, y se termina por una media circular sobre la frente.

El tercer vendaje, que no se emplea mas que cuando es necesario inmovilizar completamente el ojo, se ejecuta por medio de una venda de franela de seis varas y media de longitud; se aplica la extremidad entre el lóbulo de la oreja y el ángulo de la mandíbula inferior del lado del ojo enfermo, y se dan tres vueltas de monoclo, sujetas por tres circulares alrededor de la frente; la presion debe ir aumentando en cada una de las vueltas. El otro ojo se cubre con tafetan engomado ó un vendaje compresivo provisional.

La compresion del ojo es sobre todo de grande utilidad despues de las queratotomías á colgajo; combate muy eficazmente los accidentes que con frecuencia complican en estos casos las operaciones de catarata. Ordinariamente se aplica algunos instantes despues de la extraccion el vendaje compresivo definitivo; si todo marcha bien, se le deja colocado durante seis horas; despues, de doce á diez y seis; pero al segundo ó tercer dia, es preciso aflojarle moderadamente; pasados algunos

más, se puede permitir al enfermo sentarse en la cama y hacer algunos movimientos: á los ocho dias no se pone el vendaje mas que por la noche.

La compresion es tambien útil en las extracciones por queratotomía lineal, sobre todo en los niños, cuando sobreviene una hemorragia intra-ocular, ó una procidencia del cuerpo vítreo. Despues de las operaciones de estafiloma y de estrabismo, como de todas aquellas que interesan la córnea y la conjuntiva, por ejemplo la excision de un tumor, la ablacion del pterigion, etc.; presta buenos servicios en las operaciones que se practican en los párpados, en los casos de úlceras perforantes de la córnea, con prolapsus del íris, en las perforaciones de la esclerótica con procidencia de la hialóides, en las hemorragias intra-oculares, las heridas de la conjuntiva, de los músculos del ojo y de los párpados; en ciertas afecciones graves de la córnea, tales como la queratitis con infiltracion purulenta, la pustulosa, etc.; por último, en las alteraciones de la misma membrana, debidas á afecciones de la inervacion, y muchas otras que seria prolijo enumerar.

Conjuntivitis granulosa: su tratamiento por la compresion *(Dublin quarterly journal)*.

Imitando el doctor Stokes las tentativas de Mac-donnell, ha tenido la idea de hacer desaparecer las granulaciones conjuntivales de la oftalmía llamada granulosa, no comprimiéndolas contra la superficie de la córnea, por medio de compresas aplicadas sobre los párpados, sino cogiendo los párpados mismos entre los dos bocados de un aparato especial, especie de oftalmóstato compuesto de una pequeña placa de marfil encorvada, siguiendo la forma de la córnea, y unida á otra placa paralela y de la misma figura, por medio de una montura de oro. Se introduce una de las piezas entre el ojo y el párpado, correspondiendo su cara convexa á la mucosa palpebral, y la otra se aplica en la cara cutánea del párpado: estas láminas pueden aproximarse más ó menos entre sí, y por consecuencia, comprimir el párpado por medio de un pequeño tornillo.

Este instrumento, fácil de aplicar por el enfermo mismo, debe dejarse puesto tres ó cuatro horas por dia, ó más, segun la tolerancia de los sujetos.

El medio parecerá sin duda bastante singular, y en cuanto á los resultados que el autor anuncia, no son tampoco muy concluyentes. Experimentado en tres casos en jóvenes de 18, 19 y 24 años, afectados de conjuntivitis granulosa que habia resistido á las escarificaciones y los cáusticos; en el primer enfermo se logró una terminacion feliz al cabo de siete septenarios.

El segundo se empeñó en salir del hospital á las tres semanas, en cuya época se encontraba aliviado; y por último, el tercero pasados dos meses, solo presentaba una mejoría bastante marcada.

Admitido el principio, seria fácil variar los medios de compresion, perfeccionándolos; porque el empleado por el doctor Stokes no parece de los mas cómodos de aplicar. Nuevas observaciones mas decisivas demostrarán quizá las ventajas de un procedimiento, en el que *a priori* solo vemos inconvenientes.

Conjuntivitis pustulosa y queratitis superficiales: tratamiento por los calomelanos en polvo impalpable. (*Annales d'oculistique*).

En un artículo del doctor Pagenstecher, publicado en los *Annales d'oculistique*, se prodigan muchos elogios al óxido amarillo de mercurio para el tratamiento de las conjuntivitis y queratitis flictenulares. Pero toda la confianza que otorga el oculista aleman á este medicamento, se la concede su intérprete francés el doctor Giraud-Teulon á una medicacion muy antigua, aunque en opinion de este autor mal apreciada, porque probablemente no se la ha comprendido, ni se la ha aplicado bien. Nos referimos al uso tópico de los calomelanos que este práctico considera como el específico de las afecciones superficiales de la córnea y de la conjuntiva. Fundándose en la observacion de numerosos hechos que han pasado á su vista en el espacio de un año, sostiene que los calomelanos ejercen, no una accion sustitutiva, como muchos han creido, sino alterante. Hace doce meses que no emplea localmente mas que esta sal en insuflacion, en el tratamiento de la

conjuntivitis pustulosa ó flictenular, en todas las queratitis superficiales primitivas ó consecutivas á la conjuntivitis pustulosa, á la oftalmía purulenta y al catarro crónico senil; en la *queratitis vesiculosa*, en la *queratitis vascular superficial* (exceptuando la que depende de las granulaciones palpebrales), en la *queratitis ulcerosa esténica* (úlceras á facetas, queratitis de golpe de uña), y en el segundo período de las *queratitis ulcerosas con hipopion*.

Con este sencillo tratamiento local, secundado por los tónicos ordinarios (aceite de hígado de bacalao, jarabe anti-escorbútico, vino de quina, etc.), en los sujetos de constitucion debilitada, escrofulosa, y en los temperamentos linfáticos, ha visto **M.** Giraud-Teulon ceder con una rapidez sin ejemplo todas las afecciones que acabamos de enumerar. En los casos de fotofobia intensa, añade una aplicacion de tintura de iodo pura sobre la frente, por cuyo medio este síntoma no dura, aun siendo rebelde, mas de una semana. Los niños abren los ojos, por lo comun, del segundo al tercer dia. Los calomelanos concluyen la obra.

Para conseguir tan extraordinarios resultados, el autor cuida mucho de no emplear mas que el polvo impalpable de los *calomelanos preparados al vapor*, sin cristales apreciables al tacto palpebral, y sin añadir azúcar ni ninguna otra sustancia. Proyecta una sola vez al dia una pequeña cantidad de este polvo entre los párpados, por medio de un pequeño pincel que un golpe seco sobre el dedo pone en vibracion. De este modo, en lugar de observar los efectos irritantes sustitutivos, indicados por todos los autores, el medicamento tiene una accion alterante y cicatrizante en las afecciones ya enumeradas. **M.** Giraud-Teulon añade, que ha visto á este mismo tratamiento producir muy buen resultado en las hernias del íris de poca extension, y en los miocéfalos, en los cuales parece que obra con mas rapidez que los toques con el nitrato de plata.

A pesar de la confianza que nos merece el autor, reservamos nuestro juicio hasta que la experiencia confirme las virtudes quizá un poco exageradas que atribuye á los calomelanos; acaso las modificaciones que ha introducido en el modo de emplear este colirio seco, encierran el se-

creto del notable éxito que, por su medio, obtiene tan recomendable práctico.

Dilatadores lagrimales de Galezowski y Desmarres. (*Bull. de l'Acad. de méd.—Bull. de ther.*).

M. Galezowski cree que con mucha frecuencia el lagrimeo es solo debido á una simple estrechez de los puntos lagrimales, encontrándose completamente sanos los conductos y el canal nasal. En lugar de incindir este y el punto lagrimal, como se practica habitualmente, piensa el autor que podria remediarse la enfermedad dilatando metódicamente los puntos lagrimales. Con este fin, ha hecho construir un instrumento (figura 17), que tiene la forma de una pequeña pinza de ramas acodadas. Sus extremidades A, son tan finas que, cuando se encuentran reunidas, tienen la forma y volúmen de un estilete delgado. La separacion se verifica por medio de una tuerca B, que juega en un tornillo sujeto á uno de los lados del cuerpo de la pinza.

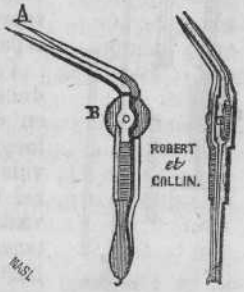


Fig. 17.

Este instrumento es pequeño y muy ligero; la finura de sus ramas permite que se introduzcan con facilidad en los puntos lagrimales, donde se le puede dejar aplicado todo el tiempo necesario para obtener la dilatacion que se desea.

Dilatador de los puntos lagrimales del doctor Alf. Desmarres.—Considerando tambien este profesor que algunas de las enfermedades de las vías lagrimales dependen de la atresia de los puntos del mismo nombre, ha ideado á su vez un dilatador (fig. 18) de dichos orificios. Difiere este instrumento notablemente del anterior, y se compone de una cánula bivalva muy fina, cuyas ramas se unen exactamente por sus bordes, y entre las cuales se pueden hacer deslizar una série de estiletes de diferentes calibres, que, separando las ramas de la cánula, producen la dilatacion de los puntos lagrimales.

En la figura 18, A representa la extremidad fina de la cánula, destinada á producir la dilatacion: en el extremo opuesto se encuentran dos pequeñas cápsulas D, con objeto de que pueda fijarse sólidamente el instrumento entre dos dedos, cuando se le introduce en el punto lagrimal que se quiere dilatar: CCC, son estiletes olivares de varios gruesos, que se usan segun el grado de dilatacion que se desee obtener. La figura B representa las dos ramas de la cánula separadas por un estilete.

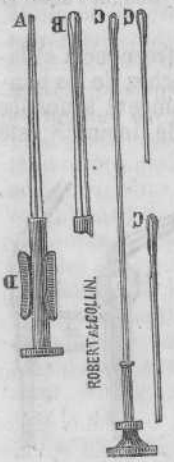


Fig. 18.

Para emplear el dilatador, se introduce la extremidad fina de la cánula en el punto lagrimal estrechado, y luego se hace que penetren en su cavidad alguno de los estiletes olivares C, hasta un tope marcado en su vástago. M. Desmarres ha podido obtener por este medio una dilatacion bastante considerable, sin determinar apenas dolor alguno en el enfermo. El instrumento puede dejarse aplicado todo el tiempo que se juzgue necesario. El autor dice haber usado ya su dilatador varias veces con resultados muy satisfactorios.

Estafiloma posterior: sus causas y sus relaciones con la insuficiencia de los rectos internos. (*Gaz. des hop.*).

Es bien sabido que la causa próxima de la miopia confirmada consiste en la ectasia, el adelgazamiento de las membranas profundas del globo ocular, conocido con el nombre de estafiloma posterior. Es, pues, bajo este punto de vista, interesante el estudio de las causas que pueden producir mas ó menos directamente esta lesion. Tal es el objeto que se ha propuesto dilucidar el doctor Giraud-Teulon, en una memoria presentada á la Academia de Medicina de Paris.

Segun este autor, la anatomía patológica enseña que la region de las membranas profundas que primero se

distiende, es la zona de tejido celular ó conectivo intersticial, mas ó menos laxo, que rodea la lámina cribosa, y separa las dos capas fibrosas, tanto del neurilema del nervio óptico, como de la esclerótica, en su porcion posterior.

Cuando se verifica el movimiento de convergencia mútua de los ejes ópticos, al mismo tiempo que aumenta la presion en el interior del saco elástico coroidiano, la lámina externa del plano posterior de la esclerótica es tirada hácia adelante por los músculos oblícuos. La lámina interna, íntimamente unida á la coróides, se encuentra, por el contrario, empujada hácia atrás, por el aumento de la tension intra-ocular.

Hay, pues, naturalmente tendencia á la separacion de estas dos láminas, que están débilmente unidas entre sí en la region del nervio óptico, por el solo hecho del aumento de presion interna que sigue al movimiento de convergencia.

Cuando dicho movimiento se ejerce en un plano superior ó inferior al del horizonte, dicha tendencia se encuentra especialmente favorecida.

Se convierte en un hecho consumado y patológico, cuando la insuficiencia de los músculos rectos internos hace mas difícil el movimiento convergente. La separacion de las dos láminas, esto es, el estafiloma posterior, es inevitable, si la insuficiencia es muy pronunciada.

La observacion clínica confirma esta doctrina. En la memoria de M. Giraud-Teulon se citan 38 ó 40 observaciones, en que se ha encontrado un ligero estafiloma posterior con emetropia, y aun hiperopia, ó una miopia ligerísima, condiciones en apariencia paradojales, pero en las que se ha podido comprobar de un modo evidente la insuficiencia de los músculos rectos internos.

En resúmen, la miopia reconoce generalmente por causa próxima la existencia ó el desarrollo de la ectasia de las membranas profundas del ojo (el estafiloma posterior en todos sus grados): esta ectasia misma se produce bajo la influencia de una causa próxima y de una causa predisponente.

La causa próxima es la aplicacion á trabajos sobre objetos que hay que aproximar mucho á la vista.

La predisponente consiste en la insuficiencia de los músculos rectos ó de las fuerzas de la convergencia.

En el número de los signos diagnósticos de la insuficiencia de estos músculos, y como uno de sus principales caractéres, conviene, pues, colocar en adelante la presencia de todo estafiloma posterior, y particularmente al principio, de una simple pequeña erosion de la coróides sobre el borde externo del disco óptico. En una palabra, el estafiloma posterior seria el síntoma, no de la miopia, sino de su causa primera, la insuficiencia de los músculos rectos internos.

Fistula lagrimal: modificacion del procedimiento de Foltz para su tratamiento. (*Gaz. des hop.*).

Este procedimiento tiene la desventaja, segun M. Giraud-Teulon, de necesitar una abertura ó herida exterior para penetrar en la cavidad del saco; pues aun cuando la cicatrizacion de esta herida, cuando se hace siguiendo todas las reglas, no deja en general huellas muy visibles, hay, sin embargo, casos excepcionales, como tambien sucede bastante á menudo con las cauterizaciones. Para obviar estos inconvenientes, se puede utilizar con provecho para penetrar en el saco y en el conducto medio, sin interesar la piel, un camino ya abierto en parte y perfectamente oculto á la vista.

Así lo ha hecho el doctor Giraud-Teulon en un caso de fístula que ha tratado con éxito, y en el que practicó sin dificultad la perforacion del unguis, por medio del saca-bocados de M. Foltz, penetrando en el saco por su cara conjuntival, entre la carúncula por detrás y el tendon del orbicular por delante, despues de haber reunido en una sola incision los mismos conductos lagrimales y su esfinter comun.

Fistulas queráticas ó corneanas. (*Pabellon médico*).

Creyendo el doctor Wecker que la rebeldía de las fístulas de la córnea á todos los tratamientos conocidos y propuestos hasta ahora, consiste en que roto el queratocele, se invierten hácia afuera los colgajos de la membrana de Descemet, propone un procedimiento operatorio suma-

mente sencillo y nada peligroso, que consiste en denudar la fístula de dicha membrana invertida á fin de conseguir su obturacion. Para ello, procede del modo siguiente: Introduce en la fístula unas pinzas rectas y finas, de puntas romas, y procura coger entre sus ramas la lámina interna del trayecto fistuloso, con el fin de dislacerarla en diferentes sentidos: durante tal maniobra, la punta roma de las pinzas se desliza por encima de la cápsula del cristalino, por lo que es indispensable tener gran cuidado, al practicar esta pequeña operacion, si la fístula es central. Cuando está seguro de haber denudado en diferentes puntos las paredes del trayecto, instila en el ojo enfermo una fuerte disolucion de atropina, haciendo llevar al paciente un vendaje compresivo durante ocho ó diez dias, y teniendo cuidado de levantarlo de tiempo en tiempo para hacer una nueva instilacion del colirio midriásico.

Por este medio tan sencillo ha conseguido el éxito mas feliz y completo que pudiera apetecerse en un jóven de 20 años, cuya fístula corneana databa de cerca de diez meses, y que se obliteró al dia siguiente de practicada la dislaceracion de la membrana interna del trayecto fistuloso.

Creemos que un procedimiento tan sencillo y exento de peligro, cuando se ejecuta con algunas precauciones, puede ser francamente aceptado para reemplazar á los otros métodos propuestos, algunos de los cuales, como la iridectomía y el enclavamiento quirúrgico del íris en la fístula, son muy difíciles de ejecutar, á causa de la falta de la cámara anterior; y otros, como la cauterizacion con el nitrato de plata, sobre ser ineficaces, ofrecen el grave inconveniente de producir opacidades queráticas mas ó menos indelebles, porque el nitrato disuelto se infiltra en el tejido de la córnea.

El doctor Delgado cita, en comprobacion de los peligros que, sobre todo en manos inexpertas, puede presentar el nitrato de plata, el caso observado en su clínica, de un jóven á quien un curandero fundió casi completamente la córnea con esta sal, tratando de curarle una fístula querática que padecia.

Glaucoma : su naturaleza. (*Gaz. méd. de Lyon*).

Despues de resumir M. Soulez las opiniones mas modernas acerca de la naturaleza del glaucoma, segun las cuales se considera este padecimiento como efecto de la compresion intraocular, producida por una hipersecrecion inflamatoria, dice que, si el exceso de líquido entra por mucho en el glaucoma crónico, la congestion vascular puede bastar para constituir el glaucoma agudo.

M. Soulez compara los *ataques* glaucomatosos á los fenómenos congestivos, que presentan los ojos y la glándula tiróides, en la *enfermedad de Graves*, y que se han atribuido á una afeccion de los nervios vaso-motores.

Los nervios ciliares, dice el autor, proceden del gánglio oftálmico, el cual recibe filetes motores, sensitivos y vegetativos. Si una alteracion cualquiera, como una fuerte compresion, una inflamacion, viene á dejarse sentir en los nervios ciliares, se presentarán tres órdenes de fenómenos: abolicion de la sensibilidad (anestesia de la córnea), abolicion de la motilidad (dilatacion é inmovilidad de la pupila), abolicion de los fenómenos nerviosos vegetativos, por consiguiente, hiperemia de los vasos sanguíneos, que aumentará la compresion, una vez admitida la inextensibilidad de la esclerótica. Si á esto se añaden los paroxismos que se observan en la afeccion congénere antes indicada, se tendrá el cuadro completo del glaucoma agudo, pudiéndose explicar perfectamente los diferentes fenómenos producidos por la compresion, y tambien esos ataques glaucomatosos, que pueden abolir la vision.

Conforme á estas ideas, M. Soulez cree que la iridectomía obra de tres modos distintos: 1.° por la evacuacion del humor acuoso; 2.° por la pérdida de sangre, que produce una deplecion de los vasos coroídeos; 3.° por la ablacion de una superficie, que contiene una gran cantidad de nervios ciliares; ablacion que disminuye, por consiguiente, la causa de la enfermedad.

No obstante, piensa que la iridectomía no es capaz de producir curacion radical, y sí solo un grandísimo alivio, que dura mas ó menos tiempo.

Granulaciones del cartilago tarso superior, que producen queratitis y alteran la trasparencia de la cornea : su tratamiento por el ácido crómico. (*Gaz. des hop*).

Desconfiando el doctor Serres (de Alais) de los medios generalmente usados para la curacion de las granulaciones duras y abultadas, que se desarrollan en la conjuntiva palpebral, detrás de los cartílagos tarsos, y que tan rebeldemente resisten á los cáusticos y á los modificadores mas suaves, como el acetato de plomo, etc., se propuso ensayar, para destruirlas, el ácido crómico. Habiendo observado que este ácido líquido era impotente para conseguir el efecto que se proponia, se ha servido del ácido crómico cristalino, en estado pastoso ó monohidratado. Los resultados han sido entonces completamente satisfactorios. Coloca sobre un cristal plano un pequeño fragmento del ácido, del tamaño de una lenteja, el cual, en contacto del aire, adquiere una consistencia pastosa : entonces se moja ligeramente en él un cuerpo largo, y redondeado en su extremidad, y se pasa sobre las granulaciones conjuntivales, despues de haber invertido los párpados para proteger el ojo; en seguida se limpia con un lienzo fino el exceso de ácido, impidiendo que la mas pequeña porcion de este quede en contacto con la conjuntiva ocular. Al cabo de un minuto de exposicion al aire, las granulaciones toman un color amarillento, y se secan; se examina la superficie enferma, para asegurarse si hay necesidad de volver á tocar con el cáustico algunos puntos que hayan escapado de la primera aplicacion. Ultimamente, se pasa un pincel empapado en agua fresca, para quitar el ácido excedente, y queda concluida la cura.

Bastan de dos á ocho aplicaciones, con cinco dias de intérvalo, para triunfar de esta rebelde enfermedad, y devolver á la córnea su trasparencia, sin que queden esas cicatrices que resultan de los demás agentes de cauterizacion.

El dolor producido por la aplicacion del ácido crómico, es casi nulo, y los enfermos pueden dedicarse inmediatamente á sus ocupaciones.

Haba de Calabar: enfermedades oculares en que está indicada esta sustancia. (*Giornal d'oftalmol. italiana*).

Despues de un gran número de experimentos y de observaciones clínicas, los doctores Bachetti y Regnoli han fijado las circunstancias en que puede recurrirse con ventaja á este agente terapéutico y son: 1.° la midriasis artificial ó patológica; 2.° la parálisis del íris y la fatiga de acomodacion del ojo; 3.° las enfermedades y las anomalías de la refraccion; 4.° la astenopia; 5.° la hernia del íris; 6.° la sinequia anterior; 7.° los casos en que hay que practicar la iridectomía, ya por una pupila artificial, ya para la curacion de un glaucoma; 8.° cuando una pupila artificial es demasiado ancha; 9.° en las luxaciones del cristalino, acompañadas de midriasis; 10.° en la fotofobia consecutiva á una retinitis; 11.° en las neuralgias del quinto par y de los nervios ciliares; 12.° en la parálisis del músculo orbicular, en el nistagmus.

Helioprotesis: nueva operacion destinada á restablecer la vision en algunos ciegos. (*Gaz. hebd.*).

Solo el deber que nos hemos impuesto de dar cuenta á nuestros lectores de cuantas novedades aparezcan en el vasto dominio de la medicina práctica, y la respetabilidad del nombre del autor pueden obligarnos á mencionar aquí un trabajo comunicado por el doctor Blanchet á la Academia de Ciencias de Paris, en el que, con el nombre de helioprotesis, se describe una operacion que tiene por objeto devolver la vista á algunos ciegos. El autor designa con el nombre de fósforo el aparato que aplica despues de practicarla, y que se compone de una concha de esmalte y de un tubo cerrado en sus dos extremidades por cristales de diferentes formas, segun los casos.

Todos los ciegos en quienes el nervio óptico y la retina no han sufrido profundas alteraciones y conservan la facultad de percepcion, pueden aprovecharse generalmente, aunque en diversos grados, de esta operacion, cuyo objeto esencial es reemplazar á ciertas partes del ojo, inutilizadas para conducir los rayos luminosos á la retina.

La sensibilidad de esta membrana puede determinarse por medio de una puncion en el centro del globo ocular y de la aplicacion del aparato. Esta misma puncion sirve tambien para reconocer el estado de los humores.

La colocacion de aquel es fácil, y no ocasiona sufrimientos. Teniendo el enfermo la cabeza apoyada en el pecho de un ayudante, y separados convenientemente ambos párpados, el operador hace la puncion del ojo con un cuchillo lanceolar, ó con un simple bisturí recto; las dimensiones de la incision deben ser proporcionadas al diámetro del tubo que se va á colocar.

Si la puncion da salida á un humor translúcido, se puede aplicar en seguida el fósforo, y la percepcion de la luz se restablece en ciertos casos inmediatamente; en otros tarda algunos instantes en verificarse. La falta de percepcion, en los primeros momentos, no deberá siempre hacer creer en la parálisis completa de la retina.

Antes de poner el aparato, debe tenerse cuidado de medir el diámetro ántero-posterior del ojo, para arreglar á él la longitud del tubo que, si fuese demasiado largo, tocando á la retina, podria dar lugar á falsas percepciones ó á una inflamacion de esta membrana. Es tambien conveniente no comprimir el globo ocular, para que se conserve en él la mayor cantidad posible de líquidos. Si existiese todavía el cristalino y se observase su opacidad, convendria extraerle antes de aplicar el fósforo.

Como el alcance de la vista varía segun la calidad y cantidad de los humores existentes y la forma del ojo, se escogerán los cristales en relacion con estos diversos estados orgánicos. Si hubiese fotofobia, se remediaria colocando en el aparato cristales de color, ó por medio de anteojos mas ó menos oscuros. El primer aparato deberá permanecer aplicado dos ó tres dias, si no ocasiona dolores; en el caso contrario, solo le tendrá puesto el enfermo en los primeros tiempos, durante algunas horas cada dia.

Parécenos que nuestros lectores habrán formado el mismo juicio que nosotros respecto á la extraordinaria invencion del doctor Blanchet, y que no concebirán cómo pueda perforarse el globo del ojo de delante atrás, é

introducir y sacar un tubo varias veces sin que se vacien por completo todos los humores que contenga, y se destruyan las membranas constitutivas del órgano. De seguro no sabrán explicarse tampoco, en virtud de qué ley fisiológica ó patológica, un cuerpo extraño, de no escasas dimensiones relativas, podrá permanecer alojado en medio de tejidos de una textura tan delicada como son los que forman el ojo, sin producir flemones, abscesos, supuraciones, y accidentes aun mas graves. Todo esto, dejando á un lado la posibilidad de que la retina y el nervio óptico funcionen bajo la excitacion de los rayos luminosos transmitidos de este modo. Es, á nuestro juicio, la idea de este autor una concepcion puramente imaginaria.

Hernia del iris: tratamiento. *(Pabellon médico).*

En un artículo publicado en el *Pabellon médico*, recomienda el doctor Delgado un tratamiento para las hernias del íris, con el que, segun asegura, obtiene diariamente un número no escaso de curaciones, tanto en su clínica, como en su clientela particular.

Herniada en un punto cualquiera de la córnea una parte del diafragma iridiano, si este se encuentra propulsado y distendido hácia afuera, en forma de un tumorcillo vesicular (miocéfalon), la constante presion que de dentro afuera produce el humor acuoso sobre esa porcion herniada del íris, es mas que suficiente para qne la hernia vaya en aumento, y sea una causa constante y sostenedora de la inflamacion que la ha producido. Para lograr entonces la cesacion instantánea de ese efecto de la presion del humor acuoso, emplea el autor el siguiente medio: Empieza por evacuar dicho humor, punzando la hernia del íris con una aguja de catarata ó con la de paracentesis de Desmarres: una vez que el humor acuoso se ha evacuado, cesando bruscamente la presion, se queja el enfermo de un dolor agudo en el quinto par, el cual se fija con preferencia en la arcada orbitaria superior; se hace entonces cerrar el ojo, y se practican por encima del párpado, con los dedos índice y medio, unas ligeras fricciones con objeto de reducir en lo posible la parte herniada del

diafragma. Se instilan despues algunas gotas de un colirio de sulfato neutro de atropina (3 centígramos de la sal para 10 gramos de agua), á fin de que la contraccion de las fibras radiadas del íris hácia la parte opuesta del punto en que está herniado, ejerza una constante traccion, consiguiéndose á la vez que el pequeño círculo del íris dilatado por la atropina hácia el círculo ciliar, no pueda prolaxarse á través de la solucion de continuidad; pasados algunos instantes se toca ligeramente con el cilindro de nitrato de plata el punto en que existe la hernia, tratando de obtener de este modo una ligera inflamacion traumática que provoque una exudacion, la cual, organizándose en aquel sitio, sea bastante para resistir de un modo permanente, formando además una cicatriz que no varie en modo alguno la corvadura normal de la córnea, y que tenga á la vez la necesaria resistencia, para oponerse mas tarde á la produccion de un estafiloma.

Deben continuarse las instilaciones de atropina, y mantener el ojo comprimido durante el dia y la noche con un vendaje monocular. Si contra lo que acostumbra á suceder, al dia siguiente ha vuelto á verificarse la propulsion del íris hácia adelante, se emplean idénticos medios, bastando de ordinario dos ó tres punciones de la hernia, para que la cicatrizacion siga una marcha rápida y segura.

Nótase desde la primera puncion que se reducen considerablemente las dimensiones de la parte herniada del íris, que va obedeciendo cada vez más á los efectos midriásicos de la atropina; entonces es cuando, para obtener una cicatrizacion final, resistente y rápida, aconseja el autor que se continúe haciendo una compresion graduada, y que se lave á la vez el ojo enfermo con un colirio astringente, siempre vegetal; el que él emplea ordinariamente está compuesto de 20 centígramos de tanino, ó extracto de ratania, para 32 gramos de agua.

Iridectomía: nuevo procedimiento operatorio. (*Gaz. méd.—Bull. de l'Acad.*).

El doctor Gosselin ha dado cuenta á la Academia de Paris, en nombre de M. H. Dubois, de un nuevo método que permite practicar la operacion de la pupila artificial

por iridectomía, sin cambiar de instrumentos, y por consiguiente, sin perder un solo momento de vista el ojo del operado.

Los instrumentos (fig. 19) que emplea para ello son:

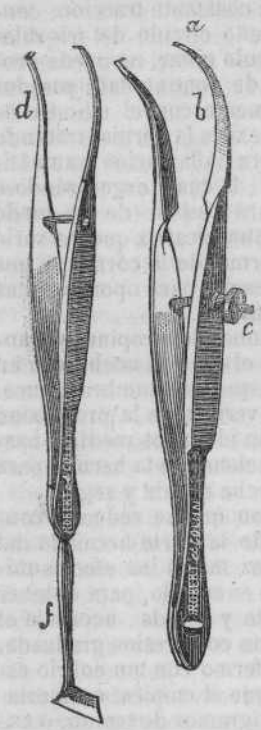


Fig. 19.

1.° Una pinza curva de erina ó diente de raton *a*, cuyas ramas, en su parte encorvada, tienen la forma de una tijera *b*, y se cruzan cuando se cierra el instrumento. Esta especie de hojas de tijera se detienen á 2 milímetros próximamente de la extremidad que termina como una pinza comun de ganchos para fijar el ojo. En la parte media del cuerpo del instrumento hay una pequeña virola movible *c*, destinada á evitar la deviacion de las ramas y á graduar su separacion.

La ramas de esta pinza están reunidas en su extremidad superior, por una articulacion especial que permite desmontarlas en caso necesario.

2.° Una pinza curva de gancho *d*, de separacion limitada, y que en su extremidad posterior lleva un cuchillo lanceolar *f*, recto ó curvo.

Se opera del modo siguiente, suponiendo que se trate del ojo derecho.

1.° La mano derecha, armada de la pinza de tijera, fija el ojo como lo haria con una pinza comun; 2.° la mano izquierda, por medio de la pinza-cuchillo, incinde la córnea; 3.° volviendo entonces la pinza-cuchillo, por un movimiento análogo al que se imprime al quistótomo cuando se quiere emplear la cucharilla, se tiene entre los dedos la pinza con que se va á coger el íris; 4.° dejando el

ojo que se tenia fijo con la pinza-tijera, se corta el íris con las hojas de esta.

Con este método se evita, pues, el cambio de instrumento, que exige siempre movimientos mas ó menos extensos, porque no dependen solo del operador, sino tambien de los ayudantes. Con las pinzas que acabamos de describir, estos no tienen otra cosa que hacer que levantar los párpados: el resto de la operacion pertenece solo al cirujano.

Iridoscopio. (*Gaz. médicale*).

El iridoscopio, instrumento imaginado por el ingenioso M. Houdin, y cuya descripcion y modelo ha comunicado el autor á la Academia de Ciencias de Paris, se funda en un principio muy sencillo, que preside á las leyes de todo diafragma. «Mientras mas pequeña es la abertura, con mas distincion y claridad se perciben los objetos, á condicion de aumentar la intensidad del foco de luz en proporcion á la disminucion del tamaño del agujero que la da paso.»

El iridoscopio es tan sencillo como el principio en que se funda: compónese únicamente de una placa, en cuyo centro hay un pequeño orificio; dicha placa tiene por objeto aislar el ojo cubriéndole.

Si se aplica este instrumento sobre un ojo, y se dirige la vista hácia el cielo ó cualquiera luz difusa, percíbese inmediatamente un disco luminoso que ofrece notables irregularidades.

Esta aparicion es la representacion de las diversas partes constitutivas del ojo. Cuando la luz que penetra por la abertura del instrumento, encuentra los medios de este órgano homogéneos, transparentes, con las corvaduras y superficies iguales y regulares, etc.; se dibuja entonces en la retina un disco luminoso, completamente uniforme. Pero si, por el contrario, tiene la luz que atravesar cuerpos mas ó menos opacos, ó sufrir refracciones irregulares, llegará á la retina, modificada por los obstáculos encontrados á su paso.

El iridoscopio procura, segun su autor, las observaciones siguientes: 1.° la vision directa (imágenes relativamente invertidas); 2.° la lubrificacion del globo del ojo

por las lágrimas; 3.° las irregularidades de la córnea; 4.° la forma del íris, su dilatacion, sus bordes irisados; 5.° el estado del humor acuoso, su enturbiamiento accidental; 6.° toda alteracion ó deformacion en los diferentes medios del ojo; 7.° dos curiosas ilusiones de la vista.

Los objetos situados fuera del iridoscopio, se pintan á la inversa, en la retina, segun las leyes de la vision natural, mientras que en el interior del instrumento estos objetos están representados en su verdadera posicion. Cuando se cierran los párpados hasta la mitad del globo, aparecen por este solo hecho invertidos. Dos puntas colocadas, una dentro y otra fuera del instrumento, en una misma línea y direccion, aparecen en posicion opuesta tocándose sus extremidades.

Percíbense fácilmente en la lubrificacion del globo del ojo, el movimiento de las lágrimas, sus superficies, y sus corvaduras irregulares.

Las irregularidades de la córnea son el resultado de cisuras y deformaciones en su superficie.

Se ve muy distintamente en el iridoscopio la dilatacion y contraccion del íris, efectos que pueden producirse á voluntad en grandes proporciones. No se necesita para esto mas que examinar el ojo, cuando no está sometido á la accion de una luz intensa, y hacerle entrar en seguida en la oscuridad. La mas pequeña deformacion de este diafragma se hace entonces muy sensible.

La alteracion de los humores acuosos se produce con mucha facilidad, frotando al través del párpado el globo del ojo. Encontrándose este deprimido, determina ondulaciones en los líquidos que contiene.

Las alteraciones de los diferentes medios del ojo se pueden comprobar igualmente por las imágenes. Así la catarata, en su desarrollo sucesivo, se demuestra por un velo qne cubre mas ó menos completamente el disco luminoso.

Encontramos oscura la descripcion é insuficientes los datos que el autor nos suministra, para poder juzgar de la importancia y utilidad de su instrumento, que en muchos puntos no creemos podrá reemplazar nunca al oftalmoscopio. A nuestro juicio, quizá pueda sacar mas ventajas de él la filosiología que la patología, para expli-

car la posicion de las imágenes, algunos fenómenos de la acomodacion del ojo, y otros puntos aun oscuros, relativos á las funciones de este órgano.

Jeringa para practicar inyecciones en el conducto nasal. (*Bull. de l'Acad.*).

El tratamiento de las afecciones de las vías lagrimales exige muchas veces que se pongan directamente en contacto con la mucosa de estos conductos los medicamentos destinados á modificar su modo de ser orgánico. Para conseguir esto se han ideado un gran número de instrumentos, muchos de los cuales no llenan completamente el objeto á que se les destina. Queriendo el doctor Galezoswki evitar los inconvenientes que algunos de ellos ofrecen, ha hecho construir una jeringa destinada á practicar inyecciones líquidas en el conducto nasal y saco lagrimal; instrumento que, á juicio del autor, satisface muy bien las exigencias de la práctica.

Se compone (fig. 20) de una cánula A, tamaño natural, la cual tiene varios agujeros ó pequeñas hendiduras *bbbb* en toda su longitud y está cerrada por su extremidad: empujando el boton de la jeringa graduada, se hace salir el líquido por toda la superficie de la cánula, lavando de este modo perfectamente el conducto en que se halla introducida.

Este instrumento se ha aplicado ya diferentes veces con buen resultado en enfermos de la clínica del autor.

No encontramos grande diferencia entre el instrumento de Galezoswki y la jeringuilla de Anel, al menos bajo el punto de vista de su utilidad práctica, puesto que los orificios ó hendiduras laterales no nos parecen una modificacion de grande importancia.



Fig. 20.

Lacrimotomo oculto del doctor Galezowski. (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

Segun el doctor Galezowski, una de las causas mas frecuentes de la inflamacion del saco es el estrechamiento del canal nasal en el punto en que estas dos cavidades comunican entre sí.

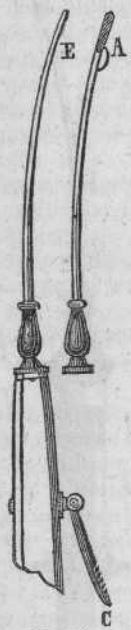


Fig. 21.

Por el método de Bowmann, hay la posibilidad de franquear estas estrecheces; pero desgraciadamente, la curacion no es siempre radical y el padecimiento puede reproducirse luego que se dejan de introducir las sondas. En vista de este inconveniente, cree el autor que seria útil incindir préviamente el punto estrechado. Con este objeto ha hecho construir un lacrimótomo oculto (fig. 21), que del mismo modo que los uretrótomos, corte solo en un punto muy circunscrito, y se le pueda luego retirar del saco lagrimal sin herir las partes sanas.

Este instrumento se compone de una cánula muy fina E, tamaño natural, en la que se desliza una lámina D, movida por la palanca C, que la hace avanzar sobre un plano inclinado metálico, hasta que queda al descubierto.

El modo de funcionar el instrumento es sumamente fácil y no merece que nos detengamos á describirle. Respecto á su utilidad, esperamos la sancion de la práctica.

Luxacion subconjuntival del cristalino: diagnóstico. (*Gaz. hebd.*).

Entre las lesiones traumáticas que interesan el globo del ojo, una de las mas raras es seguramente la que Mackensie ha denominado luxacion subconjuntival del cristalino. El diagnóstico de esta lesion presenta, por lo tanto, cierta dificultad á causa de las pocas veces que puede observársela.

El signo indicado por todos los autores y uno de los mejores y mas positivos, en efecto, es el tumor que forma,

sobre un punto cualquiera del globo del ojo y principalmente hácia el grande ángulo, el cristalino dislocado; tumor redondo en su base, que descansa sobre la esclerótica y presenta un vértice obtuso que eleva la conjuntiva; es frecuentemente translúcido y dibuja bastante bien la forma del órgano. No es posible desconocer la lesion cuando se presenta con estos caractéres, y mucho más que quedando la córnea transparente, puede verse un derrame de sangre que llena las cámaras del ojo y el íris, frecuentemente dislacerado ó desprendido, flotando en medio de los coágulos.

M. Gosselin añade al diagnóstico dos signos, tomados el primero, de la forma de la córnea, y el segundo, de la tension ocular. La córnea pierde, segun este autor, su forma redondeada para afectar la de una elipse con su diámetro mayor, ora en sentido vertical, ora transversal, segun la direccion del choque.

El segundo signo es la mayor depresibilidad del globo del ojo en el lado enfermo que en el sano; pero este fenómeno es muy delicado de percibir.

Desgraciadamente, pocas veces se presenta la lesion con caractéres tan marcados. De aquí, el interés de consignar, para que se observe oportunamente, un nuevo síntoma, acerca del cual ha llamado la atencion á la *Sociedad de cirugía* el doctor Tillaux, con motivo de un caso práctico observado en el hospital de la Caridad. Consiste en una deformacion especial en que la córnea ha perdido su convexidad y se encuentra aplastada. Para poder apreciar fácilmente esta depresion, es conveniente hacer cerrar los párpados al enfermo. Estos velos se amoldan con exactitud sobre el globo del ojo y dibujan mucho mas perceptiblemente el cambio verificado, porque el arco orbitario ofrece un punto de comparacion que falta cuando los párpados están abiertos.

Esta deformacion especial, que reconoce por única causa el aplanamiento de la córnea, se revela por los tres signos siguientes: 1.° el párpado superior ha perdido su convexidad; 2.° presenta una superficie arrugada y con pliegues; 3.° el hueco órbito-palpebral es menos profundo que el del lado opuesto.

Tales son los nuevos caractéres observados por M. Ti-

llaux en su enfermo, y que cree poder hacer extensivos á todos los casos de luxacion subconjuntival del cristalino, como preferibles al tumor frecuentemente oculto por los derrames que alteran tambien la transparencia de la córnea.

Neuralgias del quinto par (nervios dentarios) como causas de pérdida repentina de la vision. (*Pabellon médico*).

Desde hace mucho tiempo se sabe que las lesiones de ciertas ramas del quinto par, y principalmente de la supra-orbitaria, pueden producir trastornos graves en las funciones visuales; pero, sin embargo, se ha hablado pocas veces de la perniciosa influencia que tienen en ocasiones sobre el ojo otras ramas del mismo par; por ejemplo, los nervios dentarios. Esta circunstancia, y lo importante del asunto, han movido al doctor Vecker á llamar la atencion de los prácticos en un artículo publicado en el *Pabellon médico*, dando á conocer tres observaciones debidas á un cirujano inglés, y una recogida por el autor. En los tres primeros casos, coincidió la pérdida repentina de la vision con neuralgias dentarias, restableciéndose ó mejorando mucho las funciones visuales despues de la extraccion de raigones ó de la desaparicion de los accidentes neurálgicos.

La observacion del doctor Vecker se refiere á una jóven de 28 años, que desde mucho tiempo antes venia padeciendo dolores intensos en la region maxilar superior; despues de un acceso agudísimo, y á los pocos momentos de haberse calmado el dolor, la enferma se apercibió que habia perdido totalmente la vista del ojo derecho. Los medios curativos aconsejados por el médico que la visitaba no produjeron resultado alguno.

Pocos dias despues, la paciente fué acometida de violentos dolores dentarios del lado izquierdo, al disminuir los cuales advirtió con gran espanto que estaba completamente ciega. Observada por el doctor Vecker á las veinte y cuatro horas, pudo apreciar este práctico la persistencia de los mismos fenómenos, hasta el punto que, colocando una lámpara delante de la vista de la enferma, solo advertia de un modo muy vago la interposicion de la mano entre ella y la luz. Las pupilas estaban moderada-

mente dilatadas, insensibles á los efectos de la luz; el fondo del ojo no presentaba ninguna alteracion. Teniendo en cuenta los antecedentes, la aconsejó que consultase á un dentista para que procediera inmediatamente á la extraccion de muchas muelas cariadas.

Habiéndose practicado la avulsion de cinco de estas, despues de cloroformizar á la enferma, al volver de la anestesia notó inmediatamente la reaparicion de la vista en el ojo izquierdo, obteniéndose el mismo resultado en el derecho, cuando quince dias mas tarde se extrajeron otros tres raigones.

No es menos interesante el hecho referido por el señor Delgado, de un niño de 11 á 12 años, que habia padecido tres años antes una apoplejía con accidentes nerviosos cerebrales, despues de lo que advirtieron sus padres que veia menos *bien, no conociendo á las personas á pocos pasos de distancia*: unos quince dias antes de verle el autor, este estado se habia agravado de un modo alarmante, coincidiendo esta agravacion con una neuralgia dentaria de ambos lados. Examinando la boca, encontró el señor Delgado dos muelas completamente cariadas, una á la derecha y otra á la izquierda. El oftalmoscopio demostró la existencia de una alteracion profunda de la coróides, sobre todo en su capa pigmentosa, que podia ser coetánea ó anterior á los accidentes cerebrales; pero estos desórdenes no explicaban el estado amaurótico en que se encontraba el enfermo, pues la retina y la papila del nervio óptico no presentaban, al parecer, alteraciones de textura. Antes de establecer ningun tratamiento especial, aconsejó el doctor Delgado que se practicase la extraccion de las muelas cariadas. Pasados tres dias, volvieron á presentarle el enfermo, quedando sorprendido de la transformacion que en él se habia verificado. Segun los padres, casi inmediatamente despues de haberse verificado la avulsion de las muelas, el niño pudo conducirse solo, volviendo á adquirir la alegría propia de su edad. Examinando atentamente la agudeza de la vision, se notó que leia los caractéres mas pequeños del libro de Jaejer, si bien á una distancia mas próxima que la fisiológica, lo que probaba la existencia de cierto grado de miopía no muy graduada. Era evidente, pues, que la

amaurosis que desde quince dias existia, no era síntoma del estado en que se hallaba el ojo interno, y sí el reflejo de la neuralgia dentaria que desde esta misma época venia sufriendo el paciente.

No necesitamos encarecer la importancia de estas observaciones que abren un ancho campo á estudios fisiológicos y terapéuticos que expliquen por una parte el modo de produccion de estas amaurosis, por relaciones anatómicas, y abran por otra el camino de una terapéutica racional para el tratamiento de alteraciones funcionales análogas.

Oftalmias catarrales, escrofulosas, ulcerosas, reticulosas y purulentas: tratamiento. (*Gaz. hebd.—Bull. de thér.—Gaz. des hop.*).

El distinguido oculista M. Serres, de Alais, ha expuesto, ante la Sociedad de Cirugía de Paris, algunos de los medios que le ha sugerido su extensa práctica para el tratamiento de ciertas oftalmías. Renunciando á todas las medicaciones externas que generalmente se usan contra las llamadas oftalmias catarrales, escrofulosas, ulcerosas, etc., emplea exclusivamente una fórmula tan sencilla como eficaz y rápida en sus resultados. Cualquiera que sea el carácter de estas afecciones, dice el autor, siempre que no reconozcan un orígen traumático, todas ó casi todas se curan por medio del nitrato de plata aplicado sobre la cara cutánea de los párpados. Unas veces pinta exteriormente los párpados, cerrados con suavidad, con un pincel mojado en agua pura y que se ha pasado y repasado muchas veces por cima de un cilindro de nitrato de plata ó empapado con una solucion compuesta de 60 centígramos de la sal por 10 gramos de agua; en otras ocasiones, aplica sobre ellos una compresa de lienzo cubierta de una capa de pomada hecha con 60 centígramos del nitrato argéntico por 10 gramos de manteca, dejándola en esta posicion por espacio de ocho á diez minutos.

Desde el momento en que la piel se pone negra, los párpados tumefactos disminuyen de volúmen, se arrugan, se abren, desaparece la fotofobia, y el ojo puede soportar la luz del dia: este alivio se manifiesta en siete ú ocho horas con un cambio muy marcado en el color de la conjuntiva.

La oftalmía catarral, generalmente tan rebelde, se cura con dos ó tres aplicaciones hechas una cada dia.

En las oftalmías ó conjuntivitis vesiculosas, ó ulcerosas, el tratamiento tiene que durar quince dias con una aplicacion diaria, porque la inflamacion reaparece con grande intensidad si se suspende el uso del cáustico antes de haberse obtenido la curacion completa.

La solucion ó la pomada debe llegar hasta el borde libre de los párpados; pero no es necesario ni conveniente que penetre en el interior del ojo.

Si existiese en el sitio en que se han de hacer las aplicaciones del medicamento alguna erupcion que complicase la oftalmía, seria necesario tratar de curarla antes de poner el nitrato de plata.

Segun el autor, un gran número de observaciones y experimentos comparativos le han demostrado la poderosa accion terapéutica del medio que recomienda.

A pesar de las aseveraciones de M. Serres, la superioridad de este tratamiento no ha parecido evidente á muchos miembros de la Sociedad, sobre todo á los doctores Velpeau, Le Fort y Follin. Cree este último, que el autor confunde las formas graves y ligeras de ciertas oftalmías que se curan con mucha facilidad por medio de algunas lociones astringentes, y muchas veces espontáneamente. Considerando la oftalmía escrofulosa como una queratitis ulcerosa ó pustulosa, no acepta los cáusticos violentos, y piensa que obran con mas eficacia la atropina, las lociones calientes, el régimen y el cambio de clima, agregando á esto, en cierto período, los revulsivos, en particular los vejigatorios sobre los párpados, preconizados por Velpeau.

M. Le Fort emplea con frecuencia los barnizamientos con la tintura de iodo y el colodion, y aun cuando dice que obtiene con ellos ciertas ventajas, nunca los admirables resultados que asegura conseguir M. Serres. Los principales efectos de estos medios en la oftalmía de los recien nacidos consisten en disminuir la vascularizacion de los párpados. El colodion tiene tambien una ventaja particular, cual es la de volver los párpados hácia fuera, favoreciendo de este modo la salida del moco-pus.

Oftalmia purulenta.—Absteniéndose el doctor Serres de

toda medicacion activa, confia el tratamiento á los padres, encargando que cada cuarto de hora, durante el dia, y cada media hora por la noche, abran los párpados y quiten el pus formado, ya con un pincel mojado en agua tibia á que se haya añadido una pequeña cantidad de miel y de vinagre, ó ya con una jeringa cargada del mismo líquido. Este tratamiento debe seguirse por tres dias consecutivos, y segun el autor, es de resultados seguros y constantes, si se observa con religiosa exactitud. Al tercer dia, en todos, ó casi todos los casos, ha desaparecido el peligro.

Sin que neguemos la eficacia que pueda tener este método, nos parece casi irrealizable; pues difícilmente comprendemos que la voluntad mas enérgica y decidida pueda conformarse á estar abriendo los párpados del niño cada quince minutos, tanto de dia como de noche; lo cual, por otra parte, privaria al enfermo absolutamente del sueño durante un tiempo demasiado largo para que no tenga inconvenientes.

La comunicacion de M. Serres, de Alais, ha dado motivo á una discusion sobre la oftalmía purulenta de los recien nacidos, en que varios prácticos notables han expuesto sus opiniones acerca de la naturaleza, condiciones de desarrollo y de propagacion, así como sobre el tratamiento de este mal tan conocido en las maternidades y en los establecimientos consagrados á los niños de corta edad. La discusion ha girado dentro del dominio de hechos conocidos, sin adelanto alguno especial para la terapéutica, puesto que todos los prácticos, sobre poco mas ó menos, se sirven de los mismos medios y en la propia forma; esto es, lavatorios é irrigaciones prolongadas y frecuentes de agua fria ó templada, y colirios, mas ó menos concentrados, de nitrato de plata.

Los doctores De Depaul, Blot y Foucher sostuvieron que la oftalmía purulenta de los recien nacidos no es tan grave como á primera vista parece; es decir, que cuando se la cuida bien, es tan benigna, como terrible, si se la abandona. El último de estos prácticos asegura que no ha visto perder un solo ojo, siguiendo el tratamiento que hace mucho tiempo emplea, y que se reduce á practicar frecuentes inyecciones con una solucion de 20 gramos de

cloruro de sodio en 100 de agua, cuyo líquido tiene por objeto lavar la superficie de la conjuntiva; tres ó cinco veces al dia se instilan entre los párpados, bien limpios de pus, algunas gotas de un colirio compuesto de 20 centígramos de nitrato de plata en 30 gramos de agua.

Las inyecciones deben repetirse con tanta mas frecuencia, cuanto mayor sea la produccion de pus.

El doctor Le Fort ha demostrado que la transmision de la enfermedad por contagio juega un papel importantísimo en el desarrollo de esta enfermedad, fundándose en el éxito extraordinario que han tenido las medidas de precaucion adoptadas por él en la Inclusa, de cuya asistencia está encargado. Sospechando que los numerosos casos de oftalmía purulenta que existian constantemente eran debidos, sobre todo, á la contaminacion por medio de los objetos de curacion y aun del personal facultativo, inclusos los médicos, ha aislado á los enfermos en dos salas: la una, para los niños de pecho; la otra, para los de mas edad: ha prohibido toda comunicacion entre esta enfermería y las demás, disponiendo que haya una esponja, un pincel y un frasco de colirio separado para cada enfermo. Puesto en práctica tal sistema desde su entrada en el servicio en 1865, estas medidas hicieron descender rápidamente el número de los casos de oftalmía purulenta. De 49 en el primer trimestre, bajaron á 39 en el segundo, á 20 en el tercero y á 13 durante el cuarto; de tal modo que en 31 de diciembre no habia en el establecimiento un solo niño atacado de esta enfermedad. El mejor remedio, pues, contra esta peligrosa dolencia es el aislamiento de los enfermos y la rígida observacion de las medidas profilácticas.

En cuanto al tratamiento, M. Le Fort es partidario al principio de las cauterizaciones enérgicas; quiere que toda la conjuntiva sea atacada por el cáustico; emplea el cilindro de nitrato de plata, porque se limita mejor su accion; pero inmediata ó simultáneamente hace pasar sobre el ojo una corriente de agua salada; por lo comun, son indispensables los elevadores para descubrir toda la conjuntiva ocular.

Cuando la oftalmía ha llegado al período de estado, este autor emplea los colirios astringentes, mas bien que

cáusticos, y débiles, con preferencia á fuertes, repetidos cada media hora. Ha obtenido tambien buen resultado en los niños de dos años en adelante, con el barnizamiento de la cara tegumentaria del párpado por medio de la tintura de iodo ó el colodion. En fin, dice, que las escarificaciones son detestables en la oftalmía purulenta.

Despues de haber hecho este ligero extracto de las opiniones emitidas en la Sociedad de Cirugía de Paris, no seria justo que pasásemos en silencio el artículo publicado por el señor Delgado en el *Pabellon médico* con el título de *Observaciones humanitarias sobre la oftalmía purulenta de los recien nacidos.*

Justamente alarmado por la triste suerte que cabe á los desgraciados niños atacados de este padecimiento, la mayor parte de veces, por un punible abandono ó una criminal ignorancia, consigna los siguientes preceptos, que con gusto extractamos, atendida la importancia del asunto:

Lavar de media en media hora (tan pronto como la enfermedad se presenta) los ojos del recien nacido con una esponja empapada en agua tibia, ligeramente salada con la sal comun. Mejor es aun practicar inyecciones entre los párpados con una jeringuita de cristal llena del agua indicada, teniendo otra persona separados los párpados de la criatura.

Si los párpados se aglutinan demasiado, puede y debe aconsejarse pasar sobre sus bordes un pincel untado con esta pomada:

Precipitado rojo.	5 centígramos.
Aceite de almendras..	1 gramo.
Manteca..	3 gramos.

Mézclese y hágase una pomada homogénea.

Si la secrecion mucosa aumenta, es indispensable recurrir á una ligera canterizacion de la conjuntiva palpebral con el cilindro de sulfato de cobre. Despues de la cauterizacion se continuarán las mismas lociones.

Si la secrecion mucosa se hace purulenta, la gravedad crece y la vigilancia tiene que ser extraordinaria. Debe examinarse el estado de las córneas, para ver si empiezan á reblandecerse, si están perforadas, si, en fin, han

tomado parte en la inflamacion. Este exámen debe hacerse con elevadores.

Si la córnea participa de la inflamacion, si está ulcerada, es necesario, antes que nada, recurrir á dilatar la pupila con una solucion de atropina (3 centígramos para 10 gramos de agua destilada). Despues se hará una cauterizacion en la conjuntiva palpebral invertida, tocándola con un pincel empapado en una solucion concentrada de nitrato de plata (1 gramo para 10 gramos de agua destilada), neutralizando en seguida el efecto de la cauterizacion, tocando otra vez la conjuntiva con otro pincel humedecido en una solucion de cloruro de sodio (un gramo para 10 gramos de agua), lo que formará en el acto un cloruro de plata insoluble, que no será en modo alguno nocivo para la córnea.

Debe, además, encarecerse á la madre ó parientes del recien nacido, *el lavarle constantemente los ojos noche y dia, y de manera que no haya pus un solo instante en contacto con la córnea*, con una solucion de sulfato de alúmina (15 centígramos para 30 gramos de agua destilada).

Las cauterizaciones con la solucion concentrada de nitrato de plata, deberán repetirse en tanto que la secrecion purulenta exista, ó no haya disminuido considerablemente, bastando entonces la del cilindro de sulfato de cobre. Convendria además en tal caso, prescribir un colirio de nitrato de plata (5 centígramos para 30 gramos de agua) para hacer dos ó tres instilaciones por dia en el ojo ó en los ojos enfermos.

Si los párpados están muy hinchados, deben escarificarse las conjuntivas palpebrales, despues de haberlas cauterizado como queda dicho, favoreciendo, cuanto se pueda, la evacuacion de sangre.

Consideramos de tanta mayor importancia dar á conocer estos preceptos, por mas que puedan encontrarse en los tratados de oftalmología, cuanto que por desgracia es frecuentísimo en nuestro país, que por una absurda preocupacion se abandone á los esfuerzos de la naturaleza muchas afecciones oculares, y sobre todo la que nos ocupa, suponiendo que no es conveniente obrar de una manera directa y eficaz sobre un órgano tan delicado como el ojo; y más aun, porque no faltan faculta-

tivos que en tales casos se limitan á recomendar por todo remedio la leche de la madre en instilaciones ó alguna locion mal hecha con el cocimiento de malvas.

Oftalmoscopio de Galezowski, modificado por Laugier. (*Bull. de l'Académie de méd.*).

M. Charriere ha presentado, á la Academia de Medicina de Paris, un oftalmoscopio de Galezowski, ya conocido de nuestros lectores (1), con una pequeña, pero feliz modificacion ,de bidaal doctor Laugier.

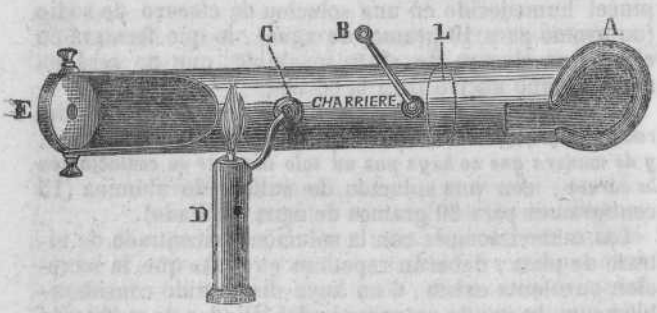


Fig. 22.

A. Rodete que abraza la órbita.
B. Bola brillante, destinada á dirigir la mirada del ojo enfermo.
D. Palmatoria, que puede girar á derecha ó izquierda por medio de la articulacion C.
E. Reflector perforado en su centro.
L. Lente biconvexa.

El oftalmoscopio del primero de estos autores tenia, á no dudarlo, ventajas muy apreciables para los prácticos: la de poder funcionar en plena luz, en la cama misma del enfermo, y sin que fuera necesario colocar á este en una cámara oscura. Pero, como los demás instrumentos de su clase, exigia el auxilio de una lámpara colocada sobre la mesa ó cama del enfermo, y cuya luz debia caer sobre el espejo reflector movible, destinado á proyectarla en el interior del tubo del instrumento: para encontrar

(1) V. Anuario, t. III, p. 403.

la direccion del eje del oftalmoscopio, era necesario hacer algunos tanteos, siempre desagradables.

A fin de obviar estos inconvenientes, el profesor Laugier ha tenido la idea de hacer adaptar al cuerpo del oftalmoscopio una especie de palmatoria (fig. 22), de tal suerte que la llama de la bujía esté constantemente en la misma relacion con el espejo reflector, siempre inclinado bajo el mismo ángulo, hácia la luz y el cuerpo del tubo.

Encendida la bujía y colocado el oftalmoscopio sobre el ojo, la luz cae infaliblemente sobre el espejo, y es dirigida al ojo que se quiere explorar, y á que se ha dado una direccion conveniente.

Esta sencilla modificacion debe contribuir á hacer mas general el uso del oftalmoscopio de Galezowski, bastante fácil de manejar.

Ojo oftalmoscópico. (*Gaz. des hop.*).

La oftalmoscopia, medio exploratorio, tan precioso y fecundo en resultados prácticos, no se ha generalizado todavía como debiera, á pesar de que cuenta ya mas de doce años de existencia. Y es que para obtener con él los resultados que se desean, se necesita una destreza y una práctica que solo puede adquirirse con el ejercicio prolongado, difícil de realizar en el ojo vivo.

Con objeto, pues, de evitar estos inconvenientes y facilitar el estudio, se ha pensado en sustituir al ojo natural con uno artificial; pero los varios ensayos hechos, tanto en Francia como en Alemania, habian sido hasta ahora infructuosos. El doctor Perrin cree haber resuelto este problema de un modo bastante satisfactorio, con un pequeño aparato construido por M. Nachet, bajo su direccion, y á que ha dado el nombre de *ojo oftalmoscópico*.

Este aparato se compone de una esfera hueca de cobre, cuya cavidad es de un volúmen próximamente igual al del globo del ojo. Está sostenido por un pié, que puede subirse ó bajarse á voluntad, y que tiene además, en su parte superior, una articulacion para poderle inclinar en todos sentidos.

La esfera se descompone en tres porciones:

1.° Una parte media, que corresponde á la zona ecuatorial, y se articula con el pié; está barnizada de negro en su interior, que representa mas especialmente la cavidad intra-ocular.

2.° Una parte anterior, que corresponde al segmento polar anterior, y se compone de una pieza de cobre, armada de un tornillo, por medio del cual se une á la primera porcion. Contiene el aparato dióptrico del ojo, representado aquí para mayor sencillez, pero con suficiente exactitud, por una sola lente plano-convexa de foco apropiado. Dos pequeños diafragmas, el uno de 7 y el otro de 3 milímetros de abertura, destinados á dar los diversos grados de dilatacion pupilar, se adaptan por medio de un tornillo delante de la lente.

3.° Una porcion posterior, que corresponde al segmento polar posterior, se articula con la porcion media, á beneficio de una articulacion, para abrirla ó cerrarla á la manera de una caja. Está constituida por un anillo de cobre, en el que se ajusta un cristal cóncavo esmerilado, en cuyo centro existe dibujada con carmin, y en posicion invertida, una cruz de Lorena. Esta última pieza puede recibir en su cavidad pequeñas cúpulas de cobre, de la misma corvadura que ella, y sobre las cuales pueden pintarse las imágenes oftalmoscópicas del fondo del ojo, ya normal, ya patológico. Estos tipos pueden variarse á voluntad, y aun recoger los hechos interesantes de la práctica, haciéndoles pintar en cúpulas preparadas.

Las tres porciones reunidas constituyen un globo ocular completo.

Si la lente es emétrope y la cúpula representa el estado fisiológico, se tiene un ojo artificial normal, con el que pueden hacerse ensayos oftalmoscópicos, absolutamente como en el vivo.

Cada aparato está provisto de tres lentes de distinto valor refringente, destinadas á reproducir los diversos estados dióptricos del ojo humano. Una de ellas tiene su foco exactamente sobre la retina, cuando la birola de cobre que la sostiene está fija en el fondo. Corresponde al ojo emétrope. Basta separar la birola todo lo posible, sin desmontarla, para aumentar en la misma longitud el eje ántero-posterior del globo, y obtener un grado

de miopia bastante elevado para que pueda reconocerse en el reflector.

Una segunda lente, montada del mismo modo, tiene su foco mas allá de la retina; la letra H sirve para reconocerla; en fin, la tercera, esfero-cilíndrica, está destinada á producir el astigmatismo, y se encuentra marcada con las letras AS.

La descripcion un tanto detallada que acabamos de hacer, nos dispensará seguramente de detenernos en enumerar las ventajas de este aparato, para la enseñanza y el ejercicio práctico de la oftalmoscopia.

Apenas es necesario advertir que los primeros ensayos deben hacerse sin diafragma pre-cristaliniano; es decir, con una enorme pupila. Luego se irán aumentando progresivamente las dificultades, por la interposicion del diafragma mas ancho, y por último el mas estrecho.

Cuando se perciben claramente los detalles del fondo del ojo, á través de este último, se puede ya examinar el ojo vivo.

Como el aparato dióptrico no es aquí acromático, produce círculos brillantes y coloreados; así, los efectos catóptricos son mas fuertes que en el ojo natural, lo cual importa poco, porque el autor trata mas bien de aumentar las dificultades que de disminuirlas.

Quistótomo oculto de Desmarres. (*Bull. de l'Acad.*).

El quistótomo oculto de Desmarres, presentado á la Academia de Paris por los señores Robert y Collin, y que está representado en la fig. 23, se compone de una varilla fija, terminada por un gancho cortante, y de otra varilla movible, destinada á ocultar á este. Las dos son planas, y se mueven una sobre otra.

A, es el gancho cortante sin la varilla protectora; O, la extremidad obtusa.

El gancho está cubierto por la varilla movible.

Cerrado el instrumento, es obtuso en su punta O, y redondeado en toda su longitud; pero comprimiendo el muelle que existe en el mango, aparece el gancho cortante, permaneciendo descubierto mientras dura la presion.

El objeto que el autor se ha propuesto con este instrumento es que se le pueda introducir y sacar del ojo, y moverle en la cámara anterior, sin peligro de herir el íris ó la córnea. Obra solo á voluntad del operador ; es decir, cuando la extremidad ha llegado frente al cristalino; luego que se ha dividido la cápsula, el instrumento vuelve á ser inofensivo.



Fig. 23.

El nuevo quistótomo sirve en todas las operaciones de catarata por extraccion ; da mas seguridad al operador, y protege el íris cuando el ojo se mueve demasiado bruscamente.

Simbléfaron: nuevo procedimiento operatorio. (*La Clínica*).

Considerando el Sr. D. Vicente Chiralt, que los métodos hasta ahora propuestos para la curacion del simbléfaron, aparte de ciertos inconvenientes graves que especialmente acompañan á cada uno, tienen todos un defecto comun que les hace fracasar, y el cual consiste en la reproduccion de la adherencia; ha ideado un nuevo procedimiento operatorio, con el cual pretende resolver el problema, observando con toda exactitud las tres reglas siguientes: 1.ª extirpar de una sola vez toda la brida; 2.ª colocar un cuerpo intermedio que aisle las superficies cruentas entre sí; 3.ª fijar este cuerpo extraño de una manera sólida en las relaciones que temporalmente ha de conservar, *y principal y precisamente en el fondo de saco, al punto mismo de la solucion de continuidad.*

Para cumplir con estos preceptos, el autor procedió del siguiente modo en un caso de simbléfaron, que unia el párpado izquierdo al globo del ojo. La adherencia estaba situada en el centro del fondo de saco, y se extendia verticalmente hasta 2 milímetros dentro del tejido de la córnea, y transversalmente ocupaba el espacio de un cen-

tímetro; el grosor de la brida era casi nulo, pues el párpado estaba enteramente yuxtapuesto al globo del ojo.

Habiendo preparado un pedazo de pergamino fino, remojado, de forma cuadrilátera, de 2 centímetros de longitud y uno de latitud, le cosió tres hilos de seda de 2 centímetros de largo en uno de los lados longitudinales, y otros dos, uno en cada ángulo del lado opuesto. Hecho esto, hizo sentar á la enferma en una silla baja, y encargándola que mirase hácia arriba todo lo fuertemente que la fuese posible, dividió con un escalpelo muy fino la brida en toda su extension. Cohibida la pequeña hemorragia por medio de lociones de agua fria, tomó el pergamino, á cada uno de cuyos hilos habia enhebrado una aguja, y le colocó entre el párpado y el ojo, de modo que el lado de los tres hilos correspondiese al fondo de saco, y el de los dos, á la hendidura interpalpebral; habiendo atravesado el párpado por su base, de atrás adelante, con las tres agujas, de tal manera que la central interesase *precisamente el punto que ocupaba la adherencia en el fondo de saco*, sujetó los tres cabos en la cara, como en la sutura emplumada, haciendo que los dos hilos superiores viniesen á anudarse á estos, pasando por el borde libre del párpado, y terminando así el segundo y último tiempo de la operacion, con estricta observancia de la 2.ª y 3.ª reglas antes enunciadas. Con el fin de que el parpadeo provocado por la presencia del cuerpo extraño, no produjese una irritacion demasiado viva en el ojo, colocó un vendaje ligeramente compresivo, encargando á la operada le mantuviese empapado con agua, y unas gotas de tintura de árnica.

Al tercer dia se notaba una viva inyeccion conjuntival y supuracion en los puntos de sutura; prescribiéndose con este motivo fomentos con una ligera disolucion de tanino. El dia 11 se quitó el pergamino, cuya presencia era ya casi intolerable, encontrándose cicatrizada toda la solucion de continuidad, excepto los puntos de sutura. Ocho dias despues, la curacion era completa.

Faltos de la experiencia necesaria para ello, no podemos juzgar de las ventajas ó inconvenientes del procedimiento del señor Chiralt, que, en principio al menos, nos parece racional, aunque susceptible de modificacion.

Spéculum porta-cáustico del saco lagrimal. (*Pabellon médico*).

El laborioso cuanto entendido oftalmólogo señor Delgado ha dado á conocer, en el *Pabellon médico*, y presentado despues á la Academia médico-quirúrgica, un ingenioso instrumento de su invencion, destinado, como el mismo nombre indica, á conducir al interior del saco lagrimal los cáusticos cuyo uso exige en determinados casos el tratamiento de las afecciones de las vías lácrimo-nasales.

Son muy comunes en la práctica los hechos de obstruccion completa ó incompleta de dichas vías, y desde muy antiguo se conocen en la ciencia un gran número de tratamientos quirúrgicos para remediarla. Esto prueba á la vez que la rebeldía de semejantes padecimientos, la ineficacia mayor ó menor de los diversos métodos propuestos para su alivio ó curacion.

Puede decirse que en la actualidad, la práctica oftalmológica no sanciona mas que dos de estos procedimientos: la oclusion de las vías lagrimales por la destruccion total del saco (Nannoni), con incision de su parte anterior (Petit); y el cateterismo de las vías lagrimales, con incision de los puntos y conducto del mismo nombre (dilatacion progresiva de Bowman). Todos los demás métodos están casi completamente abandonados.

No siendo nuestra mision en este momento apreciar

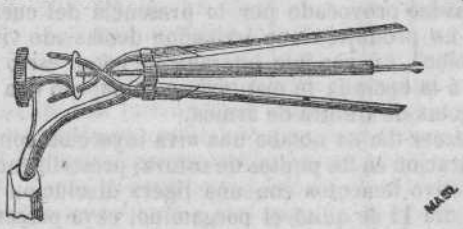


Fig. 24.

las ventajas é inconvenientes de cada uno de ellos, diremos solo que, adoptado el de Nannoni, es bastante difícil lograr destruir el saco de una manera completa, lo cual tal vez ha dado lugar á que Bowman sostenga que es completamente inútil. Para obviar esta di-

ficultad, es para lo que ha hecho construir el señor Delgado su spéculum porta-cáustico (fig. 24). Este instrumento, que ya es conocido no solo en España, sino en el extranjero, se compone de dos ramas acanaladas que, reunidas, forman un cilindro, dentro del cual está alojado un tubo que á su vez contiene la pinza porta-cáustico. Un boton colocado en la parte posterior y sostenido hácia atrás por un muelle, sirve para separar las ramas del instrumento, cuando una vez introducido en el conducto, se aplica sobre él el dedo: de este modo puede depositarse en el fondo de la herida la pasta de Canquoin, ó el cáustico que se emplee y que va colocado en el extremo de la rama central, que tiene la forma de una pinza. El señor Delgado ha hecho varias modificaciones en el modelo primitivo de su spéculum, que se han tenido en cuenta para los dibujos que acompañamos, tomados de la *Revista de Sanidad militar*. Consisten estas en hacer un poco mas anchas las ramas laterales, para que cubran exactamente la central ó porta-cáustico; en haber acortado el tubo que encierra la pinza, la cual está dispuesta de modo que pueda servir para cáusticos sólidos y para sostener una esponja empapada en los líquidos.

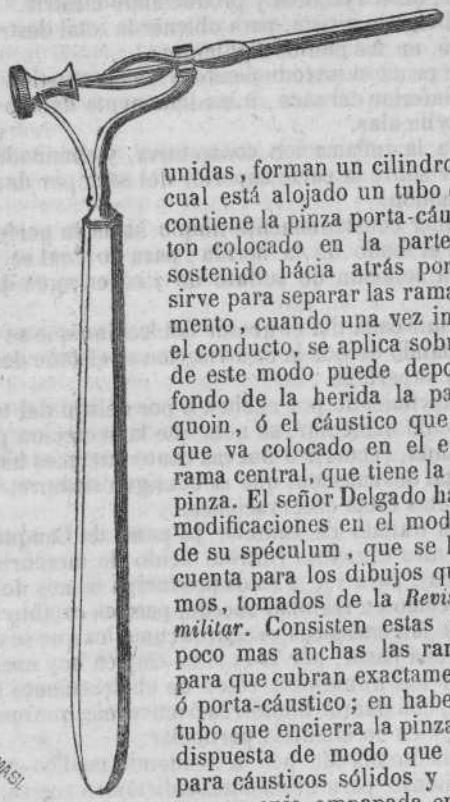


Fig. 25.

La figura 25 representa el spéculum cerrado.

Con este instrumento se logra, segun el autor, á la vez que separar los labios de la herida, conducir al fondo y en todas direcciones el cáustico, lo que puede hacerse aun

inmediatamente despues de practicada la incision, abreviando así el tiempo que se necesita para obtener la curacion, y no exponiéndose á que el cáustico pueda obrar sobre la piel, destruyéndola y produciendo cicatriz.

El señor Delgado insiste, para obtener la total destruccion del saco, en los puntos siguientes:

1.° Obrar primero introduciendo la pasta cáustica hácia la parte inferior del saco, inmediatamente debajo del tendon del orbicular.

2.° Pasada la inflamacion consecutiva, y eliminada la escara, obrar sobre la parte superior del saco por detrás del mismo tendon.

3.° Mantener constantemente limpio hasta su perfecta cicatrizacion el fondo de la herida; para lo cual se recurrirá á una solucion de sulfato de zinc en agua destilada.

4.° Disminuir cada dia el grosor del lechino que se introduce, cuidando de que la cicatrizacion se efectúe desde el fondo á la superficie.

5.° Si comprimiendo por encima ó por debajo del tendon del músculo orbicular, se nota que la secrecion purulenta continúa, recurrir á nuevas cauterizaciones hasta obtener la total destruccion, que se consigue siempre, teniendo presentes estas observaciones.

El autor ha tratado de cambiar la pasta de Canquoin por otros agentes cáusticos (nitrato ácido de mercurio y pasta de Viena), para ver si estos producian menos dolor que aquella, como en realidad sucede; pero en cambio los efectos no son tan enérgicos y seguros como los que se obtienen con dicha pasta, por lo cual la emplea hoy exclusivamente en los numerosos casos de obstrucciones del saco lagrimal, con dacrio-blenorrea ó mucocele, que opera en su clínica y en su clientela particular.

La Comision nombrada por la Academia médico-quirúrgica matritense, para que emitiese dictámen acerca de las ventajas de este instrumento, concluye, despues de un luminoso informe, reconociendo su utilidad, y asegurando que por su medio se facilita la cauterizacion del saco, y se remedian los inconvenientes que ofrecen los medios empleados hasta ahora.

Tumor lagrimal inflamado ó absceso del saco: tratamiento. (*Pabellon méd.—Annales d'Oculistique*).

En la interesante correspondencia científica que sostienen, en el *Pabellon médico*, los distinguidos oftalmólogos señores Delgado, de Madrid, y Wecker, de Paris, encontramos estudios y consideraciones prácticas de importancia acerca de los puntos de mayor interés de su especialidad.

Tratando de los abscesos del saco lagrimal, para cuyo tratamiento tantos procedimientos operatorios se han ideado, se manifiesta el doctor Wecker poco partidario de la abertura del tumor con el bisturí de Petit, que desearia ver desaparecer de la cirugía ocular, reemplazándola en cambio con un tratamiento que, en lugar de provocar la formacion de una fístula, tienda por el contrario á evitar este accidente. Para conseguirlo, procede del modo que sigue: Cuando se le presenta un enfermo con un absceso lagrimal próximo á perforarse, empieza por introducir por el punto lagrimal superior un pequeño cuchillo de punta roma (modelo de Weber), é incinde el conducto lagrimal superior en toda su longitud; hecho esto, pasa la punta roma del cuchillo á lo largo de la pared posterior del saco hácia la embocadura del canal nasal, y trayendo hácia adelante el mango del instrumento, incinde, ó por mejor decir, desbrida el ligamento palpebral interno: este desbridamiento se anuncia inmediatamente por un débil chasquido, por un derrame abundante de productos mocopurulentos, y por una pequeña hemorragia. La ejecucion de este procedimiento no ofrece dificultad alguna mas que en los casos en que la hinchazon es considerable, cuando el punto lagrimal superior es muy estrecho, ó los enfermos exageradamente sensibles. La dilatacion preventiva del punto lagrimal, por medio de una sonda cónica y el empleo de los anestésicos, si el sujeto es muy pusilánime, triunfan con facilidad de tales obstáculos. El único accidente que puede ocurrir, es que la punta del cuchillo se rompa cuando se ha llegado al canal nasal, y que esta parte del instrumento, que tiene milímetro y medio próximamente de longitud, no resista en el momento en que se hace bascular el mango para practicar el des-

bridamiento. Cita el autor un caso, único en que le ha ocurrido tal accidente, y en el cual se abstuvo de toda tentativa de extraccion: la enferma, dice, soporta hoy, sin incomodidad ni molestia alguna, ese pequeño cuerpo extraño, que probablemente concluirá por arrojar en un esfuerzo nasal.

El doctor Wecker atribuye á su procedimiento diferentes ventajas sobre el ordinario: el flemon se disipa mas rápidamente que cuando se ha practicado una ancha abertura en la parte externa: como no hay fístula que tratar, puede emprenderse inmediatamente el método de dilatacion, excepto en aquellos casos, raros por cierto, en que existe, bien una obliteracion ósea, bien una extensa destruccion de la mucosa, condiciones que reclaman con urgencia la obliteracion del saco. Evítase, pues, toda herida del tegumento externo, ganando de este modo el tiempo que habria sido necesario para la oclusion del trayecto fistuloso.

La experiencia ha demostrado á este práctico, que es indispensable tambien recurrir al desbridamiento indicado en aquellos casos en que el adelgazamiento de la pared externa del absceso es tal, que no puede evitarse la perforacion; más aun, desbrida siempre que el absceso se ha abierto al exterior poco tiempo antes de presentársele el enfermo, pues en cuanto el moco-pus del saco lagrimal encuentra una fácil salida hácia el saco conjuntival, el estrecho trayecto fistuloso que existe se oblitera en el espacio de algunos dias.

Concluye el autor asegurando que con el desbridamiento interno se curan los abscesos del saco lagrimal más pronto, más fácilmente, y sin producir esas heridas en la cara, que siempre repugnan á los enfermos.

Poco convencido el señor Delgado, del restablecimiento de la permeabilidad de las vías lagrimales en todas sus afecciones supurativas, no condena tan en absoluto, como el doctor Wecker y los partidarios del método de Bowman, la total oclusion del saco lagrimal, segun bien á las claras lo demostraba ya la invencion del spéculum de que damos cuenta en este mismo ANUARIO. Sostiene este distinguido oftalmólogo que la formacion de fístulas, por consecuencia de la abertura espontánea ó qui-

rúrgica del absceso, es un hecho excepcional, teniendo por lo tanto escaso valor el temor de este accidente en que algunos se fundan para desechar el método de Nannoni, que no hace más, en último resultado, que copiar científicamente el procedimiento que sigue la naturaleza para la curacion de una gran parte de las afecciones supurativas del saco. Como estas son debidas casi siempre á la inflamacion aguda ó crónica de la mucosa, el método de la dilatacion progresiva no puede producir la curacion, mientras no mejore el estado de la membrana inflamada, para lo cual es preciso apelar á las inyecciones de diferentes clases, ó á un tratamiento general, segun los casos; quedando siempre el enfermo expuesto á recidivas por la mas pequeña causa. La oclusion total del saco obtenida por su destruccion, evita este inconveniente, toda vez que la piel adherida al hueso, aisla el canal nasal de los puntos y conductos lagrimales, siendo entonces el lagrimeo *poco mas ó menos* el mismo que en aquellos casos en que se ha ejecutado durante largo tiempo el cateterismo de las vías lagrimales por el método de Bowman. Concluye el señor Delgado asentando con sano juicio, que uno ú otro método encuentran en la práctica sus momentos de aplicacion, y que no debe condenarse en absoluto ninguno de ellos.

En los *Annales d'Oculistique* encontramos un procedimiento recomendado por el doctor Windsor, para conseguir la obliteracion del saco por medio del cloruro de zinc. Su manual operatorio consiste en lo siguiente: Despues de haber cloroformizado al enfermo, se hace una larga incision vertical que abre el saco de arriba abajo, y se le limpia de su contenido, introduciendo luego sondas finas de plata al través de las vías lagrimales, de modo que se vean siempre bien sus orificios en la cavidad. Se rellena entonces el saco de hilas, renovando este apósito todos los dias. A las cuarenta y ocho ó setenta y dos horas se introduce con cuidado en la cavidad un pedazo de lienzo bien cubierto de pasta de cloruro de zinc, de modo que esté en contacto con toda la superficie interna de aquel, y se le deja aplicado una hora próximamente. Produce la accion del cáustico cierta sensacion de dolor, y ulteriormente, en algunos casos, una tumefaccion mas ó

menos general. A los pocos dias se elimina la escara, y en el espacio de dos á tres semanas la herida queda en general completamente curada.

Siguiendo este método de tratamiento no deben olvidarse dos precauciones de importancia esencial: 1.° el saco debe abrirse anchamente, de tal modo que toda su superficie interna pueda ponerse en relacion con el cáustico: en efecto, si queda íntegra alguna porcion de la membrana mucosa, habrá una secrecion que determinará como consecuencia un tumor ó un absceso; 2.° al aplicar el cáustico, debe cuidarse de preservar esmeradamente los labios de la herida, sin lo cual se formaria cicatriz.

Termina el autor diciendo que, por sorprendente que parezca, es lo cierto que los enfermos operados por este método, se quejan muy poco de epífora, y algunos nada, excepto cuando sufren la accion del viento.

Nos parece muy preferible á este procedimiento la cauterizacion practicada por medio del spéculum del señor Delgado.

TERAPÉUTICA.

MATERIA MÉDICA, FORMULARIO [1].

Aceite de hígado de bacalao: modo de administracion y medios de reemplazarle. (*Abeille médical*).

El doctor Rouland ha conseguido disimular el sabor del aceite de hígado de bacalao, haciendo posible su administracion en muchos enfermos que no pueden tolerarle de otra manera. Para conseguirlo, emplea la fórmula siguiente:

Aceite de hígado de bacalao.	100 gramos.
Alcohol á 40 grados.	60 —
Esencia de menta.	9 —

Se obtiene con esta mezcla una emulsion, de que deben administrarse tres cucharadas al dia.

A pesar de los satisfactorios resultados que con ella consigue dicho autor, ha buscado medios de reemplazar al aceite de hígado de bacalao, porque se le han presentado todavía algunos tísicos, cuyo estómago rechazaba el medicamento. En estos casos, ó cuando el enfermo ha tomado ya durante mucho tiempo el aceite, M. Rouland le reemplaza con ventaja por una mixtura óleo-fosfática en la forma y proporciones siguientes:

Aceite de almendras dulces.	60 gramos.
Manteca de cacao.	3 —
Alcohol á 40 grados.	30 —
Jarabe de yemas de abeto.	40 —
Tintura de cáscaras de naranja.	5 —
Fosfato de cal.	5 —

[1] Nuestros lectores encontrarán el complemento de esta seccion del ANUARIO en la *Revista farmacéutica*, que desde el año de 1860 venimos publicando. En ella se consigna todo lo que se refiere á la historia natural y química de los medicamentos, modo de preparacion, sus incompatibilidades y las fórmulas nuevas que se proponen.

Se puede sustituir en esta fórmula el fosfato de cal por el hipo-fosfito de la misma base. Esta emulsion responde, como el aceite de hígado de bacalao, á la indicacion de suministrar á los tísicos alimentos hidro-carbonados para impedir que quemen sus propios tejidos; en tanto que por otra parte se trata de detener el procesus inflamatorio que acompaña casi siempre á la evolucion tuberculosa.

Acido carbónico: su aplicacion al tratamiento de las enfermedades de los organos génito-urinarios. (*Jour. de méd. prat.*).

La aplicacion del ácido carbónico al tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias se remonta al siglo último. En esta época se le preconizó especialmente para disolver los cálculos de la vejiga, y un gran número de publicaciones ponderaron sus excelentes efectos. Habia, sin embargo, en esto una equivocacion dependiente del modo de administrar el remedio; se usaba al interior, y cuando se creia prescribir este gas y curar por sus propiedades, no se daban mas que los alcalinos, y á la medicacion alcalina se debian en general estos buenos resultados.

M. Demarquay cree que es mas útil é inmediata la aplicacion que se ha hecho del ácido carbónico al tratamiento de ciertos casos de cistitis y de neuralgia vesical. A los hechos interesantes publicados hace unos diez años por M. Broca, dice que podria añadir un gran número de observaciones del mismo género, que prueban que, en estas diversas afecciones, el ácido carbónico es uno de los mejores paliativos ó adyuvantes; á veces, aun administrado con exclusion de todo otro medicamento, ha producido la curacion en casos tratados inútilmente por muchos otros medios. El ácido carbónico obra en tales circunstancias á la manera de un sedante, pero de un sedante especial.

Para administrar los chorros vesicales, pueden emplearse pequeñas vejigas de caoutchouc, de 30 á 40 centílitros de capacidad, llenas de gas, que se hace pasar al receptáculo urinario por medio de una sonda comun. Este procedimiento es cómodo, porque el aparato es muy portátil. Un medio mas elegante, sin duda, consiste en

emplear el aparato de Mondollot; entonces se hace uso de una sonda de doble corriente, á fin de que el exceso de gas introducido en la vejiga pueda salir libremente al exterior. Es preciso, además, hacer la inyeccion con lentitud y observar atentamente la region hipogástrica para ver si se dilata demasiado la vejiga, lo cual puede suceder por efecto de la obstruccion de uno de los dos conductos de la sonda por el moco ú otro producto cualquiera. Si no se toman estas precauciones, hay peligro de producir una dislaceracion de aquel órgano, y por consiguiente, un derrame de gas en el peritoneo, segun le ha ocurrido á M. Demarquay una vez.

Cuando se practican inyecciones vesicales, debe cuidarse de dejar el gas en contacto con la vejiga algunos instantes; al principio, solo segundos, si hay un estado de irritacion considerable, y luego uno ó dos minutos; en fin, se llega á hacerle permanecer en dicha cavidad hasta que haya sido completamente reabsorbido. Se repiten las inyecciones dos ó tres veces al dia.

De la accion fisiológica del gas ácido carbónico era fácil deducir la feliz aplicacion que de él podia hacerse en muchas afecciones uterinas, que consisten en una grande excitacion y que exigen un antiflogístico especial. M Mojon ha empleado con éxito las fumigaciones de ácido carbónico para combatir la amenorrea y los dolores que preceden á la evacuacion menstrual. Los chorros gaseosos no son indispensables á lo que parece, para obtener estos buenos resultados. El agua cargada de ácido carbónico, puede reemplazarles perfectamente.

Entre las otras enfermedades de la matriz que se han modificado ventajosamente por medio de dicho ácido, debemos citar, en primer lugar, los infartos y las ulceraciones simples del cuello con ó sin desviacion orgánica. M. Demarquay ha podido calmar de este modo dolores frecuentemente intolerables, hacer desaparecer secreciones mas ó menos fétidas, y á veces, cicatrizar úlceras combatidas sin resultado por otros medios.

Las neuralgias de la vagina y del cuello del útero ceden con bastante rapidez bajo la influencia de los chorros de ácido carbónico, repetidos dos ó tres veces al dia: el autor dice que no asegura que este medicamento pro-

duzca el mismo efecto en todos los casos posibles de neuralgia de dichos órganos, pero cree que debe ensayarse. En cuanto á la metritis y al catarro uterino, ha obtenido, en general, un alivio y una curacion mas rápida con el glicerolado de tanino, ya solo, cuando la afeccion era ligera, ya auxiliado de la cauterizacion con el hierro candente ó el nitrato de plata, si era necesario modificar mas activamente la superficie enferma.

Aguardiente amargo para la curacion de las heridas y contusiones. (*France médical*).

Segun Debeaux, farmacéutico del ejército francés, los chinos usan mucho, para el tratamiento de las contusiones, heridas ó úlceras, la siguiente fórmula de una tintura alcohólica, que tiene mucha semejanza con algunas que en la actualidad se recomiendan para el mismo fin.

Zumo de áloes.	12 gramos.
Mirra..	12 —
Raiz de cúrcuma.	2 —
Incienso..	12 —

Se pulverizan estas sustancias, y se las echa con 750 gramos de aguardiente en un frasco, que cerrado se expone al sol durante un mes. Despues se decanta, y en el líquido que resulta se empapan las compresas ó hilas que han de servir para la cura.

Aguardiente anti-tercianario. (*La Press. méd. belg.*).

El doctor Wuillot, médico de la legion belga en Méjico, ha publicado, en la *Presse medical belge*, un excelente artículo acerca de las enfermedades endémicas mas comunes en aquel país, y de los medios que emplean los indígenas para combatirlas. Entre ellos encontramos una fórmula destinada al tratamiento de las fiebres intermitentes, muy abundantes en algunas comarcas, por el gran número de pantanos que allí existen, y efecto de los cuales se desarrolla muy pronto la caquexia, la anasarca y los infartos hepático y esplénico, que dificultan mucho la curacion. Como la quina es en bastantes de estos casos ineficaz, los naturales del país hacen uso de la siguiente composicion:

Aloes sucotrino	34 gramos.	
Zedoaria	aa. 4 gramos.	
Raices de genciana		
Azafran		
Ruibarbo		
Agárico blanco		
Triaca		

Se pulverizan todas estas sustancias, y se las tiene en maceracion, durante ocho dias, en un litro de aguardiente de 24 grados, agitándolo muy á menudo. La dósis ordinaria es una copa de las de licor, por la mañana en ayunas, por espacio de tres á cinco dias.

Como puede notarse, el antídoto está casi exclusivamente compuesto de sustancias purgantes; sin embargo, segun el autor, se consigue con él la curacion en muchos casos refractarios á la accion de la quina y sus compuestos. Entre otros hechos notables, cita el del consejero íntimo del emperador, M. Burnonff, que llama á este medicamento su salvador.

Aguja del doctor Danet para inyecciones subcutáneas. (*Bull. de l'Acad de med. de Paris.—Revista de Sanid. militar*).

El doctor Bouillaud ha presentado, á la Academia de Medicina de Paris, en una de las sesiones del mes de julio, dos agujas destinadas á practicar la vacunacion y las inyecciones subcutáneas, y construidas por los fabricantes Robert y Collin, segun los diseños del doctor Danet.

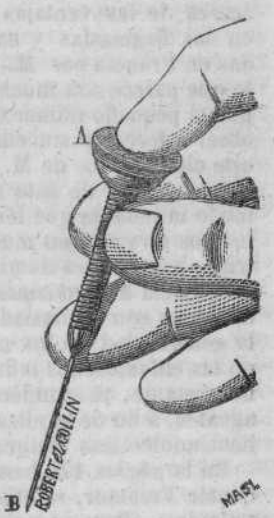


Fig. 26.

Uno de estos instrumentos está destinado con especialidad á la vacunacion, y consiste sencillamente en una aguja de acero hueca muy fina (fig. 26), cuya punta está cortada oblícuamente B, y á la que se adapta un tubo que termina en una especie de embudo, cubierto por una membrana de caoutchouc A.

La otra aguja, destinada á las inyecciones subcutáneas, solo se diferencia de la primera en que al embudo se le agrega un mecanismo para contar las gotas de los líquidos que se quieren introducir.

El modo de usar este instrumento es muy sencillo. Se carga comprimiendo con el dedo índice la membrana del embudo, despues de haber metido la aguja en el líquido: hecho el vacío, se separa el dedo, y penetra el medicamento en el tubo. Se introduce en seguida la punta de la aguja en la piel, y se comprime la membrana con el mismo dedo, para dar salida al líquido, sujetando con el pulgar, el medio y el anular el cuerpo del instrumento, que, como se ve, se maneja con una sola mano.

Alcohólicos á altas dósis en las enfermedades agudas. (*Bull. de thér.*).

Las ideas del célebre práctico escocés, doctor Todd, acerca de las ventajas del alcohol, y de sus derivados en las flegmasías y enfermedades febriles, patrocinadas en Francia por M. Behier, no han sido acogidas á lo que parece con muchas simpatías, si hemos de juzgar por el pequeño número de hechos publicados por otros observadores; y sin embargo, los estudios prácticos de este clínico y los de M. Trastour, de que damos cuenta en otro lugar de este mismo ANUARIO, prueban de un modo indudable que los alcohólicos pueden prestar utilísimos servicios en muchos casos en que, segun las doctrinas hasta ahora dominantes, parecian contraindicados. La escuela de Broussais pesa todavía sobre la terapéutica moderna con demasiada fuerza para que se acepte por la generalidad de los médicos la medicacion alcohólica en las enfemedades inflamatorias y febriles. Poco á poco, no obstante, va estudiándose el modo de obrar de tales agentes, á fin de explicar de un modo racional sus efectos, haciéndoles mas fácilmente aceptables.

En la página 175 hemos dado cuenta de un trabajo del doctor Trastour, relativo al uso de los alcohólicos en la pulmonía. Para completar las ideas de este autor, práctico muy distinguido, debemos mencionar aquí el estudio que hace de las propiedades mas notables del alcohol, como agente medicinal, y que están representa-

das por su absorcion rápida y completa; su difusion instantánea; su permanencia prolongada, quizá sin alterarse, en la sangre y en todas las partes de la economía; la excitacion del sistema nervioso, que produce á pequeñas dósis; la sedacion y el estupor, que determinan las dósis mas considerables.

Como muchos de nuestros mas preciosos medicamentos, la quina y la digital por ejemplo, el alcohol reune, pues, segun recientemente indicaba M. Pidoux, dos propiedades, en apariencia contradictorias: *Excita y calma*; es un toni-sedante.

Nada dirémos de sus propiedades estimulantes, porque son bastante conocidas; pero nos parece que no sucede lo mismo respecto á las sedantes.

Dice M. Trastour que está prácticamente convencido de la utilidad incontestable de los alcohólicos, en diversas afecciones espasmódicas; en particular, los vértigos nerviosos, los accesos gastrálgicos y las palpitaciones nerviosas de corazon. En este último caso, el uso de los licores, del ron ó del aguardiente, parece bien irracional, y sin embargo, M. Trastour conoce muchos enfermos en quienes estos agentes son habitualmente útiles y regularizan los movimientos desordenados del centro circulatorio.

En todos tiempos se han prescrito en las afecciones agudas los vinos generosos, pero de un *modo pasajero y á pequeñas dósis*, con la idea de sostener las fuerzas deficientes de los enfermos. Pero nunca se habian usado *larga y metódicamente* los alcohólicos en las flegmasías y las fiebres. Solo en la fiebre tifoídea un gran número de prácticos modernos de los mas eminentes (Graves, Stokes, Trousseau, Behier, Monneret, Bricheteau) están de acuerdo en admitir la utilidad del vino, á pesar del delirio y de los demás síntomas ataxo-adinámicos, y mejor aun por razon de estos mismos síntomas.

Así, pues, que el alcohol sea ó no un alimento, no puede menos de admitirse con todo el mundo, que sostiene y repara momentáneamente las fuerzas, y que permite soportar la dieta.

Tenemos, pues, aquí una indicacion importante, y bien precisa, del vino y de los alcohólicos en las enfer-

medades agudas de larga duracion y que ocasionan gran pérdida de fuerzas.

No es tan fácil explicar y justificar el uso de esta medicacion en las flegmasías francas.

Para los empíricos, que proscriben el razonamiento y no quieren estudiar el modo de obrar de los agentes medicinales, la cuestion está reducida á determinar *si tal remedio cura ó no cura tal enfermedad*, y pretenden hacerlo por medio de los hechos groseramente observados, aplicando siempre un tratamiento idéntico en las enfermedades de la misma clase, que se presentan en un tiempo determinado, como si nada significasen las circunstancias particulares del sujeto y de la enfermedad, para modificar las indicaciones, y por consecuencia los resultados terapéuticos.

Los trabajos de los prácticos ingleses y aun el del profesor Behier dejan mucho que desear bajo este punto de vista, á juicio de M. Trastour; porque no basta citar hechos felices, es necesario ante todo precisar las indicaciones de la medicacion que se experimenta.

Esto sentado, examina el autor las circunstancias que pueden autorizar ó exigir el uso de los alcohólicos, á altas dósis, en las flegmasías. En 48 enfermos sometidos, en el espacio de dos años, por M. Behier á este tratamiento, habia 34 pulmonías; algunas muy graves, en viejos, con accidentes ataxo-adinámicos, de los cuales curaron 27: 4 erisipelas de la cara; en tres de ellas calmó rápidamente el delirio: 4 reumatismos articulares agudos, observándose la remision de los dolores, del delirio, de la fiebre en muchos casos; en fin, un absceso puerperal útero-rectal: la curacion fué completa é inesperada.

Estos hechos, y los mas numerosos citados por Todd y otros prácticos ingleses, tienden á demostrar la incontestable eficacia de los alcohólicos en las flegmasías agudas; pero no pueden hacer admitir á muchos clínicos que los accidentes atáxicos, el delirio, la agitacion, los espasmos, los desórdenes sensoriales y musculares, y la fiebre que con frecuencia complican las flegmasías de las vísceras, sean indicios de cierto estado de debilidad y reclamen mas bien los excitantes y los tónicos que los antiflogísticos.

Pero, en concepto de los partidarios de la medicacion alcohólica, en lugar de atender solo á la inflamacion y reaccion que ella determina, es necesario preocuparse especialmente de elevar ó mantener la economía en el grado de fuerza necesario para cumplir el trabajo que, respecto á la enfermedad, tiene que desempeñar.

Esta idea, apoyada actualmente en hechos incontestables, puede adquirir grandísima fuerza y hacerse aceptar mas pronta y fácilmente por la generalidad de los médicos, si se ponen en relacion los hechos clínicos con los recientes descubrimientos fisiológicos que tan profundamente deben modificar las doctrinas patológicas.

Bien conocidas son las experiencias tan interesantes y tan fecundas de Cláudio Bernard, sobre las funciones del sistema nervioso gangliónico. Para el ilustre fisiólogo, este sistema es el freno de la circulacion capilar: no impide de un modo absoluto la llegada de la sangre á los vasos capilares; pero regulariza y modera su curso para que la nutricion tenga tiempo de verificarse.

Despues de la seccion de un filete del gran simpático, se acelera la circulacion en la parte animada por este nervio, desarrollándose en ella calor, rubicundez, etc. Si por el contrario se galvaniza el mismo nervio, se restablece momentáneamente el estado normal de la circulacion, desapareciendo los signos congestivos.

Aun hay más, M. Cl. Bernard ha podido obtener, á voluntad, por la seccion de los ramos viscerales del gran simpático, la pericarditis, la nefritis, la enteritis, la peritonitis, con produccion de pus y de falsas membranas.

Despues de estos experimentos fisiológicos de tan alta importancia, han venido las curiosas investigaciones del doctor Marey sobre la circulacion, en virtud de las cuales este autor se cree con derecho á reformar por completo las ideas universalmente admitidas sobre uno de los puntos mas elementales de la patología, sobre la *fiebre*. Segun él, los capilares son, no solo los reguladores de la circulacion local, sino tambien muy á menudo del corazon mismo, sobre el que obran como un freno, oponiéndose mas ó menos al paso de la sangre; la tension arterial depende tanto de la resistencia de los

capilares, como de la impulsion cardíaca; por consiguiente, la fiebre, lejos de ser un síntoma de hiperestenia, de aumento de actividad, es en el fondo el *efecto de una verdadera debilidad*. Los capilares oponen menos resistencia al curso de la sangre; y de aquí la aceleracion que imprime el corazon á las funciones circulatorias.

Una prueba de que la impulsion cardíaca, á pesar de las apariencias, está mas bien disminuida que aumentada en la fiebre, es que los caballos que la padecen tienen una tension arterial mas débil que en estado normal. Del mismo modo en el hombre, la forma del pulso determinada por el esfigmógrafo durante el estado febril, parece indicar una presion muy débil en los vasos, como despues del ejercicio muscular.

La fisiología experimental viene, pues, á prestar un robusto apoyo á la doctrina y la práctica de Todd, estableciendo la indicacion de los excitantes y de los tónicos, en lugar de los debilitantes ó de los contra-estimulantes en las enfermedades agudas. La medicacion alcohólica no es, pues, tan irracional como podia suponerse.

Creemos, sin embargo, que es preciso esperar; no apresurarse á establecer conclusiones definitivas, exponiéndose quizá á tomar la excepcion por la regla. Estos estudios de fisiología patológica apenas están empezados á bosquejar, y antes de cambiar de ideas y de terapéutica, al menos respecto á las flegmasías francas, tenemos derecho á exigir nuevas y mas completas investigaciones. Ya, en las fiebres eruptivas, M. Marey mismo ha encontrado, contra lo que esperaba, que el pulso frecuente y fuerte se acompaña de signos de una alta tension arterial.

«Hay, pues, entonces, dice este autor, al mismo tiempo que una dilatacion de los capilares, *una excitacion directa del corazon*.» ¿Y quién asegura que no podria existir igualmente esta excitacion en muchas flegmasías viscerales?

Pero como quiera sea, no pueden menos de tenerse muy en cuenta las investigaciones fisiológicas modernas, respecto á la influencia del sistema nervioso gangliónico sobre la circulacion capilar y las flegmasías artificiales, pro-

ducidas por Cl. Bernard, suspendiendo la accion del gran simpático.

Ahora, respecto del alcohol, seria interesante saber si, además de su accion, *excitante* primero, y luego *sedante* sobre el conjunto del sistema nervioso, no tendria tambien una accion enteramente especial sobre los nervios ganglionicos.

El doctor Barrel de Pontevés, discípulo de Cl. Bernard y de Marey, ha admitido en su tésis *De los nervios vasomotores y de la circulacion capilar*, que el alcohol *deprime al gran simpático*.

Y, con efecto, es cierto que la aceleracion de la circulacion, el aumento del calor y de la coloracion de los tegumentos, todas las apariencias de una ligera fiebre artificial y pasajera, que siguen á la ingestion de los alcohólicos á dosis moderada; los signos de congestion y de asfixia, notados despues de las dósis mas fuertes, por ejemplo, en los indivíduos muertos en estado de embriaguez: todos estos fenómenos fisiológicos del alcohol, parece que indican una disminucion de accion del gran simpático, segun las nuevas investigaciones de los fisiólogos.

Si así fuese, fácilmente se comprenderia el beneficioso efecto que pueden tener á veces los alcohólicos, para la resolucion de las flegmasías de las vísceras, y de las pulmonías en particular.

Si la seccion de los filetes viscerales del gran simpático puede dar lugar á la pericarditis, nefritis, etc., con produccion de pus y de falsas membranas (Cl. Bernard); si el alcohol á altas dósis puede tambien debilitar mas ó menos la accion de los nervios ganglionicos, y producir igualmente una congestion ó inflamacion consecutiva, no es violento admitir que, aparte del auxilio indudable que presta á la economía debilitada, tiene tambien una *accion sustitutiva* sobre las flegmasías, cuya resolucion favorece.

Este efecto sustitutivo puede ejercerse en la pulmonía de dos modos distintos: por la depresion de los nervios ganglionicos, ó por la influencia irritante que el alcohol puede tener sobre el mismo parénquima pulmonal. Este segundo efecto no es una suposicion, sino un hecho bien

confirmado. Inyectando alcohol en el estómago de los conejos, M. Cl. Bernard ha encontrado siempre los pulmones ingurgitados de sangre. No son tampoco muy raras las pulmonías, despues de los grandes excesos alcohólicos.

En confirmacion de esto, cita M. Trastour una particularidad clínica que ha observado en dos pulmoníacos, á quienes trató por medio del alcohol, y que, aunque fuera de peligro, en convalecencia, sin fiebre, tosiendo y espectorando poco ó nada, presentaron sin embargo, durante largo tiempo, los signos físicos de la hepatizacion pulmonal, en términos que en el primer caso temió el autor una pulmonía crónica. Parecia *como si una pneumonía alcohólica hubiese reemplazado á la primitiva*; hecho clínico muy digno de notarse.

La accion del alcohol en las otras flegmasías, podrá explicarse del mismo modo. En cuanto á su influencia en el delirio y los demás accidentes ataxo-adinámicos, puede atribuirse, ya á una modificacion de la sangre, ya á una combinacion con la sustancia cerebral, ó bien á una accion sobre los nervios vaso-motores del cerebro, ó quizá á todas estas cosas á la vez.

Sabemos, en efecto, por una parte, que el delirio y los fenómenos atáxicos pueden resultar de estados muy diferentes de la sangre y de la circulacion capilar de los centros nerviosos; así como tambien que, en la embriaguez, la sustancia nerviosa contiene mas alcohol que la sangre misma (Perrin).

Por consecuencia, los efectos de la medicacion alcohólica, en estas circunstancias, distan mucho de ser tan sorprendentes é inexplicables, como en otro tiempo hubiera podido creerse.

M. Trastour concluye recomendando los alcohólicos en las enfermedades agudas, no como una panacea, sino como un recurso precioso cuando se sabe utilizar.

Si fuese cierta la teoría con que el autor pretende explicar la accion de estos agentes, necesitariamos trastornar por completo todas las ideas que poseemos respecto á la patología, y rehacer desde el principio hasta el fin la terapéutica. Pero ni M. Trastour se muestra enteramente convencido de su exactitud, ni las contradicciones en que incurre, y fácilmente habrán apreciado

nuestros lectores, considerando al alcohol, unas veces como estimulante y tónico, capaz de sostener las fuerzas orgánicas, y otras como sedante, permiten que nosotros la concedamos mucho valor práctico, consignándola únicamente á título de estudio y como punto de partida de nuevas investigaciones.

La aplicacion de los descubrimientos recientes de la fisiología á la terapéutica debe hacerse con mucha prudencia, sin lo cual se corre el riesgo de desacreditar el método que se pretende haber descubierto, y la ciencia que ha dado las indicaciones.

Anestesia local por medio del éter pulverizado, del rigoleno y del sulfuro de carbono. (*Bull. de thér.— Bull. de l'Acad —Gaz. méd.— Gaz. hebd.—Pabellon médico*).

Pocos asuntos de la práctica médica han dado motivo en el año que acaba de terminar á tan numerosas publicaciones como todo lo que se refiere á la anestesia local, objeto constante de la preocupacion de los cirujanos, lo cual se explica perfectamente bien, teniendo en cuenta la importancia del problema que se trata de resolver. Con efecto, los servicios que han prestado á la humanidad el éter y el cloroformo, son inmensos; pero desgraciadamente al lado de estos beneficios no puede menos de verse el peligro que el uso de los anestésicos generales hace correr algunas veces á los enfermos; los accidentes desgraciados, ya algo numerosos, que registra la ciencia, justifican sobradamente el laudable y humanitario empeño con que los cirujanos se han propuesto encontrar el medio de abolir la sensibilidad en una parte circunscrita del cuerpo, sin obrar sobre los sistemas generales, ó ciertos aparatos importantes, cuya alteracion puede comprometer la vida del enfermo. Y no son seguramente de ahora las tentativas hechas para conseguir la anestesia local: desde la célebre piedra de Menfis, que, al decir de Plinio, suprimia localmente el dolor, esa maldicion que pesa sobre la especie humana, hasta los mas recientes ensayos de que aquí debemos dar cuenta, no se ha descansado nunca en esta vía; pero unas veces el medio era insuficiente; otras, la aplicacion del anestésico, tan dolorosa como la misma operacion; en algunas, por fin,

el procedimiento tenia que rodearse de precauciones tales, que hacian largo y difícil para el cirujano el manual operatorio. Por todas estas razones hemos visto ir desapareciendo poco á poco todos los métodos de anestesia local imaginados, tales como los narcóticos en aplicaciones tópicas, la compresion preconizada en el último siglo y por cuyo medio se pretendia haber practicado casi sin dolor una amputacion de pierna, etc.

El mismo doctor Richardson, de quien mas adelante nos ocuparémos, emprendió hace años algunos ensayos para producir la anestesia local por medio de la electricidad, á cuyo método denominó *narcotismo voltáico*. Los resultados no correspondieron á sus esperanzas, y el hecho es que, en estos últimos años, ha abandonado completamente este procedimiento, para dedicarse á buscar el mismo resultado por diferente camino.

La insensibilidad de una parte puede conseguirse por la cesacion del influjo nervioso ó por el de la sangre; así es que Velpeau, y otros antes que él, han hecho notar que la compresion practicada en la raiz de un dedo produce su adormecimiento y apaga la sensibilidad; pero los cirujanos, abandonando este medio, han recurrido de preferencia al enfriamiento, á la congelacion de las partes blandas. Todos los prácticos conocen los excelentes efectos anestésicos de la congelacion superficial obtenidos por la mezcla frigorífica recomendada por James Arnott (4 partes de hielo y una de sal), que se emplea muy á menudo para la operacion del uñero, dilatacion de abscesos, amputacion de falanges, extirpacion de lupias, etc.

Es incontestable, sin embargo, que este método ofrece algunos inconvenientes. Muy á menudo es difícil, sobre todo en poblaciones pequeñas, proporcionarse hielo, y lo que es mas grave, la reaccion que sigue á su uso va frecuentemente acompañada de un dolor muy vivo y aun pueden aparecer, segun ha hecho observar el doctor Labbe, algunos puntos esfacelados. Era por consiguiente de desear que se encontrase la manera de producir una refrigeracion intensa, exenta de tales peligros y dificultades.

El descubrimiento de las propiedades anestésicas del

éter y el cloroformo debió naturalmente suscitar la idea de emplearles localmente con el mismo fin de amortiguar el dolor. Pero estos cuerpos, cuyos vapores respirados sumergen al hombre y á los animales en un sueño profundo produciendo la insensibilidad absoluta, cuando se aplican en estado líquido sobre la piel ú otros órganos, ocasionan una irritacion mas ó menos intensa. Nunneley (de Leeds), Simpson (de Edimburgo), Hardy (de Dublin), J. Roux, Aran, etc., considerando al éter ó al cloroformo, como dotados de una accion estupefaciente local, capaz de anestesiar los nervios de la parte sobre que se iba á operar, hicieron ensayos en este sentido que muy luego hubieron de abandonarse por su ineficacia y aun por los peligros á que exponian. No pudiendo conseguir la insensibilidad local por la accion dinámica de estos medicamentos, algunos autores, á cuya cabeza debe colocarse á M. Guerard, procuraron obtenerla por la refrigeracion rápida y completa, producida por el éter al tiempo de evaporarse. El aparato ideado por este autor hace mas de doce años, para volatilizar el éter en la superficie de la piel, de las heridas, etc., consistia en una pequeña jeringa con su llave, llena de éter sulfúrico y cuyo piston era empujado por un resorte: al mismo tiempo que un delgadísimo chorro de éter regaba la parte, una corriente de aire lanzada por un ventilador activaba la evaporacion. El doctor Richet obtuvo del mismo modo que el autor, resultados satisfactorios con este medio, especialmente en la avulsion de las uñas, que practica ligando con una cinta de hilo la raiz del dedo, de modo que se interrumpa la circulacion venosa, y dejando caer gota á gota el éter sobre la base al mismo tiempo que se sopla con la boca ó con un fuelle comun. Pasado un minuto, la extremidad del dedo, roja al principio, palidece, se decolora, y trascurridos dos minutos y medio ó tres, puede hacerse la operacion sin que el enfermo se queje de ningun dolor, aun cuando se practique, segun aconseja Denonvillers, la excision de toda la matriz de la uña y del reborde saliente que la recubre. Se quita entonces la ligadura y se aplican compresas empapadas en agua fria. Pero por ingeniosos que sean estos medios de anestesia, no han hecho fortuna en

la práctica quirúrgica, empleándose únicamente como recursos muy excepcionales en algunos casos. Estaban, pues, poco menos que olvidados estos ensayos cuando el doctor Richardson de Lóndres anunció recientemente la posibilidad de conseguir la deseada anestesia local, modificando el procedimiento y la idea de M. Guerard. El artículo publicado por el práctico inglés en el *The medical Thimes*, ha llamado vivamente la atencion, no solo de sus compatriotas, sino de los cirujanos de todos los países.

Partiendo de la idea del doctor Arnott, de que el frio es un poderoso anestésico, y recordando que la evaporacion de todos los líquidos volátiles determina cierto grado de frialdad, que está en relacion definida y constante con el punto de ebullicion del líquido empleado, puesto que cuanto menor es este, tanto mayor es el frio que se produce, tuvo la idea de usar el éter en lo que ha dado en llamarse forma pulverulenta, sirviéndose para ello del pulverizador de Siegle modificado.

El aparato de Richardson, que representa la fig. 27,

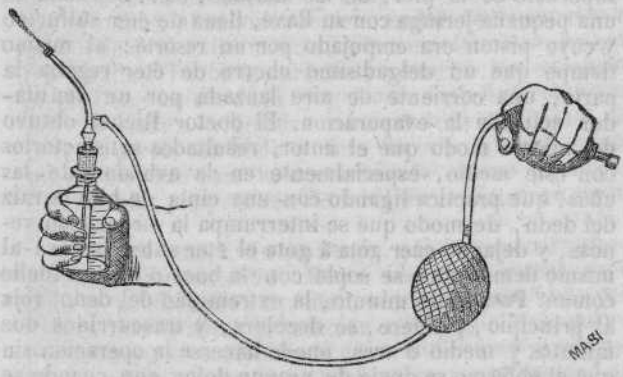


Fig. 27.

consiste sencillamente en un frasco de cristal en que se pone el éter, cerrado con un tapon de corcho, que está perforado en su centro para dar paso á un tubo metá-

lico, una de cuyas extremidades llega casi al fondo del frasco, mientras que la otra, situada exteriormente, presenta un orificio muy fino donde se verifica la pulverizacion. A este viene á unirse lateralmente otro de cautchouc, bastante largo, y en cuyo trayecto hay dos bolas ó pelotas de la misma materia, destinadas á desempeñar el oficio de fuelle. El mecanismo es muy sencillo: basta, en efecto, hacer con la mano izquierda presiones intermitentes sobre el globo elástico situado á la extremidad del tubo, para que se produzca una doble corriente de aire, una descendente que comprime al éter, obligándole á subir por el tubo pulverizador, y otra ascendente que, atravesando este, obra sobre la columna del líquido, al salir por el orificio capilar; con la mano derecha se dirige el chorro de éter á la parte que se quiera anestesiar. La segunda bola elástica, situada en la parte media del tubo, sirve de reservorio del aire, y por su medio se obtiene un chorro contínuo, á pesar de la intermitencia necesaria de las presiones que el operador ejerce sobre la primera bola.

El éter que se emplee debe ser muy puro, porque si no el enfriamiento se verifica con menos rapidez, y va acompañado de una sensacion desagradable. El cirujano debe dirigir uno ó muchos chorros sobre los tegumentos, segun la extension de las incisiones que hayan de practicarse. La anestesia local conseguida por este medio, no da lugar á ninguna reaccion dolorosa, y los tejidos vuelven á recobrar pronto sus propiedades.

El chorro debe lanzarse á una distancia de 3 á 4 centímetros próximamente. Cuando la piel toma un color blanco, es señal de que ya se halla insensible.

Siendo tan necesario el uso del éter puro para que los resultados correspondan á los deseos del operador, creemos no deber pasar en silencio las observaciones y advertencias publicadas por el doctor Richardson algun tiempo despues de su primer trabajo.

Este autor ha comprobado, en primer lugar, que el éter ordinario de las boticas contiene alcohol, lo cual se opone materialmente al éxito favorable del procedimiento; impide la anestesia completa, y produce hormigueo y sensacion de quemadura por su primer contacto con los tejidos y durante el breve período de reaccion.

Será bueno, pues, antes de comenzar una operacion, ensayar el éter que se va á usar. Los medios para ello son muy sencillos:

1.° Comprobar el peso específico, que no debe exceder de 0,720.

2.° Averiguar el punto de ebullicion, para lo cual se calientan las manos por medio del aliento, y ahuecando una de ellas en forma de taza, se echan en su cavidad una ó dos dracmas del éter, que si es puro, hierve inmediatamente sin producir dolor.

3.° Ensayar el efecto del éter sobre las membranas mucosas, para lo que se vierten una ó dos dracmas en la palma de la mano, y por medio de la lengua se las hace pasar á la boca. El éter debe desaparecer inmediatamente sin dejar sensacion de escozor ni quemadura, produciendo tan solo una ligera refrigeracion.

4.° Se vierte un poco del éter sobre un pedazo de papel secante blanco y limpio, que se extiende sobre la palma de la mano caliente. Al minuto deberá secarse el papel sin dejar humedad ni el menor olor. Si queda un olor algo parecido al del agua de colonia, es que el producto contiene alcohol.

5.° Se comprueba la refrigeracion que produce el éter introduciendo este en el aparato y dirigiendo el chorro sobre un termómetro que descenderá rápidamente á 16 ó 20° C. bajo 0.

6.° Se ensaya el efecto del éter sobre la piel, dirigiendo el chorro al dorso de la mano desde media pulgada á pulgada y media de distancia. Transcurridos uno ó dos minutos, deberá formarse una ligera escarcha sobre la piel, seguida inmediatamente de una blancura difusa, signo de insensibilidad.

7.° El ensayo por el papel reactivo ha de dar una reaccion completamente neutra.

Si el éter no posee todas y cada una de estas propiedades, no debe, segun Richardson, usarse como anestésico.

Ha observado tambien el autor, que al obtenerse la anestesia local por este nuevo procedimiento, no se produce aquella dureza particular de la piel que determina el uso de las mezclas frigoríficas.

El doctor Richardson ha aplicado su procedimiento un gran número de veces en operaciones menores, obteniendo un éxito completo en la inmensa mayoría de ellas y con resultados muy satisfactorios en las demás. La reaccion ha sido siempre rápida sin dolor y normal en todas sus condiciones.

Ensayado el método que nos ocupa por otros prácticos ingleses, ha producido tambien felices resultados. Los señores Segwich, Matthews, Kempton, han publicado varios hechos; el doctor Adams dilató un absceso y curó una herida por desgarradura de seis pulgadas de extension, sin que los enfermos que veian al instrumento incindir sus carnes, experimentasen sensacion alguna dolorosa. El señor Gowland ha operado una fístula de ano y un pólipo de esta misma region con igual éxito; así como el doctor Erichson, un fímosis.

Parecia que la anestesia, por medio de la evaporacion del éter, no debia llevar sus efectos mas allá de las capas superficiales (piel y tejido celular subcutáneo); siendo aplicable, por lo tanto, únicamente á las operaciones de pequeña cirugía, y el inventor ó propagador del método no se proponia por ahora otra cosa; pero los periódicos ingleses han dado recientemente cuenta de grandes operaciones ejecutadas con resultado feliz bajo la influencia de la anestesia local.

M. Spencer Wells ha practicado una ovariotomía por este medio. El quiste era tan voluminoso, que el corazon y el hígado se encontraban empujados hácia arriba, mientras que el útero y la vejiga descendian casi hasta los muslos. Creyendo que en las condiciones de la enferma podria ser peligrosa la administracion del cloroformo, el célebre ovariotomista provocó la insensibilidad de los tegumentos por medio de un chorro de éter, sin que la paciente sintiese la incision. Se puncionó del mismo modo el quiste, vaciando sesenta y cuatro libras de líquido que contenia, sin producir dolor, y la operacion se hubiera terminado de la misma manera, á no haber sido necesario destruir algunas adherencias muy extensas.

A esta primera ovariotomía ha sucedido otra, practicada en Manchester por Braddon con el mismo éxito, y una

operacion cesárea, ejecutada por Greenhalgh, á los siete meses de la gestacion.

Resistiéndose la embarazada á la inhalacion del cloroformo, este cirujano pidió su cooperacion al doctor Richardson, quien se comprometió á practicar la anestesia local, empleando su aparato convenientemente modificado para este caso, en que era necesario obtener la insensibilidad en una extensa superficie. Se valió de un frasco de dos tubuluras, en cada una de las cuales estaba adaptado el aparato ordinario.

Indicado por el operador el sitio en que queria hacer la incision, se empezó por proyectar el chorro de éter hácia el centro del espacio designado, y luego se fué siguiendo de arriba abajo la línea imaginaria que mas tarde debia ser cruenta, manteniendo el tubo á distancia de pulgada y media próximamente. A los 55 segundos, la insensibilidad era completa, y M. Greenhalgh hizo entonces la incision, llegando de un solo golpe hasta el utero, en tanto que el doctor Richardson seguia con el chorro del éter pulverizado el trayecto que iba recorriendo el bisturí. Durante todo este tiempo, la enferma no sintió dolor ninguno. Dirigióse entonces la corriente anestésica un momento sobre el útero, y despues, segun de antemano se habia convenido, se la hizo caer sobre la piel del abdómen á la derecha de la incision y por debajo de la region umbilical.

El operador incindió la matriz é introdujo en ella la mano, maniobra un tanto difícil por efecto de las contracciones del órgano. La enferma, insensible hasta entonces, dió en este momento señales de malestar y preguntó sencillamente qué se la hacia. M. Greenhalgh pudo coger el feto por los piés y extraerle por la abertura del útero; al romperse con algun ruido las membranas y derramarse el agua del ámnios, la paciente se quejó, bastando asegurarla que el feto estaba extraido y con vida para que quedase tranquila.

La retraccion de la matriz fué tan completa é instantánea, que el operador no creyó necesario aplicar puntos de sutura. Pasados veinte minutos, se procedió á la reunion de la herida exterior, proyectando préviamente el éter en los sitios por donde debia atravesar la aguja de su-

tura, y esta se llevó á cabo sin que la operada lo advirtiera. Concluida la operacion, y á poco de haberse retirado el doctor Richardson, se creyó necesario otro punto de sutura, que hubo de practicarse sin el anestésico; la enferma gritó entonces, como acostumbran hacerlo en semejante caso los pacientes.

La operacion tuvo el éxito mas satisfactorio. La herida se curó por primera intencion y sin complicacion alguna local ni general.

Los prácticos franceses, que recibieron con aparente frialdad é indiferencia el trabajo de Richardson, recordando, para negar á este autor el mérito que pudiera caberle, el aparato ideado en 1854 por M. Guerard, y los ensayos de M. Richet, han contribuido, sin embargo, con un gran número de observaciones y hechos prácticos, á acreditar este procedimiento.

M. Lefort le ha empleado con excelente éxito en sus salas del hospital, para la dilatacion de abscesos y otras pequeñas operaciones. No habiendo podido proporcionarse el aparato Richardson, se valió, siguiendo los consejos de Giraldés, del pulverizador de Luer, cuya forma y descripcion se encuentra en la pág. 512 del tomo I de este ANUARIO. Bastan, segun este autor, de siete á diez segundos, para hacer descender á 20° bajo 0 el termómetro, sobre cuya bola se dirige el chorro; en menos de medio minuto, el dorso de la mano queda anestesiado, hasta el punto de ser completamente insensible la introduccion de una aguja.

El doctor Dolbeau ha empleado tambien el método Richardson en varios casos, siendo los mas notables uno de reseccion de la cabeza del húmero. Dos aparatos, funcionando al mismo tiempo durante siete minutos, produjeron una anestesia bastante satisfactoria.

Cuando se practicó la seccion de los tegumentos, el enfermo experimentó una sensacion, que comparaba á la que produciria la punta de un lápiz pasando sobre la piel. Al incindir el deltóides, le parecia que el cuerpo extraño habia aumentado de volúmen. En una palabra, no se apercibió de la primera parte de la operacion, mas que por la sensacion de calor que ocasionaba la sangre, corriendo por la espalda. Pero el segundo tiempo, ó sea la

luxacion de la cabeza del hueso, fué acompañada de dolores violentos en las partes profundas. Pudieron operarse igualmente, bajo la influencia de la anestesia, un absceso subperióstico del fémur, y un quiste hidatídico del hígado.

El profesor Demarquay ha hecho uso de la anestesia local en 92 enfermos de su clínica, y los resultados que obtuvo, recogidos y publicados por sus internos, Betbece y Bourdillat, fueron siempre satisfactorios. Antes de proceder á la anestesia, tiene este práctico especial cuidado en vendar los ojos á los operados, con objeto de evitar la emocion consiguiente, y poder apreciar mejor las sensaciones reales de los enfermos, quitándoles la idea del momento preciso en que se les opera. Las conclusiones de este trabajo son completamente favorables á este procedimiento de anestesia; advirtiendo, sin embargo, que no debe emplearse en las operaciones autoplásticas, y se llama en ellas la atencion acerca de un inconveniente del éter, contra el cual es preciso estar prevenidos: consiste en su inflamabilidad, que puede dar lugar á accidentes desagradables, ya para las personas que rodean al enfermo, si tienen una luz encendida, ya para el paciente mismo, cuando despues de haber aplicado el éter se emplean las cauterizaciones con el hierro candente. Al doctor Monod le ha ocurrido un accidente de esta clase, pero por fortuna sin gravedad.

No todos los puntos del organismo son igualmente impresionables por este agente; hecho fisiológico que no habia escapado á la sagacidad de Aran, quien observó hace ya mucho tiempo que la sensibilidad está en razon directa de la finura del epidermis.

Así es que en la piel del escroto determina un vivo dolor, y lo mismo sucede en algunas mucosas, sin que esto sea una contraindicacion absoluta para su anestesia.

El pulverizador inglés, muy sencillo é ingenioso, ha sufrido algunas modificaciones en manos de los prácticos é instrumentistas franceses, pero conservándose en todas el principio que preside al de Richardson.

El doctor Guerard ha presentado á la Academia, en nombre de M. Mathieu, un aparato destinado á producir

la anestesia local (fig. 28) por medio de la evaporacion del éter. El principio en que se funda es el mismo que el del nefógeno ideado por el doctor Tirman de Charleville y el autor hace ocho años.

Segun demuestra la figura, se compone: 1.° De un frasco graduado A, que se invierte, á fin de favorecer la salida del líquido por su propio peso; 2.° de un sistema de dos bolas elásticas, una de las cuales, E, hace oficios de fuelle, y la otra, D, de depósito ó receptáculo.

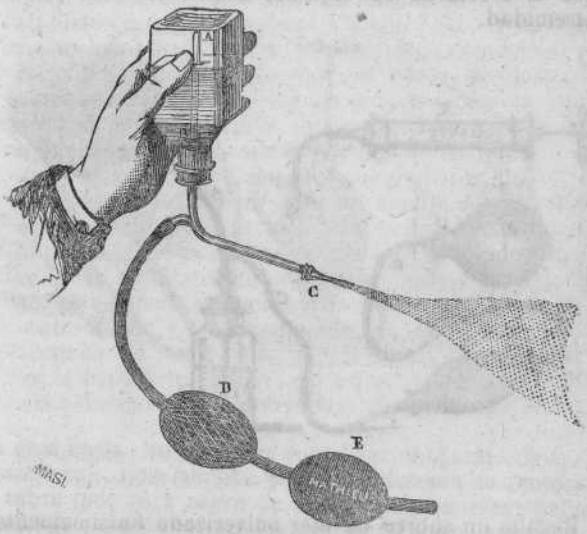


Fig. 28.

El juego de estas dos bolas produce una corriente de aire contínua, que arrastra consigo un chorro capilar de líquido, cuya rápida evaporacion determina un descenso considerable de temperatura: este sistema de bolas está tomado del aparato de Richardson; 3.° un tubo B, que aspira el líquido en el frasco; 4.° orificio capilar C, por donde se escapa la corriente de aire y el líquido precipitado por ella.

M. Galante, siguiendo los consejos del doctor Sales-Girons, ha perfeccionado el pulverizador que destina á producir la anestesia. Este aparato (fig. 29) se compone: 1.° de un frasco graduado, que contiene el éter; 2.° de un tubo particular *e*, que atraviesa el tapon; 3.° de una bola de cautchouc C.; 4.° de un pequeño cuerpo de bomba A. Cuando se hace jugar el piston de esta bomba, el balon intermedio se llena de aire comprimido, el cual llega bien pronto al tubo de embocadura, y provoca la ascension del líquido, haciéndole salir por su extremidad.

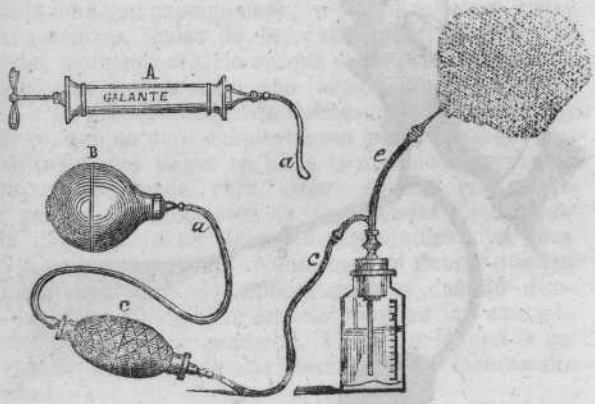


Fig. 29.

Resulta un ahorro de éter pulverizado finísimamente, que se puede dirigir con facilidad á la superficie en que se opera.

Es indudable que la sustitucion que se ha hecho en este aparato de la bola elástica por la bomba impelente, permite proyectar un volúmen de aire considerable, manteniendo así una tension mas uniforme en el receptáculo medio.

Por último, los instrumentistas señores Robert y Collin han ofrecido á la Academia varios modelos (figura 30) en que se manifiestan las modificaciones que han

introducido en el aparato de Richardson, que está representado en el grabado A. Los demás son aparatos con recipiente de aire, para activar la accion atmosférica refrigerante, y con especialidad la figura B, y las C y D con los recipientes F. Estos últimos, que son de dimension muy portátil, tienen dos válvulas, sobre las cuales se monta una simple jeringa ordinaria, números 2, 3 ó 4, modelo Charriere, que todos los cirujanos poseen, y cuyo tornillo no se ha cambiado hace mas de treinta años, y

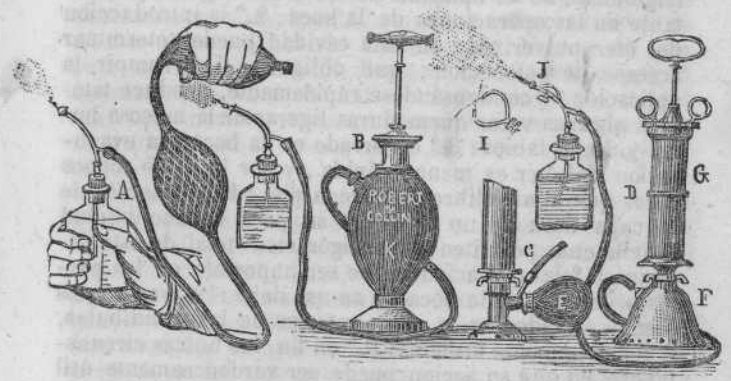


Fig. 30.

la cual basta, no solo para completar el aparato de anestesia local, sino tambien para la aplicacion de ventosas, y sobre todo para servir de bomba para chorros, pulverizacion y demás usos del irrigador Eguisier.

La figura I representa un doble chorro, para la eterizacion alveolar; y la J, una llave para arreglar, segun convenga, la salida del éter.

Esta última modificacion es seguramente, aunque tan sencilla, una de las mas interesantes que se han hecho, por razones bien fáciles de comprender.

No todos los resultados obtenidos por el medio que nos ocupa han sido tan satisfactorios, y la imparcialidad exige que manifestemos que, en dos casos recogidos en la clínica del doctor Marjolin, la anestesia fué incom-

pleta, á pesar de que se confió el manejo del instrumento al mismo fabricante, y que se desprendieron con mucha abundancia los vapores de éter.

Aplicado á la avulsion de los dientes por el doctor Magitot, tampoco ha logrado este práctico un éxito muy satisfactorio, segun puede verse en las conclusiones de la memoria que ha publicado en el *Bull. de thér.*, y que sin comentarios insertamos á continuacion: 1.° el uso de la pulverizacion del éter como agente anestésico refrigerante, no es aplicable de un modo regular y constante en las operaciones de la boca; 2.° la introduccion del éter pulverizado en esta cavidad puede determinar accesos de sofocacion, que obligan á interrumpir la aplicacion, y condensándose rápidamente, produce tambien algunas veces quemaduras ligeras de la mucosa bucal y de los labios; 3.° encerrado en la boca, la evaporacion del éter es menos rápida, y por lo tanto menos eficaz que al aire libre y sobre la piel; 4.° el espesor de la capa dura de un diente y su poca conductibilidad difícilmente permiten la refrigeracion total de este órgano; 5.° la aplicacion puede ser imposible en las partes profundas de la boca, y su uso debe reservarse á los dientes situados en la parte anterior de las mandíbulas, ó completamente aislados; 6.° en fin, las únicas circunstancias en que su accion puede ser verdaderamente útil y completa, son aquellas en que un diente, inerte por haber perdido su pulpa, solo produce dolores en el periostio y la encía, dos partes susceptibles de sufrir la anestesia por el frio, á causa de su posicion relativamente superficial.

Los doctores Lane y W. Ferguson, de Londres, han referido cada uno un caso en que no se consiguió la insensibilidad, teniendo al fin que recurrir al cloroformo el último de dichos operadores.

Lo poco numerosos que son aun los experimentos en favor del éter pulverizado, y los hechos contradictorios que se citan, nos obligan á ser muy reservados en las apreciaciones que hagamos de este nuevo medio de anestesia local. Sin participar de las exageraciones de sus entusiastas panegiristas, ni tampoco de cierta indiferencia no completamente desinteresada, ni imparcial, de al-

gunos escritores franceses, creemos que la anestesia local es un recurso utilísimo, cuyo uso debe generalizarse todo lo mas posible, especialmente para las pequeñas operaciones, en que solo se necesita incindir la piel y el tejido celular subcutáneo y para las cuales los sujetos pusilánimes reclaman con insistencia la anestesia general. Con esta sustitucion podrán evitarse los peligros de muerte en un número considerable de enfermos; y no debe olvidarse que la mayoría de los accidentes desgraciados debidos á la cloroformizacion, han ocurrido precisamente en casos de esta naturaleza, como avulsion de dientes, operaciones de fístulas, etc. Somos en esta parte de la opinion de M. Demarquay, que está dispuesto á recibir de buen grado todo lo que se dirija á evitar el sueño clorofórmico, durante el cual nunca se puede tener seguridad de si se opera sobre un vivo ó sobre un cadáver.

No es esto decir, á imitacion de algunos cirujanos ingleses, que la anestesia general va á desaparecer, cediendo el lugar, en todos los casos, á la local. Las tentativas que hasta ahora se han hecho en grandes operaciones no autorizan ciertamente á afirmarlo así; pero tampoco son de tal naturaleza que deban hacer desistir de continuar los ensayos y experimentos con decidido empeño, toda vez que se trata de resolver una cuestion de altísimo interés humanitario: la supresion del dolor en las operaciones quirúrgicas, sin exponer nunca á un grave peligro la vida de los enfermos.

Rigoleno.—Desde que se supo en América el éxito obtenido por el doctor Richardson, por la vaporizacion del éter, el catedrático Bigelow, de Boston, se ocupó activamente en buscar un agente superior á este, y cree haberle encontrado en los varios productos que se obtienen destilando el petróleo, ya empleados con este objeto. Tales son el bansoleno, el keroseno, el kerosoleno y el gasoleno, cuya diferencia estriba en el grado de volatilidad. En una comunicacion dirigida á la *Medical Society*, da á conocer otro nuevo producto, el rigoleno, cuya etimologia es ῥῖγος, frio intenso, con la terminacion eufónica de sus congéneres. Este hierve á 70 grados Fahrenheit ó 38 centígrados; es decir, que es el mas volátil de esos produc-

tos hidrocarbonados obtenidos hasta ahora. Es el mas ligero de todos los líquidos conocidos. Su gravedad específica no pasa de 0,625, mientras que la del kerasoleno, empleado recientemente por M. Simpson, es de 0,633, y entra en ebullicion á 90 grados Fahrenheit ó 58 centígrados. Su gran volatilidad ocasiona un enfriamiento súbito y de los mas intensos, capaz de congelar la piel en cinco ó diez segundos. Si no fuera por el hielo que rodea al momento la esfera del termómetro, podria obtenerse á no dudarlo una temperatura mucho mas baja con el pulverizador ordinario, sin necesitar los tubos concéntricos del aparato de M. Richardson.

M. Bigelow emplea simplemente un frasco al través de cuyo tapon pasa un tubo de metal al cual está adaptado en ángulo recto y á alguna distancia del cuello el tubo que conduce el aire, sin que este sea admitido en el frasco, como en el aparato de aquel autor. El rigoleno se evapora por el solo calor de la mano que sostiene el bote, el cual es bastante para que rápidamente se vacie, obteniendo muy pronto la temperatura de 15 grados Fahrenheit bajo cero. Tal es su volatilidad, que los frascos deben tenerse muy cerrados para prevenir la evaporacion y que el líquido conserve todas sus propiedades. M. Bigelow cree que el empleo del rigoleno seria muy superior al del éter, el cual hierve á 96 grados Fahrenheit, por tener una accion mas rápida, ser mas barato y carecer de olor. Pero hasta ahora no ha sido aplicado, y la suma facilidad con que se inflama, será siempre un obstáculo para que se generalice su uso. Hasta que se hayan verificado ensayos comparativos, nada puede aventurarse de positivo acerca de su utilidad.

Sulfuro de carbon.—Estudiado experimentalmente por Simpson como agente de anestesia general, fué al momento abandonado, á causa de su energía y de la persistencia de algunos de sus efectos. M. Delcominéte, profesor suplente de la Escuela de medicina de Nancy, ha tenido la idea de emplear este mismo cuerpo, préviamente rectificado, para atenuar su mal olor, con objeto de producir la anestesia local, consiguiendo, á lo que parece, buenos resultados. En efecto, en una nota de este experimentador, que M. Perrin ha presentado á la Sociedad de

Cirugía, se da cuenta de siete operaciones hechas bajo la influencia del sulfuro de carbon, y en todas ellas se ha obtenido una anestesia completa, pudiéndose practicar sin dolor incisiones superficiales, avulsion de una uña, dilatacion de flemones profundos y extirpacion de un neuroma de la axila.

En todos los casos, la insensibilidad producida fué pronta, completa y de suficiente duracion.

Así el autor no duda en considerar á este líquido como muy superior al éter, para determinar la anestesia local.

El procedimiento que emplea M. Delcominéte es muy sencillo: consiste en dejar caer el sulfuro gota á gota sobre la parte que quiere anestesiar, activando la evaporacion por medio de un fuelle ordinario.

Al dar cuenta M. Perrin de la nota anterior, añadió que él habia hecho una pequeña autoplastia de la oreja, en un niño de 7 años de edad, empleando tambien el sulfuro de carbon. En menos de un minuto se consiguió la insensibilidad, ejecutándose el refrescamiento de los labios de la herida, sin provocar el mas pequeño dolor.

El doctor Simonin, de Nancy, ha practicado igualmente la avulsion de una uña, sirviéndose de este anestésico, en una jóven de 16 años. Despues de haber cubierto de cerato las escrescencias carnosas, para sustraerlas á la accion del líquido, vertió de 6 á 7 gramos de este, gota á gota, al nivel de la matriz de la uña, activando por medio de un fuelle la evaporacion. La enferma advirtió una sensacion de frio intenso, y pasado un minuto y veinte y cinco segundos, la anestesia era completa, y la paciente no experimentó dolor alguno durante la operacion.

Proyectado el sulfuro de carbon sobre la piel, con un pequeño sifon de los que los perfumistas venden con el nombre de pulverizador higiénico, se produce un frio tan intenso, que el pelo se cubre inmediatamente de una especie de escarcha helada.

Los hechos que preceden no son bastantes para juzgar definitivamente acerca del valor del sulfuro de carbon; pero sí ofrecen motivos suficientes para provocar nuevos ensayos. Creemos, sin embargo, que se tropezará siempre con la grave dificultad del repugnante olor de este cuerpo.

Aparato para practicar la transfusion de la sangre. (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

La transfusion de la sangre de un indivíduo sano á otro enfermo es uno de los problemas en que mas se ha ejercitado la imaginacion de los prácticos, ya bajo el punto de vista de sus aplicaciones terapéuticas, ya respecto al manual operatorio y aparato instrumental que deba emplearse. Abandonada á veces como impracticable ó inútil, vuelve á renacer de tiempo en tiempo, para sumirse de nuevo en el olvido, sin que hasta ahora se hayan fijado de un modo seguro y definitivo las condiciones de su aplicacion, ni un procedimiento operatorio aceptable y exento de inconvenientes y dificultades.

M. Mathieu se ha propuesto resolver esta última parte del problema por medio de un aparato presentado á la Academia de medicina, y en el que pretende haber salvado muchos de los escollos con que se tropezaba en los anteriormente usados.

En 1854 el mismo autor habia sometido al exámen de esta corporacion dos instrumentos para practicar la transfusion de la sangre.

El primero se componia de una ampolla de caoutchouc armada de dos tubos, uno de los cuales tomaba la sangre en el brazo, y el otro la conducia á la vena en que debia hacerse la inyeccion.

El segundo instrumento, que era muy parecido al que acabamos de describir, sin otra diferencia apenas que el que la ampolla elástica, que no carecia de inconvenientes, se reemplazaba por un cuerpo de bomba de cristal.

Posteriormente, el doctor Moncog (de Caen) le hizo construir un instrumento basado en el mismo principio, empleando, no obstante, tubos de comunicacion mucho mas finos, así como la pieza que se coloca en la vena: esta disposicion contribuia á impedir que se coagulase la sangre.

El modelo que M. Mathieu presenta ahora (fig. 31), se compone de un cuerpo de bomba invertido que tiene en su parte superior un embudo A.

En la inferior, el piston, perforado en toda su longitud, comunica con un tubo elástico E, que tiene en su

extremidad un tubo F, destinado á penetrar en la cánula del pequeño trócar G, que se coloca préviamente en la vena.

El modo de funcionar este aparato es muy fácil de comprender: se recibe la sangre en el embudo; haciendo mover el piston por medio de la llave B, se la atrae al cuerpo de bomba y pasa naturalmente por el vástago hueco del piston, para llegar, por la cánula F, á la vena que debe recibirla.

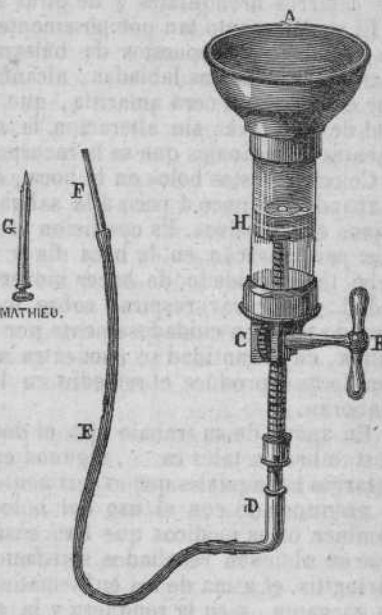


Fig. 31.

El instrumento y el manual operatorio, dice el autor, son sumamente sencillos, é imposible con ellos la penetracion del aire, uno de los accidentes mas temibles en esta clase de operaciones.

El aparato no está mal concebido; pero nos parece que en la práctica ha de ser tan inútil y aun quizás mas difícil de manejar que los inventados anteriormente. De todos modos le falta hasta ahora la suprema sancion de la experiencia, pues no tenemos noticia que se hayan puesto á prueba sus ventajas.

Bolos iodo-balsámicos para el tratamiento de ciertas afecciones de los órganos respiratorios. (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

El doctor Regis ha presentado, á la Academia de Medicina, un trabajo que tiene por objeto proponer un agente medicinal nuevo por su composicion y modo de usarse.

poco costoso, de uso fácil y muy eficaz, segun el autor, por la continuidad de su accion, para el tratamiento de los catarros bronquiales y de otras afecciones torácicas.

El medicamento tan pomposamente anunciado consiste en unos bolos compuestos de bálsamo de Tolú, mirra, esencias de muchas labiadas, alcanfor y iodo, teniendo por escipiente la cera amarilla, que goza de la propiedad de conservar sin alteracion la mayor parte de los agentes medicinales que se la incorporan.

Colocados estos bolos en la boca, conservan su solidez y abandonan poco á poco á la saliva y al aire sus principios constitutivos. Es condicion esencial de su eficacia que permanezcan en la boca dia y noche. El enfermo debe tener cuidado de hacer mover el bolo en esta cavidad y procurar respirar sobre todo por la boca, utilizando tambien cuidadosamente por la deglucion toda la saliva, cuya cantidad se encuentra aumentada por el estímulo que produce el remedio en las glándulas que la elaboran.

En apoyo de su trabajo cita el doctor Regis, como es costumbre en tales casos, algunos enfermos atacados de catarros bronquiales que experimentaron un alivio rápido y pronunciado con el uso del bolo pectoral. Aseguran tambien otros médicos que han ensayado este remedio, que se obtienen resultados satisfactorios en el coriza, la laringitis, el asma de los enfisematosos, las afecciones de la garganta, y en la ronquera y la afonía producida por el cansancio de la voz en los oradores ó los cantores.

Si, como dice el autor, es condicion indispensable, para obtener la curacion, que se conserve el bolo en la boca sin interrupcion, de dia y de noche, desde luego aseguramos la ineficacia absoluta del remedio, porque no es posible que haya enfermo capaz de ejecutar la prescripcion en esta forma, ni médico que se atreva á aconsejarla corriendo el riesgo de que caiga el cuerpo extraño en la laringe, durante el sueño, produciendo una asfixia rápidameute mortal. Despues de todo, y prescindiendo de estas exageraciones de forma, nos parece que es en último término un medio mas que añadir á los muchos que ya posee la ciencia para la administracion interna ó en inhalaciones del iodo y los balsámicos.

Bromato de quinina. (*Gaz. méd.*).

El doctor Courtener ha recomendado esta sal como un medio profiláctico en el período de incubacion, ó en los prodromos del cólera. No la mencionariamos seguramente en este concepto, porque, á nuestro juicio, correrá la misma suerte que todos los que se han preconizado para esta enfermedad; pero si se confirman ciertas propiedades de este medicamento, nos parecen dignas de atencion. De los experimentos hechos en animales, parece resultar que el bromato de quinina está dotado de una accion sedante superior á la del sulfato de la misma base, y por consiguiente, que debe administrarse á dósis menos elevadas. M. Courtener, que le ha experimentado en las fiebres intermitentes y en muchas enfermedades epidémicas (fiebre tifoídea, disentería, difteritis), ha visto siempre efectos ventajosos de su uso. Poquísimas veces ha observado la sordera y el zumbido de oidos. Es cierto que la dósis de esta sal no ha pasado de 50 centígramos, que fueron siempre suficientes para conseguir los efectos terapéuticos.

El bromato de quinina se obtiene tratando la quinina por el ácido hidrobrómico y evaporando luego hasta cristalizacion ó hasta sequedad.

Como agente terapéutico, el bromato de quinina tiene una gran ventaja sobre las otras combinaciones del mismo alcalóide, por su solubilidad en el agua, puesto que una parte de esta sal se disuelve fácilmente en cuatro de dicho líquido á 15 grados. Esta propiedad facilitará mucho, si sus virtudes terapéuticas se confirman, la práctica de las inyecciones hipodérmicas.

Bromuro de potasio: efectos fisiológicos y accion terapéutica. (*Bull. de thér.—Gaz. méd. italiana Vene.—Art méd. de Bruxelles*).

Desde hace algun tiempo se ha puesto en moda el bromuro de potasio, para el tratamiento de ciertas enfermedades, atribuyéndole virtudes que la práctica no ha confirmado hasta ahora de un modo irrecusable; así como tampoco la observacion y la experiencia han disipado las dudas y opiniones contradictorias que reinan

acerca de sus efectos fisiológicos. Es por todos estos conceptos interesante la memoria publicada en el *Bulletin de thér.* por el doctor Augusto Voisin, quien ha experimentado dicho medicamento en grande escala en su servicio del asilo de Bicetre. En la página 103 dimos cuenta de sus observaciones, relativas á la epilépsia, y aquí debemos analizar el estudio que ha hecho de los efectos fisiológicos del bromuro de potasio y de sus vías de eliminacion. El autor ha empezado por asegurarse que el medicamento no contenia ioduro.

Los fenómenos fisiológicos se manifiestan en muchos aparatos: el tubo digestivo, aparato urinario, órganos genitales, aparato respiratorio, sistema nervioso, sentidos, piel y miembros.

Tubo digestivo. — La ingestion del medicamento no da lugar á fenómenos locales mas que á las dósis elevadas de 3 á 8 gramos; el sabor del bromuro es salado y poco agradable, y determina á veces náuseas; su paso por la cámara posterior de la boca llega á producir una sensacion penosa de escozor; en cantidad de 8 á 10 gramos se acompaña algunas veces de calor epigástrico. Todos los enfermos han presentado mas ó menos pronto rubicundez del velo del paladar y de las amígdalas; infiltracion edematosa de la mucosa bucal, revelada por la persistencia de la impresion que en ella producen los dientes; aumento de volúmen y edema de la úvula, que se reconoce por la prolongacion de este órgano. Salivacion mas ó menos abundante segun las dósis, que deben ser siempre bastante considerables (de 8 á 10 gramos al dia) para producir este efecto. La saliva tiene algunas veces un olor muy desagradable; es fétida, cuando hay fenómenos de intoxicacion; en unos casos es salada, en otros amarga, y en ocasiones, cuando la tragan los enfermos, produce una sensacion de escozor mas ó menos intenso.

El autor ha notado que no se produce la salivacion mas que cuando se da el bromuro en cantidades considerables (6 á 8 gramos): lo cual, á su juicio, puede explicar la contradiccion que existe entre sus observaciones y las de M. Gubler, quien dice que las secreciones de las mucosas están disminuidas durante la medicacion bromu-

rada, lo cual, segun Aug. Voisin, depende quizás de que este práctico empleaba el medicamento en menores dósis, ó que haria sus observaciones en el verano, en cuya época, transpirando la piel abundantemente, se elimina el bromuro por esta vía mas bien que por la saliva. La lengua presenta con frecuencia un color rojo intenso en su punta, y elevaciones papilares molestas para el enfermo: en muchos casos la cara dorsal está roja, reluciente, como barnizada. Por lo comun, el bromo deja en la base una mancha amarillenta, como si el epitelium estuviese corroido y teñido por el medicamento.

En dos casos de los observados por el autor, este órgano habia aumentado de volúmen hasta el punto de dificultar la articulacion de la palabra.

El aliento y la boca de los enfermos han tenido siempre un olor de bromo muy pronunciado, cuando la cantidad no excedia de 2 á 4 gramos; pero en llegando á 8 gramos, se hacia fétido. Este es uno de los signos con que el doctor Voisin cuenta más para saber si los sujetos han tomado el medicamento y si es de buena calidad.

A veces hay dolor en las encías y los dientes cariados.

La *sensibilidad táctil* y á las picaduras de la lengua, boca, faringe y epiglotis no ha presentado *ninguna modificacion*. Pero no ha sucedido lo mismo con la sensibilidad refleja de la base de la lengua, del velo del paladar, de la faringe y de la epiglotis; generalmente está abolida desde que el enfermo toma 4 gramos de bromuro diarios. Sin embargo, muchos sujetos no han perdido esta sensibilidad, y el lagrimeo y las náuseas seguian inmediatamente á la introduccion de la cucharada en la cámara posterior de la boca, aun cuando tomasen 8 gramos.

La faringe es muy á menudo asiento de una secrecion catarral, que se revela por la espectoracion frecuente de moco concreto en pequeños grumos blanquecinos.

Si las trompas de Eustaquio participan de este catarro, cosa que raras veces sucede, hay zumbido, dolor de oidos y algo de sordera. La angina va frecuentemente acompañada de coriza y romadizo.

Es raro que el estómago no tolere bien el medicamento,

aun en cantidades elevadas, á pesar de que dice Orfila que á la dósis de 4 á 8 gramos ocasiona la muerte, si no es vomitado.

Generalmente se conserva el apetito, ó solo se altera de un modo pasajero; por lo comun se aumenta la sed.

Pocas veces se produce, tambien á dósis elevadas (6 gramos cuando menos), una sensacion dolorosa, urente, en la region epigástrica; pero cede con facilidad al láudano, la disminucion del medicamento y las bebidas emolientes.

La astriccion muy rebelde es uno de los fenómenos mas constantes. Solo temporalmente se presenta en ocasiones diarrea.

Un gran número de enfermos experimentan una sensacion muy viva de hambre, cuando usan el bromuro en cantidad de 3 á 6 gramos; la sienten dos ó tres horas despues de haber comido, y se manifiesta por *debilidad de estómago*, segun su expresion. Exige imperiosamente la ingestion de algun alimento.

Aparato urinario. — Cuando la cantidad del medicamento pasa de 3 á 4 gramos, aumenta la secrecion de orina, y su paso por la uretra produce una sensacion de escozor ó de calor en el meato urinario.

Por crecidas que sean las dósis de bromuro que se administren, no contiene albúmina, azúcar, ni materia colorante especial, *salvo los casos de ictericia.*

Esta modificacion en la cantidad de la orina no se produce desde el principio del tratamiento, aun cuando las dósis sean muy considerables; se necesita que el sujeto esté sometido durante algun tiempo á la influencia del bromuro.

Aparato genital. — La mayor parte de los enfermos han presentado notable depresion y aun abolicion de las funciones sexuales; supresion de las erecciones, de las poluciones nocturnas involuntarias; de las ideas eróticas; pero en dos, sin embargo, ha observado M. Voisin un estado de semi-satiriasis.

Aparato respiratorio. — Afonía, carraspera, tos seca (laríngea), voz ronca; dolor laríngeo, extertores subcrepitantes medios, tos ligera, y por lo comun opresion. En un hombre debilitado y caquéctico, sobrevino un catarro

bronquial intenso, con fenómenos de catarro sofocante. Esputos serosos ó sero-mucosos.

Sistema nervioso. - Este sistema ha ofrecido particularidades muy interesantes (cantidad mínima de 6 gramos): la primera, segun el órden con que han aparecido, fué la disminucion de la lucidez del espíritu, de la memoria y de la reflexion, entorpecimiento general, dificultad de coordinar las ideas, de raciocinar, de recordar las preguntas en el momento mismo de haber sido hechas, y por consecuencia de escribir y de hablar. La voz en algunos enfermos era lánguida, y el lenguaje muy incorrecto; algunas palabras de todo punto incoherentes, del mismo modo que otras ó algunas partes de los escritos no tenian sentido alguno, ofreciendo en todo esto una semejanza notabilísima con los sujetos afásicos por annesia.

Cuando la cantidad habia llegado á 8 gramos por lo menos, se marcaba en la fisonomía de los enfermos un sello de profunda estupidez; á veces existian ideas fijas, de las cuales era muy difícil apartar á los pacientes. La generalidad de estos caia en un estado de indiferencia y apatía absoluta; el carácter de algunos, sin embargo, se hizo irascible.

La accion hipnótica fué muy notable en algunos indivíduos, tanto de dia como de noche.

La sensibilidad á las picaduras, al tacto y á los cambios de temperatura, no ofreció ninguna modificacion.

Sentidos. — La vista se altera muy á menudo, pareciendo que se ven los objetos al través de una niebla, sin que á pesar de esto el oftalmoscopio revele la existencia de lesiones apreciables.

Piel. — Todos los indivíduos tratados por el doctor Voisin, han sido atacados en grados variables de acné, en diferentes partes del cuerpo, y con especialidad en la cara, cuero cabelludo y espalda.

La erupcion se ha presentado *rápidamente*, despues de haber administrado dósis ligeras de bromuro (un gramo en las veinte y cuatro horas). En un caso se observó un ectima persistente en los miembros. Dos enfermos padecieron eritema anal y vaginal muy intenso y acompañado de viva comezon.

Un sujeto presentó placas de color bronceado en la

cara, que no desaparecian por la presion ni las lociones, y que eran independientes de las pústulas del acné.

La mayor parte de los indivíduos sometidos á la influencia del medicamento, palidecieron de una manera muy notable.

Miembros. — Los miembros han sido casi siempre asiento de uno de los fenómenos que se observa con mas rapidez á dósis elevadas, y consiste en el cansancio muscular, en una sensacion penosa de adormecimiento, á la cual viene muy luego á unirse, en algunos casos sobre todo, el desequilibrio, la vacilacion, la dificultad, y por último, la imposibilidad de estar de pié.

Los enfermos se encuentran entonces en un estado, tanto mas parecido á la embriaguez alcohólica, cuanto que la mirada es en estos casos apagada, estúpida, y la palabra balbuciente.

Todas las personas que toman el bromuro adelgazan en mayor ó menor grado, pero principalmente cuando las cantidades son excesivas ó se continúa el tratamiento por mucho tiempo.

Los enfermos sufren con frecuencia dolores en las extremidades inferiores.

El autor no ha observado modificacion alguna en la *circulacion*, salvo dos casos, en que se presentaron fenómenos tóxicos y fiebre consecutiva.

La temperatura y la respiracion, así como la menstruacion, no sufrieron tampoco cambio ninguno apreciable.

La época de aparicion de los principales fenómenos varía segun las dósis y los indivíduos. El acné es uno de los primeros signos que se manifiestan; aparece cuando se llega á la cantidad de 2 á 3 gramos. Lo mismo sucede con el olor bromurado del aliento.

La desaparicion de la sensibilidad refleja de la cámara posterior de la boca se presenta ordinariamente cuando la cantidad ingerida es de 2 á 5 gramos.

La debilidad de la inteligencia no se produce por lo comun antes de la dósis de 7 gramos.

El hipnotismo se observa desde que el enfermo toma 3 á 4 gramos. Algunos indivíduos necesitan, sin embargo, cantidades mas considerables.

La suspension de la excitacion genital no comienza antes de los 5 gramos.

Las vias de eliminacion del bromuro de potasio son : la orina, la saliva y la piel. El autor ha podido extraer cantidades bastante considerables de esta sal cristalizada, de la orina de los enfermos sometidos al tratamiento. Pero sus numerosas observaciones le han demostrado que no existe relacion exacta entre las cantidades eliminadas y las dósis ingeridas.

La eliminacion por la saliva es menos considerable, aunque positiva. No obstante, en algunos enfermos que tomaban de 4 á 8 gramos de bromuro al dia, no han podido encontrarse vestigios de este compuesto en la secrecion salival.

A juzgar por el coriza y el lagrimeo, que se produce con dósis un poco elevadas, puede creerse que el medicamento se elimina tambien por la mucosa nasal y las conjuntivas oculares.

Piensa M. Voisin que la piel es una de las vías eliminatorias, por razon de las numerosas erupciones acneiformes que aparecen rápidamente en su superficie.

Este autor termina su interesante trabajo con dos conclusiones que están en desacuerdo con ciertas opiniones hasta ahora admitidas: En primer lugar, dice, el bromuro de potasio no suprime la sensibilidad táctil y á las picaduras, así como tampoco la contractilidad muscular del velo palatino, de la faringe y de la base de la lengua. Los indivíduos sometidos al uso de dósis elevadas de este compuesto, sienten perfectamente el menor contacto, la mas leve picadura, y los movimientos del velo del paladar y de la faringe son normales; pero la sensibilidad refleja ha disminuido ó llegado á desaparecer por completo. M. Voisin cree que este error, generalmente admitido, consiste en que la falta de náuseas, provocadas por la introduccion de un instrumento ó del dedo hasta la epiglotis, ha hecho suponer la pérdida de la sensibilidad, porque hay la costumbre de juzgar de la de estas regiones por la facilidad de la náusea.

En segundo lugar, se ha dicho, y en particular por los doctores Lasegue y Fallani, que el bromuro de potasio calma sin irritar nunca, lo cual añade el autor, dista

mucho de estar conforme con la mayor parte de mis observaciones, en las cuales se presentaron fenómenos muy manifiestos de excitacion, aun cuando los enfermos tomaban bromuro no iodurado.

En fin, concluye, el bromuro de potasio es hiposteni-zante, calmante é hipnótico, y un poco alterante; es realmente útil en la epilépsia: no cura por lo comun de un modo absoluto, pero atenúa notablemente la enfermedad, disminuye y aun suprime el eretismo nervioso de los epilépticos, las sacudidas y los sobresaltos que experimentan con tanta frecuencia.

El notable trabajo de M. Voisin, que acabamos de analizar, concuerda, como ha podido apreciarse, en muchos puntos con las opiniones de Puche, Huette, Gubler y Debout, á las cuales añade algunas nociones nuevas é interesantes, rectificando de paso otras que el autor considera erróneas.

El doctor Fallani ha indicado en una Memoria, que acaba de publicar en la *Gaceta médica italiana*, lo que hay á sus ojos de menos incierto y dudoso, entre los hechos relativos al uso del bromo y de los bromuros. Este trabajo termina con las conclusiones siguientes:

1.ª El bromo, aplicado tópicamente, goza, como el iodo, de propiedades resolutivas y cáusticas; pero no puede considerarse como el equivalente de este último medicamento, y antes de proclamar la superioridad de sus efectos, es indispensable que se determinen con mas precision algunas de sus propiedades.

2.ª No se puede considerar como establecida la virtud específica del bromo y los bromuros (ó su virtud alterante, segun la expresion de otros médicos) contra la diátesis y la enfermedad escrofulosa, y contra los fenómenos secundarios y terciarios de la sífilis.

3.ª Es conveniente colocar los bromuros, y en particular el de potasio en la categoría de los sedantes salinos, al lado del nitrato de potasa, al cual se parece por sus efectos diuréticos; pero los bromuros poseen de un modo mucho mas notable la facultad de templar y de producir una sedacion en los actos de la sensibilidad y de la irritabilidad, tanto de la vida animal como de la vida orgánica.

4.ª Su accion calmante es preferible á la sedante del opio y de las sustancias virosas (para la vida orgánica), porque calma sin excitar ni producir perturbacion. Pero si el efecto sedante del bromuro está exento de inconvenientes, en cambio es un hecho mucho menos demostrado.

5.ª En fin, si se admiten las aserciones de los primeros experimentadores, sin proceder á un exámen riguroso de los hechos en que se fundan, se debe considerar el bromuro de potasio como útil para calmar las convulsiones de todas clases, los movimientos del corazon, los espasmos y las agitaciones no convulsivas, la hiperestesia general y parcial, el eretismo de los órganos genitales, así como tambien para curar los insomnios, procurando un sueño tranquilo y reparador.

Pero por los motivos expuestos en el trabajo de M. Fallani, estas diversas conclusiones deben acogerse con mucha reserva, hasta tanto que se repitan las observaciones con mas calma y precision.

El doctor Bartholoz ha dado á luz por su parte, en el *Cincinnati Lancet*, un excelente trabajo acerca del modo de obrar y del uso terapéutico del bromuro de potasio. El autor concluye de sus experimentos, que esta sustancia, despues de haber sido absorbida en la sangre, ejerce una accion sedante sobre el eje cérebro-espinal, que tiene por consecuencia inmediata una sedacion del centro circulatorio y de sus funciones. Este efecto se encuentra notablemente modificado por la coexistencia de cualquiera afeccion local, circunstancia que influye de un modo considerable en los efectos terapéuticos conocidos. Así es que, generalmente hablando, en vano se esperarán los efectos sedantes en las enfermedades de los centros nerviosos ó de otros órganos, cuando existe en ellos una alteracion anatómica apreciable, como congestion, tumores cerebrales, etc.

Produce satisfactorios resultados en las alteraciones puramente funcionales del sistema nervioso. Como hipnótico, M. Bartholoz le ha encontrado útil, sobre todo en el insomnio histérico, en el de los hombres de negocios que se encuentran agitados por vivas preocupaciones, y en el *delirium tremens*. Como calmante, ha obtenido de él

buenos efectos en la epilepsia y el corea sintomático, la coqueluche, la irritacion vesical, las erecciones dolorosas que acompañan á ciertas uretritis crónicas, y por último, en los casos de irritabilidad uterina á título de agente anafrodisíaco.

Bromismo.—Desde hace dos años se ha hablado mucho del bromuro de potasio, y si bien no todos los prácticos han ensalzado del mismo modo sus virtudes, ninguno hasta ahora le habia atribuido inconvenientes graves. La primera acusacion dirigida á este medicamento la encontramos en el *Arte médico de Bruselas*, con motivo de una observacion debida al doctor Marcq, que, por su novedad y la interpretacion que la ha dado el autor, nos parece en extremo interesante. Segun este, seria una intoxicacion bromuriana, análoga al iodismo constitucional de Rilliet, cuya realidad ha sido puesta en duda por la Academia de medicina de Paris. En este concepto, merece que refiramos sus principales detalles.

Un hombre de 50 años, bien constituido, se encontraba padeciendo, hacia un año, de una laringitis ulcerosa, sin tubérculos pulmonales, de marcha muy lenta, pero progresiva y sin remisiones. Despues de haber agotado durante un tratamiento de ocho meses toda clase de medicaciones y medicamentos, se le aconsejó el bromuro de potasio en cantidad de 10 centígramos al dia, asociado á 4 cucharadas de aceite de hígado de bacalao, con exclusion de todo otro agente medicinal y un régimen tónico. No tardó en manifestarse un alivio sensible en el estado general y local. Transcurridos quince dias, el enfermo no sufria casi nada, comia bien y habia engruesado de un modo notable, recobrando igualmente las fuerzas, en términos que podia creerse dominada la afeccion. Perseverando en el mismo tratamiento y con el deseo de hacer desaparecer lo mas pronto y radicalmente posible toda sensacion anormal en la laringe, se creyó deber recurrir á la accion local del bromuro, llevado directamente á las partes enfermas por medio de un pulverizador, empleándose para ello una solucion compuesta de 250 gramos de agua destilada y 50 centígramos de la sal, con la que se practicaron dos inhalaciones diarias de dos á tres minutos de duracion.

A los ocho dias, el sugeto presentaba los síntomas siguientes : Color amarillo sucio, ojos excavados, fijeza extraña en la mirada, cara sin expresion, demacracion considerable, pérdida de apetito, temblor en las manos, dolores intensos en el cuero cabelludo, sobre todo por la noche; insomnio, estado nervioso, agitacion, aumento en la frecuencia é intensidad de los latidos del corazon hasta el punto de ser intolerables; el pulso se hizo despues pequeño y frecuente con algunas intermitencias irregulares; debilidad considerable de fuerzas. Habia, en una palabra, un estado verdaderamente caquéctico; en cambio no existia incomodidad ninguna en la garganta.

Una exploracion minuciosa de todos los órganos no reveló nada de particular, ni en ella pudo descubrirse relacion de causalidad con el estado general.

No habia habido infraccion alguna en el régimen; pero convencido el enfermo de la eficacia del remedio, habia hecho á veces tres pulverizaciones diarias, prolongándolas sin contar los minutos. No obstante, la solucion solo se habia renovado una vez, consumiéndose, por consiguiente, en las inhalaciones menos de un gramo de bromuro durante los ocho dias: añadiendo los 80 centígramos administrados en pocion, harian una cantidad que no tiene nada de exagerada.

Admitida la idea de una intoxicacion, se suspendió el uso del remedio, prescribiéndose cocimiento de grama nitrado; baños sulfurosos, tíbios, poco prolongados, y seguidos de fricciones estimulantes; unido todo esto á una dieta exclusivamente láctea, que el enfermo toleró perfectamente. A los ocho dias se notaba ya algun alivio; pero la demacracion habia aumentado; el color era siempre amarillo terroso, las fuerzas nulas, y continuaban el temblor de los brazos, la vacilacion de las piernas, y la misma frecuencia de pulso. No se varió en nada el tratamiento, haciéndose solo la alimentacion gradualmente mas tónica.

Durante dos meses la afeccion continuó decreciendo, salvo algunas exacerbaciones momentáneas. Los síntomas mas notables fueron: la persistencia largo tiempo continuada de la demacracion, la debilidad general, y sobre todo, la incertidumbre en la progresion, aun mucho tiem-

po despues de que el alimento era absorbido en notable cantidad.

El sugeto se restableció completamente de esta crísis larga y dolorosa, recobrando las fuerzas y sus carnes habituales; la enfermedad laríngea parece que se encuentra curada; no hay dolores espontáneos en esta parte, advirtiéndose únicamente una ligera sensacion cuando se comprime el lado izquierdo del cartílago tiróides.

La intoxicacion por el bromo está justificada segun el doctor Marcq, autor de la observacion, por el conjunto particular de los síntomas, y caracterizada sobre todo por la rápida desasimilacion y las alteraciones nerviosas intensas, sin lesion orgánica que las explique. La desaparicion gradual de los accidentes por la suspension del bromuro y por el tratamiento empleado, le corroboran en esta idea, cuya prueba completa encuentra, por otra parte, en la analogía con el cuadro sintomatológico del iodismo.

Aun cuando la opinion del médico belga parece bastante probable y racional, y nos guardarémos muy bien de contradecirla; á nuestro juicio, sin embargo, un solo hecho no basta para establecer deducciones absolutas en una cuestion aun tan oscura, como es la que se refiere á los efectos del bromuro potásico: la observacion de M. Marcq tendrá en todo caso la ventaja de llamar la atencion de los prácticos sobre este problema terapéutico.

Al dar cuenta M. Sales-Girons del caso que acabamos de referir, menciona otro análogo que ha observado en su práctica, y les atribuye á haberse administrado el medicamento por los bronquios, que, segun este autor, es la vía mas segura, mas activa y rápida de absorcion.

Nada tiene de extraño que el iniciador de la *terapéutica respiratoria* aproveche este hecho en favor de sus ideas; pero siempre nos parecerá difícil explicar que menos de un gramo inhalado en ocho dias, tenga una accion mas intensa que 10 gramos administrados diariamente por la vía gástrica, como les han dado M. Voisin y otros prácticos, sin que se observase ese conjunto característico de síntomas de *bromismo*, si se exceptúa la demacracion. Hay aquí, pues, un enigma que solo podrá explicarse por medio de observaciones comparativas.

Cilindros de carbon para reemplazar al cauterio actual. *(Jour. de méd. et chir. prat.).*

Para reemplazar al cauterio actual y todo su siniestro aparato, el farmacéutico M. Bretonneau prepara pequeños cilindros de carbon que se encienden y arden como un cigarro. La parte encendida está incandescente en una longitud de un centímetro, y termina en punta afilada y regular, cualquiera que sea el grueso del cilindro. Este tiene bastante resistencia para no romperse ni dejar escapar partículas inflamadas, cuando se le aplica perpendicularmente; si la direccion fuese oblícua, disminuiria mucho la resistencia. La fórmula que ha dado mejores resultados al autor, es la siguiente:

Polvo de carbon ligero.	20 gramos.
Nitrato de potasa.	1 gramo 50 cents.
Goma tragacanto.	5 gramos.
Agua..	24 —

Se hace una masa pilular que se divide en pequeñas barritas, del grueso de un lápiz comun y de 10 centímetros de longitud. Estos cilindros producen muy poca ceniza, que puede tambien quitarse al tiempo que se sopla para avivar la combustion.

Citrato de cafeina: accion terapéutica. *(Gaz. méd. de Strasbourg).*

El profesor Botkin (de San Petersburgo) ha ensayado el citrato de cafeina en un enfermo de su clínica, que padecia una nefritis con hipertrofia del corazon. Se administró un cuarto de grano cada dos horas. El primer dia se duplicó la cantidad de orina, que fué aumentando hasta ser cuatro veces mayor que la que expulsaba el enfermo anteriormente. La excrecion del líquido iba acompañada de una sensacion notable de ardor en la uretra. Cuando se empezó á usar el medicamento, habia astriccion de vientre, y bajo su influencia se verificaban cuatro ó cinco deposiciones en las veinte y cuatro horas, blandas primero, y luego líquidas.

Durante todo el tiempo de la administracion del citrato, el pulso latió mas lentamente, y las contracciones cardíacas fueron mas fuertes.

La cafeina presenta, pues, analogía con la digital, cuya

accion diurética depende del aumento de contraccion del corazon.

M. Koschlakoff deduce de este hecho las conclusiones siguientes: 1.° el citrato de cafeina fué en este caso un laxante y un diurético; 2.° su accion diurética depende del aumento de la presion arterial; 3.° bajo la influencia de la cafeina, las contracciones cardíacas son más raras; 4.° aumenta rápidamente la cantidad de orina.

La cafeina llegará á ser quizá un agente terapéutico importante; pero para ello es indispensable que se fijen bien las propiedades fisiológicas de este alcalóide débil. De todos modos, antes de establecer conclusion ninguna, nos parece que el autor habria obrado con mucha prudencia, repitiendo los ensayos y experimentos en número bastante, para deducir consecuencias prácticas aceptables. Un solo caso no puede bastar nunca para atribuir á un medicamento propiedades terapéuticas determinadas.

Clorato de potasa: su accion en el fagedenismo. (*Bull. de thér.*).

En una reciente Memoria publicada en el *Bull. de thér.*, da cuenta el doctor Tillot de algunas observaciones interesantes de fagedenismo, en que se han obtenido excelentes resultados por medio del clorato de potasa.

Este medicamento ha sido empleado con éxito en las úlceras escrofulosas atónicas, la gangrena de la boca, la estomatitis mercurial, la angina diftérica; pero no se le habia recomendado hasta ahora, que sepamos, contra el fagedenismo, en el cual, segun el autor, posee una accion notabilísima. Esta complicacion terrible del chancro ó del bubon se presenta tambien en otras circunstancias; pero entonces se une por lo comun á la gangrena de hospital para dar á la herida ese aspecto particular que la caracteriza. Las escrófulas y la sífilis tienen el privilegio de provocar la aparicion de esta desorganizacion de los tejidos con tendencia fatal á extenderse rápidamente, y que si bien se puede conocer con facilidad, es por desgracia muy difícil de curar. La solucion de tartrato férrico-potásico, preconizada por el doctor Ricord, no tiene una accion segura. Los cáusticos son muy dolorosos y con frecuencia se les aplica muchas veces sin

éxito en el mismo enfermo. El doctor Tillot cree que la medicacion por el clorato de potasa es un medio mas eficaz, mas corto y menos doloroso para conseguir la curacion de este accidente, y funda esta creencia en 6 observaciones que detalladamente refiere en su Memoria. Por desgracia, el autor mismo reconoce que los hechos recogidos hasta ahora no son bastante numerosos para tener un valor definitivo; pero sí ofrecen, á nuestro juicio, suficiente interés para que deban hacerse nuevos ensayos é investigaciones tan fáciles de repetir.

Lo que hay, sobre todo, de notable en los casos observados por M. Tillot, es que en ninguno se presentó el fagedenismo en sujetos verdaderamente caquécticos; la mayor parte de los enfermos eran vigorosos y robustos. En todos, los chancros eran múltiples y pertenecian á la variedad llamada chancro blando. Los efectos del tratamiento han sido sensibles desde el principio de la medicacion. Aunque el contacto del clorato sea desagradable, y aun doloroso para algunos enfermos, nunca ha provocado sufrimientos bastante persistentes para que hubiese que renunciar á su uso.

Su primer efecto es hacer cesar los dolores espontáneos si existen, disminuir la cantidad de la supuracion y modificar la naturaleza, cambiando el aspecto de la superficie enferma.

El clorato de potasa no tiene siempre una accion rápida, pero sí constante, y se ejerce de un modo contínuo aun cuando parezca alguna vez que está suspendida. El medicamento puede emplearse en solucion ó en pomada, variando las dósis segun los casos. M. Martinet le usa unido á la glicerina en las proporciones de 100 gramos de esta para 10 de la sal.

Se comprende con dificultad que el clorato de potasa cure indistintamente las úlceras fagedénicas, dependientes de las escrófulas, el cáncer, la sífilis, etc., y tambien las úlceras simples que nada tengan de específico. Así es que, en las siete observaciones de M. Tillot, no hay mas que una de úlcera simple, y aun esta es poco concluyente; las otras seis se refieren á chancros ó bubones venéreos. Parece, pues, que no hace en este caso mas que confirmar la virtud específica que ya le habian atribuido

varios autores en la sífilis infantil constitucional. Se necesitan, por lo tanto, nuevas observaciones antes de generalizar las propiedades del clorato de potasa á toda clase de úlceras fagedénicas.

Cloro-carbono: nuevo anestésico. (*Union médical.— Bull. de thér.*).

El doctor Simpson, de Edimburgo, ilustre autor del descubrimiento de las propiedades anestésicas del cloroformo, acaba de dotar á la materia médica de un nuevo agente anestésico que propone como succedáneo de este. Compuesto esencialmente de cloro y carbono, segun indica su nombre, este líquido es conocido hace largo tiempo en las obras de química bajo el nombre de bicloruro de carbono. Pertenece á esa numerosa é interesante série de los compuestos clorados de metilo, con que M. Regnault ha enriquecido la química.

Desde que fué descubierto por este autor en 1839, no habia recibido ninguna aplicacion terapéutica ni industrial, y probablemente permaneceria aun por largo tiempo en el olvido, si el ilustre profesor de Edimburgo no hubiese llegado, merced á sus numerosas investigaciones y experiencias, á descubrir sus propiedades anestésicas y las ventajas que le atribuye sobre el cloroformo. Su historia y composicion química se encuentran, como las de todos los demás compuestos clorados, en las obras clásicas y elementales, por lo que nos parece inútil reproducirlas aquí, limitándonos únicamente á recordar las diversas denominaciones que ha recibido de varios químicos, como son: las de percloroformo, percloroformato de cloruro de metilo, bicloruro de carbono, cloruro carbónico, tetracloruro de carbono, supercloruro de carbono y percloruro de fórmilo.

El cloro-carbono ó bicloruro de carbono, en estado de pureza, es un líquido incoloro, de olor etéreo y agradable, algo parecido al del cloroformo, de sabor picante y acre; su densidad es de 1,60, mientras que la del cloroformo es 1,49; hierve á 78° cent.; no es inflamable; insoluble en el agua y en la glicerina, y muy soluble en el alcohol, el éter, los aceites y los otros cuerpos grasos.

De estos datos resulta que el bicloruro de carbono no

solo tiene una grande analogía de composicion con el cloroformo, del cual no difiere mas que por un equivalente de cloro (cloroformo, C^2HCl^3, cloro carbono, C^2Cl^4), sino que puede tambien prestarse á todas las formas farmacéuticas bajo las que este se emplea en medicina.

Además de haber ensayado el doctor Simpson, en sí mismo y en otros, los efectos anestésicos de dicho agente, le ha usado en varios casos prácticos, y fundado en estas observaciones, traza el siguiente cuadro de sus propiedades anestésicas.

Sus primeros efectos son muy análogos á los del cloroformo; pero se necesita mas tiempo para producir el mismo grado de insensibilidad, la cual es en cambio de mas duracion. Ensayado en ratones y conejos, y sometidos dos de estos animales, en condiciones idénticas, á las mismas dósis de cloroformo y bicloruro de carbono, han experimentado una accion deprimente sobre el corazon, mucho mas grande con el último que con el primero de estos agentes. El autor cree, por lo tanto, que el cloro-carbono será mucho mas peligroso usado como anestésico general. Empleado en una mujer, durante el trabajo del parto, por espacio de una hora, se obtuvieron los efectos de la anestesia comun; pero al final el pulso estaba extraordinariamente pequeño y débil. En una operacion de fístula vésico-vaginal, una division del cuello uterino, la dilatacion de la vagina y la aplicacion de la potasa cáustica, en un extenso nœvus que padecia un niño, el bicloruro de carbono obró perfectamente como anestésico. El niño no despertó hasta pasada mas de una hora despues de la operacion, manteniéndose el pulso, durante todo el sueño anestésico, rápido y débil. Uno de los ratones sometidos á su influencia, que se sacó del vaso en que se hacia el experimento, cayó al punto, respiró imperfectamente algun tiempo despues de colocado en la mesa, y en seguida murió.

Aplicado sobre la piel, el cloro-carbono es mucho menos estimulante é irritante que el cloroformo, por lo que aconseja Simpson se generalice su uso como calmante local, á cuyo fin se le puede asociar á cualquier linimento anodino.

Este autor ha inyectado en la vagina aire cargado de

vapores de bicloruro de carbono en dos casos de histeralgia intensa. El alivio en ambos fué instantáneo, si bien se reprodujo mas tarde el dolor; en una de las enfermas el efecto sedante fué tal, que la noche de la aplicacion del anestésico pudo dormir tranquilamente bastantes horas. El aparato de que se sirve el doctor Simpson para esta operacion, es sumamente sencillo. Consiste en una lavativa de tubo elástico, de esas que tienen en el centro una pelota de goma; la extremidad anterior del tubo se introduce en la vagina, mientras que el otro extremo se sumerge en un frasco que contenga una pequeña cantidad (como una onza) del líquido anestésico, pero sin que el tubo llegue á estar en contacto con él. La compresion de la bola produce una corriente de aire mezclado con los vapores de cloro-carbono. La inyeccion de estos en el recto no es tampoco tan irritante como la del cloroformo.

El vapor de cloroformo, que se obtiene echando unas gotas en la mano y poniéndola á corta distancia del ojo, para que pueda recibir este órgano las emanaciones anestésicas, es uno de los colirios mas sedantes que pueden usarse en algunas formas de conjuntivitis, ulceraciones de la córnea con fotofobia, etc. El autor no ha probado el bicloruro de carbono en estos casos; pero cree que debe corresponder todavía mejor, porque es menos irritante y mas sedante.

Este líquido, usado por el método hipodérmico é inyectando de 10 á 20 gotas con la jeringa de Wood, ha calmado en varias ocasiones dolores locales muy intensos, sin que su uso fuese seguido de las náuseas tan incómodas que frecuentemente producen las preparaciones opiadas. Puede, por consiguiente, preferirse su aplicacion externa, como anestésico y sedante á muchas otras composiciones análogas. Bajo este punto de vista los experimentos del sabio profesor escocés merecen ser repetidos.

El bicloruro de carbono se presta, como ya hemos dicho, á todas las formas farmacéuticas. Al interior se puede prescribir en pocion y en jarabe. La fórmula siguiente adoptada por el doctor Vée, es de las mas racionales:

Cloro-carbono.	Q. V.
Aceite de almendras dulces.	15 gramos.
Goma arábiga.	10 —
Agua destilada simple ó aromática..	100 —
Jarabe simple.	25 —

Al exterior puede aplicarse en compresas ó en vapor y mezclado al aceite de almendras dulces, al bálsamo tranquilo, etc., para formar linimentos muy sedantes. Se obtiene una pomada muy homogénea con las proporciones siguientes:

Manteca.	20 gramos.
Cera blanca..	4 —
Cloro-carbono..	6, 8, 12 —

Para lavativa se mantiene perfectamente en suspension con el intermedio del aceite de almendras dulces y una yema de huevo.

Por medio de estos diversos preparados se podrán llenar todas ó casi todas las indicaciones que se presenten de experimentar este nuevo agente. Es, á no dudarlo, una adicion útil á la medicacion sedante, un nuevo filon que explotar, sin ninguno de los inconvenientes de las preparaciones opiadas, y que presenta ciertas ventajas sobre el cloroformo.

Dextrina como agente estomacal. (*Bull. de thér.*).

Los experimentos del profesor Schiff sobre la dextrina, demostrando que esta sustancia es un poderoso digestivo, capaz de favorecer la formacion de la pepsina, han inducido al doctor Vecker á administrar esta sustancia como medicamento á diversos enfermos, fijando por consecuencia las afecciones en que está indicada, y son: 1.° falta de apetito por atonía y debilidad de estómago; 2.° falta de bilis, con deposiciones blanquecinas y orina clara, no habiendo signos de ictericia, y 3.° en las digestiones dolorosas por insuficiencia del jugo gástrico.

Para disimular el mal gusto del nuevo medicamento, el doctor Vecker recomienda que se administre con café, caldo, cerveza, y sobre todo con vino. Le prescribe frecuentemente en polvo, y en cantidad de 15 gramos de dextrina mezclados con 4 gramos de bicarbonato de sosa

y otros 4 de azúcar, para tomar cuatro dósis al dia, de medio á un escrúpulo cada una.

Dieta láctea: su uso en el tratamiento de diversas enfermedades, y especialmente en el de las afecciones del corazon, la hidropesía y la diarrea. (*Montp. méd.—Arch. gén de méd.*).

Desde que aparecieron los primeros lineamientos de la ciencia médica, se comprendió por todos los prácticos la importancia terapéutica de la leche. Quizá ningun médico ha hecho mas uso de esta sustancia que Hipócrates, ni se ha esforzado tanto en distinguir los casos en que conviene, de aquellos en que está contraindicada. El padre de la medicina, que empleaba tan pocos medicamentos, confiando sobre todo en los remedios sacados del régimen, habia estudiado cuidadosamente los efectos de la leche en las diversas enfermedades.

Posteriormente, en todas las épocas ha habido clínicos que concedieron grande importancia á su uso. Preconizada de nuevo la dieta láctea, hace unos cuarenta años, por el célebre Chrestien, de Montpeller, para el tratamiento de las hidropesías, y despues por otros prácticos del mediodía de Francia, como Serre, de Alais, y Guinier, acaba de ser objeto en este año de un importante trabajo, debido á la pluma del doctor Pechollier. El sabio y laborioso agregado de la facultad de Montpeller atribuye en su memoria una gran influencia á la dieta láctea, no solo en la hidropesía, como sus predecesores, sino tambien en otras enfermedades, y con especialidad en las afecciones del corazon.

Despues de la quina y el mercurio, dice el autor, la dieta láctea es quizá el remedio que nos ha dado mejores resultados, inspirándonos en el mas alto grado esa confianza inquebrantable en el poder de la terapéutica, sin la cual ningun médico puede ejercer convenientemente su arte. Este entusiasmo del doctor Pecholier, fundado en una sincera conviccion y en una experiencia irrecusable, es sin duda el mejor testimonio que podriamos presentar de la importancia de su trabajo.

En la imposibilidad de analizarle detenidamente y paso á paso por su mucha extension, nos limitarémos, aunque con sentimiento, á transcribir aquí el resúmen sin-

tético, hecho por el propio autor, en el que consigna de un modo general cuáles son los efectos producidos por la dieta láctea; qué estados patológicos reclaman su uso, y qué precauciones pueden hacerla tolerar convenientemente, á fin de que produzca los beneficiosos resultados que de ella deben esperarse. Para resolver completamente este problema, dice, es necesario tener en cuenta muchos datos, que son : 1.° las cualidades de la leche; 2.° la naturaleza de la enfermedad ; 3.° las predisposiciones individuales ; 4.° el modo de arreglar el régimen.

A. *Cualidades de la leche.* — Las distintas leches que se emplean en los usos domésticos, desde la de mujer hasta la de las hembras de los animales, presentan entre sí grandes diferencias, acerca de las cuales suministra el análisis químico preciosos datos relativos á la proporcion del caseum, la manteca, el azúcar y el suero. Los experimentos sobre el hombre, en estado fisiológico, confirman plenamente estas divergencias ; en efecto, todos los dias se ven estómagos que digieren perfectamente ciertas leches, y no pueden tolerar otras. Se necesita, pues, hacer un estudio profundo, que ya está comenzado, pero que dista aun mucho de haber llegado á su fin, para determinar qué leche conviene especialmente á las diversas enfermedades en que está indicada la dieta blanca. La de vaca, cuya composicion se separa bastante de la de mujer, no es probablemente la leche medicinal por excelencia; quizá llenaria mejor este papel la de burra, si no fuese por la repugnancia instintiva que inspira á ciertas personas, y por la dificultad de proporcionarla en cantidades considerables y á precio económico. Por estas razones, dice el autor, que ha tenido que valerse siempre en sus experiencias de la leche de vaca, la cual, por otra parte, cuando se tiene la precaucion de añadirla la tercera parte de su peso de agua, se digiere muy bien, aun por estómagos delicados.

Uno de los puntos mas importantes del método de tratamiento que nos ocupa, es la eleccion de la leche, la cual es susceptible de grandes variaciones, segun el tiempo que haga que ha parido el animal, las condiciones del establo, la alimentacion, etc.

El médico debe recomendar ante todo al enfermo que

procure, en cuanto sea posible, tomar la leche siempre de la misma vaca, y que esta sea robusta y de buena salud. Es necesario que la leche no sea muy reciente, ni sobre todo demasiado vieja, y que el animal se encuentre en buenas condiciones de alojamiento y alimentacion, circunstancias que no reune por lo comun la que se consume en nuestras grandes poblaciones, y que explica bastante bien la falta de éxito de la dieta blanca en estos casos. Es, por lo tanto, muy ventajoso que el enfermo sometido al régimen lácteo vaya á habitar al campo, donde pueda fácilmente proporcionarse leche de las condiciones necesarias.

B. *Naturaleza de la enfermedad.*—La dieta láctea, seguida con buena leche de vacas, y tal como de ordinario la hemos dispuesto en los enfermos cuyas observaciones se refieren en esta memoria, obra, sobre todo, de dos maneras:

1.° *Por la leche*, este alimento dulce, atemperante, sedante, que se digiere y absorbe por lo comun con tanta facilidad; que contiene todos los materiales necesarios al sostenimiento y reparacion de nuestros tejidos, y que por la prolongacion de su accion sedante y monótona, se convierte en un poderoso modificador del tubo digestivo, del sistema nervioso y de la misma sangre.

2.° *Por el régimen.*— En la mayor parte de los sujetos sometidos al régimen lácteo absoluto, la glotonería, ese gran enemigo de nuestro estómago y de nuestra salud, que obliga á la mayoría de los hombres á ingerir una cantidad de alimentos demasiado considerable, apenas encuentra satisfaccion. Por otra parte, siempre hemos recomendado á nuestros enfermos, sobre todo al principio del tratamiento, tomar solo cantidades de leche muy moderadas. De este modo, la proporcion de los alimentos ingeridos es mucho menor que en su vida anterior. De aquí el predominio de la reabsorcion sobre la exhalacion y la entrada en el torrente circulatorio y en las vías de excrecion del exceso de moléculas acumuladas en ciertos órganos ó viciosamente organizadas; de aquí tambien poderosos efectos alterantes. Así el régimen lácteo convendrá especialmente en las enfermedades que consisten en lesiones de la nutricion, cuando

van acompañadas de un estado esténico del conjunto de las funciones del organismo, y del modo de ser vital.

Mas si se quieren apreciar los resultados de la dieta blanca, es preciso no detenerse en estas generalidades. Se debe entrar, como nosotros hemos tratado de hacerlo, en el detalle de las principales enfermedades en que se emplea, para estudiar cuál es su accion especial en tal ó cual caso, y fijar sus indicaciones y contraindicaciones. Así lo hemos ejecutado en este trabajo clínico, ocupándonos principalmente de las afecciones del corazon, de la hidropesía y de la diarrea.

1.° En la *hipertrofia activa* del corazon existe una grande tension de los vasos sanguíneos, una fuerte inyeccion de los capilares, una especie de plétora y amagos constantes de congestiones y hemorragias hácia diferentes órganos. A las sangrías repetidas de Valsalva y de Laennec, preferimos con mucho, en este caso, la dieta láctea. Esta, cuyos efectos ulteriores pueden ser auxiliados ó no por la digital, produce una disminucion en la cantidad y plasticidad de la sangre, aminora la tension arterial, y pone de este modo un freno á los peligros de congestion y de hemorragia. El enfermo experimenta una calma y bienestar que sobrepuja á todas sus esperanzas, y aun si persevera largo tiempo (lo que por desgracia es bastante raro) y la lesion no es demasiado considerable, se ve verificarse lentamente una reabsorcion del tejido muscular cardíaco excedente, produciéndose por consecuencia una curacion gradual.

No tenemos hechos que demuestren la accion directa de la dieta blanca en otras enfermedades del corazon. Cuando en estas últimas, hemos observado un resultado notable de la leche, se refirió siempre especialmente á la hidropesía, consecuencia de la lesion orgánica, y causa á su vez de numerosos accidentes.

2.° La *hidropesía*, cualquiera que sea su forma, su asiento y su causa, encuentra muy á menudo un remedio enérgico en el régimen lácteo. Impotente de ordinario contra la causa de la enfermedad, la leche ataca de un modo directo á la hidropesía misma. En el curso de esta memoria hemos citado observaciones de ascitis, dependientes de lesiones de las vísceras abdominales, ana-

sarcas subordinadas á afecciones del corazon ó á enfermedades de Bright, que se curaron ó aliviaron mucho por medio del régimen lácteo.

¿Cómo obra la leche en la hidropesía? No negamos que pueda ejercer por sus sales neutras, ó de cualquier otro modo, efectos diuréticos, capaces de contribuir á la reabsorcion de la serosidad; pero no creemos que este sea todo su efecto, ni aun su principal efecto; antes, por el contrario, á nuestro juicio debe invocarse, para explicarle, un cambio en el modo de ser de la exhalacion. Esta, viciosa frecuentemente en los hidrópicos, se modifica de una manera feliz por nuestro medio terapéutico. Idea que se encuentra confirmada al observar que, bajo la influencia de la dieta láctea, no solo desaparece la hidropesía existente, sino que se retrasa por mas ó menos tiempo, y á veces se evita para siempre la reproduccion de los accidentes.

3.° *La diarrea*, y sobre todo la que tiende á la cronicidad, encuentra frecuentemente en la dieta láctea un poderoso remedio. Donde primero la hemos empleado, justificando los resultados su uso, ha sido en la diarrea de los niños, debida á una entero-colitis, y subordinada al destete prematuro ó al trabajo de la denticion. La forma de entero-colitis, que denominan algunos autores *cólera infantil*, y que presenta tanta gravedad, cede tambien á este medio siempre que se adopten precauciones particulares que hemos indicado en una de las observaciones referidas en esta Memoria. Las circunstancias que motivan el uso de la dieta láctea en la diarrea de los niños, nos ilustran acerca de las que indican en el adulto el mismo remedio contra la propia enfermedad. Este régimen producirá buen resultado en las diarreas dependientes de una irritacion gastro-intestinal, mientras que es inútil y aun peligroso en las saburrales y por atonía. La leche ofrece entonces la doble ventaja de ser un tópico atemperante y emoliente para las mucosas irritadas, y de suministrar una alimentacion á propósito, fácilmente asimilable, y que, por consecuencia, no fatiga al tubo digestivo.

4.° La *dieta láctea* es útil aun contra muchas otras enfermedades. Así en esta Memoria hemos referido un

hecho de disentería y otro de estrechez del píloro en que produjo notables efectos. En fin, el medio que nos ocupa es, á nuestros ojos, el mas poderoso de todos los alterantes, muy preferible sin duda alguna á la dieta seca, á la vegetal ó á la cura por las uvas. Bajo este punto de vista, es como puede emplearse la leche contra la tísis pulmonal, el cáncer, la gota, la obesidad, la epilépsia, la manía, etc.; pero en estos últimos casos, nos hemos limitado á indicar los resultados de experiencias ajenas por no poseer hechos que puedan hacerlas confirmar ó invalidar.

C. *Predisposiciones individuales.* — Hemos dicho que en general la dieta láctea conviene en el estado esténico del organismo, y está contraindicada en el asténico. Pero existen en este punto numerosas excepciones, dependientes sobre todo del temperamento é idiosincrasia de los indivíduos. Los hay, en efecto, que tienen una aversion casi invencible á este alimento, y otros que, por el contrario, le beben con placer, pero que no pueden digerirle. De aquí, contraindicaciones muchas veces formales. Sin embargo, este disgusto del paladar, esta repugnancia del estómago, no constituyen siempre obstáculos que no puedan vencerse. Personas que detestaban la leche, ó que no la digerian, la beberán sin trabajo y la digerirán bien tomándola como alimento exclusivo y á pequeñas dósis al principio. El hambre, que, como se ha dicho, es una terrible consejera, es tambien un medio poderoso para facilitar las digestiones.

D. *Modo de disponer el régimen lácteo.*— Segun hemos demostrado en el curso de nuestro trabajo, este es el punto fundamental para el buen ó mal éxito del tratamiento. Si la mayor parte de los médicos no obtienen de la dieta láctea los buenos efectos que es capaz de producir, y si por consecuencia este medio terapéutico no está universalmente adoptado, consiste en que no se emplea una dieta bastante severa, ni se trata de convencer á los enfermos de la necesidad que tienen de sufrir al principio algun fastidio y disgusto antes de lograr los resultados apetecidos.

Para nosotros, la condicion indispensable del éxito de este método es, *al menos al principio, la suspension abso-*

luta de todo otro alimento y de toda otra bebida. Es preciso, dirémos con Sydenham, no separarse una línea de este régimen. Al empezar, debe cuidarse de que tome el enfermo *cantidades relativamente poco considerables de leche é ir aumentando gradualmente hasta las dósis mas altas.*

El modo general que tenemos de prescribir el régimen lácteo, salvo raras excepciones, es el siguiente: cada dos horas una taza de las de café de leche mezclada con una tercera parte de agua. Desde el segundo dia se aumenta gradualmente la cantidad de leche, si ha sido bien tolerada; de esta manera se llega á administrar 2 ó 3 litros y aun más en las veinte y cuatro horas, segun los casos. Cuando se han obtenido en gran parte los buenos efectos del régimen, se permite añadir un poco de pan á la leche. La proporcion de este se va aumentando poco á poco. En fin, llega el momento en que pueden permitirse algunos manjares ligeros (ostras por ejemplo) y despues alimentos mas sustanciosos, entrando de este modo poco á poco en la alimentacion ordinaria.

La dieta blanca produce generalmente estreñimiento, que es necesario combatir por medio de laxantes ó de simples lavativas.

La leche cruda, templada ó fria, se digiere por lo comun mejor que la cocida.

Su digestion puede favorecerse por varios medios. Generalmente hemos visto que el agua de cal hace que sea mucho mejor soportada por el estómago. El bicarbonato de sosa, la magnesia y todos los alcalinos, pueden prestar el mismo servicio. Sin embargo, hay ciertos indivíduos en quienes en lugar de los alcalinos es necesario emplear los ácidos. En otros casos, se debe recurrir á los amargos en pequeñísima cantidad, ó aun á algunas gotas de buen ron. Todas estas son indicaciones especiales que la experiencia demuestra en cada caso particular.

En fin, no nos cansarémos de repetir que el punto mas difícil es obtener la perseverancia del enfermo en un régimen monótono y fastidioso, que tiene contra sí una de las pasiones mas comunes y arraigadas en el corazon del hombre, la glotonería. Inspirando al paciente una gran confianza en el remedio prescrito, se conseguirá por lo

comun que persevere; pero para que el médico logre infundir semejante fé, es necesario que la posea él mismo, y seguramente no le faltará al que ensaye con prudencia y tino la dieta láctea en los casos convenientes.

Dejando á un lado la hipérbole del autor cuando dice, que, despues de la quina y el mercurio, la dieta láctea es el remedio que mejores resultados le ha producido; creemos sus observaciones muy dignas de atencion y de ser escrupulosamente sometidas á la piedra de toque de la experiencia, que no dudamos que en muchísimos casos ha de sancionar la doctrina del sábio práctico de Montpeller, contribuyendo de esta manera á acreditar los remedios sacados de la dietética, olvidados en demasía por los médicos modernos, que cuando no han administrado á sus enfermos una sustancia enérgica, y aun un veneno, creen no haber hecho nada útil para curar la dolencia.

A la anterior Memoria del doctor Pechollier, debemos añadir otro panegírico no menos caluroso y entusiasta de la dieta láctea, hecho por el doctor Karell, médico ordinario del Emperador de Rusia.

Las numerosas curaciones obtenidas por este autor en casos gravísimos, y muchos de ellos completamente desesperados, han sido debidas, segun él, á la estricta observancia del método, al uso exclusivo de la leche. De esta manera se consiguen resultados verdaderamente admirables y que el público califica de maravillosos.

Fundado en su vasta experiencia, considera la cura por la leche, como el primero y mejor de los remedios en las *hidropesías* de todas clases; en el *asma*, cuando es consecuencia del enfisema y catarro pulmonal; en las *neuralgias* rebeldes que tienen su asiento en el tubo digestivo; en las *enfermedades del hígado* (hipertrofia simple, transformacion adiposa), y generalmente en las enfermedades de la nutricion, que son á veces consecuencia de catarros ocultos del estómago y de los intestinos, seguidos de afecciones en los centros nerviosos.

Aun en los casos en que la hidropesía procede de lesiones orgánicas del corazon, de padecimientos inveterados del hígado ó de la enfermedad de Bright, ya desarrollada, se observan con frecuencia alivios muy considerables y de bastante duracion.

El doctor Karell comienza generalmente la cura, empleando la leche *sola* y prohibiendo *todo otro alimento*. Procede, segun dice, con mucha precaucion, prescribiendo al enfermo tres ó cuatro veces al dia, y á *intérvalos rigurosamente observados*, media ó una copa de leche descremada (2 á 6 onzas). La temperatura debe arreglarse al gusto de los sujetos. En invierno la prefieren generalmente templada ó caliente al baño de maría; en verano, por el contrario, les agrada mas fresca. No deben beberla toda de una vez, sino lentamente y á pequeños sorbos, para que la saliva se mezcle con ella en bastante cantidad.

No es necesario advertir que la leche debe ser de buena calidad, prefiriéndose siempre la de las vacas que pastan en el campo á la procedente de la de las grandes poblaciones, que casi siempre presenta una reaccion ácida, mientras que la primera es neutra.

Si el enfermo digiere bien la leche, lo que se demuestra porque las deposiciones son sólidas, se aumenta poco á poco la cantidad. La primera semana es la mas difícil de pasar, si el paciente no tiene una voluntad decidida de obtener por este medio su curacion.

Casi siempre se llega, durante la segunda semana, á beber dos botellas al dia.

Si la cura ha tomado su curso regular, se administrará la leche cuatro veces al dia, á las ocho y doce de la mañana, y á las cuatro y ocho de la tarde. Si el enfermo lo desea, se pueden cambiar las horas; pero es preciso observar siempre con escrupulosidad los intérvalos.

Siguiendo estas indicaciones, los sujetos no se quejan nunca de hambre ni de sed, aunque las primeras dósis les parezcan muy pequeñas. Si en lugar de cuatro tazas de leche descremada, una persona enferma de un padecimiento grave bebiese cuatro grandes vasos de este líquido tal como sale de la teta de la vaca, es seguro que no la podria digerir. En comprobacion de esto, cita el autor varios casos en que la leche tomada en grandes cantidades y sin intérvalos fijos, no produjo resultado alguno, ni pudo ser tolerada por el estómago, mientras que prescrita en la forma que acabamos de indicar, su éxito fué maravilloso.

En el principio se observa casi siempre estreñimiento,

lo cual es un signo de buen augurio y que puede remediarse, cuando se hace molesto, por los laxantes ó las lavativas. Cuando se presentan borborigmos ó diarrea, es señal que la leche es demasiado crasa, ó se ha administrado en mucha cantidad.

La fiebre no es una contraindicacion para esta cura.

Si el enfermo tiene sed, el autor le consiente beber agua comun, ó de Seltz natural. Si manifiesta gran deseo de tomar alimentos mas sólidos, le permite en la segunda ó tercera semana tomar un poco de pan blanco cargado de sal ó un pequeño pedazo de arenque salado. En lugar de leche pura puede tambien, en estas circunstancias, darse una vez al dia una ligera sopa de leche. Despues de haber continuado el tratamiento durante cinco ó seis semanas, se le puede modificar, segun las circunstancias, administrando la leche solo tres veces al dia y añadiendo una alimentacion conforme á las condiciones y gustos del paciente.

El autor refiere, en comprobacion de su doctrina, un gran número de observaciones recogidas, no solo por él, sino por otros médicos distinguidos, y con especialidad por el profesor Niemeyer, en que la dieta láctea administrada escrupulosamente y con exclusion de toda otra clase de medicamentos, produjo admirables resultados en algunos casos sobre todo que parecian incurables, y en los que habian sido ineficaces los demás remedios conocidos. Dista mucho, sin embargo, de pretender que se considere á esta cura como una panacea, y sentiria infinito que, incurriendo en semejante exageracion, se la desacreditase en el ánimo de los prácticos sensatos y juiciosos.

Confiesa que no sabe á cuál de los elementos que entran en la composicion de la leche, debe atribuirse su virtud curativa, y lo que es más, no se atreve á decir qué nombre debe darse á esta medicacion, si diaforética, diurética, resolutiva ó tónica. Pero recuerda que es cortísimo el número de medicamentos cuyo modo de obrar conocemos, y que si el práctico hubiera de limitarse á administrar aquellos cuyos efectos se pueden comprobar en sus menores detalles, se veria frecuentemente reducido á una inaccion absoluta.

Enumerando las enfermedades que ha visto curar ó aliviar bajo la influencia de este método, cita las siguientes: empobrecimiento de la sangre, hasta la hidroemia, llevada á su mas alto grado; hidropesía general, perversiones de la inervacion, afectando la forma de histerismo y de hipocondría; dispépsia rebelde que no depende ni de un catarro de la mucosa del estómago, de exulceraciones, ni de cáncer de esta víscera; en fin, las afecciones catarrales reumáticas y gotosas, los accidentes nerviosos, las irritaciones crónicas de la cavidad bucal, la faringe, el esófago y el tubo intestinal, siendo las afecciones gástricas las que formaban la mayoría de los casos tratados por el autor, hasta tal punto que, cuando el asiento del mal no podia determinarse de un modo evidente, desde el momento en que rebelde á todo tratamiento, se sospechaba que podria proceder de una causa situada en los órganos de la digestion, ensayaba siempre la cura por la leche, con lo cual obtenia muy á menudo excelentes resultados sin mas que arreglar el régimen dietético de los enfermos. En las afecciones orgánicas del corazon, las degeneraciones avanzadas de los riñones, etc., se obtiene por el método que nos ocupa un alivio y aun un bienestar casi completo de larga duracion.

Digital: su uso en las enfermedades mentales. (*British.—Méd. Jour.*).

En los ANUARIOS anteriores y aun en este mismo, hemos dado cuenta de los numerosos trabajos que casi todos los años se publican acerca de los usos terapéuticos de la digital y la digitalina. A ellos debemos añadir las siguientes conclusiones tomadas de una memoria del doctor Williams, director del Asilo de enajenados de Northampton.

1.° La digital es un sedante precioso en el tratamiento de la manía, tanto reciente como crónica; así como en los casos en que estas formas se encuentran complicadas con parálisis general ó epilépsia; 2.° la cantidad media de tintura que debe administrarse diariamente, es de 2 á 4 gramos; puede darse el medicamento á esta dósis muchos dias seguidos sin ningun inconveniente, pudiéndose continuar despues su uso con mucha ventaja á dósis

que estén en relacion con el estado del pulso, prolongándole así por espacio de muchos meses; 3.° la indicacion que debe reglar el empleo de este agente es el estado del pulso; toda intermitencia marcada de este hace necesaria la suspension inmediata del medicamento; 4.° la debilidad de la circulacion no contraindica su uso; la experiencia demuestra, por el contrario, que los sujetos mas debilitados soportan la digital tan bien como los mas robustos; 5.° si la administracion de esta sustancia va seguida de náuseas y tendencia al síncope, sin que al mismo tiempo disminuya proporcionalmente la excitacion, asociándola con el éter clórico, la morfina, ó el ácido hidrociánico, produce los resultados apetecidos, cuando la digital sola habia sido impotente para conseguirlo.

Dypsacus sylvestris: sus efectos contra la gangrena que frecuentemente complica, las heridas contusas y por arma de fuego. (*Bull. de l'Acad. des Sciences*).

En una Memoria presentada por el doctor Beullard á la Academia de Ciencias, dice este autor, que los efectos del *dypsacus sylvestris*, como antiséptico, son muy superiores á los de la quina, el alcanfor y todos los demás agentes que en tal concepto gozan de una reputacion clásica, segun ha podido convencerse por las experiencias comparativas que ha hecho, con objeto de determinar el valor terapéutico de esta planta. Hace mas de quince años que emplea sus hojas verdes y contundidas para combatir la gangrena, que tan á menudo viene á complicar toda clase de heridas, pero especialmente las contusas y por arma de fuego.

M. Beullard aplica este medicamento del modo siguiente: Cuando la herida data de algunos dias y tiene un aspecto dislacerado, irregular, anfractuoso, negro, y exhala ese olor tan conocido y repugnante de la gangrena, por medio del bisturí y de las tijeras corvas excinde todo lo mas que puede de los tejidos mortificados, pero cuidando de no llegar hasta lo vivo; de este modo evita el dolor y la hemorragia; en seguida lociona la herida con agua clorurada, y luego la llena de hojas verdes de *dypsacus* picadas muy menudas, de modo que todos los puntos estén bien en contacto con el medicamento. Lo

cubre con una compresa que se sostiene por medio de algunas vueltas de venda. El autor no hace mas que una cura cada veinte y cuatro horas; pero cree que en los países meridionales podrá ser necesario repetirla dos ó tres veces. Bajo la influencia de este simple tópico y en el breve espacio de veinte y cuatro á cuarenta y ocho horas, la *herida gangrenosa* queda con toda seguridad reducida al estado de herida simple; desaparece el color negro; se establece una supuracion de buena naturaleza, y empiezan á brotar los pezoncillos carnosos.

Cuando la parte ha sufrido una contusion, pero sin que el cuerpo vulnerante hiriese la piel, y despues de mas ó menos tiempo, se presenta la gangrena, hay que disecar tambien los tejidos mortificados, como antes se ha dicho, curando despues la herida del propio modo.

Segun M. Beullard los mismos resultados se obtienen con el *extracto acuoso* que con las hojas verdes. Le aplica ya puro, extendido sobre compresas agujereadas, ya diluido en un poco de agua; en este caso empapa en el líquido las hilas con que se ha de hacer la curacion.

No es necesario para servirse del *dypsacus* esperar que haya llegado á la época de la inflorescencia, como generalmente se hace para otras plantas de uso terapéutico. M. Beullard le ha empleado en todas las épocas de su crecimiento y no ha advertido diferencia alguna en su modo de obrar.

Electuario de Lobstein contra las intermitentes rebeldes al sulfato de quinina. (*Bull. de thér.*).

En los casos de fiebres intermitentes rebeldes al sulfato de quinina, empleado á alta dósis, y acompañadas de caquexia palúdica, M. Huntz recomienda extraordinariamente el uso de un electuario, ya preconizado en otro tiempo por el profesor Lobstein, y que se prepara segun la siguiente fórmula:

Quina en polvo.	10 gramos.
Ruibarbo pulverizado..	15 —
Hidroclorato de amoniaco..	3 —
Jarabe.	c. s.

Para hacer 20 bolos.

M. Huntz prescribe cuatro de estos bolos al dia con

una hora de intérvalo de uno á otro, de modo que el último se administre una hora antes del acceso.

Asegura que por este medio ha obtenido gran número de curaciones en sujetos que padecian fiebres intermitentes de Africa, tratados inútilmente por el sulfato de quinina á alta dósis, y todos los cuales presentaban los signos de la caquexia palúdica.

A los seis ú ocho dias de la administracion de dicho electuario, el infarto de las vísceras disminuia gradualmente y desaparecian los accesos de fiebre. Una alimentacion reparadora y los ferruginosos consolidan la curacion.

El doctor Cade, en una nota inserta en el *Bull. de thér.*, dice que su padre empleaba hace mas de cincuenta años este precioso antiperiódico, y hace catorce publicó él la fórmula con objeto de sacarle del injusto olvido en que estaba. Considera de una eficacia tan poderosa á esta preparacion, que nunca ó casi nunca ha dejado de conseguir, por su medio, la curacion en casos de fiebres con caquexia, que habian sido rebeldes al sulfato de quinina y á las preparaciones arsenicales, habiendo observado que las curaciones eran tanto mas prontas y sólidas, cuanto mas abundantes las evacuaciones alvinas provocadas por el medicamento.

Este autor prescribe el electuario, haciendo tomar durante cinco dias consecutivos, sin cuidarse de los en que corresponde acceso, cuatro bolos ó papeles de los 20 en que se divide la fórmula. Para facilitar la deglucion del medicamento, se puede dividir cada dósis en 4 ó 5, que se toman seguidas, envueltas en hostia ó barquillo.

Emanaciones balsámicas de brea. (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

La *Gaceta médica de Strasburgo* recomienda un medio, tan sencillo como poco costoso, de producir las emanaciones balsámicas de brea en una habitacion, y que consiste en verter sobre algodon en rama extendido en un plato, un poco de *resineona* (producto de la destilacion de la brea vegetal). Cuatro ó cinco gramos de esta sustancia bastan para cargar el aire de una alcoba de vapores balsámicos de un olor penetrante, pero no desagradable, por mas de

veinte y cuatro horas. La atmósfera, hecha de este modo artificialmente balsámica, produce excelentes efectos en un gran número de enfermedades del aparato respiratorio.

Emulsion y jarabe de brea. (*Jour. de méd. et chir. prat.*).

La reputacion siempre creciente que ha obtenido la brea en estos últimos años, hace que todos los dias se inventen preparaciones farmacológicas para facilitar el uso de este producto resinoso. Con tal objeto recomienda el profesor Jeannel, de Burdeos, la siguiente fórmula de una emulsion de brea, graduada á 1 por 100, perfectamente estable, y que contiene íntegramente los elementos de dicha sustancia:

Brea vegetal.	10 gramos.
Carbonato de sosa cristalizado en polvo fino. . .	10 —
Agua comun.	1 litro.

Se mezcla íntimamente la brea y el carbonato sódico en un mortero de porcelana; se introduce la mezcla con el agua en un frasco de 2 litros de capacidad; se agita fuertemente por espacio de algunos minutos, con lo cual la brea queda emulsionada por completo; despues se filtra. El filtro no retiene mas que las impurezas; pero no queda en él ni un solo átomo de sustancia resinosa.

Cinco gramos de esta emulsion madre, que contienen 5 centígramos de brea, mezclados con un litro de agua, dan un líquido turbio *(agua de brea)* que los enfermos toman fácilmente. Puede elevarse la dósis hasta 20 gramos por litro, y aun más sin inconveniente.

La emulsion á 1 por 100 es muy activa. Sumergidos en ella, durante cinco minutos, pedazos de carne fresca de 200 gramos de peso y colgados despues al aire libre y al sol, se secan sin que les ataquen las larvas de moscas y sin presentar ningun vestigio de putrefaccion. En las experiencias del autor, á los quince dias estaban duros como madera, y solo tenian un ligerísimo olor á humo. Resulta de aquí que la emulsion á 1 por 100 puede emplearse con gran ventaja como desinfectante; más diluida podrá servir para la cura y locion de las heridas, inyeccion en trayectos fistulosos, etc. Se podrá prescribir

en gargarismos en las estomatitis ulcerosas, y en lociones ó en baños, en las afecciones cutáneas.

Jarabe de brea.—Con esta emulsion prepara el doctor Jeannel un jarabe, sin mas que disolver en ella dos veces su peso de azúcar blanca y filtrándolo en seguida por papel. Una cucharada de este jarabe contiene, cuando menos, los principios activos de 2 litros de agua de brea comun.

Emulsion de copaiba para inyecciones uretrales. (*Bull. de thér.*).

Es bien sabido que la orina cargada por el trabajo de eliminacion fisiológica de los principios del copaiba, posee en alto grado las propiedades específicas de este, y que basta inyectar en el conducto de la uretra la orina de un sujeto que haya tomado cierta cantidad de dicho bálsamo para curar la blenorragia.

Esta curiosa observacion autoriza á pensar que el agua conteniendo una pequeñísima dósis de copaiba, podria constituir tambien un tópico eficaz. Este medicamento puede ponerse en suspension en dicho líquido en la cantidad apetecida, que es 1 p. % próximamente, emulsionándole por medio de los alcalinos. El doctor Jeannel aconseja la siguiente fórmula de una fuerte emulsion graduada que se puede diluir en agua para obtener emulsiones ligeras perfectamente estables:

Emulsion graduada oficinal de copaiba.

Oleo-resina de copaiba.	40	gramos.
Carbonato sódico cristalizado y pulverizado. . .	20	—
Agua destilada.	940	—

Se pone en un frasco de 2 litros próximamente, y se agita.

Esta mezcla forma una emulsion perfectamente homogénea, y que se mantiene en este estado durante muchas horas. Sin embargo, pasado cierto tiempo, el bálsamo se separa; pero basta la mas ligera agitacion para emulsionarle de nuevo. El autor recomienda esta emulsion para preparar con ella inyecciones antiblenorrágicas:

Inyeccion antiblenorrágica de copaiba.

Emulsion de copaiba oficinal.	25	gramos.
Agua destilada.	75	—
Láudano de Sydenham.	10	gotas.

Se obtiene así una emulsion cuya estabilidad es indefinida, y que contiene 1 p. % de copaiba y ½ p. % de carbonato de sosa. Esta fórmula, que damos como tipo, puede variarse segun las indicaciones. La eficacia del medicamento ha sido comprobada en el hospital militar de Burdeos.

Esencia de trementina: sus efectos cuando se la adiciona en pequeña cantidad á un baño general. (*Bull. de l'Soc. de méd. de Marseillé*).

Segun el doctor Spitzer, cuando se diluye una cucharada de las comunes, ó aun de las de café, en un baño general de agua comun, se produce un efecto eléctrico sumamente notable. Al cuarto de hora de estar el enfermo en el agua, advierte una sensacion tan desagradable y violenta, que tiene que salirse inmediatamente, observándose una rubicundez muy marcada en todo el cuerpo. Los sujetos á quienes se refiere el autor, sentian muchas horas despues hormigueo en las extremidades inferiores. Una señora de piel fina y delicada, al dia siguiente de un baño de esta especie, tenia todo su cuerpo cubierto de pústulas que se extendieron hasta la cara, sin embargo que en esta parte no habia tocado el agua. M. Spitzer ha ensayado tambien en sí mismo estos efectos, añadiendo una cucharada pequeña del aceite de trementina al baño: advirtió al principio una sensacion de escozor en las piernas, que muy luego se extendió á las nalgas, los hombros, las espaldas y las partes mas declives de los brazos: todas estas regiones, segun el autor, se encontraban cubiertas en el baño, de un limo blanco de muchos milímetros de espesor que quitó por medio de un cuchillo de cortar papel; la piel subyacente estaba muy encendida; durante todo el resto del dia no dejó de sentir hormigueos en las pantorrillas, observando tambien que, durante mas de cuarenta y ocho horas, las contracciones de la vejiga eran mas enérgicas en el acto de la excrecion de la orina.

Ensayado el aceite de Cade no produjo resultado al-

guno, así como tampoco el agua de Colonia, en cuya composicion, como es sabido, entran diferentes esencias. Esto le ha hecho pensar, que la sorpredente accion del aceite de trementina es debida á la pequeña cantidad de resina que siempre contiene y que se hace soluble en el agua, por su intervencion.

Como quiera que sea, no deja de admirar, segun el autor, que la esencia de trementina, que se administra sin molestia alguna en lavativas y por la boca en grandes cantidades, así como en fricciones sobre diversas partes del cuerpo, produzca un efecto tan violento, en forma de baño y diluida en pequeñísima dósis en tan grande cantidad de agua. El doctor Spitzer invita á los prácticos á repetir sus experimentos y á estudiar los efectos terapéuticos que de este medio puedan obtenerse, ya que á él no le es posible hacerlo por su avanzada edad.

Estupefacientes locales: aumento de su actividad por medio de los irritantes. (*Bull. de thér.—Gaz. méd.—Ann. de thér.*).

En una nota publicada en el *Bull. de thér.*, recuerda el doctor Besnier la eficacia de los tópicos irritantes, sinapismos por ejemplo, para calmar un gran número de manifestaciones dolorosas, y particularmente las que tienen su asiento en las regiones torácicas y abdominal. Por lo comun, el alivio que se obtiene es de muy corta duracion, y claro está que no puede sostenerse la aplicacion del sinapismo, ni repetir su uso indefinidamente. En estas circunstancias se consigue muy á menudo prolongar la calma, *sustituyendo inmediatamente á las aplicaciones irritantes los tópicos estupefacientes*, lo cual le ha conducido al autor á recomendar este método como *regla general*, y esto es en verdad lo que constituye toda la originalidad del doctor Besnier; pues apenas habrá práctico que no haya usado este medio en circunstancias determinadas: nosotros al menos le hemos puesto en práctica muchas veces.

La irritacion cutánea puede producirse á voluntad, segun el autor, y conforme los casos, por medio de agua caliente, sinapismos, ventosas secas (medio anestésico precioso y demasiado olvidado), la faradizacion, etc.

En cuanto á la eleccion de las preparaciones estupefacientes, variará por necesidad segun los casos particulares; pero los mas rápidamente activos son los preparados de opio y belladona, formulados á dósis suficiente. Cuando el dolor local es ligero ó de mediana intensidad, bastará una sinapizacion bastante enérgica, seguida de la aplicacion de cataplasmas calientes, rociadas con tintura de opio ó belladona; pero si el dolor persiste ó reaparece despues de haber cedido, será necesario renovar el sinapismo á intérvalos convenientes, y elevar la dósis de las sustancias calmantes empleadas. Estos medios sencillos y que aceptan todos los enfermos, podrán ensayarse siempre antes de proponer otros mas enérgicos como el método endérmico, inyecciones subcutáneas, acupuntura, etc., que frecuentemente harán aquellos inútiles.

El eretismo vascular y nervioso que los irritantes producen, favorece probablemente la accion de los tópicos calmantes: tambien quizá podrá invocarse, para explicar los efectos de este método, la perturbacion ocasionada por la sucesion inmediata de dos acciones terapéuticas opuestas. Esta última consideracion ha conducido al autor á otro resultado práctico, *las aplicaciones permanentes de hielo*, hechas sobre las partes excitadas por preparaciones irritantes, ó cuya temperatura se ha elevado préviamente por medio de fomentos calientes; de esta manera ha conseguido resultados inesperados en casos de cólicos hepáticos, uterinos, etc., muy violentos.

Hidrato crómico verde (1): su uso contra las neuroses gastro-intestinales y las diarreas. (*La Pres. méd. belg.*).

Segun una nota publicada, en la *Presse médicale belge*, por el doctor Hannon, profesor de la universidad de Bruselas, el hidrato crómico tiene propiedades muy notables que le constituyen en uno de los agentes mas preciosos de la materia médica.

Se presenta este medicamento en forma de un polvo

(1) Añadimos la denominacion *verde*, porque se conocen tres variedades principales de sales constituidas por esta base: 1.° las sales *violadas*, solubles y cristalizables; 2.° las *verdes*, solubles é incristalizables; y 3.° las sales rojas insolubles. De estas tres modificaciones debe recurrirse á la verde para los usos terapéuticos.

excesivamente ténue, muy ligero, de un color verde azulado ó azul verdoso, que se hace mas oscuro cuando se le introduce en el agua. Es insípido, inodoro, soluble en el jugo gástrico, los ácidos y la potasa cáustica en exceso; insoluble en el amoníaco.

Su *modo de preparacion* mas económico consiste en verter un exceso de amoníaco en una solucion de alumbre de cromo. Este último se obtiene disolviendo 15 partes de bicromato de potasa en 100 de agua, y añadiendo 25 partes de ácido sulfúrico concentrado: despues de agitar convenientemente la mezcla, que presenta un brillante color rojo, se añaden 6 partes de alcohol. Bajo la influencia de este, el acido crómico, puesto en libertad por la reaccion anterior, se reduce, y la solucion toma un hermoso tinte verde. Entonces está ya formado el alumbre de cromo. Durante esta reaccion se desprende aldehido, por efecto de la oxidacion del alcohol.

Cuando está terminada la operacion se diluye el líquido en 10 veces por lo menos su volúmen de agua; y se va añadiendo amoníaco, sin dejar de agitarlo hasta que presente reaccion alcalina.

Se lava el hidrato crómico, que se habrá precipitado, hasta que las aguas de locion no enturbien las soluciones de sales de barita.

La sal obtenida puede conservarse, ya en estado gelatinoso, ya seco.

No siendo este medicamento venenoso, puede administrarse en la cantidad que se quiera; pero como obra á pequeña dósis, seria inútil prescribirle á la de 60 ó 100 gramos, segun se hace con el subnitrato de bismuto. Es además de esto bastante activo por sí mismo para no necesitar que se le incorpore ningun adyuvante, como por lo comun se acostumbra cuando se trata del *magisterio bismútico*.

Como el hidrato crómico dado en exceso produce el estreñimiento, no debe prescribirse en dósis tan fuertes en las neuroses, en que solo ha de ejercer una accion sedante, como en las diversas diarreas en las cuales debe obrar modificando las secreciones intestinales.

El doctor Hannon da las siguientes fórmulas como ti-

pos, asegurando que ha obtenido siempre con ellas excelentes resultados.

N.º 1. Hidrato crómico seco. . . . . 0,50 á 1 ó 2 gramos.
Azúcar pulverizada. . . . . c. s.

Divídase en tres papeles.

Se administra uno media hora antes de cada comida, en las neuroses del tubo intestinal de cualquier naturaleza que sean.

N.º 2. Hidrato crómico seco. . . . . 3 á 4 gramos.
Azúcar pulverizada. . . . . c. s.

Divídase en seis papeles.

Para tomar uno cada dos horas en las diarreas rebeldes de los tísicos, en las serosas, etc.

N.º 3. Hidrato crómico gelatinoso de. . . 0,50 á 1 ó 2 gramos.
Mucílago ligero de goma arábiga. . . 60 gramos.

Para tomar en tres veces media hora antes de las comidas, en las gastralgias, etc. Debe cuidarse de agitar la vasija inmediatamente antes de administrarlo.

N.º 4. Hidrato crómico gelatinoso. . . . . 2 á 3 ó 4 gramos.
Mucílago ligero de goma arábiga. . . . 90 gramos.

Una cucharada de las comunes de hora en hora, en las diarreas rebeldes.

Para los niños se proporcionarán las dósis segun la edad.

Como cada una de estas prescripciones no debe durar mas que un dia, se tendrá cuidado de renovarlas oportunamente.

Cree el autor que las sales de bismuto deben ser sustituidas en adelante por el hidrato crómico, con el que se realiza el precepto *cito*, *tuto et jucunde*, lo cual no se consigue jamás con aquellas.

El subcarbonato de bismuto mismo, soluble en el jugo gástrico y por consiguiente mas activo que el subnitrato, no podrá nunca reemplazar á la sal que nos ocupa, ni aun como succedáneo.

Dice M. Hannon que hace diez años que emplea el hidrato de cromo, admirándose constantemente de su eficacia, en el tratamiento de todas las neuroses gastro-intestinales, cualquiera que sea su forma ó intensidad. En la gastral-

gia, la cardialgia, la pirosis, la pica, la bulimia, los vómitos nerviosos, ó la dispépsia, produce siempre buenos resultados, y en esta última forma sobre todo es notable por la prontitud de su accion.

En todas estas afecciones el hidrato crómico ejerce una accion sedante particular sobre el sistema nervioso gastro-intestinal. Aunque la gastralgia aparezca en el curso de otras enfermedades, de que es un efecto sintomático, como la clorosis, la anemia ó la leucorrea, será igual la eficacia del medicamento.

En estos casos obra mejor que las preparaciones de hierro ó de manganeso, y además, como estas últimas, regenera los glóbulos sanguíneos.

En las colerinas y en las diarreas que suceden al cólera é impiden el restablecimiento completo del enfermo, esta sal produce los mejores resultados. Lo mismo sucede con las diarreas rebeldes de ciertos tísicos, y con las diarreas serosas tan frecuentes en los niños.

En estas diversas circunstancias el hidrato crómico ejerce una accion modificadora notabilísima sobre las secreciones intestinales.

Hidropuntura: aquapuntura. (*Gaz. méd.—Revue méd.*).

La hidropuntura, de que ya dimos noticia en el tomo tercero del ANUARIO, al hablar de los aparatos construidos por M. Mathieu para la pulverizacion de los líquidos, consiste, como es sabido, en chorros capilares de agua, que se dirigen sobre un punto de la piel con tanta fuerza, que producen el efecto de una aguja cuya punta penetrase á 3 ó 4 milímetros de profundidad en esta membrana. Aun se podria perforar el dérmis mismo en todo su espesor, si el enfermo tolerase el dolor durante los dos ó tres segundos que exigiria esta operacion.

Para producir estas punturas se necesita someter el líquido á una presion de 25 á 30 atmósferas, y con ellas se consigue un efecto revulsivo admirable en las neuralgias, las cuales se alivian instantáneamente.

Hasta ahora no se ha empleado mas que el agua comun á la temperatura ordinaria; pero es probable que puedan utilizarse líquidos medicamentosos, cuando se quieran obtener revulsiones especiales. El procedimiento

merece seguramente la pena de que se estudie, y para facilitar los ensayos, ha de contribuir mucho el sencillo aparato construido por M. Galante, siguiendo las indicaciones del doctor Sales-Girons, y que ha sido presentado á la Academia de medicina de Paris. No es, en último resultado, mas que una pequeña jeringa (fig. 32). El líquido está contenido en una ampollita de cristal, y



Fig. 32.

tirando del émbolo hácia fuera, entra en el cuerpo de la bomba, cuyo diámetro no excede de 3 milímetros; empujando el piston por el simple esfuerzo de la mano, sale un chorro capilar con la presion necesaria de 25 á 30 atmósferas.

Es indudable que, por medio de este sencillísimo instrumento, puede practicarse la hidropuntura con la mayor facilidad.

Este método podria servir tambien quizás en determinados casos para sustituir á las inyecciones subcutáneas y facilitar la absorcion de ciertos medicamentos.

Insuflador de la laringe y de las fosas nasales. *(Bull. de l'Acad. de méd.).*

No es posible desconocer cuánto importa en algunas ocasiones poder aplicar directa é inmediatamente á la parte enferma los agentes medicinales; pero tampoco hay práctico que ignore las dificultades con que á menudo se tropieza para conseguir esto, aun en órganos situados al parecer muy al alcance del médico; tales son, entre otros, la laringe y parte de las fosas nasales.

Insuflador Guinier.— El doctor Guinier, de Montpellier se ha propuesto lograr con facilidad esta aplicacion por medio de un instrumento (fig. 33), cuyo objeto es dirigir y hacer penetrar exactamente en la cavidad laríngea y las anfractuosidades de la nasal una nube pulverulenta. El insuflador se compone de un tubo dividido en dos partes, al cual se adapta una pelota de caoutchouc E, que hace oficios de fuelle. El tubo está encorvado en su extremidad anterior A, y el orificio es oblícuo; de modo que puede dirigir el polvo de atrás adelante, hácia arriba en las fosas nasales, hácia abajo para la laringe, y lateralmente detrás de los pilares del velo del paladar.

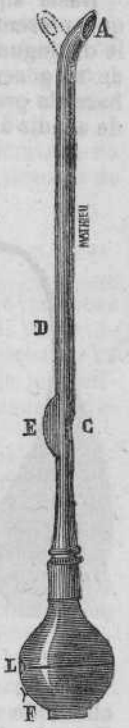


Fig. 33.

La porcion gutural se ajusta á frote D con la porcion porta-polvo, de modo que es movible sobre el eje de esta última, y así puede dirigir su abertura oblícua AB hácia cualquier punto determinado. El polvo se deposita en una cápsula C, abierta en la pared misma del tubo. Una vez cargado el instrumento, para hacerle funcionar, no hay mas que tapar con un dedo este último orificio y comprimir la bola elástica que arroja una corriente de aire, el cual, pasando por cima de la superficie del polvo, arrastra una parte de él y le extiende en forma de nube á su salida del instrumento en la direccion determinada de antemano.

Insuflador laringeo del doctor Fournie. — Con el mismo objeto de llevar los polvos medicinales al interior de la cavidad laríngea, ha presentado el doctor Fournie á la Academia de medicina el instrumento representado en la figura 34. Se compone de un tubo recto de plata A'B'. Hácia su parte posterior se ensancha en forma de cucharilla, teniendo en este punto un orificio C' de bastante diámetro, por el cual se introduce el medicamento pulverizado. Este tubo no puede servir mas que para conducir el agente medicinal á las fáuces. Pero si se le

quiere encaminar á la laringe ó á las fosas nasales, se ajusta sobre el primero un segundo tubo encorvado DE, cuyo orificio se dirige á la parte superior ó inferior, segun el objeto que el práctico se proponga.

Hasta aquí, el instrumento no difiere en nada del que presentó el mismo doctor Fournie en 1863. Lo que le distingue esencialmente de este y de todos los demás de su género, es el procedimiento que se emplea para hacer la proyeccion del polvo. El autor ha tenido la idea de añadir á la parte posterior de su tubo una pequeña

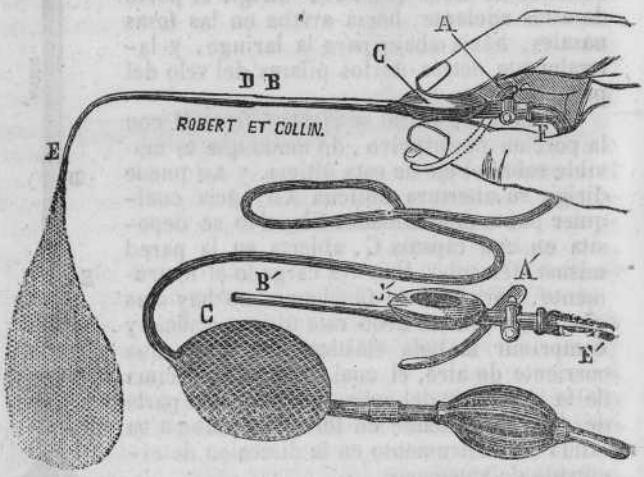


Fig. 34.

llave F, á la que viene á adaptarse el tubo de caoutchouc de un aparato de Richardson. Estando la bola G llena de aire comprimido, y tapado con el índice de la mano derecha el orificio de la cubeta C, basta apoyar el dedo medio de la misma mano sobre la rama H de la llave para dar salida instantáneamente al aire, que arrastra el polvo contenido en el tubo en la direccion que se desee.

Como se acaba de ver, este insuflador se distingue de todos los otros en que la proyeccion del polvo se verifica

por un mecanismo análogo al del fusil de viento y no por la presion de la mano sobre una pelota de caoutchouc, presion desigual y poco cómoda, ni tampoco por la boca del operador.

Con este instrumento, y por medio del laringoscopio, se hacen penetrar los polvos en la laringe con la mayor facilidad y precision: puede servir igualmente para introducirles en diferentes cavidades del cuerpo. Son tan palpables las ventajas del insuflador del doctor Fournie, y tan evidente su superioridad sobre todos los demás hasta ahora inventados, que creeria ofender la ilustracion de mis lectores si me detuviese á enumerarlas.

Inyecciones subcutáneas : sus peligros y medios de evitarlos en ciertos casos. (*Medicine nenigh.—Gaz. des hop.*).

Hoy, que tanto se van generalizando las inyecciones hipodérmicas, parécenos oportuno consignar las observaciones contenidas en una nota que el doctor Nussbaum ha dirigido á un periódico de Munich, acerca de los peligros que en ocasiones puede ofrecer este medio terapéutico.

Afectado dicho práctico de una cefalalgia rebelde y antigua, lleva ya practicadas en sí mismo mas de dos mil inyecciones de morfina, muchas veces de 3 y 5 granos al dia. Pero hace algunos meses observó tres veces en su propia persona, y otras tres en enfermos de su clientela, un accidente bastante sério. Al introducir debajo de la piel la punta de la jeringa de inyeccion, penetró casualmente en el *interior de una vena subcutánea*, y allí, en contacto directo con la sangre, se vertió una parte de la disolucion de morfina, compuesta de 2 granos de acetato por un gramo de agua. A los pocos instantes percibió una sensacion de quemadura sumamente molesta que cruzó como un rayo toda la superficie cutánea desde la cabeza hasta la planta de los piés; sintio en la lengua un sabor á vinagre muy pronunciado; la cara se puso de un color rojo oscuro, y á los cuatro segundos próximamente de hecha la inyeccion, tuvo ruido de oidos, fosfenas y violentos dolores en toda la extension del cuero cabelludo; entonces disminuyeron la sensacion de quemadura y de picor, y el sabor á vinagre. De todos los

síntomas, el mas penoso fué una palpitacion extraordinariamente violenta y precipitada del corazon. En ningun enfermo, dice el autor, he visto jamás un pulso semejante: latia de 160 á 180 veces por minuto. Las carótidas no tenian tiempo de contraerse y formaban á los lados del cuello como dos cordones gruesos, duros y temblorosos; sentia con tal intensidad las contracciones cardíacas, que á veces le parecia que iba á abrirse la caja torácica, rasgarse el tímpano y saltarse los globos oculares de las órbitas á cada pulsacion. Este estado de angustia insufrible, durante el cual respiraba tambien con dificultad, duró la primera vez cerca de ocho minutos, al cabo de cuyo tiempo sobrevino una palidez cadavérica de la cara que se prolongó más de una hora, al paso que la violenta cefalalgia habia disminuido mucho á los quince minutos. La inteligencia permaneció en su estado normal, y el autor pudo, aunque con trabajo, sostenerse en pié y hablar.

El frio, en forma de lociones é irrigaciones, fué de grande eficacia, y á las dos horas, no quedaba señal alguna de la escena que acabamos de bosquejar. Advertido por este y por otros dos escarmientos que sufrió en un todo semejantes, aunque mucho menos intensos, porque la cantidad de disolucion era menor, practica desde entonces las inyecciones con mucha lentitud, y como los síntomas se desarrollan con una rapidez pasmosa, puede de esta manera advertir con tiempo el peligro y suspender la operacion, ó aun extraer una parte del líquido inyectado con la sangre, tirando del émbolo de la jeringa en sentido opuesto. La experiencia ulterior le ha convencido de la eficacia de esta maniobra.

En tres casos en que habia practicado estas inyecciones en sus enfermos, los accidentes fueron, si cabe, mas graves, porque hubo pérdida de conocimiento y convulsiones, restableciéndose, no obstante, al poco tiempo la salud. El doctor Nussbaum termina su nota estableciendo como regla absoluta en la práctica de las inyecciones hipodérmicas, *inyectar con mucha lentitud y tirar hácia atrás del émbolo de la jeringa en el momento mismo en que se presente algun fenómeno alarmante.* Estos hechos prueban una vez más la gran diferencia que existe bajo el punto de vista

de la accion de una misma sustancia, segun que se deposita en las mallas del tejido celular ó que penetra directamente en la sangre. El doctor Fraigneaud, por su parte, termina con las siguientes conclusiones una Memoria leida á la Sociedad de Medicina de Paris, en que se propone estudiar la accion del opio y la belladona, usados en inyecciones subcutáneas.

La práctica de las inyecciones hipodérmicas de las sales de opio y de belladona produce resultados notables, y es una conquista preciosa con que se ha enriquecido la terapéutica moderna.

La rapidez con que obran estas sustancias y la dificultad, y aun diré la imposibilidad de determinar bien la dósis que puede inyectarse sin exponer al enfermo, si no absolutamente á verdaderos peligros, al menos á graves accidentes, debe hacer muy prudente al médico que se decida á recurrir á este modo de administracion.

Estos inconvenientes son imposibles de evitar, porque parece difícil obtener resultados terapéuticos ciertos y durables sin producir fenómenos fisiológicos bien marcados. Aun en los casos poco rebeldes de neuralgias superficiales, no debe contarse mucho con la curacion, introduciendo bajo la piel una cantidad muy pequeña de sustancias activas, para no determinar mas que un fenómeno de absorcion local. Esta absorcion puede generalizarse, y aun parece de absoluta necesidad que el medicamento entre en la circulacion para que tengan lugar sus efectos. La observacion parece tanto mas justa, cuanto que es casi indiferente hacer la picadura sobre el punto doloroso, en su inmediacion ó en un sitio aun mas distante. De cualquier modo que se proceda, se obtiene el alivio del dolor, lo cual prueba bien que el medicamento obra por absorcion.

Deberá, pues, contarse siempre con accidentes que variarán, segun el estado, la edad, la impresionabilidad del sujeto, etc.; y bajo este punto de vista, son posibles las sorpresas mas inesperadas.

El antagonismo entre el opio y la belladona, con el cual se contaba para neutralizar respectivamente la accion tóxica de estas sustancias, no existe, ó es al menos muy imperfecto. Seria, pues, peligroso creerse auto-

rizado para utilizar, por medio de las inyecciones subcutáneas, estas propiedades contradictorias. Más aun, semejante práctica podria producir accidentes muy graves, porque no solo no se demuestra siempre este antagonismo, sino que las propiedades de dichos agentes se unen para producir resultados mas ciertos cuando se mantienen las dósis en los límites convenientes; pero tambien para determinar un doble envenenamiento, si, fiándose en su antagonismo, se pasa de ciertos límites.

De este estudio no puede resultar nada desfavorable para las inyecciones hipodérmicas de las sales de opio y de belladona. Quedarán siendo lo que son: un medio rápido, la mayor parte de veces seguro, para curar una porcion de afecciones diversas; pero exigen gran prudencia, porque aun no se ha encontrado el modo de circunscribir en límites bien fijos el poder de su accion.

Al transcribir estas observaciones, así como el hecho desgraciado que consignamos en la pág. 313 del tomo III de este ANUARIO, nos hemos propuesto dar una voz de alarma á los prácticos, á fin de apartarles de los peligros que pudiera hacerles correr la aplicacion inconsiderada de este importantísimo medio terapéutico. Partidarios en general de las inyecciones subcutáneas para determinados casos, creemos prestar un verdadero servicio al método, garantizándole contra sus propios excesos que le traerian infaliblemente el descrédito.

Ioduro potásico: efectos fisiológicos. (*Bull. gén. de thér.— Gaz. méd. de Strasbourg*).

Hay pocos medicamentos cuya accion fisiológica haya sido mejor estudiada que la del ioduro potásico; sin embargo, creemos que se leerán con interés las observaciones de M. Küss, que extractamos de una extensa memoria, debida á M. Joubin.

Las primeras manifestaciones de la accion fisiológica de este medicamento son generalmente las que se presentan en el tubo digestivo y las vías respiratorias; luego vienen las modificaciones del aparato circulatorio y glandular de la piel, y en fin, del sistema nervioso.

La mucosa digestiva es rápidamente impresionada por el ioduro potásico, que, en solucion un poco concen-

trada, obra por contacto antes de hacerlo por absorcion.

Uno de los primeros fenómenos de la penetracion del agente medicamentoso en el organismo, es una sensacion de sequedad y ardor en la faringe. Cuando las dósis son un poco fuertes, no tarda en aparecer una verdadera angina, con rubicundez generalizada é hinchazon edematosa de las paredes faríngeas y de las amígdalas, sin gran dificultad en la deglucion.

A la sequedad de las primeras vías sucede un aflujo mucoso, que se ha denominado tialismo iódico. Es el resultado de la hipersecrecion de la saliva, por efecto del aumento de actividad funcional impresa á las glándulas salivales. La saliva es poco viscosa, las encías están poco ó nada inflamadas, y los dientes no ofrecen alteraciones patológicas

Despues de haber usado el ioduro á dósis progresivas, la lengua se cubre de un barniz grisáceo, uniforme, difícil de describir, pero fácil de reconocer cuando se ha visto una sola vez. Precede de ordinario á la erupcion iódica, y es el indicio del máximum del efecto terapéutico. La existencia ó la falta de esta modificacion del epitelium lingual es, para el profesor Küss, que es quien primero ha llamado la atencion acerca de ella en sus lecciones clínicas, una fuente preciosa de indicaciones para la progresion de las dósis.

En el aparato respiratorio, los efectos se manifiestan en las mucosas. Los enfermos advierten, por lo comun, estorbo en las fosas nasales, romadizo; luego se hace mas abundante la secrecion; hay, en una palabra, todos los signos de un verdadero coriza.

Algunas veces participan los bronquios del movimiento fluxionario. Entonces se observa una tos generalmente poco pronunciada, pero siempre seca, ó con expectoracion espumosa, nunca espesa ni purulenta.

Los autores no están acordes acerca de la accion del ioduro potásico sobre el aparato circulatorio. Los unos admiten que acelera el pulso; otros, poco numerosos, que le pone mas lento; los hay, en fin, que pretenden que no se observa modificacion alguna en esta funcion.

Para M. Küss, el ioduro potásico acelera la circulacion, pero modificando el pulso en su grado de ampli-

tud ó pequeñez, segun que su accion se prolonga mas ó menos tiempo. Al principio se nota plenitud y desarrollo en las pulsaciones; despues, trascurrido un tiempo variable, segun los sujetos, el pulso se pone pequeño, deprimido, para recobrar luego sus cualidades primeras.

Si el ioduro de potasio tiene una accion bien marcada sobre la circulacion, esta ejerce en la produccion de sus efectos una influencia que M. Küss ha observado muchas veces. De los hechos que se han presentado á su estudio, deduce que las personas cuyo pulso es frecuente, son menos impresionables que las de pulso lento ó moderado.

La sal iódica se encuentra en totalidad en la sangre, con todas sus cualidades químicas; obra, pues, por su presencia: su accion es toda catalítica. Se opone á la coagulacion; la fibrina se encuentra disuelta. Los glóbulos sanguíneos no parece que se alteran en su forma ni en sus dimensiones, pero aumenta su número.

La accion del ioduro sobre la piel se traduce por lo comun por manifestaciones eruptivas.

La erupcion verdaderamente característica es la que se observa en la inmensa mayoría de los casos, y que M. Bazin llama acné iódico. En la produccion de las otras, que solo son excepcionales, el ioduro potásico no obra mas que como causa ocasional, pero de ningun modo como causa eficiente.

Las pústulas de acné iódico son mas ó menos discretas; pueden aparecer en todas las regiones del cuerpo, pero tienen ciertos sitios de predileccion, que varian segun el asiento de la enfermedad. Si se trata, por ejemplo, de una iritis sifilítica, se ven aparecer, por lo comun, los primeros botones iódicos en las regiones temporales, superciliares ó nasales. Si de un bubon, es en las ingles ó parte superior de los muslos, donde tiene lugar la primera manifestacion. La erupcion se disemina en seguida por el resto del cuerpo, ó bien, si empieza por generalizarse, examinando bien, se nota que las pústulas iódicas son mas numerosas en la inmediacion de las partes afectas. Este hecho de observacion, que nadie hasta ahora habia indicado, no ha podido ocultarse al ojo atento del profesor Küss. Cuando hay

costumbre de manejar el ioduro, se puede predecir con seguridad la aparicion de los acnés. Existe, en efecto, un signo que nunca falta y que anuncia la saturacion de la economía: este signo es el barniz agrisado de la lengua.

La erupcion iódica no es la única manifestacion cutánea. Hay otra, poco conocida aun, que merece, sin embargo, que se la coloque entre las mas importantes: tal es el edema del tejido celular subcutáneo.

El profesor Küss es tambien quien primero ha llamado la atencion acerca de este singular efecto del ioduro potásico. Está caracterizado por una infiltracion limitada del tejido conectivo subcutáneo, y se observa en casi todas las regiones del cuerpo. Como el acné iódico, aparece de preferencia en las inmediaciones de las partes que se encuentran bajo la influencia de la afeccion contra la que se administra el remedio.

Tales son los dos principales fenómenos que anuncian la accion del ioduro potásico sobre la piel: debe notarse que tienen por asiento, el uno (la erupcion), el dérmis; el otro, el tejido celular subcutáneo. Es, pues, en el elemento conectivo, donde obra este agente; sobre él ejerce todo su poder patogénico.

M. Cláudio Bernard ha demostrado que el ioduro potásico se encuentra en todas las secreciones, aunque en mayor ó menor cantidad, segun los órganos. Así, manifiesta su presencia en la saliva, antes de aparecer en la orina: cuando las dósis son pequeñas, y la absorcion rápida, todo es eliminado por la orina. Obra sobre todas las secreciones, siempre en el sentido de una exageracion mayor ó menor del flujo: no tiene parte en la atrofia del tejido glandular, cuando esta se verifica.

El medicamento que nos ocupa produce sobre el sistema nervioso un conjunto de fenómenos poco intensos, y que se traducen por cefalalgia, temblores, algunos vértigos y neuralgias. Los autores no mencionan este último efecto, pero M. Küss asegura haberle observado muchas veces. Producen á veces dolores atroces á los enfermos, y obligan á abandonar el tratamiento.

Irrigador uretro-vesical del doctor Reliquet. (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

El doctor Reliquet ha presentado, á la Academia de Paris, un aparato de irrigacion contínua de la uretra y la vejiga (fig. 35), construido segun sus indicaciones por Robert y Collin. Se compone:

1.° De una sonda de goma (fig. 3) que tiene un diámetro de 3 milímetros cuando más, y unas paredes todo lo delgadas que sea posible, de modo que reuna á una gran flexibilidad un calibre suficiente. En su extremidad externa los bordes del orificio de la sonda están sólidamente fijos á un pequeño embudo metálico B, que sirve para ponerla en comunicacion con un sifon de caoutchouc F, encargado de suministrar contínuamente el líquido. En el trayecto del sifon hay una llave G, por cuyo medio se puede graduar ó detener la salida del líquido.

2.° De un pabellon cónico (fig. 4), hueco, atravesado, en la direccion de su eje por la sonda (fig. 2), sobre la que corre libremente. La abertura de la base del cono presenta un pequeño reborde saliente, destinado á retener una rodaja de caoutchouc, cuya parte libre se retrae sobre la sonda y cierra el espacio que existe entre esta y el orificio del cono. Además, en este mismo orificio puede encajarse á frote la extremidad del embudo metálico de la sonda. Así el líquido contenido en el pabellon no puede escaparse á lo largo de aquella.

La cara convexa del cono presenta, á partir de su vértice, en los dos tercios de su longitud, anchas aberturas. La circunferencia de la base de aquel, saliente en forma de un ángulo redondeado, se continúa por un lado con un tubo (fig. 1, D), destinado á poner en comunicacion la cavidad del pabellon con otro de caoutchouc (fig. 1, E) que tiene por objeto conducir el líquido á una vasija.

La aplicacion del instrumento consiste en introducir la sonda hasta la vejiga, ó hasta un nivel variable de la uretra, segun que se quiera hacer una irrigacion de aquel receptáculo ó de este conducto; en empujar luego el pabellon en la uretra hasta que el borde saliente de su base quede cubierto por los labios del meato urinario, que aplicándose sobre él, mantienen fijo el instrumento durante la irrigacion.

Fig. 35.

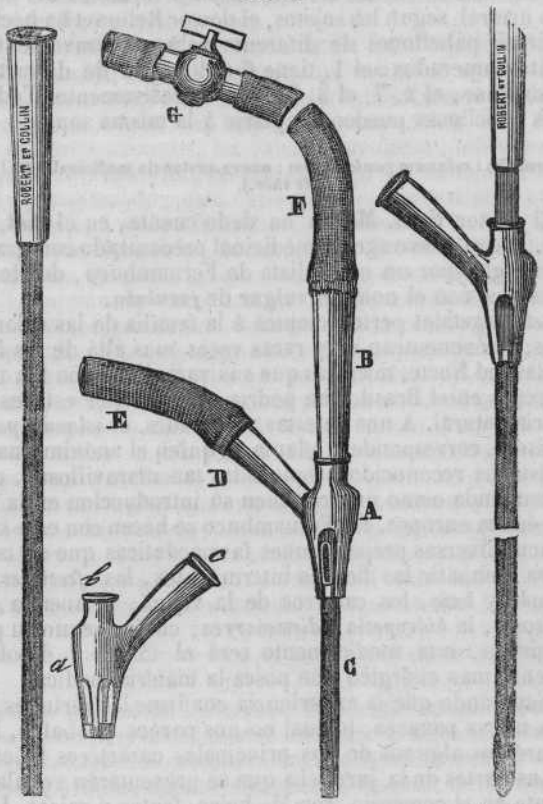


Fig. 3.ª Fig. 4.ª Fig. 1.ª Fig. 2.ª

Explicacion de la lámina.

Fig. 1.—Aparato completo: A, pabellon; B, embudo de la sonda; C, sonda; D, tubo de evacuacion ó desagüe; E, tubo de caoutchouc que va á una vasija; F, extremidad del sifon de caoutchouc; G, llave en el trayecto del sifon.

Fig. 2.—Pabellon deslizándose sobre la sonda.

Fig. 3.—Sonda con embudo.

Fig. 4.—Pabellon: *b*, abertura de la base circuida de un rodete; *c*, abertura del tubo de desagüe.

Teniendo en cuenta las dimensiones variables del orificio uretral, segun los sujetos, el doctor Reliquet ha hecho construir pabellones de diferente volúmen convenientemente numerados: el 1, tiene 6 milímetros de diámetro en su base; el 2, 7; el 3, 8; y así sucesivamente. Todos estos pabellones pueden adaptarse á la misma sonda.

Jurubeba : *solanum paniculatum* : nueva sustancia medicinal. (*Bull. de thér.*).

El doctor Stan. Martin ha dado cuenta, en el *Bull. de thér.*, de un nuevo agente medicinal preconizado con grandes elogios por un naturalista de Fernambuco, donde se le conoce con el nombre vulgar de *jurubeba*.

Los vegetales pertenecientes á la familia de las solanáceas, se encuentran muy raras veces mas allá de los 52° de latitud Norte, mientras que sus variedades son tan numerosas en el Brasil, que podria creerse que esta es su patria natural. A una de estas variedades, el *solanum paniculatum*, corresponde la planta en quien el anónimo naturalista ha reconocido propiedades tan maravillosas, que recomienda como un gran bien su introduccion en la terapéutica europea. En Fernambuco se hacen con esta sustancia diversas preparaciones farmacéuticas que se usan para combatir las fiebres intermitentes, las *afecciones del hígado* y *bazo*, los catarros de la vejiga, la anemia, la clorosis, la *hidropesía* y *dismenorrea*; en fin, segun su panegirista, este medicamento será el tónico y desobstruente mas enérgico que posea la materia médica.

Esperando que la experiencia confirme las virtudes de esta nueva panacea, lo cual no nos parece probable, indicarémos algunos de sus principales caractéres físicos.

Las partes de la jurubeba que se presentarán regularmente en el comercio, son las hojas, frutos y raices. Las raices tienen de 10 á 50 centímetros de longitud, las mas gruesas no llegan á 12 centímetros de circunferencia; están erizadas de raices y raicillas numerosas; su textura es muy dura y de fibras tan apretadas, que cuando se corta transversalmente, presenta una superficie lisa. La corteza que cubre esta raiz, es un poco oscura, y más ó menos gruesa, segun la edad de la planta; no tiene apenas olor; si se la masca, deja en la cámara posterior

de la boca un amargo muy persistente, mientras que la fibra leñosa es casi insípida.

Los tallos del *solanum paniculatum* son largos, delgados, con espinas muy aguzadas de trecho en trecho: las hojas, que se encuentran adheridas á ellos, tienen un hermoso color verde, sin olor, ni apenas sabor. Los frutos son muy amargos. La raiz de jurubeba, tratada por el agua ó el alcohol, da un extracto de sabor amargo muy pronunciado: este extracto es mas abundante en la parte cortical de la raiz que en la leñosa.

A pesar de que el doctor Stan. Martin anunciaba á principios de este año que tenia el nuevo medicamento á disposicion de todos los que quisieran hacer ensayos terapéuticos, no hemos visto publicada observacion ninguna que confirme ó niegue las virtudes que se le atribuyen y que quedarán probablemente reducidas á lo que tantas otras elogiadas con no menos pompa aquende y allende los mares, para caer en el mas completo descrédito tan pronto como se las somete á la piedra de toque de la experiencia clínica.

Es desde luego singular que este solano sirva para combatir las *afecciones del hígado y del bazo, las hidropesías y la dismenorrea*, como si estas enfermedades, tan diversas en su naturaleza y etiología, no exigiesen un tratamiento diferente y aun opuesto segun las circunstancias.

Licor de Villate: su eficacia en el tratamiento de las cáries y fístulas de varias clases. (*Union méd.—Gaz. hebd.*).

En la página 148 del tomo I de este ANUARIO dimos cuenta de los resultados obtenidos por el doctor Notta de Lixieux, en varios casos de cáries, con las inyecciones de licor de Villate, agente terapéutico tomado de la medicina veterinaria, y cuya composicion dejamos allí consignada.

Este distinguido práctico acaba de publicar nuevas investigaciones, apoyadas en gran número de hechos, acerca del uso de este licor. Resulta de su trabajo, así como de los experimentos del profesor Nélaton, que está dotado de una eficacia incontestable en el tratamiento de la cáries y de un gran número de fístulas ó desprendimientos de la piel, que reconocen por causa las afecciones mas

variadas; todas las cuales presentaban el carácter comun de ser crónicas, rebeldes, y de parecer incurables, tales como tumores blancos, abscesos por congestion, abscesos frios, calientes, tuberculosos, heridas de armas de fuego, etc.; exceptuando las fístulas de ano, en las que este agente ha fracasado siempre en manos de M. Notta. Es condicion esencial de buen éxito, que el padecimiento sea de una cronicidad absoluta, que no quede nada del estado agudo; porque en este último caso, el licor de Villate exaspera la enfermedad, y en vez de una inflamacion modificadora saludable, determina frecuentemente una inflamacion flegmonosa, que puede tener consecuencias mas ó menos graves.

El modo de usarle consiste sencillamente en practicar inyecciones en los trayectos fistulosos, ó debajo de los tejidos desprendidos. En los casos comunes basta hacer estas inyecciones, dos, tres, cuatro ó cinco dias consecutivos, segun el grado de inflamacion que se haya obtenido, dejando despues descansar al enfermo un espacio de tiempo igual. En las afecciones rebeldes no basta este procedimiento, y no debe dudarse en practicar una inyeccion todos los dias, como lo hacen los veterinarios, sin temor de continuarlas durante un mes si es preciso. No obstante, es necesario saber suspender el medicamento, si la inflamacion se hace demasiado intensa, para volver á continuar su uso transcurridos algunos dias. A veces puede reemplazarse la inyeccion por una planchuela empapada en el licor, cuando la herida es poco profunda, está llena de fungosidades, ó la cáries es fácilmente accesible. Si se teme una reaccion demasiado intensa, se puede diluir el medicamento, añadiendo cierta cantidad de agua, ó bien dejar desde el principio, un dia ó dos de intérvalo entre cada inyeccion, á fin de tantear la susceptibilidad de las partes, y obrar luego con mas energía cuando se ha adquirido la certeza de que la inflamacion no puede comprometer el resultado; de este mismo modo se procede cuando se trata de trayectos fistulosos situados en la inmediacion de órganos muy delicados y expuestos á inflamarse. Así, puede establecerse, como regla general, que es preciso suspender la inyeccion cuando se observa que los accidentes inflamatorios exceden de

cierto límite y amenazan hacerse demasiado intensos.

La inyeccion produce, por lo comun, un dolor bastante vivo, que dura algunas horas y aun todo un dia; pero generalmente va disminuyendo y se hace muy soportable, á medida que se repiten aquellas: hay casos, sin embargo, en que conserva gran intensidad, y entonces es preciso suspender el tratamiento ó diluir el licor.

Las primeras inyecciones determinan una viva inflamacion en los trayectos fistulosos, pero en general limitada: la supuracion aumenta al principio, y luego disminuye y se agota, lo que indica una cicatrizacion próxima. A veces se producen pequeños abscesos en el trayecto, ó las inmediaciones de la fístula; pero no ofrecen gravedad, ni se oponen á la curacion. Cuando existe cáries de los huesos, se disgregan casi siempre algunas partículas de estos antes de verificarse la cicatrizacion. M. Nélaton ha visto muchas veces formarse en los trayectos especies de falsas membranas que se desprenden y son eliminadas, dejando al descubierto superficies tapizadas de botones carnosos y dotadas de gran fuerza de cicatrizacion.

Así, el licor de Villate parece que se conduce á la manera de los cáusticos ligeros, estimulando vivamente la herida, y en ocasiones produciendo una pequeña escara. No debe perderse de vista este modo de obrar, para no dejar que permanezca el líquido de la inyeccion en mucha cantidad en los trayectos fistulosos; porque, aparte de los dolores excesivos y de una inflamacion demasiado intensa, podria mortificar los tejidos; accidente que M. Saurel ha visto sobrevenir en un niño que fué atacado de gangrena de la piel en la inmediacion de la fístula en que se habia inyectado el licor de Villate.

Despues de obtenida la curacion, no es raro observar que se reproduce otra vez alguna de las fístulas, ó que se forman pequeños abscesos que, abriéndose espontáneamente, dejan trayectos fistulosos de poca extension, que se curan rápidamente con algunas nuevas inyecciones.

En fin, en ciertos casos puede ser útil recurrir á otros agentes, al mismo tiempo que se usa el licor de Villate: así, para las fístulas estrechas, será acaso necesaria la dilatacion por medio de los bordones, esponja preparada, raiz de genciana, etc.; en algunos tumores blancos

convendrá la compresion. Estos diversos medios y otros que pudiéramos presentar, segun la variedad infinita de los casos, empleados solos serian insuficientes; pero reunidos, se auxilian unos á otros, logrando la curacion de padecimientos muy rebeldes.

Las observaciones que refiere el doctor Notta, son en su mayoría sumamente notables, bajo el punto de vista de la rapidez de la curacion: así, una cáries de los huesos de la cara, que contaba diez y siete años de fecha, se curó con veinte y seis inyecciones; una cáries de la articulacion sacro-ilíaca, de más de dos años y medio, desapareció en un mes; y otra del maxilar inferior, de veinte y seis meses, en diez y siete dias. Segun M. Notta, el profesor Nélaton, muy partidario de este licor, ha visto cicatrizarse fístulas tuberculosas del testículo con solo cinco ó seis inyecciones.

Al lado de estos hechos en que se obtuvo un resultado tan feliz, el autor coloca otros, en los cuales el medicamento que nos ocupa fué completamente inútil, á saber: casos de necroses con secuestros muy extensos ó invaginados, fístulas de ano, las que terminan en ciertos quistes; en fin, ensayado en la oftalmía purulenta, no ha producido ningun resultado.

El doctor Dumont refiere dos casos de cáries del maxilar inferior, el uno de veinte y tres, y el otro de veinte y seis meses de fecha, cuya curacion no habia podido conseguirse á pesar del tratamiento mas racional y variado, inclusa la tintura de iodo, y que terminaron completa y felizmente el primero, en diez, y el segundo, en diez y siete dias, por medio de las inyecciones de licor de Villate.

La presentacion de la memoria de M. Notta á la Sociedad de Cirugía provocó una discusion que no carece de interés práctico. Los profesores Houel y Labbé han obtenido los mejores efectos, sin haber observado nunca inconveniente alguno por el uso de este medicamento. M. Desormeaux, sobre todo, que le emplea hace cuatro años, dice que es la mejor medicacion para las fístulas ó úlceras fistulosas, sostenidas por cáries ó necroses de marcha lenta y crónica. En estos casos es muy preferible á las inyecciones iodadas, que deben reservarse para los vastos focos de supuracion, contra los cuales

el iodo goza de una eficacia y superioridad indiscutible.

Por el contrario, los doctores Legouest, Chassaignac, Boinet, Le Fort y Laborie, acusan al licor de Villate de producir dolores excesivos, insoportables, fenómenos de irritacion y de inflamacion muy graves, al lado de resultados medianamente satisfactorios y frecuentemente nulos. M. Legouest le acusa formalmente de ocasionar accidentes tóxicos, y refiere un caso de que tiene conocimiento y en que el enfermo sucumbió á consecuencia de una intoxicacion determinada por el licor de Villate, inyectado en una herida fistulosa. En fin, los doctores Jollin y Verneuil han empleado esta preparacion con variable éxito. El primero no ha tenido que lamentar nunca accidentes desagradables; el segundo ha visto un flemon bastante grave, provocado por las inyecciones de este líquido.

Desgraciadamente no sabemos si en todos estos casos se tuvieron bien presentes las precauciones tan recomendadas por el doctor Notta para el uso del medicamento, y que ya dejamos consignados. El hecho referido por M. Legouest sin detalle alguno, y no habiendo sido observado por tan distinguido práctico, carece de la importancia que deberia tener, y quizás fuese debido á haber dejado en contacto con extensas superficies ulceradas gran cantidad del licor, pues de otro modo la dósis de sulfato de cobre que entra en su composicion, no podia determinar estos accidentes. Sin embargo, debe servir de aviso para vigilar con cuidado la accion de dicho líquido y usarle prudentemente.

En un artículo publicado por el doctor Notta, despues de la discusion, dice este autor: que con mucha frecuencia los farmacéuticos reemplazan el vinagre de vino blanco por el de madera ó ácido piroleñoso, que le hace mucho mas cáustico y difícil de tolerar por los enfermos, á causa de los vivos dolores que produce. Esta sustitucion es fácil de reconocer á primera vista; porque el licor preparado con el ácido piroleñoso, despues que se aposa, tiene un color azul, mientras que el que se obtiene con el vinagre de vino, es verde, con un ligero reflejo azulado. Esta distincion es capital, puesto que probablemente á dicha adulteracion se debe que algunos cirujanos acusen al licor de Villate de determitar dolores excesivos y fenóme-

nos de irritacion y de inflamacion muy graves. Cuando está preparado normalmente, los enfermos le toleran bastante bien, segun M. Notta, siendo excepcional el verle producir aquellos accidentes.

Mechas cáusticas. (*La Clínica*).

Conocido es de nuestros lectores el procedimiento ideado por el doctor Maissonneuve para la extirpacion de los tumores por medio de la cauterizacion con la pasta de Canquoin (1), y no repetirémos, por lo tanto, la descripcion del manual operatorio, ni las ventajas que su autor le atribuye: es nuestro objeto únicamente dar cuenta de una modificacion introducida en la composicion de las mechas para hacerlas mas fácilmente aplicables.

Tratando el distinguido y celosísimo catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Madrid, doctor Calvo y Martin, de ensayar el procedimiento en cuestion, observó desde luego que la pasta de Canquoin ordinaria tiene muy poca consistencia para que pueda emplearse en forma de mechas, y trató de asociarla con otros cuerpos á fin de que adquiriese mas dureza. Despues de varias tentativas, ha adoptado la siguiente fórmula, que, segun parece, le fué propuesta por su discípulo el señor Barragan y Guerra, quien la ha publicado en *La Clínica*:

Cloruro de antimonio	1 parte.
— de zinc	2 partes.
Harina de trigo	2 —
Sulfato de cal	2 —

Se mezcla y hace una masa blanda con el agua y la harina; se incorpora despues el cloruro de zinc y el de antimonio, y se añade el sulfato de cal paulatinamente hasta formar una masa homogénea, que se extiende sobre un cristal y se corta en mechas triangulares de varios tamaños, desde media á una pulgada de longitud.

El doctor Calvo ha practicado en sus salas de clínica mas de catorce operaciones por medio de las mechas cáusticas con resultados bastante satisfactorios.

(1) Véase ANUARIO, t. I, pág. 161.

Mixtura contra la diarrea prodrómica del cólera. (*Bull. de thér.*).

Segun el doctor Gobert, se contiene infaliblemente esta diarrea en su principio por medio de la siguiente mixtura, auxiliada del régimen y de una buena higiene:

Jarabe de ratania.	40 gramos.
Tintura de catecú.	15 —
Carbonato de cal lavado.	5 —
Láudano de Sydenham.	25 gotas.
Agua destilada de menta.	150 gramos.

Para tomar una cucharada cada media hora.

A pesar de que el autor considera este medicamento como infalible, fundándose en mas de 200 observaciones, nos parece que en la práctica ha de encontrarse alguna excepcion.

Mixtura contra los vómitos incoercibles del cólera. (*Jour. de méd. prat.*).

El doctor Fereol recomienda administrar de hora en hora á los enfermos un terron de azúcar, empapado con unas gotas de la mixtura siguiente:

Tintura de cáñamo índico.	1 gramo.
Tintura de nuez vómica.	1 —
Agua de melisa.	5 —

Parece que los doctores Delpech, Woillez y Desnos han obtenido resultados muy notables con el uso de este medicamento.

Mixtura para la cura de las heridas. (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

Desde hace algunos años se observa una marcada tendencia en los cirujanos á suprimir el apósito clásico de hilas y cerato, recomendando unos, para sustituirle, el alcohol y sus compuestos, y otros, la glicerina. Procurando, sin duda, el doctor Foucher, conciliar estas dos opiniones, ha tenido la idea de asociar ambas sustancias medicinales, adicionando á esta mixtura el clorato de potasa, preconizado tambien recientemente por algunos prácticos, para modificar las superficies en supuracion. La fórmula empleada por este autor ha sido la siguiente:

Alcohol.	400 gramos.
Glicerina.	625 —
Clorato de potasa.	40 —

Se obtiene un líquido transparente, sin olor desagradable, que empapa con facilidad las hilas y las compresas y no mancha las piezas de apósito. La cura puede permanecer aplicada veinte y cuatro horas y aun más sin secarse. Esta mixtura no ensucia la herida y partes inmediatas, y una simple locion con agua templada basta para limpiar lo que se hubiese quedado adherido. Segun el autor, ofrece, además de esta, otras ventajas de mayor importancia. Su aplicacion es mucho menos dolorosa que la del alcohol puro, y á los efectos de este se unen los de la glicerina y sobre todo la accion del clorato de potasa, muy eficaz en las heridas cuyos botoncillos carnosos y cuya superficie tiene tendencia á cubrirse de esas exudaciones agrisadas que han hecho que se dé á esta alteracion el nombre de difteritis de las heridas.

Las soluciones de continuidad, curadas con este líquido, presentan ordinariamente una hermosa superficie granulosa, roja y de buen aspecto; los bordes están limpios é iguales, y el apósito se levanta con mucha facilidad si se ha tenido la precaucion de empapar bien la planchuela y aun de poner inmediatamente sobre la superficie cruenta una compresa agujereada, impregnada en dicho líquido.

Durante cinco meses, los doctores Foucher y Cruveilhier (hijo) han empleado esta mixtura casi exclusivamente en todos sus operados con éxito muy satisfactorio. La recomiendan, por tanto, como un buen tópico fácil de obtener, y cuyas aplicaciones podrán multiplicarse modificando sus cualidades por la adicion de dósis mas ó menos grandes de agua.

Narceina: sus efectos fisiológicos y terapéuticos. (*Bull. de thér.*).

Las interesantes investigaciones de Cl. Bernard acerca de los alcalóides del opio, y especialmente de la narceina, han hecho que se fije en esta sustancia la atencion de los observadores. Ya en los anteriores ANUARIOS y en nuestra *Revista de farmacia* hemos dado á conocer los mas importantes trabajos que se han publicado respecto á la accion terapéutica y los efectos fisiológicos de esta sus-

tancia. Cúmplenos hoy analizar rápidamente una Memoria publicada por el célebre práctico aleman doctor Eulemburg, que ha usado frecuentemente este alcalóide, con especialidad en las enfermedades quirúrgicas y aun en personas sanas.

La narceina se disuelve completamente en 375 partes de agua á 17° cent.; es, pues, mas soluble que la morfina, que necesita 1000 partes de agua para disolverse. Por el contrario, el clorhidrato de narceina es menos soluble que la misma sal ó el acetato de morfina.

La narceina puede emplearse en uso interno ó externo (inyeccion subcutánea). Este último es preferible, tanto por la seguridad de los efectos que se obtienen, como por la pequeñez de las dósis necesarias para conseguirlos. El doctor Eulemburg prepara, para administrar al interior, una solucion ligeramente acidulada de narceina pura, compuesta de 10 centígramos del alcalóide en 30 gramos de agua destilada. Para las inyecciones subcutáneas hace uso de un soluto, mucho mas concentrado, de clorhidrato de narceina (0,05 para 4 gramos de agua destilada): esta solucion se enturbia al poco tiempo y es preciso calentarla siempre que se va á hacer uso de ella. Las dósis generalmente empleadas por el autor son: 1/6 á 1/2 grano para uso interno, y 1/8 á 1/4 de grano, para las inyecciones hipodérmicas. En las personas sanas, estas dósis han producido ordinariamente un ligero efecto narcótico sin ningun síntoma subjetivo desagradable, como cefalalgia, vómitos, etc. El sabor de la narceina pura, que no tiene color, ni olor, es ligeramente amargo, al mismo tiempo que metálico; la inyeccion hipodérmica produce una sensacion de quemadura, pero poco intensa y de corta duracion, y de todos modos menos pronunciada que la que determinan los demás alcalóides (morfina, quinina, etc.); nunca ha producido accion irritante en los experimentos del autor.

Entre los efectos fisiológicos de la narceina se presenta, al mismo tiempo que el narcotismo, su accion sobre la circulacion. Esta consiste principalmente (al contrario que en la atropina) en una disminucion de la fuerza y frecuencia del pulso, á la cual sucede, algun tiempo despues, la aceleracion. Sus efectos sobre el sistema nervioso

cutáneo parecen ser análogos á los de los otros narcóticos, y les produce de un modo directo por el método externo (hipodérmico) é indirecto, obrando sobre los centros por el método interno. El uso repetido del medicamento por la vía gástrica, determina frecuentemente una ó dos deposiciones y aun á veces verdadera diarrea. Por otra parte, parece que retarda la aparicion de los ménstruos. En fin, no se manifiesta ninguna accion muscular como despues de las inyecciones subcutáneas de morfina. Se puede asegurar, dice M. Eulemburg, que para los efectos sedantes é hipnóticos, la narceina es preferible á todas las demás sustancias conocidas. Está indicado su uso, además de las neuroses esenciales, en todas las afecciones en que el elemento dolor es el síntoma predominante; tales como enfermedades articulares, flemones, lesiones oculares (iritis, queratitis, etc.), orquitis, epididimitis blenorrágica, cistitis, cirrosis del hígado, en las heridas ó despues de las operaciones dolorosas, etc.; en todos estos casos, la narceina empleada á las dósis que antes hemos dicho, ya interior, ya exteriormente, disminuye con rapidez el dolor, y produce casi siempre un sueño de cuatro, cinco y aun nueve horas, dulce, tranquilo, no interrumpido, y del que se despierta sin molestias; nunca estas dósis han determinado efectos tóxicos. Aun cuando con la morfina se consiguen en muchos casos los mismos resultados, no son tan seguros; el medicamento se manifiesta frecuentemente infiel; el estómago no puede soportarle y le vomita, ó produce, en lugar de un sueño reparador, un estado de excitacion con ensueños penosos, delirio y convulsiones; en otros enfermos, la morfina tiene una accion poco marcada y muy fugaz, sin que pueda explicarse la causa. El método subcutáneo hace á este medicamento mas activo y seguro; pero aumenta tambien, en iguales proporciones, todos los inconvenientes, y ocasiona á menudo cefalalgia, síncopes, vómitos, un colapso profundo; en muchos casos, el sueño se prolonga demasiado (cincuenta y cuatro horas, segun Semeleder); otras veces, los efectos duran dias enteros aun despues de haber despertado el enfermo.

El doctor Eulemburg concluye de sus observaciones, que la narceina, como calmante y narcótica, es un suc-

cedáneo de la morfina, á la cual se la debe preferir en un gran número de casos.

El autor ha tenido pocas ocasiones de emplear la narceina contra las neuralgias (hemicránea, neuralgia del trifacial, crural y supra-orbitaria); pero siempre obtuvo con este medicamento una rápida curacion. En la jaqueca, 1/6 y poco despues 1/9 de grano de narceina, tomado al principio, produce un sueño de muchas horas, del que se despierta en plena salud.

Apesar de todas estas ventajas, este alcalóide no ha entrado aun en la práctica comun á causa de su elevado precio.

Pastillas de borax. (*La Press. méd. bel.*).

La dificultad de emplear metódicamente los gargarismos y el poco tiempo que los medicamentos usados de este modo permanecen en contacto con las partes enfermas, ha movido al doctor Davreux á servirse del borax en pastillas, para el tratamiento de un gran número de enfermedades de la boca y garganta. Cada pastilla de las preparadas por este autor contiene 15 centígramos de borax y 2 gramos de azúcar, aromatizándolas por medio de una esencia cualquiera.

El sabor salino del medicamento se encuentra perfectamente disimulado en esta composicion. Las pastillas deben administrarse perfectamente secas, á fin de que tarden algun tiempo en deshacerse y se disuelvan lentamente en la saliva.

En los niños muy pequeños reemplaza las pastillas por un polvo compuesto de azúcar y borax, en cantidad de una décima parte, y aromatizado tambien si se considera necesario; no hay mas que colocar una pequeña cantidad de este polvo sobre la lengua, por medio del dedo, que tambien se puede dar á chupar cubierto del medicamento á los niños de pecho.

Bajo cualquiera de estas formas, el borax sustituye perfectamente á los colutorios y gargarismos en casi todas las afecciones de la boca y de su cámara posterior en que están indicados los astringentes. El doctor Davreux no ha observado nunca, á consecuencia de su uso, aunque haya sido muy prolongado, alteraciones

digestivas ó generales que deban tenerse en cuenta.

Las indicaciones del borax en pastillas son muy numerosas; pero el autor se limita á enumerar las que ha estudiado principalmente.

Enfermedades de la boca.—Muchas formas de estomatitis, así como las *aftas*, sobre todo en el primer período antes que haya ulceracion, se curan mas fácilmente de este modo que por los medios ordinarios; en el *muguet*, aun cuando sea sintomático, y principalmente cuando se extiende á la faringe y al esófago, las pastillas de borax le han producido muy buenos efectos; en la *salivacion mercurial* no son inferiores al clorato de potasa, en el adulto; y en los niños, el polvo de que hemos hablado mas arriba tiene una eficacia notabilísima. Se ha curado rápidamente por este medio una glositis superficial.

Enfermedades de la faringe.— Aquí es donde el autor ha obtenido mejores resultados. Sus observaciones, dice, le permiten afirmar que en casi todas las *anginas* las pastillas de borax constituyen un medicamento eficacísimo, de los más fáciles de emplear y de una accion mucho mas rápida que todos los gargarismos que generalmente se usan. La angina pultácea, que frecuentemente acompaña á la *escarlatina*, se modifica ventajosamente bajo la influencia de este medicamento, y lo mismo sucede en la *viruela*, respecto á la erupcion característica que se presenta en la cámara posterior de la boca.

En las *anginas gutural y faringea* y en la *amgidalitis* aguda, las pastillas de borax han tenido un éxito tan completamente satisfactorio, que el autor no piensa ya siquiera en las insuflaciones ni en los gargarismos astringentes; lo mismo sucede en el *infarto crónico de las tonsilas*, y tambien en la *relajacion de la úvula*; *la angina granulosa* misma, enfermedad por lo comun tan rebelde, acaba por ceder siempre que se continúe el tratamiento con la constancia necesaria.

Las *irritaciones de la garganta y esas diversas alteraciones de la voz*, tan comunes en los fumadores, los bebedores, y en todas las personas cuya profesion exige un ejercicio inmoderado de la palabra ó del canto, son precisamente las circunstancias en que el borax está dotado de una eficacia especial.

El autor deja á los observadores el cuidado de determinar los demás casos en que puede ser útil este medicamento.

Dósis.—En todos sus ensayos la cantidad ordinaria ha sido de 5 á 6 pastillas al dia, en las afecciones recientes ó ligeras; en las intensas ó antiguas, ha administrado de 8 á 10.

El polvo es necesario repetirle cierto número de veces, porque bajo esta forma la accion astringente del borax es mas fugaz y por consiguiente menos enérgica. El doctor Davreux administra diez veces al dia, á los niños de pecho, una pequeña cantidad de este polvo, tal, por ejemplo, como la que puede coger el dedo mojado en su punta.

Pastillas de fibro-globulina como analépticas. (*Bull. de l'Acad.*).

Teniendo en cuenta el doctor Lespian, médico del hospital de Gros-Caillon, que la sangre de vaca contiene todos los principios analépticos de la carne cruda de este animal, y que no pierde ninguna de sus cualidades nutritivas por la coagulacion en contacto del aire, se le ha ocurrido la idea de preparar unas pastillas cuya fórmula inserta en el *Bull. de l'Acad. de méd.* consiste en lo siguiente:

Coágulo de sangre arterial de vaca.	8 partes.
Azúcar blanca pulverizada y tamizada.	70 —
Raiz de lirio de Florencia pulverizada.	2 —

La cantidad de coágulo representa la décima parte de la masa total.

Este nuevo medicamento reemplaza muy bien, segun su autor, á la pulpa de carne cruda, y se administra en dósis calculadas de manera que la cantidad de coágulo sea 2 gramos al dia para los adultos, y las proporciones correspondientes, segun la edad, para los niños.

Píldoras antidiarréicas. (*Bull. de thér.*).

Extracto tebáico.	20 centigr.
Polvo de ipecacuana.	40 —
Tanino.	40 —
Catecú.	40 —

Háganse 20 píldoras plateadas; para tomar una cada dos horas.

Cuando las deposiciones contienen sangre, es conveniente, segun el doctor Solari, autor de la fórmula, añadir 80 centígramos de extracto de ratania.

Píldoras contra la colerina y el cólera. (*Gaz. des hop.*).

Opio.	1 gramo.
Alcanfor.	2 —
Pimienta negra.	4 —

H. s. a. 50 píldoras. Para tomar 6 en las veinte y cuatro horas.

Se dice que esta fórmula ha dado muy buenos resultados en la última epidemia de cólera en Paris, en manos de los doctores Foderé, Mené y Dujardin-Beaumetz. Obra, segun aseguran, con mas seguridad y rapidez que otras preparaciones opiadas.

Píldoras contra las neuralgias no periódicas de la cabeza. (*Gaz. de Lyon*).

Almizcle.	1 gramos.
Extracto de digital.	1 —
Extracto tebáico.	2 —

Háganse cuatro píldoras.

El doctor Boiron, autor de esta fórmula, y el doctor Teissier, que la ha experimentado muy frecuentemente, dicen que es eficacísima en la cefalalgias no periódicas.

Píldoras contra las neuralgias rebeldes de la cabeza. (*Gaz. méd. de Lyon*).

Arseniato de sosa ó ácido arsenioso.	1 miligr.
Sulfato de quinina.	10 centig.
Extracto de valeriana.	5 —

Para una píldora.

Se administran dos ó tres iguales en las veinte y cuatro horas.

Píldoras de esencia de trementina. (*Bull. de thér.*).

Las pociones en que ha tratado de incorporarse la esencia de trementina, tienen un sabor malísimo; las cápsulas ofrecen el inconveniente de poner esta sustancia en estado de pureza, en contacto con las paredes del estómago, de lo que resulta una irritacion mas ó menos intensa, y eructos sumamente desagradables.

Para evitar todos estos inconvenientes, el doctor Dannecy se ha propuesto dar á la esencia de trementina la forma pilular, asociándola á la cera en la siguiente fórmula:

Esencia de trementina.	aa. partes iguales.
Cera blanca.	

Se funde á un calor suave, se deja enfriar y se añade:

Azúcar blanca pulverizada. . . . . c. s.

Se hacen píldoras, cada una de las cuales deberá contener 2 decígramos de esencia.

Dudamos que estas píldoras puedan disolverse en los jugos gástricos, que atacan con dificultad á la cera.

Pocion antiflogística. (*España médica*).

El laborioso práctico señor Torres Villanueva ha publicado en la *España médica*, la fórmula de una pocion con la que, segun dice, obtiene en su práctica notabilísimos resultados.

Compónese de:

Alcoholaturo de acónito de.	20 á 30 gotas.
Tintura de digital.	6 á 10 —
Agua comun ó destilada.	5 á 7 onzas.
Jarabe simple.	$^1/_2$ onza.

El autor emplea esta preparacion en las afecciones de carácter flogístico de los órganos respiratorios, ó mas bien, de todos los contenidos en la cavidad torácica sin exceptuar las hemorragias, la angina de pecho y las hipertrofias del corazon. Los resultados no dejan en todos estos casos nada que desear.

Los efectos de este medicamento son instantáneos, y manifiestos en las congestiones y excitaciones de los órganos encefálicos. Por su medio, dice el señor Torres, se previenen los derrames con toda seguridad.

En las verdaderas hepatitis agudas, y cuanto mas intensas mejor, los felices resultados de esta pocion son admirables; tambien produce muy buenos efectos en las exacerbaciones de las hepatitis crónicas.

En las cistitis agudas con retencion de orina, hace innecesario el uso de la sonda y de las evacuaciones de

sangre. El autor cita en apoyo de este efecto algunos casos prácticos bastante notables.

En todas las inflamaciones agudas, internas ó externas, con reaccion febril, esta pocion es de marcada utilidad, y solo en las didimitis y metritis, cuando los síntomas generales han remitido á beneficio de su uso y queda un infarto en los órganos, hay que apelar á las aplicaciones de sanguijuelas, emolientes; etc.

En muchas afecciones reumáticas, en el período de reaccion, el señor Torres no usa otro medicamento.

En las hemorragias activas, provengan del órgano que quieran, siempre empieza el tratamiento con esta pocion, sin perjuicio de emplear despues los medios capaces de atacar la causa productora del flujo de sangre.

Las convulsiones eclámpsicas de las embarazadas se combaten, dice, con mucho mejor éxito, por este medio que con las sangrías. Y en los niños, esta preciosa preparacion es una verdadera panacea en todas las convulsiones, ya provengan del trabajo de la dentícion, ya de la existencia de lombrices; pero en este último caso, el remedio no hace mas que calmar los fenómenos nerviosos y febriles, y es preciso recurrir á los anti-helmínticos.

En fin, concluye el autor, todas las afecciones de carácter flogístico ó hiperestésico, sin exceptuar las fiebres eruptivas, en el período de reaccion, reclaman el uso de este agente terapéutico, como capaz de curarlas radical y completamente unas veces, de modificarlas, dando lugar despues al uso de los demás medios apropiados otras, y sin inconveniente alguno en todos los casos, puesto que no se opone á la accion de los demás auxilios que se consideren oportunos.

El señor Torres Villanueva usa la pocion del modo siguiente:

En las enfermedades graves, de carácter muy agudo, administra una cucharada cada media hora, cada hora, ó cada dos ó tres, segun la intensidad del mal. En los casos poco urgentes, y cuando se trata de precaver una congestion, un ataque epiléptico, etc., da el medicamento dos, tres, cuatro ó mas veces al dia, una hora antes de los alimentos.

Excusado es decir que estas dósis, lo mismo que la

fórmula, pueden y deben variarse segun que se trate de un niño, un adulto, un viejo, etc. En ciertos estados del estómago, con propension al vómito, es necesario suprimir la digital, cuya presencia, por otra parte, solo es indispensable en los casos de fiebres muy agudas, con pulso fuerte y calor urente de la piel, ó cuando se trata de afecciones directas del corazon, y por último, en ciertas neuralgias, padecimientos reumáticos, cistitis, y algunas hemorragias. El autor cree que esta pocion produce sus efectos obrando directamente sobre la inervacion y la circulacion.

Nosotros, al transcribir sus observaciones, no podemos hacer otra cosa que manifestar el deseo de que sean confirmadas por la experiencia, dudando, sin embargo, que las virtudes de la pocion sean tales, que haga innecesarias, como dice el autor, las evacuaciones de sangre, en casi todos los casos en que hasta ahora se han venido usando. Creemos que estas continuarán empleándose para llenar las indicaciones que legítimamente las corresponden, tan distantes del abuso como de la proscripcion absoluta.

Pocion contra la coqueluche. (*Ann. de la Soc. méd. de Liége*).

El doctor Davreux ha publicado la fórmula de una pocion que, segun dice, ha detenido el curso de la coqueluche en un gran número de casos en que el padecimiento, aun cuando en su principio, se marcaba con todos sus caractéres de un modo evidente.

Agua gomosa.	200 gramos
Extracto de acónito napelo.	5 centigramos.
Agua destilada de laurel-cerezo.	4 gramos.
Jarabe de ipecacuana.	30 —

Desde el momento que un niño que estaba expuesto al contagio presentaba los fenómenos iniciales de la coqueluche, tal como los ha descrito M. Trousseau, se le administraba una cucharada de las de café de hora en hora, si era menor de tres años, y dos cucharadas á la vez si pasaba de esta edad. Este tratamiento se continuaba de ocho á diez dias, aun cuando hubiera cesado la tos.

Pocion contra el croup y la angina membranosa. (*Gaz. des hop.*).

Agua de tila.	110	gramos.
Acido gálico puro.	1 á 2	—
Jarabe de bálsamo de Tolú.	40	—

Una cucharada de hora en hora, hasta que cesen los síntomas.

El doctor Sebastien, autor de esta fórmula, dice que el ácido gálico es, segun sus observaciones, incontestablemente superior á todos los demás remedios hasta ahora preconizados, para combatir estas enfermedades.

Pocion contra la diarrea. (*Bull. de thér.*).

Jarabe de ratania.	40	gramos.
Tintura de catecú.	15	—
Carbonato de cal.	5	—
Láudano de Sidenham.	25	gotas.
Agua destilada de menta.	150	gramos.

Para tomar una cucharada de café cada media hora.

El doctor Gobert recomienda esta fórmula como muy eficaz en el tratamiento de la diarrea.

Pomada de acónito y cloroformo contra las neuralgias.

Alcoholaturo de acónito puro.	5	gramos.
Cloroformo.	5	—
Manteca.	20	—

Se da una untura con esta mezcla en el sitio del dolor, y se cubre en seguida con una ligera capa de algodon en rama.— El doctor Geay recomienda mucho esta mezcla, como un excelente tópico para las neuralgias superficiales.

Pomada contra los sabañones. (*Bull. de thér.*).

Ioduro potásico.	4	gramos.
Tintura de iodo.	4	—
Manteca.	50	—

Recomendada en todos los períodos por M. Guersant, que emplea tambien la solucion de permanganato de potasa, al $^1/_{10}$, en cantidad de dos cucharadas, en un vaso de agua. En este líquido se empapan las planchuelas con que se hace la cura.

Porta-cáusticos laringeo. (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

Las importantísimas aplicaciones del laringoscopio al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los conductos respiratorios han traido consigo la necesidad de idear medios con que puedan emplearse localmente y en aquellas profundas cavidades los agentes terapéuticos oportunos, que muy á menudo suelen ser sustancias cáusticas.

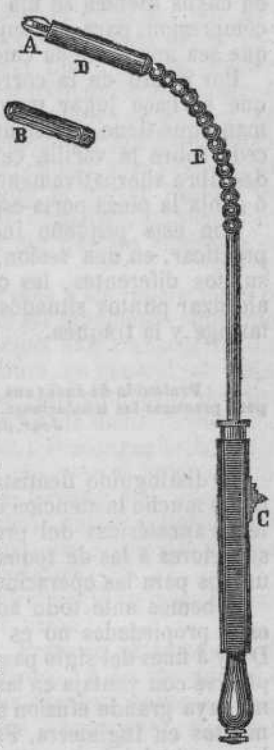


Fig. 36.

Para llenar estas indicaciones, ha inventado el doctor Guinier, de Montpellier, un instrumento, á que denomina *porta-cáusticos laríngeo*, y con el cual se propone conducir, á voluntad, un cáustico sólido ó líquido (por medio de una esponja preparada) á las regiones profundas de la laringe y tráquea. Se compone de dos partes esenciales: 1.° una varilla porta-cáusticos, encorvada en ángulo recto (fig. 36); 2.° una vaina metálica, movible sobre la varilla, á quien abraza, y susceptible de acomodarse á todas las corvaduras.

La varilla porta-cáusticos es metálica; termina por un lado en un mango que tiene una corredera C, por cuyo medio se puede hacer avanzar ó retroceder la vaina: en la otra extremidad hay un tornillo, al que puede adaptarse una pinza porta-esponja AD, ó bien un porta-cáusticos. La vaina, igualmente metálica, termina, por el lado del cáustico, en un ensanchamiento, cuyo uso y mecanismo difieren, segun que se emplea el cáustico sólido ó la esponja. En

el primer caso, está destinado á ocultar aquel, de modo que no quede á descubierto, en un momento dado, mas que una porcion determinada. En el segundo, este ensanchamiento tiene por objeto recibir la pinza de resorte, en cuyos dientes se fija la esponja, y cerrar aquella por compresion, para que sujete á esta sólidamente, de modo que sea imposible su caida.

Por medio de la corredera establecida en el mango, que se hace jugar muy fácilmente con el índice de la mano que tiene el instrumento, la vaina avanza ó retrocede sobre la varilla central, de manera que cubre ó descubre alternativamente el cáustico sólido, ó comprime ó afloja la pinza porta-esponja.

Con este pequeño instrumento, el operador puede practicar, en una sesion, sobre el mismo enfermo ó en sujetos diferentes, las cauterizaciones mas variadas, y alcanzar puntos situados á distintas profundidades de la laringe y la tráquea.

Protóxido de ázoe: sus propiedades anestésicas: aparato para practicar las inhalaciones. *(Bull. de l'Acad. de méd.—Gaz. méd.—Jour. de phar. et chim.).*

El distinguido dentista de Paris M. Preterre ha llamado mucho la atencion de los prácticos acerca de las virtudes anestésicas del protóxido de ázoe, que considera superiores á las de todos los demás agentes hasta ahora usados para las operaciones de corta duracion.

Debemos ante todo advertir que el conocimiento de estas propiedades no es nuevo, puesto que ya las indicó Davy á fines del siglo pasado, anunciando que podria emplearse con ventaja en las operaciones quirúrgicas en que no haya grande efusion de sangre: se practicaron experimentos en Inglaterra, Francia, Suecia y Alemania; pero los resultados fueron distintos de los obtenidos por Davy.

En 1844, Horacio Wells repitió con éxito en sí mismo y en otras personas los ensayos de Davy, y pudo extraer dientes sin dolor; pero tratando de hacer en público una demostracion positiva, el éxito fué desgraciado, lo que comprometió gravemente la causa del protóxido de ázoe, sobre todo cuando poco tiempo despues se descu-

brieron las propiedades anestésicas del éter, y mas tarde las del cloroformo.

Hace ya unos dos años que los dentistas americanos tuvieron la idea de ensayar de nuevo la accion del protóxido de ázoe, deduciendo de sus estudios, que no se le debia condenar al olvido, y desde esta época se le usa todos los dias en Boston, San Luis, etc. M. Preterre no ha hecho, pues, más que reproducir dichos ensayos y tratar de popularizar en Europa el nuevo anestésico. Este autor dice, en una nota presentada á la Academia de Medicina, que el éxito ha correspondido á sus esperanzas: constantemente ha obtenido con la mayor rapidez una anestesia completa y de corta duracion, pudiendo extraer gran número de dientes sin que los enfermos sufriesen el mas pequeño dolor.

Cuando se somete á una persona á las inhalaciones del protóxido de ázoe, se observan los fenómenos siguientes:

La anestesia se produce apenas han transcurrido uno ó dos minutos de aspiracion. Dura, en general, de treinta á cincuenta segundos, tiempo suficiente para practicar una pequeña operacion (extraccion de diente, avulsion de uña, dilatacion de abscesos, etc.). Prolongando las inspiraciones del gas, ha obtenido una vez el autor tres minutos de anestesia; pero no ha llevado mas adelante el experimento. Los caractéres de la insensibilidad determinada por el protóxido de ázoe, son la rapidez con que se produce y el poco tiempo que dura.

La cantidad de gas que generalmente se necesita para obtener el efecto, es de 25 á 30 litros.

Segun las aserciones de M. Preterre, el protóxido de ázoe no determina nunca accidentes, á no ser que se le respire impuro. El mismo autor asegura haberse sometido centenares de veces á estas inhalaciones, sin sufrir molestia ninguna.

Para obtener en estado de pureza absoluta grandes cantidades de gas, M. Preterre ha hecho construir é instalar en su laboratorio el aparato representado en la figura 37.

A la derecha se encuentra un balon en que se pone nitrato de amoniaco *perfectamente puro*: este balon se calienta por medio de una lámpara de alcohol. El gas que

se desprende atraviesa tres frascos de locion, el primero de los cuales contiene agua acidulada con ácido sulfúrico; el segundo, una solucion de potasa; y el tercero, agua destilada. Es necesario tener cuidado, cuando se opera sobre cantidades un poco considerables, de elegir frascos de 4 á 5 litros de capacidad, á fin de evitar que se caliente con demasiada rapidez el líquido que contienen.

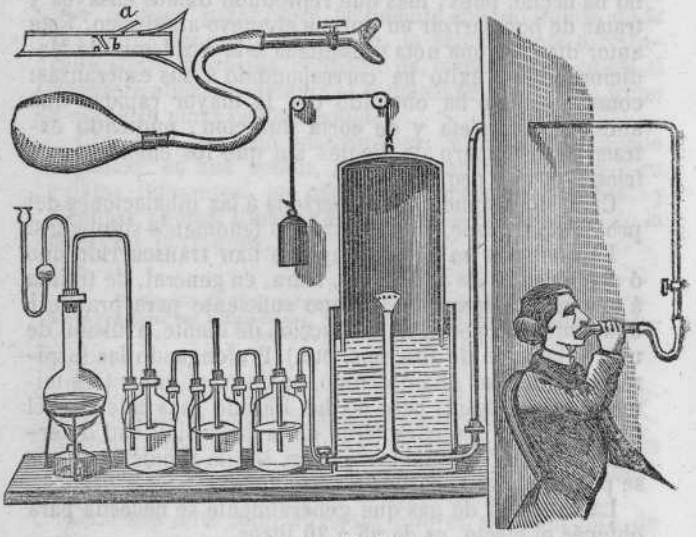


Fig. 37.

El gas, así purificado, es conducido por medio de un tubo á un gasómetro de campana de hojadelata y de unos 200 litros de capacidad próximamente. El autor ha preferido este gasómetro al de Mitscherlich, generalmente usado en los laboratorios, porque siempre que se vacía el gas que este último contiene, es preciso llenarle de agua, lo cual es muy trabajoso cuando se opera sobre volúmenes de 200 y 300 litros. Con el gasómetro de campana, la misma cantidad de líquido sirve indefinidamente, circunstancia muy atendible; porque siendo el protóxido de ázoe soluble en el agua, se perderian

grandes cantidades de gas si hubiera que renovar á cada operacion el líquido que ya está saturado.

El aparato que acabamos de describir, se instala en una habitacion, y por medio de conductos de plomo ó de caoutchouc se hace llegar el gas al gabinete de operaciones. El tubo destinado á la inspiracion, está pendiente cerca del operado como un cordon de campanilla. Cuando se quiere producir la anestesia, no hay mas que aplicar á los labios la embocadura de plata en que termina, teniendo cuidado de cerrar las narices. La embocadura que usa y ha inventado M. Preterre, está construida de modo que el gas espirado se expulsa fuera, en lugar de volver al interior del aparato. Para este objeto tiene dos válvulas, cuyo mecanismo se comprende perfectamente sin mas que examinar la lámina.

El aparato que acabamos de describir es de gabinete: cuando se quiere transportar el gas á cualquiera otra parte, se llena una vejiga de caoutchouc, terminada por un tubo, al que se adapta una embocadura semejante á la que hemos mencionado. En la parte superior del grabado está representado uno de estos receptáculos.

El autor termina su trabajo con las conclusiones siguientes:

1.° El protóxido de ázoe tiene la propiedad de producir muy rápidamente un sueño anestésico de corta duracion.

2.° Cuando este gas se emplea *perfectamente puro*, se puede respirar sin peligro, y no produce nunca accidentes desagradables.

3.° Para todas las operaciones de poca duracion, extraccion de dientes, avulsion de uñas, abertura de abscesos, etc., se le debe preferir á todos los agentes anestésicos conocidos.

Las aserciones absolutas del doctor Preterre, aun no comprobadas por otros prácticos, exigen, sin duda, confirmacion, y en cuanto á la completa inocuidad de este anestésico, no es posible pronunciar un juicio definitivo mientras no se aplique en miles de casos, como sucede con el cloroformo y el éter. Por de pronto, respecto á este punto existe un inconveniente: segun el sábio químico doctor Dumas, es dificilísimo obtener el protóxido de ázoe quí-

micamente puro, circunstancia indispensable, á juicio de M. Preterre, para que no se produzcan accidentes.

Sangre líquida : sus usos terapéuticos. (*Bull. de thér.—British méd.*).

No vamos á ocuparnos, ni de la sangre inyectada en las venas por medio de la transfusion, ni del extracto de sangre propuesto como succedáneo ó como adyuvante de la medicacion marcial por Hering, de Heilbroun, y por Mauther, de Viena; sino de la sangre natural, bebida caliente, tal como sale de los vasos de un animal á quien se acaba de degollar. Esta práctica usada en la antigüedad y en los siglos bárbaros de la edad media, habia caido en completo olvido, bien justificado á los ojos de muchas personas por lo que tiene de repugnante la sola idea de ingerir semejante bebida. Sin embargo, el sentimiento de propia conservacion y la esperanza de recobrar la salud perdida, vence estas y otras repugnancias, y no es extraño que de nuevo se haya echado mano de la carne líquida, segun llamaba Bordeau á la sangre, como agente de reparacion en ciertas enfermedades consuntivas.

Rimaud, que la ha tomado personalmente en un caso muy grave que hacia peligrar su vida, parece ser el primero que haya preconizado en nuestros tiempos el uso de la sangre recien sacada de los vasos. Despues de él, el profesor Bouchardat no titubeó en recomendarla (*Anuario* de 1855) en los enfermos aniquilados por los excesos, los trabajos prolongados y las privaciones, en los diabéticos, los anémicos, etc. El doctor Mascarel acaba de publicar tambien, por su parte, en el *Boletin de terapéutica*, una notable curacion obtenida con la sangre de gallina en una enferma que se moria anémica, sin que bastase ningun recurso á impedirlo. Tenia esta mujer 37 años, era de temperamento linfático, mal reglada habitualmente, y despues de un parto algo laborioso, no recobraba las fuerzas, aun cuando se alimentaba bastante bien : á los quince dias de haber parido, fué acometida de diarrea y cólicos, que se repitieron desde entonces cada seis ú ocho dias; pulso pequeño y acelerado, sin fiebre ni cefalalgia. Despues de agotados todos, absolutamente todos los recursos de la terapéutica, sin poder reconsti-

tuir á la enferma, y cuando ya se creia que la quedaban muy pocos dias de vida, el doctor Mascarel la aconsejó que bebiese sangre de gallina, y lo hizo, en efecto, no sin grande repugnancia una ó dos veces cada dia, tomando, sangre de esta ave, de ánade y de pavo. Tambien usó alguna vez la de cabrito, pero la vomitaba, y fué necesario renunciar á ella. Despues de cada toma, se daba á la enferma una cucharada de ron, mezclado con agua dulcificada.

Con este tratamiento, desde el tercer dia mejoró su estado de un modo notabilísimo, y á los ocho, la encontró ya M. Mascarel, con gran sorpresa suya, sentada en la cama y comiendo con buen apetito un pedazo de pan y queso. Las funciones digestivas se restablecieron por completo, desapareció la anasarca, se desarrolló el pulso, y transcurrido un mes en que la enferma continuó bebiendo sangre, la curacion, no solo estaba terminada, sino que la salud de esta mujer era mejor que antes de su padecimiento.

M. Desmartis, de Burdeos, ha creido tambien que se podrian obtener útiles resultados de la administracion de la sangre en el tratamiento de la tísis, y siguiendo su consejo el doctor Gaetano de Pascale, la ha empleado ó visto emplear, en Niza, en cuatro enfermos afectados de esta terrible dolencia, habiéndola usado tambien con ventaja en sí mismo para combatir una anemia de orígen palúdico.

En estos cuatro enfermos, dice este práctico, dos de los cuales eran de un temperamento linfático pronunciado, y uno estaba en un período tan avanzado de su padecimiento, que apenas se le concedian algunas semanas de vida, produjo el uso de la sangre cambios muy apreciables. El estado de la nutricion y de la salud general se mejoró de un modo sorprendente; la tos, la espectoracion y los sudores nocturnos llegaron tambien á disminuir bastante; sin embargo, los signos físicos de percusion y auscultacion no mejoraron nada.

Conviene empezar la cura por la sangre de ternera, que es de más fácil digestion, para administrar despues la de vaca : á falta de estos animales, pueden utilizarse otros, como lo ha hecho M. Mascarel. La hora mas á pro-

pósito para tomar la sangre, es por la mañana en ayunas, dando en seguida un paseo al aire libre mas ó menos largo, segun las fuerzas del enfermo. La dósis, al principio, debe ser de 100 á 125 gramos, y luego puede elevarse gradualmente hasta 300 ó 400, segun la apreciacion del médico. Una vez vencida la primera repugnancia, los enfermos toman bien este líquido, porque su sabor no es desagradable y tiene alguna analogía con la leche de vaca recien ordeñada.

No podemos menos de encontrar muchos puntos de contacto entre este tratamiento, sobre todo el seguido por el doctor Mascarel, y el preconizado con tanto entusiasmo por el profesor Fuster, de Montpeller, que consiste en el uso combinado de la carne cruda y del alcohol.

Nos parece difícil que la generalidad de los pacientes pueda vencer la repugnancia que inspira la sangre viva y caliente segun sale de los vasos del animal. Cuando se consiga esta tolerancia por parte del estómago, es indudable que el aparato digestivo encontrará en dicho líquido un alimento de buenas condiciones. De todos modos, será este un recurso más de que se podrán valer los prácticos para combatir esos estados de profunda debilidad que ponen en tan grave peligro la vida de los enfermos.

Silicato hidratado de magnesia como succedáneo del subnitrato de bismuto. (*Jour. de méd. et chir. prat.*).

El elevado precio del subnitrato de bismuto, su ineficacia á veces y las frecuentes adulteraciones de que es objeto, han suscitado en M. Garraud la idea de sustituir la sal de bismuto con una sustancia de aspecto bastante parecido; como ella insípida, insoluble y que no es otra cosa que la materia con que se fabrican las pipas llamadas de *espuma de mar*, y en lenguaje científico, *silicato de magnesia hidratado* (probablemente silicato de magnesia y cal).

M. Trousseau ha administrado este polvo á las mismas dósis que acostumbra á dar el subnitrato, esto es, de 4 á 8 ó 10 gramos al dia, suspendido en agua, y los numerosos diarréicos que han tomado el nuevo é inofensivo

medicamento experimentaron todos una rápida disminucion en el flujo intestinal.

Falta que la experiencia demuestre si este polvo, que probablemente solo obra por su propiedad absorbente, debe reemplazar al subnitrato de bismuto en todos sus usos: lavativas, inyecciones uretrales, insuflaciones secas en las oftalmías purulentas y tantos otros padecimientos, de cuya terapéutica forma hoy parte aquella sal.

Tela sedante resino-belladonada del doctor Boulu. (*Ann. de thér.*).

La medicacion cutánea, tan usada en la actualidad con justo motivo, acaba de recibir una nueva aplicacion de parte del doctor Boulu, para combatir las afecciones neurálgicas, reumáticas, gotosas, articulares, etc. La fórmula de este consiste en lo siguiente:

Emplasto diaquilon.	500 partes.
Extracto de belladona.	50 —
Extracto resinoso de pino silvestre.	50 —

Despues de mezcladas estas sustancias, se extiende la masa en forma de esparadrapo, de modo qne un decímetro de longitud contenga 0,50 de cada extracto. La aplicacion perfecta y prolongada de la tela sedante sobre la parte enferma, produce un calor muy pronunciado y una humedad favorable á la absorcion de las materias activas contenidas en la masa emplástica. Un gran número de curaciones obtenidas por medio de este tópico, han probado su eficacia.

Vino compuesto contra la dismenorrea. (*Gaz. méd. de Lyon*).

Espíritu de Minderero.	10 gramos.
Tintura de azafran.	10 —
Jarabe de artemisa.	60 —
Vino blanco seco.	300 —

Una cucharada en un poco de agua dulcificada por mañana y tarde durante la semana que precede á la aparicion de las reglas.

Si la dismenorrea va acompañada de vivos dolores abdominales, es útil prescribir, además del vino, un cuarto de lavativa de agua de valeriana, á que se adicionan seis á ocho gotas de láudano.

OBSTETRICIA:

ENFERMEDADES DE MUJERES Y DE NIÑOS.

Aborto provocado: decapitacion del feto: procedimiento de extraccion de la cabeza. (*Bull. de l'Acad. de méd.—Ann. de méd.*).

Segun una interesante nota comunicada por M. Devilliers á la Academia de Medicina, este autor ha provocado con feliz éxito el aborto, á los cinco meses de embarazo, en una mujer que no tenia mas que un metro y 2 centímetros de estatura, presentando todos los caractéres del raquitismo mas pronunciado. La columna vertebral ofrecia dos corvaduras en sentido opuesto: una superior con la concavidad á la parte anterior é izquierda, y otra posterior cóncava hácia atrás y á la derecha; las extremidades pelvianas, fémures y tibias estaban tambien encorvadas en dos sentidos opuestos, de modo que representaban exactamente la figura de una X. Pero lo mas notable en esta mujer era la conformacion de la pélvis, la cual parecia pequeña exteriormente, aun con relacion á la poca talla de la persona. Los pubis presentaban una elevacion moderada; las caderas eran muy poco salientes, sobre todo la derecha, que se encontraba completamente deprimida en toda su mitad posterior: el reconocimiento interno demostró la existencia de una estrechez considerable del estrecho superior y de una parte de la excavacion; estrechez mas pronunciada en el sentido del diámetro bisilíaco, por efecto de una elevacion ósea que existia en la pared lateral izquierda de la pélvis, y que un exámen atento permitió reconocer como el ángulo sacro-vertebral y la parte superior del sacro. Aquí, en efecto, las últimas vértebras lumbares y las primeras piezas de este hueso habian sufrido una torsion de izquierda á derecha sobre su eje, al mismo tiempo que una fuerte in-

curvacion hácia delante. Esta deformacion singular daba al conjunto del estrecho superior y á una parte de la excavacion una forma semilunar; la parte media del ángulo entrante que correspondia al centro del ángulo sacro-vertebral, miraba á la cavidad cotiloídea derecha, y mientras que la punta derecha de la media luna llegaba á la línea media por detrás, la punta izquierda quedaba sobre un plano mas anterior á la izquierda de la mujer. Parecia, en fin, que suponiendo los huesos de la pélvis reblandecidos y conservando en situacion normal los pubis y el íleon izquierdo, se habia ejecutado una presion considerable sobre el íleon derecho, y especialmente su cresta, al mismo tiempo que se hubiese impreso una torsion de izquierda á derecha y de atrás adelante, á las partes inferiores de la columna lumbar y superior del hueso sacro. Resultaba de esta deformidad una estrechez considerable, que reducia á 43 milímetros el diámetro que se extiende desde la parte media de la elevacion sacro-vertebral á un punto correspondiente de la eminencia íleo-pectínea del lado derecho; los otros diámetros medidos desde esta elevacion á los diferentes puntos del estrecho superior no tenian mas que 40 á 35 y 25 milímetros de longitud. Estas medidas internas fueron tomadas con el dedo y con el intro-pelvímetro bilateral, que M. Devilliers ha presentado hace muchos años á la Academia. En el estrecho inferior no se advertia estrechez alguna; pero los diámetros exteriores indicaban una disminucion considerable en todos sentidos, comparados á los de una pélvis normal.

En tales condiciones no le pareció á M. Devilliers que era dudoso el partido que debia tomar : el aborto provocado era el único recurso, muy preferible en semejante caso á la operacion cesárea. Para provocarle recurrió á la dilatacion por medio de un aparato construido extemporáneamente con una vejiga de caoutchouc sujeta á la extremidad de una sonda de goma, y que se fué dilatando poco á poco con agua tibia hasta un grado determinado en una escala marcada en el vástago del émbolo de la jeringa de inyeccion comun. Los primeros dolores regulares se manifestaron á las diez y ocho horas de la primera aplicacion del dilatador, cuya expansion

se habia elevado hasta 6 centímetros de diámetro. El trabajo marchó regularmente, y á la mañana siguiente se pudo coger la extremidad pelviana del feto que se presentaba, y proceder á su extraccion; pero cuando la cabeza debia encajarse entre los bordes del estrecho superior, los tejidos del cuello y los ligamentos vertebrales se dislaceraron á pesar de las precauciones con que se procedia, y la cabeza quedó en el útero.

Aprovechando entonces la presencia del cuello, cuyas vértebras se tocaban en el estrecho superior, M. Devilliers introdujo, á través del conducto vertebral, un alambre de hierro encorvado y se sirvió de él para triturar la masa cerebral; despues esperó, durante seis horas, el resultado que podrian producir las contracciones uterinas; pero desgraciadamente estas se fueron debilitando hasta cesar por completo, y fué preciso tratar de extraer la cabeza del feto : el grado de estrechez de la pélvis no permitia introducir mas que uno ó dos dedos sobre su plano, ó emplear pinzas de dientes y erinas, medios con los que solo se consiguió separar los arcos vertebrales. Entonces, contando con la evacuacion de la materia cerebral y con el grado poco avanzado de osificacion de los huesos del cráneo, se le ocurrió á M. Devilliers la idea de colocarse detrás de la mujer, aplicar las palmas de las dos manos sobre el fondo del útero al través de las paredes abdominales y ejercer una presion graduada, pero bastante viva, sobre la cabeza del feto, que aplastada contra las paredes del estrecho superior, se amoldó á ellas, encajándose en la excavacion y siendo luego expulsada al exterior con la placenta. El puerperio no ofreció nada de particular que notar, y la mujer se restableció con bastante prontitud.

La forma de la estrechez, el instrumento imaginado para provocar las contracciones uterinas, del mismo modo que los dos procedimientos, á los que tuvo que recurrir este hábil tocólogo para deshacer la materia cerebral y aplastar la cabeza del feto contra los bordes del estrecho superior por la presion ejecutada sobre ella con las dos manos, al través de las paredes abdominales y uterinas, sin accidente de ninguna clase para la mujer, todo es notable en este interesante caso práctico.

Amputacion del útero. (*Gaz. hebd.—Gaz. des hop.—Bull. de thér.*).

Ha hecho la cirugía en estos últimos años tales progresos bajo el punto de vista del atrevimiento, que se ejecutan hoy diariamente operaciones, que en otras épocas se consideraban material y moralmente impracticables. A la aplicacion del precepto *Melius anceps remedium quam nullum*, debemos la ovariotomía, y aun tambien la extirpacion del útero por la region supra-pubiana, porque no puede compararse con ella la amputacion de este órgano invertido y prolapsado fuera de la vulva, formando con la vagina una especie de pedículo.

La extirpacion de la matriz por la gastrotomía, en los casos de tumores fibrosos, habia sido ya propuesta en 1787 y ejecutada por primera vez por M. Heath (de Manchester), en 1843.

M. Buruham (de Lowell, América del Norte) ha obtenido el primer éxito en 1853.

El número total de casos de amputacion de la matriz, con ó sin extirpacion de los ovarios, que registra la ciencia, se eleva á cuarenta y dos, segun el doctor Kœberlé (de Strasburgo), que la ha practicado cinco veces. En ellos se cuentan ocho curaciones y treinta y cuatro muertes, ó sea una mortalidad de 81 p.%, que arroja una curacion de cada cinco casos. Recientemente se han publicado dos nuevos resultados felices de esta gravísima operacion, debidos el primero al doctor Storer, de Boston, en setiembre de 1865; y el segundo, al doctor Kœberlé, en marzo de 1866. La enferma operada por el primero de estos cirujanos, era una mujer de 47 años, con un enorme tumor uterino, fluctuante en ciertos puntos, resistente y sólido en otros, y que se suponia ser un tumor fibro-cístico, análogo á los descritos por West, Kirvisch y Paget. El aumento de volúmen del tumor ponia en peligro la vida de la paciente: en vista de esto y despues de muchas dudas, M. Storer se decidió á extirparle al mismo tiempo que el útero. La operacion fué laboriosa y llena de dificultades, siendo necesario destruir, por desprendimiento y por incision, muchísimas adherencias: una hemorragia capilar obligó á dejar abierta la herida del abdómen durante tres horas; se gastó mas de un kilógramo

de cloroformo para producir y sostener el sueño anestésico. El operador venció todas las dificultades á fuerza de habilidad y sangre fria, y la enferma salvó todos los peligros consiguientes á la extirpacion, al través de la pared abdominal incindida, de un tumor que pesaba treinta y siete libras. La aspiracion por medio de una jeringa de la sangre derramada en la pélvis, la extraccion de los coágulos con una cuchara de plata y despues con una esponja, demuestran bien la gravedad de la operacion; y sin embargo, la mujer se levantó de la cama á los veinte y ocho dias de practicada, y apenas trascurridos dos meses, la curacion era completa.

El segundo hecho ha sido comunicado á la Sociedad de Medicina de Strasburgo por el doctor Kœberlé, al mismo tiempo que otro, tambien feliz, de extirpacion de la matriz en un caso de pólipo uterino complicado con inversion irreducible de aquella víscera, ambos observados en mujeres judías.

Era la primera enferma una mujer de 32 años, casada hacia dos. Las reglas habian sido siempre normales; nunca habia padecido hemorragias. Un año antes de la operacion se desarrolló en el lado derecho del vientre un tumor perfectamente redondeado, sin adherencias, que se tomó al principio por el útero en estado de gestacion. Muy luego se abandonó esta idea diagnosticándose de quiste del ovario, cuyos caractéres ofrecia con efecto, aunque M. Kœberlé sospechó la existencia de un tumor fibroso de la matriz.

El 6 de marzo de 1866, á los tres dias de la época menstrual, este distinguido cirujano practicó la operacion. Despues de haber incindido la pared del abdómen, en una extension de 26 centímetros, y de haber puncionado inútilmente el tumor, reconoció la existencia de un fibroma uterino, desarrollado en el espesor del fondo de la matriz, hácia el ángulo derecho. El ligamento ancho de este mismo lado tuvo que dividirse entre dos ligaduras de seda aplicadas lo mas cerca posible del tumor. Se pudo entonces colocar un asa de alambre de hierro al nivel del cuello de la matriz, dejando fuera el ovario y la trompa izquierda. Se apretó el alambre por medio de un aprieta-nudos, y el operador tuvo cuidado de incindir el tumor

á algunos centímetros de distancia de esta ligadura. El fibroma extirpado pesaba unos 5 kilógramos. El doctor Kœberlé no creyó deber extirpar los ovarios á causa de su estado de perfecta integridad, y porque de hacerlo, se habria aumentado inútilmente el peligro de la operacion. Se reunió la herida sin aplicar ningun apósito especial y manteniendo anchamente abierto el ángulo inferior de la incision. La ligadura de la matriz se desprendió al décimo dia con los tejidos mortificados. La enferma curó perfectamente sin haber experimentado el mas ligero accidente consecutivo. La porcion restante del cuello uterino, cuya parte vaginal es muy saliente, tiene de 3 á 4 centímentros de longitud.

Un mes despues de la operacion y en la época menstrual, se presentó por el recto una hemorragia bastante abundante que duró un dia. Al mismo tiempo aparecieron en las regiones ováricas dolores sordos que aumentaban por la presion, anunciando la existencia de un trabajo patológico en la pequeña pélvis, quizá bajo la influencia de la congestion ovárica. Muy pronto se comprobó la existencia de una coleccion de líquido en el fondo de saco recto-vaginal. A los pocos dias, y en el momento en que M. Kœberlé se disponia á evacuar el líquido por medio del trócar, salió espontáneamente por el recto bastante cantidad de pus, desapareciendo con esto todos los fenómenos que indicaban su presencia. Desde entonces no ha vuelto á ocurrir accidente alguno. El estado de la operada es excelente, y su salud, segun el autor, no deja nada que desear.

El doctor Kœberlé añade, que además de las operaciones de gastrotomía en que ha practicado la ablacion del cuerpo de la matriz por causa de tumores fibrosos, ha hecho otras veinte operaciones de esta clase, en las cuales extirpó solamente por una ligadura ó por su enucleacion, tumores pediculados, obteniendo como resultado ocho curaciones y doce muertes.

Segun el célebre cirujano de Strasburgo, voto autorizado en la materia, la extirpacion de la matriz por la gastrotomía es una operacion mucho mas grave y difícil que la de los ovarios. La mortalidad es muy elevada por efecto de las desfavorables condiciones en que se encuen-

tran, ya las enfermas, ya los cirujanos, á causa de que la mayor parte de veces se han practicado por consecuencia de un error de diagnóstico. Mas de una tercera parte de los casos desgraciados lo fueron por hemorragias sobrevenidas durante la operacion, ó poco tiempo despues. La experiencia y los perfeccionamentos de que es susceptible el manual operatorio, sobre todo bajo el punto de vista de la hemostasis, harán, á no dudarlo, que disminuya considerablemente la mortalidad en lo sucesivo.

El doctor Padieu ha obtenido otro resultado tambien feliz de esta temible extirpacion practicada por la vagina, en un caso de inversion completa del útero, que databa de un parto terminado ocho meses antes por una matrona, y que habia dado lugar en todo este tiempo á hemorragias incesantes. Despues de bien diagnosticada la lesion, M. Padieu trató de remediarla por medio de una ligadura aplicada lo mas alto posible en el surco que existia entre el pedículo y el pequeño rodete del cuello uterino. Los dos extremos del cordonete se pasaron al través de los agujeros de ocho gruesas cuentas de rosario, y en seguida se practicó la constriccion por medio de un aprieta-nudos comun: la operacion fué en extremo sencilla.

Inmediatamente despues aparecieron dolores muy vivos en la pélvis, que se irradiaban hasta las regiones renales, alteracion profunda de la fisonomía, sudores frios, pulso muy pequeño, concentrado y lento, náuseas y aun vómitos. Pero todo este aparato alarmante cedió al uso del éter, del láudano y de las fricciones secas y calientes en los miembros; se estableció la reaccion y calmaron los dolores. Todos los dias se fué apretando un poco la ligadura al mismo tiempo que se practicaban inyecciones emolientes. No se presentó ningun accidente ulterior, y al noveno dia se desprendió el cordonete con el tumor que, sometido al exámen histológico por el profesor Robin, se reconoció con efecto que estaba formado por el tejido uterino.

El restablecimiento de la enferma fué completo, y habiéndola visto un año despues M. Padieu, la encontró perfectamente sana y ocupándose sin descanso en su profe-

sion de panadera. No habia vuelto á presentarse la menstruacion y se reconoció por el tacto la falta del hocico de tenca en la parte superior de la vagina. La porcion inferior del cuello formaba un anillo poco grueso, muy blando, insensible, y en cuyo centro penetraba fácilmente la punta del dedo en una especie de fondo de saco estrecho y resistente que marcaba el límite superior de la porcion de útero que habia quedado.

Aunque la práctica reciente de la ovariotomía haya podido familiarizar á algunos cirujanos, sobre todo ingleses y anglo-americanos, con esta grave y terrible operacion; creemos que la extirpacion total del útero, si bien no debe proscribirse en absoluto, al menos se la debe reservar para casos extraordinariamente excepcionales, y que los esfuerzos del arte deben dirigirse mas bien á restringir que á multiplicar sus aplicaciones, á pesar de los seductores resultados que en este mismo artículo consignamos.

Angina membranosa: su tratamiento por las insuflaciones de nitrato de plata cristalizado. (*Gaz. des hop.—Bull. de thér.*).

El doctor Guillon, antiguo cirujano consultor del rey Luis Felipe, elogia, casi como un específico, las insuflaciones de nitrato de plata en polvo para la curacion rápida de la angina pseudo-membranosa, y evitar el desarrollo de las falsas membranas en los conductos respiratorios.

La idea y la práctica de este tratamiento es ya muy antigua, puesto que sus primeras aplicaciones se remontan al año de 1828.

El autor proyecta el polvo cáustico en la faringe, detrás de los pilares del velo del paladar y en los bronquios por medio de un *insuflador*, cuya forma está representada en la fig. 38. El instrumento se compone de un receptáculo de madera A en que se pone el polvo; de una pelota de caoutchouc B, que hace oficio de fuelle, y de dos cánulas que pueden adaptarse indistintamente al instrumento, segun las necesidades, una recta C, que conduce directamente á la faringe; la otra curva, que debe hacer penetrar el cáustico en la cavidad laríngea. En la parte del tubo principal á que se adaptan las cánulas, existe un

pequeño tamiz, á fin de que el polvo salga convenientemente dividido y no venga á caer en masa en un punto circunscrito.

Para practicar la insuflacion faríngea, debe colocarse el operador en frente del enfermo, cuya cabeza se mantendrá inmóvil y doblada hácia atrás: en esta posicion se deprime la lengua con un depresor ó el mango de una cuchara sostenida con la mano izquierda, mientras la derecha aplica el insuflador. Comprimiendo rápidamente la bola de caoutchouc y tomando punto de apoyo en la arcada dentaria superior con la cánula recta, se proyecta el polvo sobre las membranas diftéricas y la mucosa de la faringe, tráquea y fosas nasales. La compresion de la pelota debe hacerse con fuerza, imprimiéndola á la vez un movimiento de rotacion. Como la operacion se termina en dos ó tres segundos, y el dolor producido por el polvo de nitrato de plata tarda un poco en manifestarse, si el enfermo presentase algunos síntomas de crup incipiente, deberian practicarse las primeras insuflaciones en el momento de una fuerte inspiracion, á fin de que el medicamento pueda penetrar en la laringe y detener la afeccion crupal en su principio y antes que se haya desarrollado el dolor.

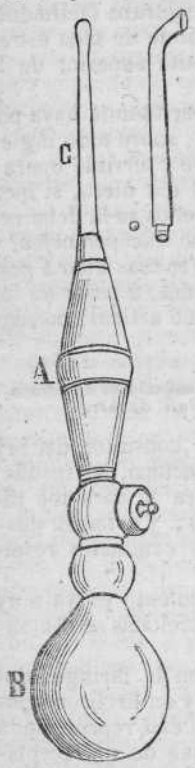


Fig. 38.

Para oponerse á la reproduccion de las falsas membranas despues que se han desprendido, aconseja el autor gargarismos astringentes, y si estos no bastan, recurrir á una nueva insuflacion de nitrato argéntico.

Despues de terminada la operacion, se debe limpiar con cuidado la cánula del insuflador y conservar en un pequeño frasco bien tapado el polvo de nitrato de plata.

El doctor Guillon empleaba primero el nitrato fundido mezclado con carbon en polvo; pero reconoció muy pronto que no habia inconveniente alguno en usar sola la sal argéntica y abandonó la mezcla. La experiencia le demostró despues que la piedra infernal dejaba en la boca un sabor mas desagradable que el nitrato cristalizado, y desde entonces usa este último puro, bien pulverizado y seco. Cuando está húmedo, le seca, exponiéndole en una cuchara de plata á un calor conveniente sobre la llama de una bujía ó algunas ascuas.

Segun el autor, este método contiene de un modo seguro la difteria faríngea, evitando así la extension del padecimiento á los conductos respiratorios y la temible intoxicacion diftérica. Cita, en apoyo de su asercion, varios casos prácticos muy caracterizados, y asegura que podria aumentar extraordinariamente el número.

No podemos dar la importancia que M. Guillon á las insuflaciones de nitrato de plata, que despues de todo no son otra cosa que un modo de aplicar esa sal cáustica, usada hasta la saciedad por todos los prácticos. Cuando las pseudo-membranas de la angina faríngea son accesibles, nos parece mas segura la aplicacion del cilindro de nitrato ó las disoluciones mas ó menos concentradas. Respecto al croup, en este mismo volúmen damos cuenta de insufladores que harian penetrar el polvo con mas seguridad en la laringe.

Cáncer del útero: tratamiento por medio del iodoformo como calmante. (*Bull. de thér.*).

Estudiando el doctor Bouchardat la accion de los venenos sobre las plantas y los animales que viven en el agua, habia observado que el iodoformo produce un efecto tan rápido como pasajero. Luego que se descubrieron las propiedades anestésicas del cloroformo, anunció este autor que el iodoformo deberia probablemente ocupar el primer lugar entre los *anestésicos locales*. Esta idea ha sido despues confirmada con numerosas observaciones por el doctor Moretin, que ha empleado con muy buen éxito el colodion iodofórmico.

Cree M. Bouchardat, que una disolucion saturada de iodoformo en el cloroformo, podria prestar muy buenos

servicios para combatir dolores intensos; pero esta mezcla es muy irritante y debe usarse con prudencia. Deben en su lugar aplicarse algunas gotas del medicamento por medio de un pincel despues de haber estimulado la piel, poniendo un sinapismo hasta producir la rubefaccion.

A pesar de la importante recomendacion de tan distinguido farmacólogo, el iodoformo no ha obtenido por parte de los prácticos franceses toda la atencion que dicho autor se prometia. No sucede, sin embargo, lo mismo en Inglaterra, donde al parecer se hace mas frecuente uso de esta sustancia. En una de las sesiones de la Sociedad de Obstetricia de Lóndres dos reputados cirujanos hicieron grandes elogios de este medicamento, que emplean, sobre todo como anodino en varios casos, ya aplicándole localmente, ya haciéndole ingerir en el estómago. El doctor Eastlake ha recurrido á él principalmente para calmar los dolores producidos por el cáncer uterino, y le usa en aplicaciones tópicas con pesarios medicinales que introduce hasta ponerlos en contacto, si es posible, con la parte enferma.

El doctor Greenhalgh emplea tambien el iodoformo hace algun tiempo en ciertos casos de cánceres de la matriz. A juicio de este práctico, dicha sustancia llena dos indicaciones que son: disminuir los dolores y desinfectar la sánies fétida que la enfermedad produce. Despues de haberla ensayado primero al interior, en dósis de un cuarto de grano, no tardó en reconocer que podria administrarse en cantidades mas crecidas, y en efecto, en la actualidad la prescribe siempre en forma de píldoras de 3 á 5 granos tres veces al dia. Pretende este autor que el iodoformo obra, no solo como sedante, sino que detiene tambien la marcha del padecimiento. Localmente le emplea en cantidad de 5 centígramos, incorporados con manteca de cacao, aplicando esta mezcla sobre el cuello de la matriz. Desgraciadamente, el iodoformo tiene un olor bastante desagradable.

Al principio aplicó M. Greenhalgh este agente solo en los casos de cánceres; pero despues ha extendido su uso á muchas otras enfermedades, como el reumatismo gotoso, las neuralgias y otras afecciones en que predomina

el elemento dolor; dice que en la mayoría de los casos ha obtenido buenos resultados. El iodoformo dado á fuerte dósis de una sola vez, puede, segun ha observado dicho práctico, determinar náuseas y vómitos; pero en otro caso está exento de toda especie de inconvenientes, y ofrece además la ventaja de no producir ninguno de esos síntomas molestos que siguen á la administracion del opio.

Como reverso de la medalla de las observaciones de M. Greenhalgh, citarémos las del doctor Ninm, médico de uno de los hospitales mas célebres de Lóndres, quien ha empleado el iodoformo en cierto número de cánceres y epiteliomas del útero, de los labios y de la lengua, y en fin, en algunos casos de neuralgia facial; y de sus numerosos experimentos, concluye: que si localmente el medicamento obra bastante bien para disminuir el dolor; administrado al interior, es uno de los agentes mas infieles de la materia médica; por último, que dando 25 centígramos de iodoformo al dia, no ha conseguido mayor sedacion que cuando administraba 5, pero teniendo el inconveniente la primera dósis de provocar náuseas.

Cefalomatomo: tratamiento curativo por medio del colodion.
(*Revue méd.*).

Creemos útil dar á conocer un procedimiento tan sencillo como inofensivo, que emplea el profesor Dumas, de Montpellier, y ha publicado el doctor Guinier para el tratamiento de los tumores sanguíneos del cráneo en los recien nacidos, que se conocen con el nombre de cefalomatomos.

Este medio curativo consiste en una série de aplicaciones de colodion sobre el tumor.

Despues de una puncion prévia, cuando es voluminoso y data de muchos dias, ó aun sin esta precaucion preliminar, se extiende una buena capa de colodion puro sobre toda la superficie del tumor, pasando 1 á 2 centímetros de los límites de su circunferencia. Al secarse esta especie de barniz, ejerce una compresion moderada y regular sobre la masa entera del cefalomatomo. Al dia siguiente y los sucesivos, nueva aplicacion de colodion sobre las capas precedentes. El tumor disminuye muy

pronto de volúmen y se separa por lo tanto de la calota de colodion que le cubre, que es entonces muy fácil de desprender por medio de las pinzas y las tijeras. Una vez separada, se practica un nuevo barnizamiento, continuando del mismo modo hasta que haya desaparecido por completo el tumor, lo que se verifica en general á los quince dias. El pelo se cae en los puntos sobre que se aplica el medicamento; pero vuelve á salir tan pronto como se suspende su uso.

Aun cuando en rigor no sea este mas que un modo de aplicar un procedimiento bien conocido, la compresion, le creemos preferible á los hasta ahora recomendados, porque su uso es mas fácil que el de las vendas ó tiras de diaquilon á que han recurrido algunos prácticos, y no expone á la depresion de los huesos tan flexibles del cráneo.

Coqueluche: su tratamiento por las inyecciones subcutáneas de morfina, el bromhidrato de amoniaco, el alcohol, el valerianato de quinina y las inhalaciones de la gran cascada de las aguas de Alhama. (*Bull. de thér. — Jour. de méd. et de chir. prat.— Gaz. des hop.— Siglo médico*).

Nada prueba mejor la rebeldía de un padecimiento que la multitud de remedios que se recomiendan para su curacion. En este caso se encuentra la coqueluche: no pasa ningun año sin que tengamos que dar cuenta de algun agente curativo nuevo ó recien sacado del olvido, que se presenta con la pretension de ocupar el primero ó uno de los primeros lugares en la terapéutica de esta enfermedad; la experiencia no suele tardar en hacer justicia á tan ambiciosas aspiraciones, y así creemos que suceda con algunos al menos de los que vamos á dejar registrados para conocimiento de nuestros lectores.

Inyecciones hipodérmicas de morfina.— El doctor Beigel, de Londres, ha publicado la historia de un caso de coqueluche tratado por este medio, y notable por la rapidez con que se obtuvo la curacion.

Una niña de tres años, fuerte y bien desarrollada, fué acometida á principios de enero del 66, de una tos que, haciéndose cada vez mas intensa, acabó por presentar todos los caractéres de la coqueluche. Los accesos, seguidos siempre de vómitos, eran muy frecuentes por la

noche, hasta el punto de privar casi por completo del sueño á la enferma. El 21 de enero se presentó en la consulta del doctor Beigel ; la percusion y la auscultacion no revelaron nada de anormal en el pecho, advirtiéndose solo algunos extertores en el lado derecho. Se practicó una inyeccion subcutánea con una duodécima parte de grano de acetato de morfina. Algunos minutos despues de haber salido de la habitacion , volvió la madre muy alarmada, diciendo que parecia que su hija estaba muerta: con efecto , se hallaba profundamente dormida , prolongándose este sueño hasta el dia siguiente. Como se vió durante la noche que la niña respiraba con libertad y no habia alteracion alguna en el pulso, aconsejó el doctor Beigel que la dejasen dormir. Al despertar por la mañana reapareció la tos, pero sin la inspiracion sibilante característica. El 27 de enero se hizo una segunda inyeccion , á consecuencia de la cual durmió ocho horas; la noche siguiente no tosió mas que tres veces ligeramente. Desde entonces perdió la tos todo carácter convulsivo , y no volvieron á presentarse los vómitos , verificándose en seguida una curacion completa.

Bromhidrato de amoniaco.—Es difícil no conceder cierta influencia al pneumo-gástrico , ó al menos al nervio recurrente , en los accesos de tos de la coqueluche. Fundándose en esta consideracion , han tratado algunos autores de investigar si habria algun medicamento anestésico que dirigiese su accion de un modo casi específico sobre este nervio. El doctor Gibb , de Londres , cree haberle encontrado en el bromhidrato de amoníaco. Segun este práctico , dicha sal es un calmante de la laringe y de la tráquea , cuyos efectos se extienden hasta el nervio vago.

En cinco casos que refiere con detalles, el bromhidrato produjo excelentes resultados. El profesor Harley le ha ensayado tambien con buen éxito.

Las dósis varian de 10 á 15 centígramos , tres veces al dia, en los niños pequeños , y 20 á 25 en los de mayor edad. Se puede disolver el medicamento en agua comun.

Alcohol.— Considerando M. Tripier que en los tísicos, los accesos de tos que van seguidos de vómitos son fenómenos reflejos que tienen su punto de partida en el apa-

rato gástrico, ideó hace algun tiempo introducir los licores alcohólicos en el régimen de estos enfermos. Aun cuando en los sujetos atacados de coqueluche sea mas difícil de definir la relacion que existe entre los accesos de tos, la expectoracion y las convulsiones del estómago, hay, sin embargo, alguna analogía de aspecto entre ellas y las de los tuberculosos al principio de la digestion, y esto ha conducido al doctor Tripier á ensayar el mismo medio. Administrando al fin de la comida de la tarde una cucharada de aguardiente puro, ó en los niños diluido en su volúmen de agua y azúcar, se evita que los enfermos vomiten los alimentos, y se logra que pasen la noche tranquilamente. Un alivio notable sigue inmediatamente á esta sustitucion de una pequeña dósis de grog á las tisanas ordinarias.

En este caso, más todavía que en el de la tísis, M. Tripier no considera al alcohol como un específico capaz de producir directamente la curacion, sino solo como un ayudante útil, porque coloca al organismo en buenas condiciones para esperar la curacion, ya de los recursos de la naturaleza, ya de los medicamentos, cuya influencia se dirige mas inmediatamente al estado organopático.

Valerianato de quinina. Recordando el señor Martinez y Gonzalez, ilustrado médico de Hellin, el gran poder terapéutico de esta sal en las afecciones nerviosas y accesionales, tanto piréticas como apiréticas, tuvo la idea de emplear el valerianato de quinina en una tos convulsiva de que se encontraba acometido, y en la que despues de veinte dias de amargo sufrimiento, no habian producido el mas insignificante resultado los antiespasmódicos, tónicos, pectorales, calmantes, etc. Empezó el tratamiento por una pocion emética, y al dia siguiente tomó 12 granos de valerianato de quinina en cuatro píldoras iguales, alternando cada una con una sopa ligera. Por la noche durmió tres horas en posicion horizontal, cosa que no habia podido conseguir antes, notando una disminucion considerable en la violencia de la tos y en la frecuencia de sus ataques. Repitió igual cantidad de medicamento en la misma forma del dia anterior, y la tos ferina, con sus nocturnos y sofocantes accesos, desapareció completamente.

Desde esta época (1863) ha propinado á niños y adultos esta medicacion, seguida siempre de un éxito pronto y seguro.

A los niños pequeños, despues de la pocion emética con la ipecacuana, les administra el valerianato en forma de jarabe, á cucharaditas pequeñas, ó bien en fricciones, cuando no es fácil su uso por la boca. Es tal la confianza que le inspira esta terapéutica, que considera un deber humanitario y de conciencia darla á conocer.

Aguas minero-medicinales de Alhama. — Estimulado el doctor Fernandez Carril por los sabios consejos de los doctores Calvo y Martin y Mendez Alvaro, ha hecho algunos ensayos para estudiar la accion terapéutica de las inhalaciones del agua de estas termas, por medio de la *pulverizacion natural* que se produce en la gran cascada, con aplicacion al tratamiento de la coqueluche. Los felices resultados obtenidos por este medio en tan rebelde enfermedad, se encuentran detalladamente descritos en varios artículos publicados por aquel distinguido y laborioso profesor en el *Siglo médico*. Siendo tan conocido, tan vulgar, puede decirse el cuadro sintomatológico del padecimiento, nosotros no reproducirémos las historias de los 22 enfermos, de que el señor Carril da cuenta en su trabajo, limitándonos á decir que en todos ellos los síntomas y signos demostraban evidentemente la existencia de la coqueluche : la enfermedad era en unos reciente, y en otros contaba dos y más meses de fecha : el estado de algunos niños era gravísimo, en términos que la vida parecia próxima á extinguirse. El tratamiento consistió en permanecer media hora los primeros dias, y una los siguientes, por espacio de ocho ó nueve, respirando el agua que naturalmente se pulveriza en la gran cascada termo-mineral de este establecimiento. Los niños parece que reciben con placer aquel ácido carbónico, aquel ázoe y aquella lluvia finísima que allí se desprenden en union con una grata temperatura, todo lo cual contribuye á modificar de un modo favorable la inervacion trastornada del aparato respiratorio. Debe advertirse que un gran número de los enfermos sujetos á la experimentacion estaban en las peores condiciones higiénicas ; mal alimentados, con muy poco abri-

go y sufriendo la inclemencia de una estacion lluviosa y fria. En muchos de ellos, depauperados y anémicos, la vida reapareció como por encanto desde las primeras inhalaciones, constituyendo en ciertos casos una verdadera resurreccion.

Atribuye el señor Fernandez Carril la brillante é inesperada curacion obtenida en los 22 casos á la accion del ácido carbónico y el ázoe, ya libres, ya unidos á los demás agentes mineralizadores y á la suave temperatura (34° cent.) que los envuelve, por decirlo así. Con su accion compleja sobre el organismo, contribuyen á producir en él una marcadísima *sedacion* por una parte, y por otra la conveniente revulsion cutánea, por medio de una abundante diaforesis, modificando de este modo la inervacion, la nutricion y las secreciones todas.

Cuanto nosotros dijéramos para encomiar la importancia de las observaciones del doctor Carril, seria pálido al lado de la elocuencia con que hablan 22 casos de curacion completa de coqueluche, muchos graves sobre toda ponderacion, y obtenida, la que más, en el breve espacio de once dias.

Corea: dolor provocado en el trayecto de los nervios. (*Gaz. des hop.*).

M. Leon Rousse ha llamado recientemente la atencion acerca de un fenómeno que se observa en el corea, y que ha indicado por primera vez el doctor Tribonlet. Se trata de un dolor que se fija en puntos determinados sobre el trayecto de los nervios, correspondiendo exactamente á la distribucion de los movimientos coréicos. Este dolor no aparece espontáneamente; pero se le provoca por la presion, y entonces si esta se continúa de un modo gradual, se puede exagerar hasta el punto de hacerse insufrible y producir modificaciones notables en los movimientos y la inteligencia.

Para producirle es preciso comprimir con la yema del dedo sucesivamente en toda la extension de un nervio y de sus principales ramificaciones. Se reconoce y se circunscribe perfectamente, por este medio de exploracion, la superficie ocupada por los puntos dolorosos. De este modo se comprueba que estos no tienen mas que 1 ó 2

centímetros de diámetro, y con frecuencia se ve al dolor cesar bruscamente, para reaparecer en seguida 5 ó 6 milímetros mas lejos.

Previendo M. Rousse las objeciones que se le podrian dirigir, ha tenido cuidado de explorar comparativamente un sujeto sano y uno coréico, ó mejor ambos lados del cuerpo en indivíduos atacados de hemicorea. Se nota, dice, que la presion ejercida en ciertos sitios del lado enfermo, provoca un dolor muy vivo, mientras que una presion igual en puntos simétricos del sano, no determina ninguna sensacion.

En cuanto á los sitios precisos en que se fijan los focos dolorosos, dice el autor que se confunden enteramente con los puntos neurálgicos indicados por Valleix.

La exploracion diaria permite comprobar que el dolor así provocado, aumenta con la enfermedad y disminuye cuando el corea marcha hácia la curacion. En las alternativas de alivio se observa tambien disminucion de este síntoma.

La presion practicada en los puntos dolorosos, no produce solo dolor, sino que determina una exageracion de los movimientos involuntarios.

Al lado de las alteraciones de la motilidad, la presion en los sitios afectos produce otras en las facultades intelectuales. Es bien sabido, dice M. Rousse, que á veces el corea ocasiona alteraciones en la inteligencia. Ciertos niños se vuelven mas caprichosos y difíciles de manejar; en otros se observa un estado de idiotismo mas ó menos marcado. En estos últimos la exploracion de los focos coréicos aumenta este idiotismo hasta tal punto, que á veces, durante todo un dia, el niño es incapaz de pronunciar una palabra razonable, de ejecutar un acto en relacion con el estado ordinario de sus facultades intelectuales. Tambien se notan alteraciones en la articulacion de la palabra. Muchos enfermos experimentan, por efecto del corea, una dificultad mayor ó menor para hablar; en estos casos la dificultad aumenta con la compresion.

En fin, los puntos dolorosos persisten aunque mas difíciles de comprobar, cuando hay al mismo tiempo hiperestesia ó analgesia cutánea.

Croup y angina membranosa: tratamiento por el bálsamo de copaiba y la pimienta cubeba, el azufre y la siempreviva. (*Gaz. des hop.—Bull. de thér.—Ann. de thér.*).

Copaiba y cubebas.—Si se tiene en cuenta la frecuencia epidémica y la gravedad extrema de las afecciones pseudo-membranosas que invaden la faringe, y sobre todo la laringe, se explicará fácilmente el prodigioso número de trabajos que se publican sobre un punto tan concreto de la patología. A los que ya hemos mencionado en los anteriores ANUARIOS, debemos añadir hoy algunas noticias nuevas respecto á la terapéutica de estas terribles enfermedades.

Procediendo el doctor Trideau, médico de Andouillé, por analogía y fundado en la accion bien conocida de los balsámicos en las afecciones catarrales de las mucosas, ha tenido el pensamiento de ensayar el bálsamo de copaiba y la pimienta cubeba, en la terapéutica del croup.

Testigo de una terrible epidemia que invadió hace unos cinco años el departamento de Mayenne, y que mató en poco tiempo cerca de doscientas personas, pudo convencerse este práctico de la insuficiencia é infidelidad de la mayor parte de las medicaciones usuales, y sobre todo de la cauterizacion. Convencido además por gran número de hechos, que solo una terapéutica general puede luchar con éxito contra una afeccion que es general, y comparando la difteria de las mucosas, faríngea y laríngea con los padecimientos catarrales de las demás membranas de la misma clase, ha administrado los balsámicos en el concepto de ser los agentes modificadores ó sustitutivos, que poseen en mas alto grado la propiedad de disminuir ó extinguir las secreciones mucosas.

Despues de muchas tentativas, el doctor Trideau se ha fijado en el siguiente método de tratamiento:

Se administra á los adultos media cucharada de jarabe de copaiba cada dos horas, y despues una cucharada de jarabe simple con un gramo de pimienta cubeba, recientemente pulverizada, tambien cada dos horas en los intérvalos de la administracion del copaiba.

Hé aquí las fórmulas:

Jarabe de copaiba.

Bálsamo de copaiba.	80 gramos.
Goma en polvo.	20 —
Agua.	50 —
Esencia de menta piperita.	16 gotas.
Jarabe simple.	400 gramos.

Se emulsiona el bálsamo con el agua y la goma, y se añade la esencia y despues el jarabe.

Jarabe de cubeba.

Pimienta cubeba pulverizada.	12 gramos.
Jarabe simple.	240 —

Se mezcla en un mortero de porcelana.

Para los niños deben reducirse las dósis á la mitad, ó sea 6 gramos de pimienta cubeba en las veinte y cuatro horas, y una cucharada de las de café de jarabe de copaiba cada dos horas.

En los casos graves podria aumentarse la cantidad de pimienta hasta 24 gramos al dia para los adultos, y 12 para los niños.

Sucede muchas veces que á las veinte y cuatro horas los enfermos no pueden tolerar el copaiba, en cuyo caso debe suspenderse su uso. Será tambien prudente no administrarle á los sujetos muy debilitados, y aquellos en quienes el medicamento excite una gran repugnancia.

Una ó dos gotas y aun tres de láudano, para cada 30 gramos del jarabe balsámico, facilitan bastante su tolerancia.

La enfermedad cede por lo comun á los tres ó cuatro dias de tratamiento. Sin embargo, algunas veces resiste durante un septenario. En este caso, el uso prolongado de los balsámicos da lugar con mucha frecuencia á un fenómeno que se presenta del modo siguiente: se siente un prurito mas ó menos intenso en todo el cuerpo; aumenta la incomodidad de la garganta, se desarrolla fiebre y aparece una erupcion escarlatiniforme, ya discreta, en forma de roséola, ya confluente é imitando á la urticaria. Esta erupcion no coexiste nunca con las falsas membranas, las cuales desaparecen infaliblemente cuando se manifiesta el exantema, si ya no lo han hecho antes de haber elevado las dósis, hasta el punto de producir este.

La erupcion es mucho mas comun cuando, en lugar

de cubeba sola, se usan grajeas de copaiba y de cubeba. Bajo el punto de vista del tratamiento general, M. Trideau insiste mucho en la importancia de la alimentacion: en un gran número de enfermos, el uso del café ha contribuido poderosamente al restablecimiento de las fuerzas.

El autor hace notar la circunstancia de que la medicacion que acabamos de describir, produce, en la mayor parte de los sugetos, un sueño profundo y prolongado, efecto que atribuye á la accion de los balsámicos, porque le ha observado en casos en que no fué necesario adicionar el láudano.

Más de trescientos enfermos ha sometido el doctor Trideau á este tratamiento, y siempre que ha podido emplearle durante el primero ó segundo período de la enfermedad, ha obtenido una pronta curacion, siendo tambien muy corta la convalecencia.

Sin embargo, hay que establecer en este punto una distincion importante entre el croup primitivo y el que sobreviene, á consecuencia de la angina pseudo-membranosa. Este último, en efecto, es casi siempre rebelde á toda especie de medicacion, inclusos los balsámicos; el primero, por el contrario, ha cedido constantemente á la accion de estos medios.

Observando el autor que la erupcion escarlatiniforme que el copaiba produce, y se presenta por lo comun del séptimo al octavo dia del tratamiento, y á veces mucho antes (á las veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas), coincide siempre con la desaparicion de las falsas membranas, cree que puede explicarse el efecto de los balsámicos en la enfermedad que nos ocupa, por una verdadera accion sustitutiva de un exantema benigno al exantema morboso que constituye la difteria.

Prescindiendo de la verdad que haya en esta teoría, es á no dudarlo un hecho digno de notarse la correlacion que ha observado M. Trideau entre el exantema producido por el copaiba y la desaparicion de las falsas membranas. Pero lo que todavía importa más, si con efecto la cifra es exacta y el diagnóstico verdadero, es la proporcion considerable de curaciones que dice haber obtenido por este medio en una epidemia que parecia

hasta entonces refractaria á todos los esfuerzos de la terapéutica.

No podemos, sin embargo, menos de advertir que es muy fácil el error en esta enfermedad, y que se refieren como casos de curaciones de croup, laringitis simples, complicadas con amigdalitis pseudo-membranosas. Parécenos por otra parte bastante forzada la analogía entre las afecciones catarrales crónicas y el garrotillo, y no encontramos justificada tampoco, aun cuando esta analogía se admitiese, la eleccion de los agentes terapéuticos, puesto que el bálsamo de copaiba y sobre todo la pimienta de cubeba no son seguramente los medios usados para combatir aquellos padecimientos, sino que mas bien se emplean para curar las blenorragias. Nada tiene tampoco de extraña ni específica la erupcion escarlatiniforme observada por este autor, y es bien conocida de todos los prácticos que administran el copaiba, con especialidad si las dósis son muy elevadas, ó se continúa largo tiempo su uso.

Nótese tambien que, segun el doctor Trideau, el croup repentino, es decir, primitivo, que aparece desde luego en la laringe y marcha de ordinario con gran rapidez, es el que se ha curado por medio de los balsámicos, y en estas circunstancias precisamente es donde son fáciles los errores de diagnóstico. Por el contrario, los casos de esta enfermedad consecutivos á la angina pseudo-membranosa, es decir, aquellos de cuya naturaleza no se podia dudar, resistieron tenazmente, no solo al tratamiento por los balsámicos, sino á todos los medios terapéuticos que contra ellos se emplearon. Estas observaciones nos parecen bastantes para desconfiar de las virtudes extraordinarias que el doctor Trideau atribuye á su medicacion. No obstante, recomendamos á nuestros comprofesores que la ensayen, cuando desgraciadamente se les presente ocasion para ello, pero sin abandonar en los casos graves los demás medios de tratamiento, con especialidad los vomitivos.

Azufre.—El terreno de las analogías es fecundo, y cuando los hechos similares no brotan en él naturalmente, es muy fácil trasplantarlos, aunque sea desde muy lejos. A este procedimiento y á la moda en que están las enfermedades parasitarias, debemos el poder añadir un es-

pecífico más al tratamiento de las afecciones diftéricas.

Habiendo observado el doctor Lagauterie doce casos de croup en niños de 15 meses á 8 años, en todos los cuales fueron inútiles los vomitivos repetidos, el percloruro de hierro, el clorato de potasa, los jarabes de copaiba y cubeba, etc., se le ocurrió la idea de que las producciones diftéricas que se presentan en distintos puntos del cuerpo denudados accidentalmente, no deben considerarse como una enfermedad propia de las mucosas, sino que, por el contrario, son un padecimiento que tiene notable semejanza con el hongo, que se desarrolla en las uvas y á que se ha denominado oidium-tukeri. Una vez establecida esta analogía, no era difícil encontrar el medio terapéutico que debia oponerse al desarrollo y curacion de tan terrible dolencia. Con efecto, el azufre cura el oidium de la vid, y no habia razon para que no sucediese lo mismo con la angina membranosa, el croup y todos los padecimientos diftéricos. No faltaba mas que experimentar su virtud en estos casos. La ocasion no se hizo esperar mucho, y habiéndosele presentado al doctor Lagauterie una niña atacada, segun dice, de una afeccion crupal, la administró una pocion compuesta de una cucharada de flor de azufre diluida en un vaso de agua para tomar una cucharada de hora en hora despues de haber agitado la mezcla. Al dia siguiente, la enferma se encontraba mejor, y á *los dos dias* estaba *completamente curada*, no quedando más que una tos fuerte que el autor atribuye á las falsas membranas que flotaban en la tráquea; y con efecto, á las cuarenta y ocho horas un fuerte golpe de tos expulsó algunas que fueron examinadas por dicho práctico. En otros seis casos, tratados del mismo modo, y únicamente por la flor de azufre á altas dósis, se salvaron los enfermos de una muerte cierta y próxima, segun cuenta el doctor Lagauterie, no durando en ninguno de ellos la medicacion mas de dos dias.

El autor cree, por lo tanto, haber encontrado en el azufre un específico seguro del croup y de la angina membranosa.

Las ideas de este médico han hallado un entusiasta partidario en el doctor Thevenot, quien, segun dice, hace seis meses está usando el azufre contra todas las afeccio-

nes diftéricas, cualquiera que sea su nombre, su gravedad y el sitio que ocupen. Aplicando, por medio de un pincel, en la region enferma, dos ó tres veces al dia, el azufre sublimado y lavado, se consigue, por lo comun, en menos de veinte y cuatro horas una curacion completa, haciendo que desaparezca todo vestigio de productos membranosos que el autor no duda en calificar de criptogámicos.

En el caso en que no pueda llegarse al sitio de la enfermedad, deberá administrarse el azufre al interior.

Concluye este práctico asegurando que desde que ejerce la medicina, ningun tratamiento le ha dado un resultado tan seguro y tan pronto como este, por lo cual considera el azufre como un verdadero *específico* de la difteria.

Nuestros lectores tienen, pues, dos específicos en que escoger, y sin embargo, es posible que todavía hayan de esperar el descubrimiento del verdadero, y que continúen muriéndose los enfermos de garrotillo.

Para dar á cada cual lo que le corresponde, debemos decir que la idea de considerar el croup como una enfermedad parasitaria y de aplicar el azufre á su tratamiento, pertenece al doctor Godin, segun puede verse en el *Diccionario de terapéutica* del doctor Bouchut (artículo *Angina*) y en el *Tratado de enfermedades de la infancia* del mismo autor.

Siempreviva. — Aun no hemos concluido de dar cuenta de específicos del croup, que continúa, á pesar de ellos, haciendo sus acostumbrados estragos. El doctor Garin, médico del Hotel-Dieu de San Estéban, preconiza la siempreviva como un específico de las afecciones diftéricas. Habiendo observado que los campesinos curaban y contenian el desarrollo de las epidemias de estomatitis, de angina y de laringitis pseudo membranosas que se desarrollan en los animales domésticos, haciendo macerar la siempreviva en el agua que les dan á beber, ha ensayado esta planta en la especie humana, primero contra la estomatitis pseudo-membranosa, notando que, bajo su influencia, las falsas membranas desaparecian con rapidez, volviendo á formarse si se suspendia la medicacion, pero curando por completo, si se prolongaba su uso el tiempo necesario. En vista de semejante resultado,

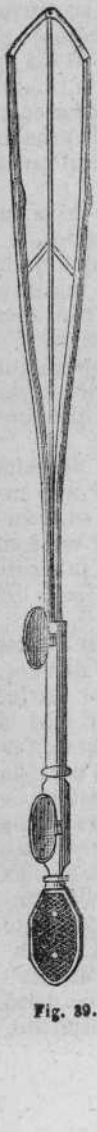


Fig. 39.

aplicó este tratamiento al garrotillo, y asegura que con ningun otro ha obtenido tantas curaciones.

En el espacio de ocho años ha tratado por este medio 160 casos de croup, curando las tres cuartas partes de ellos. En cuatro de los enfermos que sucumbieron, se empleó el método del doctor Trideau.

La siempreviva se administra en maceracion, cocimiento ó cualquiera otra forma líquida que es la preferible. Como no es fácil tener siempre á mano esta planta vulgar que crece en los muros viejos, puede prepararse un jarabe que se administra á cucharadas de hora en hora, siendo raro que haya necesidad de continuar su uso por mas de dos dias. El autor se olvida de indicar las cantidades de la planta con que debe confeccionarse el jarabe. Por último, debemos advertir que el doctor Garin recomienda emplear al mismo tiempo la cauterizacion y las insuflaciones de tanino.

Este tratamiento nos inspira aun menos confianza que los anteriores, si se usa aisladamente la siempreviva sin auxilio de ningun otro medio.

Dilatador uterino de Hembrough. (*Revista de Sanidad militar*).

Convencido el autor de la ineficacia de los dilatadores uterinos usados hasta ahora, ha ideado el que se representa en el grabado adjunto (fig 39) que tomamos de la *Revista de Sanidad militar*, y cuya descripcion no creemos necesario hacer en vista de la sencillez del instrumento, pues basta ver el dibujo, para formarse una idea exacta de él. El dilatador está dibujado abierto. Por medio de la varilla central se mueven las articulaciones y se aumenta ó disminuye la abertura del mismo, fijándola convenientemente

á beneficio de las llaves puestas en el extremo inferior.

Embarazo: su diagnóstico en los cuatro primeros meses. (*Bull. de l'Acad.*).

Fundándose el doctor Mattei en que el útero no puede estar grávido sin aumentar de volúmen y ofrecer modificaciones anatómicas y fisiológicas, cree haber descubierto un medio de diagnosticar casi con seguridad el embarazo durante los cuatro primeros meses, es decir, antes de la aparicion de los ruidos cardíacos del feto, considerados hasta ahora como el único signo cierto de la preñez. La observacion ha demostrado tambien á este autor que, en semejantes circunstancias, la matriz se encuentra en anteversion cuatro veces de cada cinco; una de cada cinco ó seis en retroversion, y en rarísimos casos está derecha. Cada una de estas posiciones tiene sus signos especiales, mes por mes, que M. Mattei ha estudiado primero con la palpacion sola, despues con el tacto vaginal, y por último, combinando con este la palpacion profunda. Por este medio ha logrado diagnosticar el embarazo, muy frecuentemente, desde el fin del primer mes, casi siempre al fin del segundo, siempre á la terminacion del tercero y durante el cuarto, á menos que existan circunstancias excepcionales excesivamente raras.

Todas las posiciones antes indicadas tienen sus signos especiales correspondientes á cada mes. Así, por ejemplo, en la anteversion se encuentra el fondo uterino al nivel del pubis desde el fin del primer mes, y aun antes; con mucha mas razon en época mas avanzada. Cuando la matriz está derecha ó en retroversion, tarda mas en poderse fijar el diagnóstico; pero en este último caso aun es posible hacerle desde el tercer mes.

Nos parece que M. Mattei ha ido demasiado lejos al asegurar que es fácil por este medio conocer el embarazo en sus primeros tiempos. No dudamos que en algunos casos excepcionales esto sea posible; pero se nos figura violento admitirlo como regla general, porque hay un gran número de causas de error que deben modificar el valor de los resultados obtenidos con auxilio de tales maniobras. El doctor Legrand hace notar con mucha razon que durante los tres primeros meses, la matriz no

experimenta modificaciones apreciables respecto á su altura, que continúa siendo de unos 7 centímetros como en estado de vacuidad; la única diferencia consiste en el espesor de las paredes, que es igual á la altura al tercer mes de la gestacion, mientras que fuera de esta época no excede de 4 centímetros. Resulta, pues, una diferencia de tres centímetros, que seria necesario apreciar al través de las paredes abdominales, y aun suponiendo que fuera posible hacerlo, que no es poco conceder, siempre quedaria la duda de si este aumento era debido al embarazo ó á cualquiera otra causa. Bien sabido es que en ciertas mujeres, en la época de las reglas, el útero aumenta mucho de volúmen y aun puede llegar á adquirir dobles dimensiones que en estado normal, y M. Cazeaux confiesa que en alguno de estos casos se ha equivocado creyendo que existia un principio de gestacion. Es cierto que este imprime á dicho órgano modificaciones que, mejor estudiadas, podrian ayudar mucho á reconocer el embarazo durante los primeros meses. Una de estas modificaciones, indicada por Depaul, consiste en que el segmento posterior é inferior de la matriz se desarrolla antes que las otras porciones del órgano. Resulta, pues, que si por medio del tacto se contornea el cuello, su cara posterior parece mas corta que la anterior y el dedo llega al momento á tocar el cuerpo. Las otras causas que pueden aumentar el volúmen del órgano no obran sobre este punto con exclusion de las regiones inmediatas. Hay aquí, pues, un elemento precioso de diagnóstico diferencial. De todas maneras, el doctor Mattei, llamando la atencion acerca de este órden de hechos, ha prestado un verdadero servicio á la ciencia, pues si la apreciacion del aumento de volúmen del útero no basta para establecer un diagnóstico positivo, unida á algunos otros signos mas ó menos probables, aumenta mucho su importancia. Es esto tanto mas ventajoso, cuanto que en los primeros tiempos del embarazo, el práctico tiene muy pocos recursos para formar un juicio acertado.

Embriotomía: comparacion de los resultados obtenidos con el cefalotribo y el fórceps-sierra. (*Bull. de l'Acad.*).

En un trabajo presentado por el doctor Verrier á la Academia de Medicina de Paris, establece el autor un paralelo entre el cefalotribo y fórceps-sierra, del cual se desprenden los resultados siguientes:

1.° En las estrecheces medias, la cifra de mujeres salvadas por el fórceps-sierra, es superior á la del cefalotribo en 15 por 100.

2.° En las estrecheces extremas, esta proporcion es de 76,6 con el fórceps, y solo de 52,7 por 100 con el cefalotribo.

De donde deduce M. Verrier que el primero de estos instrumentos es mucho mas inofensivo para la madre que el segundo, y que deberá dársele siempre la preferencia en los casos de vicios de conformacion de la pélvis que exijan la cefalotomía. En las estrecheces exageradas es donde especialmente la comparacion de los hechos confirma con la evidencia de los números la superioridad racional del fórceps-sierra.

Fístula vésico-vaginal: procedimientos operatorios. (*Montp. méd.— Dict. des progr.*).

La operacion de la fístula vésico-vaginal por el método americano introducido hace pocos años en la ciencia, ha sido adoptada en principio por todos los cirujanos. Sin embargo, y á pesar de sus ventajas, el éxito que con ella se obtiene dista mucho de ser constante. Por este motivo ofrece doble interés el trabajo publicado por el eminente cirujano de Montpellier, doctor Courty, en que expone la historia de seis de estas operaciones, llevadas á feliz término, consiguiendo una curacion completa.

Este autor, practicando el método americano, ha tratado de simplificarle, de reducirle á sus elementos necesarios, de modo que sea aplicable á mucho mayor número de casos.

M. Courty opera las fístulas vésico-vaginales por el procedimiento de Sims, el mas sencillo de todos los de aquel método, salvo algunas simplificaciones que la ex-

periencia le ha demostrado podian contribuir mucho al buen éxito.

La enferma se coloca echada boca arriba, y se la puede cloroformizar. — Hace el refrescamiento extensamente; por lo comun sin conservar los colgajos autoplásticos de Dubouc: este importante tiempo de la operacion le practica con cuchillos rectos, corvos, ó tijeras de las mismas formas; para ello se tiene levantada la mucosa por medio de una erina ó una pinza de dientes de raton.

Da la preferencia á la sutura metálica, con hilos de hierro fuertes para los puntos profundos, y finos para los superficiales. Aplica los puntos por medio de la aguja tubulada de Startin, ó de la pequeña aguja de Sims, á la que se une unas veces directamente el alambre, y otras se emplea como intermedio una hebra de seda. Despues de apretar convenientemente los hilos metálicos, se les retuerce sobre sí mismos, lo que es mucho mas fácil y seguro que la placa de la sutura de boton, los arcos, clavijas, fanones metálicos, los granos de plomo agujereados de la sutura moniliforme, los botones de nácar ó de marfil con agujeros dobles, etc. Todos estos medios, del mismo modo que todos los apósitos y curas que pueden aplicarse en la vagina, no hacen mas que impedir la inosculacion y la adhesion, poniendo tensa la pared vaginal é impidiendo que la mucosa, al plegarse naturalmente, recobre su posicion normal. El autor no emplea ningun apósito permanente, y corta los hilos cerca de la línea de reunion; pero les multiplica, colocando unos profundamente sin perforar la vejiga, y otros superficiales, para tener la seguridad de que la confrontacion de los labios de la herida es completa y perfecta. Dos veces al dia, cuando menos, practica lociones vaginales profundas, por medio de una cánula introducida hasta el fondo de la vagina y de un hidrocliso, con agua templada ó fria y coaltar saponinado de Lebœuf, á fin de impedir el desarrollo de leucorreas y supuraciones, que llegando á la línea de reunion ulceren los bordes é impidan la cicatriz.

En los casos ordinarios, y sobre todo cuando la mujer es muy irritable, dispuesta al tenesmo vesical y á los depósitos mucosos ó calcáreos en las orinas, no deja sonda

permanente, contentándose con practicar el cateterismo cada tres ó cuatro horas, para impedir que las contracciones de la vejiga tiren de los labios de la herida: más de una enferma, añade el autor, ha orinado sola sin inconveniente alguno.

El doctor Courty retira los hilos del quinto al décimo dia, segun que la fístula es mas ó menos extensa; que los labios están relajados ó retraidos; que los tejidos tienen poca ó mucha tendencia á la adhesion; á veces los quita todos el mismo dia; en otros casos sucesivamente, con uno ó más dias de intérvalo. La sutura hecha de esta manera puede ser bastante sólida para resistir, como dice el autor haberlo visto, los mayores esfuerzos de vómito; y la union de los bordes de la fístula se verifica entonces muy pronto y completamente, para que no puedan destruirla los mas sérios accidentes que sobrevengan en las partes inmediatas, poco despues de haberse terminado, como sucedió en una de las observaciones referidas en la memoria, por el desarrollo de una flebitis vágino-uterina y de un acceso peri-uterino.

Resumiendo pues; la mayor simplificacion posible del método americano, lociones vaginales detersivas dos veces al dia, supresion en muchos casos de la sonda permanente, pronta separacion de los hilos, del quinto al décimo dia; tales son los rasgos principales del modo de operar del sabio cirujano de Montpeller, con el que ha obtenido siempre, hasta ahora, felicísimo éxito. Las seis observaciones referidas detalladamente por el autor, en todas las cuales se logró una curacion completa, justifican plenamente las simplificaciones introducidas por él en una operacion que los accesorios hacen que sea una de las mas complicadas y difíciles de la medicina operatoria.

M. Courty insiste de un modo especial en la conveniencia de que el refrescamiento se haga en cada labio, en cuanto sea posible, en un solo colgajo, para adquirir de esta manera la seguridad de que no queda en la superficie cruenta ningun fragmento de mucosa. Esta precaucion es á su juicio tan indispensable, que basta que quede una pequeñísima, una insignificante porcion sin avivar, que no sea francamente sangrienta, para que no

se verifique la reunion. No basta raspar la mucosa y despojarla de su epitelium, para que se adhiera á las partes con que se la pone en contacto.

Segun una comunicacion dirigida á la *Obst. Society* de Londres por M. Meadows, es inútil tener en cama á las operadas, segun se acostumbra hacer: se puede, sin el menor peligro, dejarlas andar inmediatamente despues de haber practicado la sutura, porque los movimientos no pueden producir ningun cambio en el sitio en que está la fístula por no existir allí órganos contráctiles. Tambien considera como inútil y vana la precaucion de la sonda permanente ó el cateterismo repetido con el fin de impedir el contacto de la orina con la fístula, porque al derramarse contínuamente este líquido en la vejiga por los uréteres, se extiende por toda ella, poniéndose en contacto con todos los puntos de su superficie, sin que haya medio de evitarlo. M. Meadows cita dos hechos en apoyo de su atrevida práctica. Las fístulas dejaban pasar fácilmente el dedo. Sin embargo, una de las operadas, á quien no se cloroformizó, se entregó inmediatamente despues de la operacion á sus ocupaciones habituales. La otra, en quien se hizo uso de la anestesia, estuvo en cama un dia solo por este motivo. En ambos casos el éxito fué completo. La única precaucion recomendada por el autor consiste en poner gran número de puntos de sutura, y apretar sencillamente sus bolitas de plomo, dejándoles bastante tiempo para asegurar una reunion sólida.

No aconsejaríamos á nadie que imitase la práctica del doctor Meadows: el que no haya órganos contráctiles en relacion directa con la fístula, no es una razon para que los grandes movimientos no se comuniquen á sus bordes, y aun creemos que podrian ser tales que llegasen en algun caso hasta dislacerar los puntos de sutura. Por otra parte, es seguro que en nuestro país las mujeres, despues de haber sufrido una larga operacion de fístula vésico-vaginal, no quedarian en estado de dedicarse á sus faenas habituales: si las inglesas pueden hacerlo así, es sin duda porque su organismo debe sentir de otro modo.

Hemorragia por el extremo placentario del cordon umbilical.
(Gaz. des hop.—Bull. de thér.).

La importancia de la ligadura del extremo fetal del cordon es tan evidente, que si ha podido discutirse por algunos su necesidad, apenas hay comadrones que dejen de practicarla; pero no sucede lo mismo con la porcion placentaria que generalmente no se liga, á pesar del antiguo precepto que recomendaba hacerlo así, á causa sin duda de lo raras que son las hemorragias que por ella tienen lugar y que algunos prácticos solo consideran posibles en los casos en que existen dos fetos. Esta precaucion, sin embargo, no es inútil, porque además de precaver el peligro de la hemorragia, que, aunque raras veces puede presentarse en algunos casos, tiene la ventaja de provocar una congestion de los vasos placentarios, que, segun muchos autores, ayuda y favorece el rápido desprendimiento de las secundinas. Esta ventaja ya deberia ser bastante por sí misma para que nunca se omitiese la ligadura que todavía hacen mas necesaria los graves peligros á que su omision puede exponer á la mujer, segun lo demuestran los siguientes hechos.

Refiérese el primero á una jóven de 24 años, de temperamento linfático, anémica, que habiendo llegado al término de su primer embarazo el 25 de diciembre último, tuvo que sufrir la aplicacion del fórceps, por cuyo medio se extrajo un feto medio asfixiado. Habiendo reconocido el doctor Verrier, luego que se desprendió la cabeza, que el cordon daba una vuelta fuertemente apretada alrededor del cuello, se apresuró á cortarle y terminó la extraccion de un feto muy voluminoso. Antes de ocuparse en prestarle los cuidados que reclamaba su estado, tomó la precaucion, segun su costumbre, de aplicar una ligadura muy floja y de una sola vuelta en el extremo placentario del cordon. Cuando pasado un largo rato, volvió á ocuparse de la recien parida, quedó profunda y desagradablemente sorprendido al observar que se habia verificado una gran hemorragia, pero que la sangre no salia por la comisura inferior de la vulva: haciendo un reconocimiento detenido, se apercibió que el flujo se verificaba por la vena umbilical, de la cual brotaba un chorro

contínuo de sangre del diámetro de una pluma de escribir; una ligadura mas apretada cohibió inmediatamente la hemorragia que habia durado cerca de media hora. Pero la mujer, anémica ya antes del parto, estaba sumamente pálida, habia perdido las fuerzas y se quejaba de un frio intenso. Todos los medios indicados en semejantes casos, caloríficos y estimulantes, lavativas vinosas, ron, etc., puestos en práctica con perseverancia, no consiguieron establecer una reaccion completa. Fué preciso tambien practicar artificialmente la extraccion de las secundinas á consecuencia de un engatillamiento de la placenta en la parte superior del útero. Colocada la enferma en su cama en las mejores condiciones posibles y en un estado de calma aparente, fué acometida de un síncope, que, á pesar de los auxilios mas enérgicos y oportunos, terminó por la muerte.

El doctor Chedevergne refiere por su parte otro caso que tiene muchos puntos de analogía con el anterior: asistiendo al parto de una mujer de 30 años, tuvo necesidad de cortar el cordon, que era muy voluminoso y daba una vuelta alrededor del cuello, antes de terminar la extraccion del feto. Despues de haberse ocupado algunos momentos en reanimar á este, que salió en un estado de semi-asfixia, volvió al lado de la madre, observando que se habia verificado una hemorragia, por fortuna no muy abundante, á causa del poco tiempo transcurrido. Inmediatamente se apercibió que el flujo tenia lugar por el extremo placentario del cordon al cual no se habia aplicado ligadura alguna. Cogiéndole en la mano, advirtió con admiracion que arrojaba tres chorros, dos de sangre negra que salia rastreando, y uno de sangre rutilante mas vigoroso que los anteriores. Como la pérdida hasta entonces sufrida era insignificante, creyó poder prolongar el exámen de este singular fenómeno algunos instantes sin inconveniente alguno, convenciéndose así de la exactitud de su primera observacion. Se aplicó una ligadura sobre el cordon, é inmediatamente se presentó la hemorragia por la vulva, haciendo necesario, tanto este accidente, como la falta de contraccion de la matriz, que se practicase la extraccion artificial de la placenta, la cual no ofreció dificultad alguna. El puerpe-

rio siguió su curso regular sin consecuencia alguna desagradable.

El doctor Chedevergne no cree, como M. Verrier, que pueda invocarse, para explicar este fenómeno, la comunicacion inmediata de los vasos placentarios con los uterinos; considera, sin embargo, como no podia menos de suceder, que para verificarse la hemorragia por el cordon, era preciso que la sangre pasase de la placenta maternal á la fetal, como sucede en la vida intra-uterina, por no haberse interrumpido las relaciones fisiológicas entre este último órgano y la matriz, á consecuencia de su falta de contraccion.

Es sensible que ninguno de estos dos prácticos haya tenido posibilidad de disecar la placenta, practicando despues un minucioso exámen microscópico que diera acaso luz, no solo para explicar la hemorragia en ambos casos, sino tambien las relaciones anatómicas, por cuyo medio se verifica la circulacion entre la madre y el feto. Como quiera que sea, tenemos aquí dos observaciones que prueban que no es siempre inútil la ligadura del extremo superior del cordon, y que si no se quiere practicar, debe al menos ejercerse una prudente vigilancia. Será quizá un exceso de prudencia; pero á nuestro juicio, nunca es demasiada la que se tenga en todo lo que á la tocología se refiere.

Hipertrofia crónica de las amigdalas: su influencia en el desarrollo y la salud de los niños. *(Gaz. méd.).*

En una nota dirigida á la Academia de ciencias, se lamenta el doctor Champouillon de la indiferencia con que suele mirarse la hipertrofia crónica de las amígdalas en los niños, y sin embargo, dice este autor, sobre ser una causa contínua de molestias, puede convertirse en un obstáculo á la evolucion de las constituciones mejor dispuestas.

En efecto, cuando las tonsilas han adquirido un volúmen considerable, empujan hácia adelante é inmovilizan el velo del paladar del mismo modo que la úvula por lo comun deformada; obstruyen mas ó menos completamente la abertura posterior de las fosas nasales, aproximándose á veces hácia la línea media hasta el punto de convertir

el orificio de las fáuces en una simple hendidura vertical. Estos cambios de relaciones anatómicas alteran el timbre de la voz y dificultan los movimientos de deglucion; la respiracion va acompañada, por lo comun, durante el sueño, de extertores ó de un ronquido insufrible. La boca está ordinariamente seca, y el aliento es fétido.

La trompa de Eustaquio participa casi siempre de la irritacion de las amígdalas. y la turgencia de su membrana mucosa produce una sordera mas ó menos pronunciada.

El efecto inmediato de la deformacion con estrechez del orificio gutural es disminuir proporcionalmente la cantidad de aire inspirado: así el murmullo vesicular es mas débil y menos extenso en el vértice de los pulmones. Esta reduccion en el campo respiratorio no es absolutamente incompatible con la vida; pero no puede tampoco dudarse que una inspiracion insuficiente perjudica á la hematosis, hace imperfecta la oxidacion de los glóbulos sanguíneos, favorece la anemia, disminuye el calor animal y altera la elaboracion de los materiales nutritivos.

Con el tiempo, la hipertrofia crónica de las amígdalas produce una deformacion particular del torax, que fué descrito por primera vez en 1828 por Dupuytren.

Pudiendo, pues, la hipertrofia indurada de dichas glándulas ser perjudicial á la salud y al desarrollo de los niños, es importante remediar esta enfermedad por los medios mas seguros, cualquiera que sea el período de cronicidad á que haya llegado.

Cuando se han puesto en juego sin éxito alguno todos los recursos de la materia médica, si se trata de una amigdalitis decididamente rebelde, es necesario practicar sin ninguna duda la extirpacion de las glándulas: á pesar de las muchas dificultades que ofrece su ejecucion en los niños de corta edad, no debe nunca aplazarse esta operacion, porque á medida que se contemporiza, la constitucion se deteriora, haciéndose mas difícil reconstituirla.

Inmediatamente que se han excindido las dos amígdalas ó una de ellas solamente, el sujeto respira con una facilidad y satisfaccion manifiesta, el pulmon empieza á

dilatarse y todo cambia en los movimientos vitales del organismo.

El autor refiere, en comprobacion de sus ideas, algunos casos prácticos bastante notables, entre ellos el de una jóven que, bajo la influencia latente de un infarto muy considerable de las amígdalas, estaba clorótica, enfermiza, sin animacion y sin fuerzas, hasta que fué operada por Bauchet. Desde esta época y antes de que hubiesen transcurrido dos años, se puso desconocida; tanto era lo que habian variado su constitucion y su salud. El cambio se verificó con una rapidez sorprendente, puesto que no se necesitaron mas que tres meses para transformar las condiciones de la existencia actual y del porvenir en esta enferma.

Estos hechos demuestran, concluye el autor, que la salud y la evolucion plástica puede ser gravemente comprometida en los niños por la hipertrofia inveterada de las amígdalas, porque la extirpacion de estas glándulas restituye á las facultades vitales la libertad y la plenitud de sus impulsiones.

Los casos de deformacion torácica indicada por Dupuytren y tan juiciosamente interpretada por Lambron, no son muy comunes. M. Champouillon no ha observado ninguno, de suerte que no puede decir cuáles serán los efectos de la amigdalotomía en esta enfermedad.

Hace mucho tiempo que se sabe que la extirpacion de las tonsilas facilita y da mayor extension á los movimientos respiratorios; pero el objeto del autor en esta nota ha sido demostrar con pruebas experimentales la medida y los progresos de la expansion pulmonal: para conseguirlo, se ha valido de las observaciones con el espirometro.

Invaginacion intestinal en los niños: su tratamiento por la insuflacion. (*L'Edimburgh. méd. journal*).

En un interesante trabajo publicado por el doctor Greig en el *Edimburgh. méd. journal*, recomienda este autor con particulares elogios la insuflacion en el tratamiento de las invaginaciones intestinales, sobre todo en los niños.

Es bien sabido que existen dos especies de intus-suscepcion: una inflamatoria, y otra no inflamatoria. Esta

última no produce generalmente síntoma ninguno durante la vida, y muy á menudo solo en la autópsia puede comprobarse su existencia.

El doctor Greig no se ocupa en su trabajo mas que de la invaginacion inflamatoria, que se traduce por un conjunto de signos casi característicos. Como el medio terapéutico que preconiza este autor es poco conocido, creemos oportuno hacer un breve resúmen de alguna de las observaciones que sirven de base á su memoria. Se refiere la primera á un niño de 6 meses, que habiendo gozado siempre de buena salud, fué acometido repentinamente, sin causa apreciable, de agitacion y luego de vómitos intensos; la piel se puso fria, la cara pálida, y los labios lívidos. Parecia que debia sufrir un vivo dolor en el abdómen. Se le administró entonces una cucharada de aceite de ricino, que fué devuelta inmediatamente. Tampoco retuvo el enfermo una lavativa de agua caliente; dos horas despues de la invasion arrojó un poco de sangre por el ano, y esta ligera hemorragia se repitió á cada acceso de dolor, durante la noche. El vientre estaba flexible, pero un poco meteorizado. La presion no era dolorosa mas que en el momento de los paroxismos. Deprimiendo fuertemente las paredes abdominales por debajo del ombligo, se advirtió un tumor duro, situado un poco á la derecha de la línea media. Los síntomas no tardaron en agravarse; el niño devolvia con los vómitos todo cuanto se le daba; el dolor era mucho mas intenso, y no se habia verificado deposicion alguna. Despues de consultar á otros dos médicos, se decidió M. Greig á practicar la insuflacion. Para ello introdujo el cañon de un fuelle en el ano, é inyectó una gran cantidad de aire, que penetró fácilmente en el intestino, pareciendo que producia un alivio notable en el niño. A los veinte minutos de la operacion se oyó una especie de borborigmo, seguido muy luego de un chasquido bastante fuerte para hacer creer á las personas que rodeaban al enfermo que se habia roto alguna cosa en el interior de su abdómen. Trascurrida una media hora, el niño hizo, sin dolor, una deposicion ligeramente teñida de sangre. Pasados dos dias, habian desaparecido todos los fenómenos graves.

En el segundo caso se trataba tambien de un robusto niño de 7 meses, que experimentó de repente los mismos fenómenos mencionados en el hecho anterior. Cuando M. Greig le vió á las once de la noche, sufria cada veinte minutos un acceso de dolor en el vientre, que estaba flexible, pudiendo reconocerse fácilmente á la derecha del ombligo la presencia de un tumor duro y doloroso á la presion. El niño tenia vómitos intensos y supresion de evacuaciones ventrales. Se le habia administrado una cucharada de aceite de ricino, que fué vomitada en el momento; media hora antes de verle el autor, arrojó por el ano algunas mucosidades sanguinolentas. Despues de haber intentado inútilmente aplicarle lavativas de agua tibia, se decidió, como en el caso anterior, á recurrir á la insuflacion, continuándola hasta que el abdómen estuvo muy distendido. Se administró al mismo tiempo una cucharada de aceite de ricino, que no fué vomitada, y se aplicaron fomentos calientes al vientre. El enfermo se alivió, durmiendo con tranquilidad algunas horas. A la mañana siguiente hizo una abundante deposicion, y empezó á mamar con afan, restableciéndose la salud de un modo completo.

En la tercera observacion, la enferma era una niña de 10 meses, en quien se presentó el mismo cuadro sintomatológico, aunque algo mas intenso que en los casos anteriores; se usó el mismo tratamiento, consiguiéndose un resultado igualmente feliz.

En otro niño de 4 meses se observaron iguales fenómenos é idéntica ineficacia de los purgantes. M. Greig practicó una inyeccion anal de aire y agua tibia, que produjo alivio, pero no deposiciones. Entonces introdujo un largo tubo en el recto, el cual no tardó en provocar la expulsion de gran cantidad de materias fecales. Se repitió una nueva insuflacion, que fué seguida de buen éxito. Una cucharada de aceite de ricino, administrada en la tarde de aquel mismo dia, demostró que el intestino estaba libre.

Como punto de comparacion sin duda, cita el autor otro caso de un niño de 4 meses, que fué repentinamente acometido á las doce del dia de una grande agitacion, indicando con bastante claridad los intensos do-

lores abdominales que sufria. Se le dió en este momento un poco de leche, que arrojó inmediatamente con vómito. En aquella misma tarde expulsó algunas gotas de moco sanguinolento por el ano: esta ligera hemorragia se repitió muchas veces durante la noche, yendo acompañada de un tenesmo considerable. No se advertia tumor abdominal, notándose solo á la percusion un sonido macizo muy determinado, que se extendia desde el ombligo á la fosa ilíaca izquierda. Un baño templado, los fomentos, lavativas, etc., que se aplicaron, no produjeron alivio alguno. Sin embargo, como los síntomas eran menos intensos que en los casos anteriores, el doctor Greig quiso abandonar el enfermo á los solos esfuerzos de la naturaleza, difiriendo hasta la mañana siguiente la inyeccion de aire. Pero cuando al otro dia fué á verle, el niño estaba muerto. En la autópsia se encontraron el íleon y el ciego invaginados en el cólon; el tumor llegaba á una pulgada del ano.

Seria difícil no ver en estas observaciones todos los signos de una invaginacion; la invasion repentina, los vómitos incesantes, el estreñimiento pertinaz, los paroxismos dolorosos, el tumor abdominal, y, *sobre todo*, la salida por el recto de cierta cantidad de moco sanguinolento, no dejan lugar alguno á duda.

El pronóstico de esta dolencia es siempre grave. Es cierto que existen en la ciencia algunos casos en que se ha verificado la curacion espontáneamente, expulsándose una porcion de intestino gangrenado. Pero como hace observar con mucha razon el doctor Greig, seria imprudente, en vista del resultado que tuvo la cuarta de las observaciones antes citadas, abandonar la enfermedad á los solos esfuerzos de la naturaleza.

Segun el autor, los purgantes son mas perjudiciales que útiles; pocas veces los tolera el estómago, y por los esfuerzos de vómitos que provocan, hacen contraer vivamente el intestino, y agravan el estado de los pacientes. Las lavativas producen, por el contrario, algun alivio; pero por desgracia la contraccion espasmódica del recto pocas veces permite que se apliquen. No se encuentra la misma dificultad para inyectar el aire: la facilidad con que penetra en el intestino contraido, cuando es imposi-

ble introducir una cucharada de líquido, da á este medio de tratamiento grandísima superioridad sobre todos los otros. Su aplicacion es sencilla, y no necesita grandes aparatos. Lo que importa sobre todo, es inyectar bastante cantidad de aire, para distender el intestino hasta la porcion invaginada.

El resultado de las observaciones del doctor Greig, en que vemos cuatro casos de invaginacion intestinal, que se curan por la insuflacion de aire en el recto, mientras que el quinto, en que no se emplea este recurso, termina funestamente, tienen bastante importancia para que aconsejemos su ensayo en la práctica, con tanto mas motivo cuanto que puede explicarse de un modo mecánico y bastante satisfactorio el modo de obrar de este medio.

Metritis crónica: tratamiento por el ioduro de potasio y el iodo-cloruro de mercurio. (*Jour. de méd. et chir. prat.*).

Hablando el doctor Scanzoni, en una importante monografía, de los numerosos remedios preconizados por autores competentes, y ensayados por él en el tratamiento de la metritis crónica, asegura que con ninguno ha obtenido tan buenos resultados como con el ioduro de potasio y el iodo-cloruro de mercurio, aplicados directamente sobre la mucosa útero-vaginal.

El primero de estos medicamentos le emplea el profesor de Wurzbourgo en la forma siguiente:

Ioduro de potasio.	4 gramos.
Glicerina.	30 —

Se empapa en esta solucion una esponja, que se introduce por la noche en la vagina, dejándola permanecer allí hasta el dia siguiente. Es el único método de aplicacion del iodo, que despues de dos ó tres semanas de uso produce una sensible disminucion en el volúmen y reblandecimiento de la porcion vaginal y de las partes inmediatas del segmento uterino inferior; es infinitamente preferible en todos conceptos al uso de la tintura de iodo y de las pomadas ioduradas en las regiones inguinales.

Mas recientemente, el doctor Scanzoni ha empleado del mismo modo, en el interior de la vagina, una pomada compuesta de:

Iodo-cloruro de mercurio.	0,30	centígramos.
Manteca.	30	gramos.

La enferma debe permanecer echada seis ú ocho horas despues de cada aplicacion de este tópico, que debe hacerse por medio del spéculum.

Se retira en seguida la esponja, y se limpia la vagina, practicando una inyeccion de agua templada. Por lo comun se desprende el epitelium de la mucosa en los puntos que han estado en contacto con la pomada; la superficie que queda al descubierto, se cubre de una capa de exudatos, y frecuentemente se nota que despues de la primera aplicacion disminuye de un modo ostensible el volúmen del infarto. Puede repetirse muchas veces la aplicacion de este tópico, si es necesario, dejando entre ellas un intérvalo de diez á catorce dias.

El profesor Scanzoni ha renunciado completamente al uso de la tintura de iodo, aplicada al cuello de la matriz y á la vagina. En los casos de excoriaciones, este práctico prefiere á todos los modificadores ó cáusticos generalmante usados *el ácido piroleñoso* rectificado puro, ó mezclado con partes iguales de creosota. Le deja aplicado hasta que cesa la exudacion sanguínea y la superficie ulcerada, que por lo comun tiene un color rojo vivo, toma un aspecto completamente blanco.

Peritonitis puerperal: tratamiento por la aplicacion local del hielo. (*Gaz. des hop.*).

El profesor Béhier, que ha defendido con tanta energía como talento la localizacion de las afecciones puerperales, ha preconizado tambien un medio terapéutico con el que obtiene excelentes resultados; á saber, la aplicacion del hielo, que sustrayendo el calórico destruye la flegmasía. El doctor Verrier ha recurrido recientemente á este método en un caso de peritonitis puerperal, con un éxito que le hace recomendable á la atencion de los prácticos.

Tratábase de una mujer bien constituida, que hallándose en su cuarto embarazo, cayó sobre las rodillas, á consecuencia de lo cual se presentó el parto antes del término natural de la preñez. Casi inmediatamente despues de la salida de la placenta, el vientre se elevó y se

puso sensible y doloroso, desarrollándose fiebre á las pocas horas. Cuando al dia siguiente el doctor Verrier visitó á la enferma, observó ya una peritonitis generalizada: 120 pulsaciones, náuseas, desaparicion de los loquios, vientre muy elevado, meteorizado y con abolladuras, que ocupaban toda la extension del abdómen, llegando casi hasta el epigastrio, formadas por el útero sumamente sensible y por la vejiga distendida, aun cuando no habia supresion completa de orina. Habiendo extraido una gran cantidad de este líquido por medio del cateterismo, se consiguió un alivio bastante notable; pero el tumor doloroso formado por la matriz y todos los signos característicos de la inflamacion de la serosa abdominal persistian con la misma intensidad. El doctor Verrier propuso entonces el tratamiento por medio del frio, y al efecto se aplicó sobre el vientre una enorme vejiga llena de hielo machacado, interponiendo entre ella y la piel dos compresas secas bastante gruesas: el hielo se renovaba cada tres horas, y se mantuvo aplicado constantemente desde el viernes hasta el lunes por la mañana. El vientre perdió poco á poco su sensibilidad; los loquios suprimidos, volvieron á presentarse; el meteorismo disminuyó, y los órganos fueron ocupando su situacion normal, sin que se produjese eritema ni gangrena superficial de la piel del abdómen, inconvenientes que se observan á veces, cuando las aplicaciones refrigerantes se prolongan demasiado tiempo. Cuando se suprimió el tratamiento por el frio, M. Verrier hizo barnizar toda la pared del vientre con colodion elástico, repitiendo la operacion mañana y tarde. No se emplearon mas medios de tratamiento que algunas píldoras de opio administradas por la noche durante los primeros dias, y despues 10 centígramos de sulfato de quinina en las veinte y cuatro horas, para combatir un movimiento febril intermitente que habia reemplazado á la fiebre primitiva. La secrecion láctea apareció al quinto dia, y en él se aumentó la alimentacion que nunca se habia suspendido por completo. A los ocho dias del parto, pudo levantarse la enferma, y á los quince se encontraba completamente curada.

Pesario intra-uterino del doctor Wright. (*Rev. de san. militar*).

El señor Anguiz ha dado á conocer, en la notable Revista de instrumentos de cirugía que de tiempo en tiempo publica en el ilustrado periódico de que es redactor, un pesario intra-uterino, debido al doctor Wright, y destinado á corregir las desviaciones del útero. Este instrumento, sencillo y ligero, puede retenerse fácilmente, y su introduccion no ofrece dificultad alguna. Está formado (fig. 40) por una sonda CD en la que se encuentra encerrada una especie de pinza B, cuyos extremos son redondeados. En el dibujo que acompañamos está representado el instrumento con la sonda, dispuesto para introducirse 1; despues, en el número 2, cuando la pinza

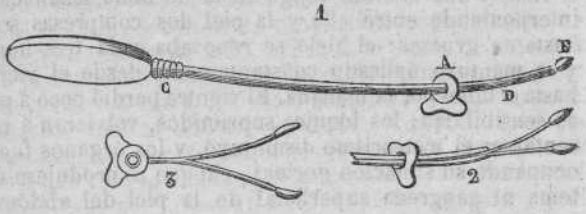


Fig. 40.

empieza á salir de la cánula, y por último, en el 3, tal como queda el instrumento en la cavidad del útero. Las dos ramas ocupan las paredes laterales del triángulo que forma dicha cavidad, descansando el órgano en los extremos redondeados de la pinza, y termina esta porcion del pesario en una especie de plancha agujereada A, que queda fuera de la cavidad, y por la que pueden salir los líquidos que deben expelerse.

Nos parece que este, como todos los instrumentos destinados á permanecer en contacto con la superficie interna de la matriz, ofrecen graves dificultades en la práctica, por las alteraciones que en este delicado órgano producen, y que á veces son mucho mas graves que la dislocacion que se trata de corregir.

Prolapso del cordon durante el parto: medio sencillo de corregirle. (*Pabellon médico*).

El doctor Dyce, catedrático de Obstetricia en la universidad de Aberdeen (Escocia), ha publicado recientemente varios casos de prolapso del cordon durante el parto, en los cuales logró corregir esta complicacion, colocando á la mujer en una posicion diametralmente opuesta á la generalmente adoptada. Dicho práctico no cita este método como suyo, sino con objeto de dar publicidad á un procedimiento propuesto hace algunos años por un médico americano, el doctor Tomás; procedimiento que, sin duda por ser poco conocido, no se ha practicado con la frecuencia que debiera. La procidencia del cordon (cualquiera que sea su causa primitiva), debe indudablemente su tenacidad y el ser tan refractaria á lo suave y resbaladizo de este órgano, y además al plano inclinado que le presenta el útero, para facilitar su descenso. Los principios de este tratamiento están basados en la inversion de este plano, aprovechando, no solo su eje, sino las propiedades físicas del cordon antes indicadas. Consígnese esto, haciendo colocar á la parturiente con los codos y las rodillas sobre la cama, en cuya posicion se invierte el eje del plano uterino. Si las membranas no se han roto, basta este cambio de postura sin necesidad de maniobra alguna para que ascienda el cordon: si las aguas del ámnios han salido ya, dejando á este órgano por debajo de la cabeza del feto, es necesario, despues de haber colocado á la mujer en la situacion indicada, subir el cordon con la mano y excitar los dolores, ya por medio de fricciones, ó ya con el centeno de cornezuelo.

Si la parte del feto que se presenta, llenase la pélvis de tal modo que no fuera posible emplear la mano, como se ha dicho, para hacer ascender el cordon, seria preciso introducir una sonda de goma y una cinta que hagan de porta-cordon. Si aun esta maniobra no pudiera efectuarse por impedirlo la cabeza del feto, aconseja el doctor Dyce introducir la mano, elevar la cabeza, y llevar el cordon mas allá de esta, administrando préviamente el centeno de cornezuelo.

Los hechos hasta ahora publicados parecen favorables á este procedimiento, y si se tienen en cuenta las fatales consecuencias que suelen acarrear al feto, los prolapsos del cordon durante el parto, no podrá menos de acogerse con satisfaccion cualquiera método que disminuya por lo menos las cifras de los casos desgraciados.

Pulmonías de los niños: lavativas tónicas y respiracion artificial en su último periodo. (*Union méd. de la Gironde.—Jour. de méd. prat.*).

La *Union médicale de la Gironde* ha publicado un trabajo dirigido por el doctor Fort á la Sociedad de Medicina de Burdeos, acerca de dos casos de pneumonía morbilosa en su último período, en los que el alivio y, por decirlo así, la resurreccion de los enfermos se debió á las lavativas nutritivas y á la respiracion artificial.

Resumirémos brevemente uno de los hechos observados en Paris.

Se trataba de una niña curada primero por M. Fort de una difteria crupal, pero que quedó muy débil y se habia debilitado de nuevo por efecto de una pulmonía consecutiva al sarampion. El 1.° de mayo la situacion era gravísima; la respiracion estaba acelerada, difícil; el pulso filiforme, irregular; los labios cianosados. A las seis de la tarde los ojos se cerraron completamente: enfriamiento de la nariz y de los labios; manos y pies yertos; la respiracion al principio acelerada, se hizo lenta, se presentó hipo, inmovilidad de la pupila, y sin los quejidos sordos de la glotis que se producian de tiempo en tiempo, se hubiera creido estar viendo un cadáver.

Recordando en este momento M. Fort, que en un caso análogo habia vuelto á la vida á un niño por medio de lavativas tónicas y nutritivas, la aplicó él mismo una compuesta de extracto de quina, 4 gramos; caldo de vaca concentrado, 30 gramos; vino de Borgoña, 30 gramos.

Luego, descubriendo á la pequeña enferma, comprimió la parte inferior del pecho con los cuatro últimos dedos de la mano, mientras que con los dos pulgares deprimia la region epigástrica. M. Fort trataba de imitar por medio de estos movimientos el juego normal de la caja to-

rácica, expulsando regularmente á cada presion el aire que habia penetrado inmediatamente antes. Despues de dos horas de estas maniobras, la respiracion, aunque muy débil, se regularizó. Se tapó bien á la enferma para hacerla entrar en calor y favorecer la absorcion de la lavativa. A las doce de la noche levantaba un brazo, y á las dos de la mañana llamaba á su madre.

No es necesario decir que, durante ocho dias, el estado de la niña fué muy precario. En este tiempo se la continuaron administrando cuatro ó cinco veces al dia lavativas con caldo de carne y un gramo de extracto de quina. Al mismo tiempo se cubrió el vientre con cataplasmas de plantas aromáticas. El 6 de mayo, la enferma empezó á tomar alimentos, y el 20 se levantó por primera vez. El doctor Sorain ha sido testigo de este hecho. Sin la respiracion artificial, las lavativas probablemente no habrian sido absorbidas.

Quistes del ovario: tratamiento por medio de los tubos elásticos y del clorato de potasa. *(Rev. de thér. méd. chir.—Bull. de thér. —Montpeller medical).*

Considerando el doctor Bergeret la gravedad de la ovariotomía, que no acepta sino cuando el tumor sólido del ovario dificulta de un modo peligroso las funciones de los órganos inmediatos, y creyendo, por otra parte, un medio atrevido en demasía, la inyeccion de tintura de iodo en los quistes de este órgano, propone para su curacion un método de tratamiento, reducido á puncionar el tumor con un trócar é introducir en seguida, por la abertura que este ha hecho, una sonda elástica que se atraviesa con un hilo, cuyas dos extremidades se sujetan con unos parches de esparadrapo á las paredes del vientre; el quiste se va vaciando insensiblemente por el tubo, el cual se renueva cada dos ó tres dias y se continúa aplicando hasta que no haya tumor abdominal.

El uso de los tubos elásticos tiene, segun dice el autor, dos ventajas sobre las inyecciones iodadas: 1.ª si se desarrolla una inflamacion muy intensa, es casi seguro que, retirando la sonda, se detendrá ó moderará al menos la intensidad de la flogosis que amenaza comprometer el éxito de la operacion, lo cual no puede hacerse nunca

cuando se ha inyectado la tintura de iodo en el quiste; 2.° la inflamacion provocada por este medicamento da lugar á la secrecion de un nuevo líquido que distiende el quiste y se absorbe lentamente. Con el tubo elástico, el líquido segregado sale á medida que se forma; el quiste no adquiere su extension primitiva; se contrae de un modo insensible y se halla en las mejores condiciones para que el estado inflamatorio provocado por la presencia del cuerpo extraño determine la oclusion y la atrofia.

Termina el autor diciendo que abriga la íntima conviccion de que no debe intentarse la cura radical de los quistes ováricos por ciertos procedimientos operatorios sino en casos excepcionales, porque cuando la mujer ha pasado de la época en que deben funcionar los órganos genitales, estas partes, y sobre todo los ovarios, se atrofian. Asegura el doctor Bergeret que conoce muchas mujeres ya viejas que tenian en otro tiempo enormes tumores ováricos, y cuyo vientre ha quedado despues natural.

Clorato de potasa.—Sin presentar el clorato de potasa como un específico para la curacion de los quistes del ovario, dice el doctor Graig que le ha empleado con éxito como absorbente del líquido, de tal manera que de hoy en adelante no debe ser lícito practicar la ovariotomía sin haber administrado antes este medicamento á altas dósis; porque admitiendo que muchos casos serán refractarios á su accion por efecto de condiciones indeterminadas del líquido enquistado ó de su envoltura, esta misma incertidumbre y el buen éxito obtenido en algunas ocasiones, hacen necesario que se recurra siempre al uso de dicha sal. En efecto, el autor refiere cuatro observaciones, en dos de las cuales fué completa la desaparicion del quiste, en otra incompleta y el resultado incierto en la cuarta por haber cesado en el uso del remedio. Bastará que citemos el primero de estos hechos como ejemplo. Una señora de buena constitucion presentaba un tumor del volúmen de la cabeza de un feto de todo tiempor en la region ilíaca izquierda, movible, sin adherencias y que habia comenzado á desarrollarse cinco años antes. Despues de haber empleado un sin número de tratamientos en los cuatro últimos sin resultado alguno, iba á ser operada, cuando la muerte de su médico impidió

quizá la suya. En efecto, sometida al uso de una solucion saturada de clorato de potasa, de la cual tomaba una cucharada tres veces al dia, advirtió un alivio evidente á las dos ó tres semanas. El tumor fué disminuyendo poco á poco, y á los once meses de la administracion del medicamento, habia desaparecido por completo, y con él todos los síntomas que eran su consecuencia.

El segundo hecho es tan conciso y concluyente como el que acabamos de referir. Creemos que en semejante caso habria sido útil dar detalles clínicos mas circunstanciados; pero basta que una sustancia tan inofensiva como el clorato de potasa haya tenido, al parecer, una accion favorable en una enfermedad tan grave como un quiste ó un tumor cualquiera del ovario, para que deban repetirse los ensayos siempre que sea posible, á fin de ilustrar por completo tan interesante cuestion terapéutica.

El doctor Courty, de Montpellier, ha publicado tambien dos casos de curacion de quistes del ovario, con el principal objeto de demostrar que antes de apresurarse á practicar la cura radical de estos tumores, y sobre todo la ovariotomía, es necesario haber sometido á las enfermas al uso de todos los medios racionales que su estado indique, puesto que aun cuando la inmensa mayoria de veces deba considerarse el tratamiento médico como impotente, hay, sin embargo, algunas, aunque raras excepciones, que bastan para obligar á ensayarle, segun lo prueban las dos historias que el autor refiere, y que nosotros no extractarémos detalladamente por no considerarlo necesario.

En la primera observacion se trataba de un quiste del ovario derecho, probablemente unilocular, voluminoso, en una señora de 43 años. Oxido de oro, diuréticos, fricciones resolutivas, compresion metódica por medio de una faja; curacion. En el segundo caso, era un quiste ovárico derecho que parecia multilocular, voluminoso, no puncionado, en una niña de 12 años. Despues de un mes de tratamiento, la disminucion en el volúmen del vientre era muy apreciable, y transcurridos cinco meses, no quedaba vestigio alguno del tumor.

La terapéutica empleada por este distinguidísimo práctico la resume el mismo en los medios siguientes :

1.° Preparaciones de oro, especialmente el óxido á la dósis de 2 á 5 milígramos al principio y elevándola progresivamente hasta 5 centígramos; 2.° analépticos tónicos, reconstituyentes, agua de Vichy, hierro, quina, etc.; 3.° fricciones resolutivas, sobre todo ioduradas, con el ioduro de plomo y el de potasio en el bajo vientre; 4.° diuréticos en fricciones y al interior: escila, digital, sal de nitro; 5.° en fin, y muy especialmente, compresion metódica y progresiva de toda la superficie abdominal por medio de las fajas elásticas del doctor Bourjeaurd.

Aun cuando esta medicacion nada tenga de irracional, tampoco creemos que hay bastante motivo en las observaciones referidas por el práctico de Montpellier para atribuirla de un modo directo la curacion. El óxido de oro y los demás medios empleados, no solo no son específicos, sino que, en la inmensa mayoría de los casos, no producen resultado alguno. No obstante, si los hechos de este género se multiplicasen, no deberian considerarse ya como curaciones espontáneas; seria preciso reconocer á los diuréticos, á los alterantes y en particular al óxido de oro ó el clorato de potasa, una influencia mas ó menos grande en este feliz resultado; pero tememos que estas observaciones queden aisladas.

Quistes del ovario: tratamiento por aspiracion. (*Pres. méd. belge.— Dict. des prog.*).

El doctor Buys ha presentado, á la *Sociedad de Ciencias médicas*, de Bruselas, un trabajo de medicina operatoria, acerca del que creemos oportuno llamar la atencion de los lectores hoy que la ovariotomía ha puesto de nuevo en estudio todo lo que se refiere á los quistes del ovario, especialmente bajo el punto de vista terapéutico.

Despues de una exposicion detallada de los diversos tratamientos quirúrgicos de la *hidropesía enquistada del ovario*, paliativos y curativos, y un exámen razonado de las dificultades, inconvenientes, peligros y tambien de las ventajas que les son inherentes, M. Buys propone un nuevo procedimiento por aspiracion para evitar la entrada del aire en el quiste, que es, á su juicio, lo que constituye el principal peligro. La bomba de M. Guerin,

la jeringa de M. Boinet y todas las precauciones operatorias usadas para impedir este accidente, no le parecen bastantes. Por otro lado, vaciando bruscamente la cavidad, permiten al líquido llenarla de nuevo, haciendo perder todas las ventajas obtenidas. La expulsion completa y contínua del líquido al abrigo del contacto del aire, es el objeto final é importante á que se debe aspirar y que ninguno de los procedimientos conocidos hasta ahora realiza por completo. El autor cree que una succion suave y permanente es el único medio capaz de conseguirlo, vaciando poco á poco el quiste y sosteniendo despues esta vacuidad.

Para llenar estos objetos, ha ideado M. Buys un instrumento sencillo é ingenioso, que presenta, como el *trócar articulado* de Vytterhoeven, la ventaja de sujetar las paredes del quiste al contorno de la abertura practicada por el trócar en la pared abdominal; permite además dar salida al líquido, sin necesidad de esperar la formacion de adherencias; en fin, la evacuacion se verifica gradualmente y al abrigo del aire atmosférico. El instrumento se compone de dos partes distintas: la primera es una cánula doble armada de un trócar, que al retirarse, hace salir por un mecanismo muy sencillo cuatro resortes en forma de corona, destinados á sujetar circularmente la pared anterior del quiste contra la pared abdominal; una placa movible que existe exteriormente en el mango del instrumento, se aplica en seguida por medio de un tornillo contra la superficie externa del vientre, de modo que fija sólidamente el aparato en la posicion conveniente: encima de esta placa se aplica un círculo de tripa ó tafetan, que pasa los límites de aquella en todos sentidos, y se pega á los tegumentos por medio del colodion elástico, á fin de evitar la introduccion del aire entre el instrumento y la piel é inmovilizar mejor la cánula. Completa el mecanismo una llave situada cerca de la abertura de esta, de modo que no permita la salida del líquido hasta que la llave de la ampolla ha sido atornillada sobre ella.

La segunda parte se compone de un aparato aspirador formado por una série de tres globos ó ampollas elásticas de caoutchouc del volúmen de la cabeza de un niño,

y cuyas paredes de diferente espesor poseen una fuerza aspiradora mas ó menos pronunciada, de modo que pueden graduarse sus efectos segun la necesidad. Estas ampollas se adaptan al trócar por medio de un tubo tambien elástico con una llave de tornillo. Las paredes del globo número 1 tienen un milímetro de grueso, y apenas es sensible su aspiracion: esta debe servir para vaciar lentamente el tumor, á fin de impedir los inconvenientes de una succion demasiado fuerte.

El grueso de la ampolla núm. 2 es de 2 milímetros y medio, y tiene doble fuerza que la anterior. Una vez vaciado el quiste, debe mantenerle en este estado, aspirando las gotas de serosidad á medida que se forman y aproximando las paredes. Sin embargo, su fuerza de aspiracion no puede de modo ninguno irritar ó inflamar la superficie interna del tumor: este papel está confiado á la ampolla núm. 3, que presenta un grueso de 3 milímetros y medio; debe servir para activar la retraccion del quiste y producir una fluxion con exudacion de linfa plástica. Esto no es por ahora mas que una presuncion teórica, puesto que la experiencia no ha demostrado su exactitud; pero el autor cree que el tratamiento por medio de dichas ampollas, empleadas segun estas indicaciones, conseguirá la curacion de los quistes simples, y esto con tanta mayor facilidad, cuanto que si es necesario se puede combinar su accion con la de algun agente farmacológico, como tintura de iodo, de mirra, una solucion de un sulfito alcalino, agua templada, etc.

Las indicaciones de este procedimiento son, como en los otros, operar los quistes á tiempo, antes que hayan adquirido un desarrollo que les exponga á hacerse multiloculares, á contraer adherencias ó inflamarse.

Los serosos uniloculares son los que ofrecen mayor probabilidad de curacion. La ampolla núm. 2 parece que debe bastar en la inmensa mayoría de casos para todo el tratamiento.

Los quistes de muchas cavidades, hidatídicos ó colóides exigen la ampolla núm. 3.

En general, cuando la núm. 2 no ha conseguido en algunos dias agotar la secrecion, será conveniente aplicar el núm. 3, hasta que haya producido una congestion de

las paredes, lo cual se reconocerá fácilmente en la naturaleza del líquido.

No hay nada que esperar de este tratamiento en los quistes que reconocen por orígen una degeneracion, los cistosarcomas ó cistocarcinomas.

Los tumores deben puncionarse en el lado en que empezaron á aparecer, lo mas cerca posible de su orígen, y en el punto mas declive. Si son operables por la vagina, es necesario recurrir á este método, evitando evacuar de pronto el quiste, y no emplear la ampolla verdaderamente aspiradora hasta que los órganos se hayan habituado al instrumento. Este no debe retirarse sino despues que hayan trascurrido muchos dias, sin que se presente ninguna secrecion por la cánula, y que por la palpacion se reconozca en el abdómen la presencia de un tumor duro de pequeña dimension.

Para completar el efecto del aparato, un vendaje de cuerpo, por medio de un compresor de tornillo, debe deprimir la pared abdominal del lado opuesto al del tumor, favoreciendo de este modo la accion de los aspiradores.

Practicada la puncion, viene el último tiempo de la operacion, que constituye verdaderamente el tratamiento: despues de haber llenado de agua la ampolla elástica, se hace por medio de una bomba aspirante el vacío tan completamente como sea posible: se cierra la llave, y se la atornilla con la del trócar. Bastará abrirlas para poner el líquido del globo en relacion con el quiste, al cual pasará con una velocidad proporcionada á la fuerza de succion de la ampolla, y á la abertura que se haya dado á las llaves. De este modo es fácil practicar lociones é inyecciones medicamentosas al abrigo del aire.

Este método de tratamiento, preconizado para los quistes del ovario, podria aplicarse á una porcion de otras afecciones, como hidrotorax, abscesos por congestion, abscesos enquistados del abdómen, higromas, etc. El principio de la aspiracion al abrigo del aire podrá quizá algun dia desempeñar un papel importante en la terapéutica de toda enfermedad caracterizada por la presencia de un líquido morbosamente segregado en una cavidad cerrada. No habrá mas que variar la forma del instrumento, segun el órgano sobre que deba operarse.

Toracocentesis en los niños. (*Montpellier médical*).

Partidario convencido por la experiencia de la eficacia de esta operacion en los niños, el doctor Guinier, de Montpellier, no ha dudado en practicarla en uno que no contaba aun 12 meses, al décimo dia de un derrame pleurítico agudo del lado izquierdo, precedido de accesos febriles intermitentes, y cuya disminucion no habia podido conseguirse, á pesar de todos los medios recomendados en semejantes casos. Este hecho es tanto mas notable cuanto que nunca se habia practicado la toracocentesis en una criatura de tan corta edad.

Mejor que trascribir los detalles de la observacion, que nada ofrece por otro lado de extraordinario, nos parece consignar las conclusiones que el autor deduce de los estudios que ha hecho con motivo de este caso.

1.° Los derrames pleuríticos que en los niños de pecho duran mas de cuatro dias, sin tendencia á la resolucion, están expuestos á hacerse purulentos, y se les debe puncionar; 2.° si en un niño de esta edad el derrame es bastante abundante para dislocar los órganos inmediatos, debe practicarse inmediatamente la puncion; 3.° los niños de pecho soportan perfectamente la toracocentesis, que no produce en ellos reaccion traumática de ninguna clase; 4.° el mejor procedimiento operatorio consiste en hacer una puncion subcutánea en un solo tiempo (como la puncion de la ascitis), en el sitio de eleccion habitual; 5.° en los niños, el pulmon, comprimido por un derrame, continúa siendo permeable, por mucho mas tiempo que en el adulto, y es por lo tanto susceptible de recobrar sus funciones. De donde se deduce que la antigüedad de la coleccion pleurítica no contraindica la toracocentesis; 6.° cuando existe en un niño muy pequeño un derrame purulento, se le debe considerar como un absceso ordinario, é introducir en la herida subcutánea un simple lechino, que sin penetrar hasta la pleura, facilite, sin embargo, la salida contínua del líquido purulento. El lechino es preferible á una cánula permanente, y se opone con mucha eficacia á la entrada del aire; 7.° debe evitarse con el mayor cuidado la penetracion del aire en la cavidad pleurítica de

los niños de pecho, aun cuando quizá no tiene consecuencias fatales; 8.° en los niños de esta edad, el apósito de la toracocentesis mas sencillo y menos complicado, es el mejor, no debiendo olvidarse la dificultad que hay para sostenerle, á causa de los contínuos movimientos de los enfermos; 9.° en los niños pequeños se observa siempre, despues de la toracocentesis, una corvadura del raquis con la concavidad hácia el lado enfermo, y que se endereza espontáneamente despues de la curacion; 10.° el análisis químico demuestra que la proporcion de pus encontrada en el derrame pleurítico de un niño de pecho, por una primera toracocentesis, puede disminuir en el nuevo derrame que se produce habitualmente, mientras que la cantidad de albúmina aumenta; 11.° en los niños pequeños puede dejar bruscamente de salir por la cánula el líquido durante la toracocentesis, sin que se haya agotado, sin embargo, todo el que existia en la cavidad. El mejor medio de remediar este inconveniente es extraer la cánula. De este modo, el resto del líquido va fluyendo al exterior por la herida subcutánea; 12.° en los niños pequeñitos, la existencia de pus en los derrames pleuríticos expone á que se reproduzca la coleccion líquida despues de la toracocentesis. Este nuevo derrame exige la operacion tantas veces cuantas se renueve, á menos que no se pueda evitar la acumulacion por una cura apropiada, como, por ejemplo, un lechino introducido en la herida subcutánea de la primera puncion.

Tumor hipertrófico del pecho: operaciones repetidas; reproduccion cada vez mas tardia; curacion. (*Revue de thér. méd.-chir.*).

El doctor Bron, de Lyon, ha publicado en este periódico un hecho clínico importante, por las consecuencias prácticas y de conducta que de él se pueden deducir.

Una mujer de 36 años y de regular constitucion advirtió un tumor en el pecho derecho. A los seis meses de haber empezado el mal, fué operada por el doctor Cartron. La enfermedad se reprodujo casi inmediatamente, despues de haber terminado la cicatrizacion, que se verificó con mucha rapidez.

Al fin del mismo año sufrió segunda operacion, y á los seis meses tuvo lugar una nueva recidiva, y con tal

violencia que el tumor que antes de empezar el tratamiento tenia el volúmen de una manzana pequeña, duplicó sus dimensiones.

El doctor Bouchacourt hizo la tercera operacion en 1850, extirpando una parte de la glándula mamaria. Esta vez se sostuvo la curacion por espacio de un año.

En 1852 fué preciso recurrir á muchas aplicaciones sucesivas de cloruro de zinc, para destruir varios puntos indurados y sospechosos. Durante quince meses no hubo novedad alguna.

En 1854, el doctor Gensoul practicó la quinta operacion, extirpando la totalidad de la glándula mamaria.

En 1856, el mismo cirujano extrajo un núcleo duro, que se percibia en la inmediacion de la cicatriz. Por espacio de tres años la mujer estuvo perfectamente.

En 1859 advirtió una pequeña induracion, que solo tenia al principio el volúmen de una almendra, y cuando le adquirió mayor, fué operada por el doctor Barrier.

En fin, en 1862, apareció un nuevo punto sospechoso, duro al tacto y movible debajo de la piel. Cuando la paciente se presentó á sufrir su octava operacion, solo tenia el volúmen de una judía.— Desde esta época hasta la fecha no ha ocurrido novedad alguna que haga temer una nueva recidiva.

Estudiado el tumor último al microscopio por el doctor Perraud, se vió que estaba formado enteramente por fondos de saco glandulares, cuyas paredes se encontraban tapizadas por un epitélium nuclear poromentoso, y su cavidad llena de células epiteliales y de restos de ellas destruidas, la mayor parte granulosas, pero no deformadas.

Entre estos fondos de saco glandulares se encontraban en pequeña cantidad elementos conjuntivos de una organizacion poco avanzada.

Este hecho ofrece grande interés bajo el punto de vista clínico. Es evidente que el padecimiento se tomó por un cáncer; y con efecto, tenia todos sus caractéres. La glándula estaba tumefacta algun tiempo despues de haber recibido un golpe; habia un pequeño núcleo duro y abollado, que era asiento de dolores lancinantes, y las sucesivas operaciones que habia sido necesario practicar

á causa de tantas reproducciones, confirmaban plenamente esta opinion, que ninguno de los cirujanos encargados de la asistencia de la enferma se atrevió á poner en duda. El mismo doctor Bron creia que el tumor era canceroso, y dice que aun continuaria pensándolo así, á no ser por el resultado del exámen microscópico.

Es, pues, dificilísimo formar un diagnóstico positivo en estos casos, lo cual nos obliga á ser muy prudentes y reservados en el pronóstico de los tumores de la mama en general. Por otra parte, si admitimos este hecho como frecuentemente posible, no deberémos considerar que las recidivas son atributo exclusivo del cáncer. Debe, sin embargo, advertirse la notable circunstancia de que en este último padecimiento las reproducciones van aumentando en gravedad. De todos modos, en virtud del hecho anterior, M. Bron se cree autorizado para establecer dos conclusiones finales.

1.ª Que los tumores del pecho, cualquiera que parezca ser su naturaleza, deben operarse. El cáncer mismo, que es por lo comun una afeccion general, se encuentra á veces fijo en un punto limitado, y se le destruye operándole.

2.ª La falta de los elementos patognomónicos de su existencia no prejuzga siempre la gravedad ó benignidad del mal.

Ulceraciones del cuello del útero: su tratamiento por medio de la tintura de iodo. (*Bull. de thér.*).

Hay cierto número de lesiones uterinas, como las granulaciones, ulceraciones, etc., á las que se aplica generalmente un tratamiento local, siendo pocas las sustancias medicinales que no se hayan empleado con este objeto. Desgraciadamente no se ha cuidado de precisar las indicaciones particulares de cada uno de estos agentes, de suerte que la mayor parte de ellos, despues de gozar algun tiempo de un crédito pasajero, han caido luego en un total olvido, por no haberse tratado de determinar los casos en que podian prestar útiles servicios, y aquellos otros en que son ineficaces y aun quizá nocivos. Al uso inconsiderado que se ha hecho, sobre todo de los astringentes y los cáusticos, atribuye M. Gallard en un excelente artículo, publicado en el *Bull. de thér.*, su

actual descrédito (á excepcion del nitrato de plata), despues de los pomposos elogios que se les han prodigado. El autor trata de llenar este vacío apelando de nuevo á la experimentacion, y comienza sus trabajos por la tintura de iodo, que tambien se ha ensayado, y que por no saberla aplicar con oportunidad, ha sido injustamente abandonada. M. Gallard ha estudiado cuáles eran sus indicaciones especiales, en qué condiciones debia preferirse este tópico á todos los otros; deduciendo de los hechos observados, que donde se manifiesta particularmente su eficacia, es en las úlceras fungosas del cuello del útero.

Entre las ulceraciones de la matriz, las mas simples, constituidas por la inflamacion de un pequeño número de folículos y que no han interesado aun profundamente el tejido del órgano, que no se acompañan de hipertrofia del cuello, ni de una induracion flegmásica de los tejidos peri-uterinos; en una palabra, las que se describen por lo comun con el nombre de exulceraciones, ceden generalmente á los tratamientos mas anodinos, á algunas inyecciones astringentes, ó en caso de necesidad, á las de nitrato de plata. Pero en un grado mas avanzado, añade M. Gallard, esta ulceracion se presenta en estado fungoso, sangra al menor contacto; la superficie ulcerada, en vez de limitarse á algunos milímetros del contorno del cuello, se extiende á toda la superficie del hocico de tenca, y penetra hasta en su orificio: el cuello mismo se encuentra mas voluminoso que en estado normal, y el cuerpo participa de este aumento de volúmen, que tan bien se caracterizaba con la palabra *infarto*, y que apenas hay nadie que se atreva hoy á emplear. Cuando las cosas se encuentran en este estado, las cauterizaciones no bastan para obtener la curacion, y entonces hay que recurrir á la tintura de iodo.

El modo de aplicarla es en extremo sencillo: puesto al descubierto el cuello del útero por medio del espéculum, se barniza toda la superficie ulcerada con un pincel empapado en la tintura. Las aplicaciones pueden repetirse cada tres ó cuatro dias, hasta que se haya conseguido la curacion completa.

En dos de las observaciones referidas por M. Gallard, han bastado cuatro toques de tintura de iodo para ha-

cer desaparecer en algunas semanas una ulceracion fungosa de bastante mal aspecto y de antigua fecha : en ambos casos, el tratamiento ha hecho tambien disminuir el volúmen del cuello uterino, casi con tanta rapidez como curaba la ulceracion que en él existia. Otras veces los efectos de la medicacion no han sido tan prontos. En general, tres ó cuatro aplicaciones bastan para convencerse de que la tintura de iodo conviene en aquel caso, porque produce siempre un alivio notable. Pero una vez obtenida esta primera mejoría, sobre todo si la enfermedad es muy antigua, puede suceder que se detengan los progresos de la curacion ó que marchen tan lentamente, que se desconfie del resultado y se trate de abandonar el medicamento que hubiera al cabo producido su efecto.

Tambien se ha usado este agente terapéutico para resolver los infartos consecutivos á las flegmasías perí-uterinas. M. Gallard ha empleado las aplicaciones de tintura de iodo en la vagina; es decir, en un punto muy próximo á los productos inflamatorios, y este autor declara, que ha obtenido excelentes efectos, ya fuesen las flegmasías primitivas, ya desarrolladas secundariamente por efecto de ulceraciones fungosas del cuello uterino.

Vacunacion animal. (*Bull. de l'Acad. de méd.—Montp. méd.— Revista de Sanidad.—Gaz. des hop.—Gaz. hebd.—Pres. méd. belge.— Arch. gén. de méd.*).

Las cuestiones relativas á la vacuna absorben vivísimamente la atencion del cuerpo médico desde hace algun tiempo. El gran descubrimiento de Jenner, al menos tal como hoy se practica, se ve violentamente atacado por muchos profesores, algunos de los cuales ocupan elevadas posiciones oficiales en el vecino imperio.

Se acusa á la vacunacion practicada de brazo á brazo de ser una garantía ilusoria contra la viruela, por efecto de la debilitacion progresiva de sus propiedades preservadoras, y lo que aun es mas grave, de servir frecuentemente de vehículo á la sífilis y aun á otras enfermedades de que puede hallarse afectado el sujeto de quien se tome el vírus vacunal. Se la designa, pues, como inútil y como peligrosa; lo cual es bastante mas de lo que se necesita, para comprometer sériamente su reputacion á los ojos del

público, y debilitar cuando menos la confianza que hasta ahora se la habia concedido.

El informe presentado en el año anterior á la Academia de Paris por el doctor Depaul, director del servicio de vacunacion en aquella sociedad, dió la voz de alarma acerca de la trasmision sifilítica; pues en él hacia una historia completa de todos los casos de sífilis vacunal, conocidos desde hace unos veinte años. La endemo-epidemia, observada en Rivalta, en 1861, por Coggiola; los hechos referidos por Trousseau, Devergie, Herard, Chassaignac, Morax, Auzias-Turenne, Sebastien (de Beziers), Laroyenne, Rodet (de Lyon), Viennois, Lecocq (de Brest), eran detallada y críticamente analizados en aquel importante trabajo. No obstante, como todavía no se habia presentado un hecho de este género entre los millares de vacunaciones practicadas en la misma Academia, parecia natural suponer que, tomando la vacuna en aquel depósito oficial, ú observando las precauciones que allí se han adoptado, se estaria al abrigo de todo peligro. Esta seguridad ya no existe, puesto que el doctor Millart ha publicado, en la *Union méd.*, una observacion concluyente de sífilis en uno de los vacunados de la Academia; y el doctor Gaujot, profesor del hospital de Val-de-Grace, ha dado tambien cuenta de tres hechos, que reconocen el mismo orígen y se han presentado en su servicio.

Ha venido á aumentar el capítulo de culpas que contra la vacunacion de brazo á brazo se dirigen, la observacion de una endemo-epidemia ocurrida en el departamento de Morbihan, y en la que mas de cien niños fueron atacados de sífilis vacunal á principios de junio de 1866. De los hechos puestos en conocimiento de la Academia por los doctores Closmadeuc y Denis, resulta que una matrona de Granchamp recibió el 20 de mayo un cristal de vacuna de la prefectura, y con él inoculó á dos niños que gozaban al parecer de excelente salud. A los ocho dias vacunó á un tercer niño sano y robusto, y de él á otros varios, presentándose en todos accidentes sifilíticos primitivos ó secundarios bien caracterizados.

Comisionados por el gobierno los doctores Depaul y Henri-Roger, para estudiar los hechos sobre el terreno, y practicadas las informaciones y reconocimientos opor-

tunos, terminan estos distinguidos prácticos su informe con las siguientes conclusiones:

1.° Muchos de los niños examinados estaban realmente atacados de sífilis secundaria.

2.° Es imposible explicar su contaminacion de otro modo que por la vacuna.

3.° Es probable que el orígen del vírus sifilítico se encuentre en el cristal de vacuna remitido por la prefectura de Vannes.

En vista de todos estos ejemplos, hoy no puede ya discutirse la realidad de la infeccion sifilítica por la vacuna. Los hechos numerosos y concluyentes que registra la ciencia, han transformado una opinion antes muy contrariada en una verdad admitida por la generalidad de los prácticos. No creemos que el conocimiento de este peligro sea un ataque dirigido al porvenir de la vacuna, antes por el contrario, para conservar á este precioso preservativo todas sus ventajas, es necesario descubrir los riesgos á que expone, á fin de que se adopten todas las precauciones que puedan conducir á evitarlos.

Vacunacion animal. - Admitidas las anteriores acusaciones contra la vacuna humana, surgia naturalmente la idea y el deseo de buscar el medio de precaver tan fatales accidentes. En este caso es cuando se ha pensado en abandonar el uso de la vacuna procedente del hombre para recurrir á la vacuna animal; esto es, á la producida con la linfa tomada directamente en las mismas pústulas del cow-pox. Esta práctica, en uso ya desde hace muchos años en Italia, y de que nos hemos ocupado en los anteriores ANUARIOS, fué introducida en Francia hará próximamente dos años, por algunos médicos y con especialidad por el doctor Lanoix, que préviamente habia ido á estudiar á Nápoles los efectos de este método. Los resultados obtenidos por dicho profesor llamaron poderosamente la atencion del ilustrado catedrático de obstetricia de la Facultad de Paris y director de la vacuna en la Academia, doctor Depaul, quien ha hecho mérito de ellos en el informe que todos los años presenta á aquella Sociedad acerca del servicio que tan sábiamente dirige.

Despues de trazar una ligera historia, describe la marcha de la erupcion en el animal en los siguientes

términos: Treinta horas despues de la inoculacion empieza á aparecer un pequeño trabajo inflamatorio. Al tercer dia, rubicundez é inflamacion muy marcada; al cuarto, pápula saliente, muy apreciable al tacto; al quinto, pústula que se desarrolla y dura hasta el noveno, en el que empieza la desecacion.

Segun la Memoria de M. Lanoix, analizada en este informe, el manual operatorio que sigue el doctor Negri, de Nápoles, consiste en echar la ternera sobre el lado izquierdo, afeitar la region mamaria é hipogástrica en la extension de decímetro y medio cuadrado; practicar en este sitio escarificaciones de un centímetro de longitud, en cuyo fondo se deposita la vacuna recogida con una lanceta. M. Lanoix hace notar, que el motivo de preferir esta region consiste en que la epidermis es en ella muy delgada, la piel muy flexible y que las pústulas se encuentran allí libres de toda clase de suciedad y de los roces con los cuerpos extraños.

Uno de los hechos que han llamado la atencion de los observadores en la inoculacion del cow-pox á la especie humana, es la lentitud en la marcha de la erupcion consecutiva. La pápula no aparece frecuentemente hasta el cuarto, quinto, séptimo y aun undécimo dia. No solo la incubacion es mas larga que en la vacuna ordinaria, sino que tambien la evolucion es mucho mas lenta y las pústulas adquieren mayores dimensiones.

Considera dicho práctico el organismo de la vaca como el terreno mas á propósito para el desarrollo y conservacion del cow-pox, y cree que es preferible trasmitirle de ternera á ternera ó trasportarle al hombre para practicar luego la inoculacion. La observacion y la experiencia, segun él, justifican esta práctica, porque los resultados que se obtienen por la inoculacion de la vacuna animal, ya á niños indemnes, ya á individuos vacunados ó á quienes se consideraba como refractarios á la accion de la vacuna humana, son muy notables.

A juicio del autor, prueban la mayor virulencia del cow-pox inoculado: 1.° la duracion mas larga del período de incubacion; 2.° la marcha mas lenta de la erupcion, y 3.° la mayor dimension de las pústulas y los infartos ganglionales que se observan sobre todo en los vacunados.

La falta de espacio no nos permite transcribir aquí los cuadros estadísticos formados por el autor, teniéndonos que limitar á consignar sus resultados en conjunto, que son los siguientes :

De 800 niños de 7 á 12 años, revacunados, en 168 obtuvieron pústulas de vacuna verdadera, ó sea 21 por 100.

En 198 niños de diferentes edades, la inoculacion tuvo un resultado feliz en 134, ó sea 67 por 100.

De 200 personas de 20 á 40 años, en 97 el éxito fué completamente satisfactorio, ó sea un 50 por 100.

Estas cifras hacen seguramente la mas brillante apología que pudiera esperarse del método que nos ocupa.

Cree el doctor Depaul, que la vacunacion animal, permitiendo conservar al vírus toda su pureza, precave y evita en absoluto la infeccion sifilítica, hoy indudable despues de los numerosos ejemplos que en estos últimos tiempos se han recogido, y ofrece, bajo este punto de vista, una inmensa ventaja sobre la vacuna humana. Fúndase, para asentarlo así, en que, segun la opinion de todos ó casi todos los veterinarios, á excepcion del cowpox, las enfermedades contagiosas son, puede decirse, nulas en el ganado vacuno y con especialidad en los animales jóvenes. La sífilis, dice, es completamente desconocida, y en este punto todos se hallan de acuerdo en que no hay nada que temer.

A juicio del doctor Depaul, la experiencia no es aun bastante lata, ni las investigaciones comparativas suficientemente numerosas y variadas para formular una opinion definitiva con respecto á la superioridad de energía y virtudes profilácticas de la vacuna animal sobre la humana. Enumera, sin embargo, algunos hechos que pueden contribuir á la acertada resolucion de este problema. Es el primero, las particularidades que ofrece la erupcion y que merecen ser indicadas. Las primeras manifestaciones tardan mas en aparecer; frecuentemente nada se nota hasta el tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo dia y aun mas tarde, y sin embargo, no hay que desconfiar. Esta lentitud en la aparicion de los fenómenos locales es uno de los caractéres del método que nos ocupa. Es tambien bastante comun observar que no todas las pústulas aparecen á la vez en un mismo indivíduo, mientras que

algunas se manifiestan al tercero ó cuarto dia; otras no se presentan hasta el séptimo ú octavo.

El período de erupcion ofrece algunos caractéres particulares. La inflamacion local es mas viva, la pústula adquiere generalmente mayores dimensiones; pero conserva la misma forma, no presentando otra variedad que la que puede depender del modo de inoculacion. Así, por ejemplo, cuando esta se hace por incision, tiene una figura oval en lugar de ser redonda, semejándose bastante á la forma de un grano de café. La aréola inflamatoria parece ser un poco mas precoz, y en general adquiere proporciones muy considerables. La piel se pone roja, reluciente, tensa, y en ocasiones la inflamacion se extiende hasta el tejido celular. Los gánglios axilares se infartan mas frecuentemente que de costumbre, y la reaccion febril, llamada secundaria ó de supuracion, ofrece por lo comun caractéres mas acentuados; en una palabra, parece bien demostrado que la vacuna animal tiene la propiedad de determinar fenómenos locales y generales mas intensos; observacion que está perfectamente de acuerdo con lo que se ha notado en diferentes épocas cuando la casualidad ha hecho que se encuentre cow pox y se le ha empleado comparativamente en la especie humana.

Estos hechos no demuestran seguramente de un modo positivo que la vacuna animal sea mas enérgica que la humana; pero permiten presumir con probabilidades que así sucede en efecto.

Respecto á saber si preserva mejor y por mas tiempo de la viruela, es preciso que transcurran muchos años para que la experiencia resuelva este problema.

Los estudios y numerosos experimentos hechos por el doctor Lanoix le han demostrado, que si es cierto que la pústula no ha adquirido en los primeros dias las propiedades ó virtudes preservadoras, no es menos positivo que llegando al séptimo ú octavo dia, las ha perdido por completo; que existe, en fin, un período, durante el cual el cow-pox goza de sus propiedades vacunales en el máximum de intensidad, y que este período comprende por lo comun desde el principio del quinto dia hasta el fin del sexto despues de la inoculacion. De aquí, la regla esta-

blecida por este autor, respecto á la necesidad de practicar la inoculacion en esta época, es decir, nunca antes del cuarto dia, ni jamás despues del sexto, si se quiere encontrar en las pústulas líquido francamente vacunal é inoculable. A la ignorancia de esta ley atribuye M. Lanoix el que algunas revacunaciones practicadas en los hospitales no hayan tenido resultados completamente satisfactorios. Este práctico ha abandonado tambien el procedimiento italiano, que consiste en extirpar la pústula para tomar la vacuna en su cara profunda, y se contenta en la actualidad con comprimirla en su base por medio de una pinza de arterias, haciendo de este modo que exude el vírus. Cuando se trata de pústulas que han llegado al séptimo dia despues de la inoculacion, la serosidad abundante que se obtiene por la compresion, no es nada ó casi nada virulenta, mientras que las células de las partes mas profundas contienen todavía á veces un líquido que goza de propiedades inoculables.

El método italiano tiene además el inconveniente de que por su medio se forma una papilla espesa imposible de introducir en un tubo capilar, lo cual constituye una dificultad práctica de importancia; mientras que con el segundo método, ó sea el de la compresion, se consigue un líquido perfectamente claro, transparente y bastante abundante para llenar con él sin trabajo cuantos tubos se quieran, ó recogerle en cristales. Hay, sin embargo, entre el líquido suministrado por la pústula del animal y el que producen las de los niños, una diferencia que conviene indicar. En tanto que este permanece límpido y no tiende á espesarse, el otro, por el contrario, presenta frecuentemente una plasticidad particular, que es propia de la especie animal que le produce, y que exige algunas precauciones para poderle introducir en el tubo. En efecto, las primeras porciones del líquido que exuda en la superficie de la pústula de la ternera luego que se abre, forman una especie de capa fibrinosa, que es necesario separar con la punta de la aguja antes de introducir la extremidad del tubo que se quiere llenar. No es raro que sea preciso repetir varias veces esta operacion en una misma pústula. El vírus, despues de introducido en los tubos, no pierde comple-

tamente esta propiedad; así es que en muchos casos, cuando se les va á vaciar, se encuentra en ellos una especie de filamento fibrinoso que dificulta la salida de la parte líquida. Fuera de estos pequeños inconvenientes; la conservacion de la vacuna animal es en un todo igual á la de la humana. No obstante, del mismo modo que sucede con esta, los resultados no serán tan seguros cuando se opere con el vírus conservado por cualquier medio, ó tomándole directamente de la misma pústula.

El doctor Depaul termina su informe proponiendo se adopte el método de vacunacion animal como base de la organizacion del servicio de la vacuna en la Academia de Paris. La Sociedad acordó esta trascendental medida, aunque no sin viva oposicion por parte de algunos de sus miembros. El gobierno, interesándose como debia en la acertada resolucion de un problema de higiene de tan grande importancia para la salud pública, concedió una subvencion para estos ensayos, lo cual ha permitido á la Academia disponer de una pequeña vaquería, destinada á suministrar de un modo contínuo el cow-pox con que desde entonces vienen practicándose las vacunaciones y revacunaciones en número considerable. En el ANUARIO inmediato daremos cuenta de los resultados que se hayan obtenido de esta experimentacion en grande escala.

En la Sociedad de Medicina de los hospitales, donde se ha discutido igualmente el valor comparativo de la vacunacion y revacunacion humana y animal, el doctor Hervieux, médico de la casa de Maternidad, ha dado á conocer los siguientes resultados de una série de experimentos hechos por él durante el mes de octubre último: Se practicaron 84 vacunaciones con vacuna animal en niños recien nacidos; de ellos, en 16 no se obtuvo efecto alguno; 4 presentaron solo pápulas casi imperceptibles; 5 salieron del establecimiento antes del desarrollo de las pústulas, y se ignora el resultado. En los 59 restantes, en quienes la vacuna siguió su evolucion regular, la relacion de las pústulas con la de las picaduras (siempre se hicieron 6) fué la siguiente:

10	veces se observó.	1	sola pústula.
11	—	2	—
15	—	3	—
8	—	4	—
10	—	5	—
5	—	6	—

Era interesante saber, para que se pudiera formar un juicio completo, los resultados comparativos de la vacuna ordinaria de brazo á brazo, y para ello consigna el autor los que arrojan 95 vacunaciones practicadas en la Maternidad tambien en niños recien nacidos. En 19, la inoculacion fracasó completamente; de 8 se ignora el resultado; en los restantes el desarrollo fué normal. Estudiando la relacion entre las picaduras y las pústulas, observamos que:

En	9 se presentó.	1	pústula.
En	12 —	2	—
En	15 —	3	—
En	15 —	4	—
En	13 —	5	—
En	12 —	6	—

La semejanza, por lo tanto, no puede ser mayor, puesto que en ambas séries de vacunaciones una quinta parte próximamente no produjo resultado alguno, y el exámen atento de las anteriores cifras demuestra claramente que respecto al número relativo de las pústulas, la diferencia es tambien muy poco sensible.

El doctor Hervieux ha practicado igualmente 156 revacunaciones con la vacuna animal, la mayor parte en mujeres embarazadas y en las del personal afecto al servicio de la Casa de Maternidad, casi ninguna de las cuales pasaba de 40 años. Los resultados fueron los siguientes:

En 90 fracasó por completo la inoculacion.

En 4 produjo botones casi invisibles.

En 36 elevaciones que no tenian ninguno de los caractéres de las pústulas de la vacuna regular.

En 26 solamente se observó la evolucion clásica de la vacuna verdadera.

En estos 26 casos	7 veces se presentaron. . .	6	pústulas.
—	—	3	5	—
—	—	1	4	—
—	—	6	3	—
—	—	9	1	—

M. Hervieux no participa de la opinion comunmente

admitida de que una sola pústula basta para la preservacion de la viruela. Apoya su manera de ver en lo que ha observado durante una epidemia de esta afeccion en el hospital Cochin, en que los enfermos atacados no tenian mas que una ó dos señales de vacuna, y la gravedad del padecimiento estaba en razon inversa del número y extension de estas cicatrices.

El doctor Bergeron ha recordado con este motivo que las estadísticas de los hospitales de variolosos de Londres, suministran indicaciones del todo conformes con esta opinion, adoptada igualmente por M. Gueneau de Mussy, quien pretende que cuanto mas se multiplique el número de las picaduras, mas se aumentan las probabilidades de inmunidad variolosa por la vacuna.

El doctor Pinel de Golleville, en una memoria dirigida á la Academia, ha consignado 46 observaciones de inoculacion, practicada por él con el cow-pox de una ternera: en 36 casos se obtuvieron resultados completamente satisfactorios, y nulos en otros 10 sujetos, varios de los cuales eran revacunados.

Este autor cree que las incisiones superficiales son preferibles á las picaduras. Da grande importancia á la precaucion de *afeitar en seco* la region del animal en que ha de practicarse la inoculacion, porque estimulándose de esta manera la piel se favorece singularmente la absorcion del vírus vacuno. En su concepto, el cow-pox de los dias quinto y sexto goza de propiedades muy activas, y es el que debe preferirse para los niños; el de los dias séptimo y octavo conviene más para los adultos. La vacuna recogida en el pezon de las terneras es mas límpida y se conserva por mas tiempo en este estado que la producida por las pústulas que se forman en la region hipogástrica y perineal. Cuando la piel de la persona que se va á inocular es flácida y falta de energía vital, conviene mucho practicar una friccion fuerte con un pedazo de franela, un cepillo, etc. Por último, los tubos capilares destinados á la conservacion del vírus, no deben cerrarse á la lámpara, segun el doctor Pinel, porque dice haber observado que se seca por el calor, y aun teme que este pueda producir alguna alteracion; prefiere taparlos con cera ó lacre.

Siguiendo la ley comun á todos los descubrimientos, la vacuna animal ha encontrado contradictores de varias clases: unos, alarmistas en extremo, suponen que posee una gran energía, que su inoculacion da lugar á accidentes *formidables*; otros, al contrario, escépticos por sistema, pretenden que carece de fuerza, que sus resultados son menos seguros que los de la vacuna de brazo á brazo, dudando, por lo tanto, de su virtud preservativa. Excusamos decir que la primera opinion es contraria á lo que hasta ahora ha demostrado la experiencia. Pues si bien es cierto que los síntomas locales y generales determinados por la vacuna animal son mas intensos que los que produce la ordinaria, no es menos positivo que no llegan á constituir accidentes graves; y como ya hemos visto, es esta precisamente una de las circunstancias en que se fundan sus partidarios para creer al nuevo método dotado de mayor eficacia.

Pero sobre todos los hechos que hemos referido y muchos otros que hubiéramos podido añadir, pesa una acusacion grave, que á ser cierta, les invalidaria por completo. El doctor Bousquet ha interpelado al profesor Depaul, para saber si era cierto que M. Lanoix, importador de las terneras napolitanas, con las que se han hecho todas las inoculaciones en Francia, habia perdido en dos ocasiones las huellas de la vacuna de la primera ternera que trajo, habiendo inoculado las dos veces otras becerras con vacuna tomada del brazo de un niño.

El doctor Lanoix, de cuya honradez científica no hay motivo para dudar, ha rechazado con enérgica y justa indignacion esta idea, que califica de calumniosa, y acerca de la cual no se ha presentado en verdad otra prueba que el vago rumor de la maledicencia, dispuesta siempre á empañar con su hálito ponzoñoso las reputaciones mas limpias y mejor sentadas.

La desconfianza se ha llevado aun mas allá, poniendo en tela de juicio el orígen de la vacuna animal del doctor Negri, de Nápoles, de la cual procede la importada á Francia por M. Lanoix. Al efecto, ha leido M. Guerin en la Academia una carta del doctor Carenci, de Turin, quien sabe por referencia de Martorelli, que se lo ha oido al doctor Minervini, que la vacuna de Nápoles, es vacuna

humana inoculada del hombre á la ternera, y reinoculada de esta al hombre, no procediendo, por lo tanto, directamente del cow-pox. Esta asercion, desprovista tambien de pruebas, ha sido desmentida por M. Negri y por el célebre doctor Palasciano, uno de los profesores mas ilustres de Italia. El primero de estos autores asegura, por el contrario, que tres veces, en el espacio de veinte y dos años, ha tenido la buena suerte de renovar la vacuna por la inoculacion de cow-pox espontáneo. Dos de ellas, con el procedente de dos epidemias observadas en las Calabrias, y la tercera en 1858, con cow-pox, regalado por la reina Victoria al autor y al rey de Nápoles. El ilustre doctor de Rency, que fué encargado por el gobierno de ir á estudiar las dos epidemias antes indicadas, confirma las aserciones del doctor Negri.

Afortunadamente no podrán invocarse iguales argumentos para combatir el resultado de las experiencias que en grande escala se practican en la actualidad en el dispensario de vacuna de la Academia de Paris, sirviéndose para ello de un *cow-pox espontáneo*, cuyo orígen no puede ponerse en duda Este descubrimiento importante ha tenido lugar en Beaugency, cerca de Orleans. Una matrona llamada madama Lambert, observó en el pezon de una vaca, que no queria dejarse ordeñar, unas pústulas que la parecieron desde luego muy semejantes á las de la vacuna. Reconocidas por cuatro médicos y un veterinario de la localidad, se confirmó efectivamente que eran de esta naturaleza, y la inoculacion practicada en una becerra y en muchos niños de la poblacion, en quienes se desarrollaron magníficas pústulas, vino á corroborar el hecho de un modo indudable. Avisado el doctor Depaul por M. Brechemier, ha podido observar sobre el terreno este cow-pox en su tercera generacion que ha traido á Paris, inoculándole en una ternera por medio de veinte y siete picaduras, todas las cuales produjeron hermosas pústulas de las que se ha servido este práctico para las vacunaciones humanas y para sostener, por trasmision no interrumpida de becerra á becerra, una fuente de vírus vacuno animal, siempre puro y de orígen auténtico. Los resultados, pues, que la Comision de vacuna obtenga con este vírus, no podrán ser de modo

alguno sospechosos, y ya les hace presentir los que con él ha conseguido el doctor Warlomont, de Bruselas, que, como saben nuestros lectores, dirige en aquella capital un establecimiento de vacuna animal análogo al del doctor Lanoix. Deseando el profesor belga tener nuevas garantías relativamente al orígen del cow-pox, ha pedido al doctor Depaul tubos con el vírus procedente del descubierto en Beaugency, y con él ha practicado ante una Comision de la Academia de Bruselas algunos experimentos, inoculando á 63 niños. En vista del éxito que en estos casos tuvo la vacuna, la Comision termina su informe con las siguientes conclusiones: 1.° la vacunacion animal, nunca ó casi nunca, deja de producir su efecto en los niños indemnes de la viruela ó de una vacuna anterior. Las pústulas que determina son mas desarrolladas, están circuidas de una aréola inflamatoria, mas ancha y mejor marcada que la que produce la vacuna humana. La desecacion se verifica con mas lentitud y quedan despues cicatrices mas profundas y extensas. En una palabra, estas pústulas tienen la mayor semejanza con las descritas y dibujadas por los autores de los primeros tiempos de la vacuna.

2.° Que el cow-pox conservado en tubos de cristal durante ocho, quince y veinte y un dias, produce el mismo resultado que el que se inocula directamente de la ternera.

3.° Que la accion del vírus vacuno modificado por su paso por el organismo humano, es igual desde la primera hasta la cuarta trasmision á la del cow-pox que se inocula directamente del animal al niño. Y aun parece que esta accion es mas poderosa á medida que se multiplican las trasmisiones: resta saber en qué generacion se modifica, porque al fin llega á debilitarse.

4.° Siendo la vaca el terreno apropiado para la evolucion espontánea del cow-pox, es natural suponer que este conservará toda su energía por medio de inoculaciones sucesivas de ternera á ternera, proporcionando así una fuente inagotable de vacuna pura, eficaz y enérgica.

El doctor Warlomont ha modificado tambien el procedimiento operatorio que al principio seguia, tomando el vírus en las pústulas al fin del séptimo ó principio del octavo dia de la erupcion. En tésis general, dice, esta práctica es buena; pero á veces sucede que la erupcion se

adelanta veinte y cuatro y aun treinta y seis horas: en este caso, se ha establecido ya la supuracion; el vírus es demasiado viejo, y los resultados que se obtienen son incompletos en las terneras, y en los niños, muy á menudo nulos.

Por ignorar esta circunstancia M. Warlomont, ha hecho al principio muchas inoculaciones infructuosas. En la actualidad observa la marcha de las pústulas, y si advierte que la erupcion se adelanta, recoge el vírus al quinto ó sexto dia. Desde que procede de este modo, las pústulas que obtiene son magníficas, y casi invariablemente salen tantas como picaduras se han practicado.

Recomienda tambien este autor que no se comprima la base de las pústulas como él acostumbraba á hacerlo con una pinza, porque de este modo se exprime del dérmis una cantidad considerable de serosidad inerte. Actualmente se limita á comprimir no la base, sino el cuerpo mismo de la pústula cerca de aquella, por medio de una pinza fija que ha hecho construir al efecto, y espera que el vírus venga á exudar á la superficie, préviamente despojada de la pequeña costra que la cubre.

Ha renunciado tambien definitivamente á las incisiones recomendadas por la escuela de Nápoles, para volver á la picadura tradicional. En mas de cien niños que lleva vacunados de esta manera, ha contado el número de pústulas por el de inoculaciones.

Regeneracion de la vacuna por su inoculacion al caballo.— El doctor Auzias-Turenne ha presentado una memoria á la Academia de Paris, en que consigna su opinion acerca de la posibilidad de regenerar, es decir, de reforzar la vacuna por su inoculacion al caballo, que considera para el efecto muy superior á la vaca, la cual debilita mas bien que aumenta la energía de la vacuna.

Partiendo del supuesto de que en el caballo se encuentra el orígen natural de la vacuna, que no es mas que el *grease* pustuloso, y por consecuencia que el *horsepox* es el mejor de los cow-pox posibles, dice que tiene la conviccion experimental de que es muy fácil regenerar el vírus por medio de inoculaciones hechas en caballos siguiendo ciertas reglas, y particularmente en las estaciones húmedas y calientes.

El caballo inoculado debe ser jóven, y sobre todo no haber tenido el muermo, que es frecuentemente, segun el autor, una de las formas del *grease* pustuloso.

Un veterinario instruido se asegurará por medio de un reconocimiento minucioso, que el animal no padece dicha afeccion, ni ninguna otra peligrosa.

La vacuna producida en este caballo, se recogerá lo mas pronto posible, inoculándola cuando está, por decirlo así, todavía caliente.

En rigor, el hombre sano servirá para regenerar la vacuna desde los dos ó tres años hasta la edad adulta, si no ha sido vacunado ó ha padecido la viruela.

Lo mismo en el caballo que en el hombre, se puede elegir, siempre que se haga con muchísima prudencia, el momento en que la vida está exaltada por un traumatismo, el cual puede provocarse con gran ventaja artificialmente en el caballo.

Sea el que quiera el sujeto, será útil reanimar por diversos medios la vitalidad general y aun la local, en el sitio inmediato á la inoculacion.

En todo caso la vacunacion de brazo á brazo, por las comodidades que ofrece, debe formar siempre el fondo de la práctica comun. Jenner no consideró su descubrimiento como bien establecido, hasta despues de haber comprobado la eficacia de este método.

Obtenida así la regeneracion de la vacuna y renovada segun las necesidades, no restaria mas que tomar las precauciones convenientes para evitar la trasmision de la sífilis, en las inoculaciones de brazo á brazo, lo cual no es muy difícil.

En esta práctica habria tambien la ventaja, segun el autor, de que el horsepox espontáneo se presenta con mas frecuencia que el cow-pox.

Como comprenden bien nuestros lectores, las proposiciones del doctor Auzias-Turenne exigen unas pruebas experimentales y de observacion de que hasta ahora carecen, y sin las cuales no es posible aceptarlas en la práctica.

Terminarémos este largo análisis extractando lo mas brevemente posible una interesante memoria presentada á la Academia por M. Chauveau, profesor de la escuela de

veterinaria de Lyon, con el título de: *Produccion experimental de la vacuna natural, impropiamente llamada* vacuna espontánea.

Segun este autor, la vacuna natural, es decir, espontánea, que en algunas aunque raras ocasiones ha podido observarse en el caballo y la vaca, se manifiesta siempre con caractéres especiales que hasta ahora nunca se habian logrado reproducir experimentalmente en la trasmitida.

La vacuna llamada *espontánea* (cow-pox ó horsepox naturales), es un exantema pustuloso generalizado, que aparece con un carácter de confluencia especial en ciertos sitios de eleccion, como la region mamaria en la vaca, y la naso-labial y de los talones en el caballo, y que á veces se manifiesta exclusivamente en estos puntos. Trasmitido á otro animal por inoculacion sub-epidérmica el vírus de este exantema determina una erupcion local en el sitio en que se inocula, sin que se presenten nunca manifestaciones en los puntos que son asiento predilecto de la erupcion llamada *espontánea*.

Fundado en estas diferencias M. Chauveau, ha tratado de producir experimentalmente el cow-pox espontáneo, haciendo intervenir, de un modo directo y metódico, el agente virulento á su juicio indispensable. Creyendo que las desemejanzas antes indicadas consisten en la diversa manera con que penetra el gérmen en la economía, ha estudiado comparativamente las condiciones en que puede verificarse dicha introduccion. Sus experimentos le condujeron á admitir como única puerta posible de entrada del vírus, la vía pulmonal, suponiendo que penetra en forma sólida (polvos procedentes de las costras vacunales). Por este camino se introduce directamente en el aparato circulatorio. Sentadas estas premisas, juzgó el autor que lo mejor era inyectarle desde luego en los vasos.

Habiendo practicado diferentes inyecciones en la vena yugular, en la arteria carótida, y en la facial de caballos y mulos, los resultados fueron siempre completamente negativos.

En una nueva série de experimentos, se hizo la inyeccion en el sistema linfático, eligiendo de preferencia un vaso, en cuyo trayecto se encontrasen gánglios.

A los once dias apareció un magnífico exantema vacunal en la nariz y los labios, y á los catorce en la ranilla.

Inoculado el líquido de este exantema á cuatro animales de la especie vacuna, en todos produjo una hermosa erupcion, que quedó completamente localizada como siempre sucede. Trasmitido por cuatro picaduras á un niño, dió por resultado una sola pústula sumamente lenta en su evolucion, y cuyo vírus, inoculado á un segundo niño, produjo tres pústulas en cada brazo de evolucion igualmente muy prolongada, y que acabaron por adquirir dimensiones extraordinarias.

Para poner este primer experimento al abrigo de toda objecion, inyectó tres tubos de esta misma vacuna, tomada en el caballo y en el segundo niño, en un linfático del cuello de un burro bastante viejo. A los ocho dias apareció una soberbia erupcion pustulosa en el pliegue inguinal izquierdo, y mas tarde en los labios. Este vírus se inoculó con completo resultado á una vaca y á un niño.

En fin, en el momento en que el autor escribia su memoria, continuaba una nueva série de experiencias con igual éxito.

Estos hechos ponen término en su concepto á toda discusion sobre el orígen de la vacuna, probando que se puede producir á voluntad con su actividad propia la vacuna natural, tan impropiamente llamada *espontánea*, y son al mismo tiempo un argumento importantísimo contra la doctrina de la espontaneidad en las enfermedades virulentas.

En un segundo trabajo del mismo autor, acerca de las *condiciones que presiden al desarrollo de la vacuna llamada primitiva*, hace notar que la artificial trasmitida por inoculacion, se presenta bajo dos formas, local y general. La primera procede de la insercion del vírus en las capas superficiales del dérmis y de su germinacion en el mismo sitio, sin que haya verdadera incubacion. Esta es la forma comun y conocida de todo el mundo.

La forma general de la vacuna inoculada, completamente desconocida antes de sus experimentos, aparece con caractéres idénticos á los del horsepox natural. Nunca se observan en este caso pústulas en los puntos que han servido de puerta de entrada al vírus. En lugar de desar-

rollarse allí, este produce sus manifestaciones en otros sitios, y el brote eruptivo, indicio de la multiplicacion de la vacuna, no empieza sino despues de una incubacion de ocho dias cuando menos.

Para que la vacuna general se desarrolle, es necesario que el vírus inoculado penetre en la economía sin pasar por la piel.

Esta ley se verifica en todas las condiciones posibles: 1.° inyectando directamente la vacuna en los vasos linfáticos; 2.° practicando esta inyeccion en los sanguíneos; 3.° haciéndola llegar indirectamente á la circulacion por una superficie absorbente distinta del tegumento externo.

El desarrollo de la vacuna general no guarda relacion con la cantidad de vírus empleada, siempre que esta sea apreciable.

Es igualmente indiferente para la produccion del horsepox general la especie animal de que se haya tomado el vírus: se manifiesta del mismo modo con todas ellas, ya sea de caballo, de vaca ó de hombre.

La germinacion de la vacuna, en el sitio en que se implanta en los casos de inoculacion cutánea, no implica una falta de absorcion general del vírus. A pesar de su afinidad especial por la piel, penetra en el torrente circulatorio; y si no produce entonces, al mismo tiempo que la erupcion local, una erupcion general, consiste probablemente en que en el momento en que esta debia verificarse (octavo dia cuando mas pronto), la piel en razon de la inmunidad creada desde el quinto dia por el trabajo local de la vacuna, no es apta para que en ella se verifique la pustulacion general. Si esta explicacion es verdadera, la impotencia de la inoculacion cutánea para producir la vacuna general no puede considerarse como absoluta.

No revelando la comparacion del horsepox natural con el producido experimentalmente ninguna diferencia, es imposible invocar la pretendida especialidad del modo de manifestacion como prueba de la espontaneidad del primero. Esta comunidad de caractéres no constituye una demostracion directa, pero sí una presuncion fundadísima en favor de la identidad de orígen de ambas erupciones.

No creemos que los experimentos de M. Chauveau son bastantes por sí solos para negar la espontaneidad del horsepox y del cow-pox, así como tampoco prueban de un modo indudable la identidad del horsepox natural y del producido artificialmente por el autor; pero, sin embargo, dan grandes probabilidades para admitirla, y abren una nueva vía á los experimentadores que traten de confirmar esta doctrina. Hay en el trabajo que acabamos de analizar, como muy oportunamente decia M. Guerin en la Academia, dos cosas distintas: un hecho y una teoría. La inyeccion de la vacuna en los vasos produce una erupcion general, este es el hecho; esta erupcion es idéntica al horsepox natural: hé aquí la teoría que necesita nuevas pruebas y mas profundos estudios, antes de elevarse á la categoría de verdad demostrada é indudable.

Hemos analizado con escrupuloso esmero los trabajos mas importantes que han visto la luz pública en este año acerca de un asunto de tan transcendental interés para la salud pública, y que tiene en la actualidad el privilegio de llamar preferentemente la atencion del mundo médico y la del público en general. Pero con todo cuidado hemos prescindido de ciertas discusiones, que apartándose del terreno científico y descendiendo al de las personalidades, en nada podian contribuir á ilustrar la cuestion.

Tan distantes de los partidarios absolutos de la vacunacion animal, como de los que sistemáticamente la combaten, sin esperar á que haya producido todas las pruebas que tenemos derecho á exigirla, la consideramos como un método digno de estudio, y creemos que, sin renegar completamente por ahora del antiguo sistema, el nuevo puede prestar grandes servicios á la humanidad; pero para que esta creencia se convierta en conviccion profunda, se necesitan nuevas investigaciones; es preciso, en una palabra, que hable la experiencia, y con su soberana autoridad desvanezca las fundadas y legítimas dudas que aun oscurecen este problema, sobre todo en el terreno práctico. En efecto, no se conoce bastante bien la patología de la especie bovina, para que podamos estar completamente seguros que no habrá que temer trasmisiones morbosas con el vírus vacuno. Se pretende, es cierto, que la vaca no está sujeta á enfer-

medad alguna virulenta susceptible de inocularse al hombre; pero, sin embargo, el eminente profesor M. Bouley dice en su informe relativo al tifus del ganado cornudo, que no está distante de creer en el contagio de esta afeccion á la especie humana. Hasta hace pocos años no se conocia la trasmisibilidad del muermo del caballo al hombre. El carbunco, la difteria aftosa y la oftalmía pasan desde las especies animales á la nuestra, y por lo tanto, no está completamente demostrado que la vacuna animal preserve de todo peligro. Puede encontrarse viciada por elementos desconocidos.

No sabemos tampoco si el cow pox, producido artificialmente, tiene todas las propiedades del natural ó espontáneo, tanto con relacion á la eficacia como á la duracion de las virtudes preservativas.

No se extrañará, pues, nuestra actitud, respecto á la vacuna animal, pues se halla muy en armonía con el estado de la cuestion. Los documentos relativos al valor de las inoculaciones practicadas por este método son tan contradictorios, que es imposible sacar de ellos ninguna deduccion legítima. Lo único que demuestran los hechos hasta ahora conocidos, es que son insuficientes para fijar una opinion científica y que se necesitan mas ámplias investigaciones antes de admitir en absoluto la trascendental reforma en cuya virtud se aspira á reemplazar la vacuna humana de brazo á brazo con la animal.

Afortunadamente creemos que la resolucion no se hará esperar mucho tiempo: el problema está planteado y se dedican á su estudio los sabios de todos los países; pues, como dice con mucha verdad el doctor Lanoix, la vacunacion animal ha dado la vuelta al mundo; triunfa en Nápoles y en Bruselas; se practica en Holanda; funciona en San Petersburgo con la proteccion del Gobierno; se establece en Berlin bajo los auspicios del doctor Pissoin, y se ensaya en Paris, en Viena y en varios puntos de América. Marcha, pues, hácia el porvenir, apoyada por una parte en la opinion pública que la protege, y por otra, en la ciencia que no la rechaza, puesto que sin repudiar los servicios hechos por Jenner y sin querer volver á la inoculacion que precedió á su magnífico descubrimiento, puede pedirse de nuevo al cow-pox un medio inofensivo

de preservar mas eficazmente á la especie humana de los terribles estragos de la viruela.

Vaginismo. (*Gax. des hop.—Jour. de méd. et chir. prat.*).

Estudiando el célebre ginecólogo americano Marion Sims las enfermedades quirúrgicas que pueden oponerse á la concepcion, describe con el nombre de *vaginismo* una tan curiosa como poco conocida, sin embargo que ya antes de ahora se ha citado algun caso.

Segun este autor, debe entenderse por vaginismo un estado de hiperestesia excesiva de la membrana hímen y de la abertura vulvar, acompañada de una contraccion espasmódica é involuntaria del esfinter vaginal, bastante considerable para oponerse á la union de los dos sexos. Este estado, que se ha confundido con la imperforacion del hímen ó la atresia de la vagina, difiere de ellos por un carácter distintivo: el mas ligero contacto produce un sufrimiento excesivo y determina el espasmo del esfinter. La atresia es una obliteracion ó estrechez mas ó menos completa, congénita ó accidental del conducto de la vagina y aun de la abertura de la vulva; pero ni en ella, ni en la imperforacion del hímen, el simple contacto de las partes sexuales ocasiona ningun dolor.

El estado morboso que nos ocupa, es análogo al blefaropasmo, laringismo y esofagismo. El vaginismo no es en realidad muy raro si se ha de juzgar por la práctica de Marion Sims, que parece bastante extensa. En la clase acomodada es donde ha tenido especialmente ocasion de observarle. El primer caso se le presentó en 1857, y dice que no se atrevió por entonces á dar ningun consejo á la enferma tratándose de una afeccion, acerca de la que guardan absoluto silencio los libros clásicos. En la actualidad cuenta ya en su práctica 39 casos de este padecimiento, operados con completo éxito El autor ha visto varias mujeres que permanecian físicamente vírgenes por efecto del vaginismo despues de mas de veinte años de matrimonio con hombres fuertes y vigorosos.

Mientras la mujer vive en castidad, nada la revela la cruel dolencia que padece; pero se manifiesta con toda su intensidad desde las primeras relaciones conyugales.

Los síntomas característicos son: unos, racionales ó subjetivos, y otros, físicos ú objetivos.

Basta colocar á la mujer afectada de vaginismo en la posicion acostumbrada para el exámen con el espéculum, para que se apodere de ella una ansiedad y terror indefinible, sobre todo si se ha intentado ya antes el reconocimiento. El mas ligero contacto, el del dedo, el de una sonda, aunque sea el de un cabello, producen una agonía extraordinaria. El dolor es intensísimo al nivel y á cada lado del meato urinario, precisamente en el punto de orígen de la membrana hímen. Aumenta aun al nivel del orificio de la glándula vulvo-vaginal; pero frecuentemente en la horquilla es donde se encuentra el punto mas doloroso, sobre todo cuando hay rubicundez y eritema. Se presentan á veces, á título de complicacion, á la entrada del meato urinario y en el orificio de las glándulas de Huguier, pequeñas excrescencias rojizas, poliposas, especies de hipertrofias ó de obliteraciones glandulares.

Toda la superficie exterior del hímen está sensible; pero mucho más en el sitio en que esta membrana se desdobla hácia su base. El mas ligero contacto produce, no solo dolor, sino al mismo tiempo contraccion espasmódica, involuntaria y simultánea de los esfínteres del ano y de la vulva. Obsérvase un fenómeno extraño: si despues de haber hecho pasar un instrumento cualquiera, una sonda por ejemplo, al través del orificio del hímen, sin tocar su superficie externa, se comprime de arriba abajo ó de dentro afuera su cara interna ó superior, no se descubre ninguna sensibilidad anormal.

El hímen se encuentra, por lo comun, engrosado y voluminoso. Franqueando su orificio, el dedo percibe un borde libre, duro y resistente, como si fuese la circunferencia de un anillo de alambre.

En algunos casos no hay complicaciones; en otros existe rubicundez y eritema de la horquilla.

La cirugía es omnipotente en esta enfermedad. Dice Marion Sims, fundándose en su observacion personal, que no hay un padecimiento que dé orígen á mayores y mas continuados disgustos entre los matrimonios que el vaginismo; pero que no conoce tampoco ninguno que pueda curarse tan fácil y seguramente.

El tratamiento tiene que ser enteramente quirúrgico y comprende tres operaciones ó tres tiempos: 1.° excision del hímen; 2.° division de las fibras del esfinter vaginal; 3.° dilatacion consecutiva.

Esta última operacion es inútil sin las dos primeras; pero despues de ellas contribuye á que el éxito sea mas fácil y completo. El célebre práctico americano procede del modo siguiente:

Excision del hímen.—Echada la mujer sobre el lado izquierdo, se coge el hímen con unas pinzas finas, precisamente al nivel de su union con la uretra en el lado izquierdo, y poniéndole tenso, se incinde en toda su circunferencia, de modo que se le extirpe gradualmente en una sola pieza.

Algunas compresas graduadas bastan para cohibir la hemorragia; pero si así no fuese, Sims recurre al persulfato de hierro. Tres ó cuatro dias bastan para que se verifique la cicatrizacion, y entonces se pasa al segundo tiempo, que pudiera llamarse cura radical.

Division del esfinter vaginal.—Colocada la enferma como si se tratase de practicar la litotomía, y despues de haberla cloroformizado, el operador introduce los dedos índice y medio de la mano izquierda en la vagina, y los separa en seguida lateralmente, apoyándose sobre la horquilla, que se encuentra de este modo distendida. Entonces incinde profundamente el esfinter vaginal con un bisturí ordinario, á un lado de la línea media, dirigiendole de arriba abajo hasta llegar al rafe. La incision forma de esta manera un brazo de una Y; inmediatamente se practica otra igual en el lado opuesto, hasta que viene á unirse con la anterior, muy cerca ó al nivel del periné, y en fin, se prolonga su union hasta el tegumento perineal. Cada incision debe tener 2 pulgadas de longitud; á saber media pulgada por encima de la márgen del esfinter; otra media al través de sus fibras musculares, que divide, y una desde su borde inferior hasta el rafe perineal.

Pueden, sin embargo, variar las dimensiones, segun los sujetos y el desarrollo de las partes sobre que se opera.

Dilatacion.—Para completar la curacion, es necesario que la enferma lleve durante cierto tiempo, y convenien-

temente adaptado un dilatador, que puede ser metálico, de marfil ó cristal. Este último es el que prefiere Marion Sims, porque tiene la ventaja de que con él se pueden inspeccionar, no solo las superficies incindidas, sino toda la cavidad de la vagina.

En los casos de hemorragia considerable, se introduce el dilatador inmediatamente; pero si no, es conveniente dejar pasar veinte y cuatro horas. Su aplicacion produce algun sufrimiento, pero que no puede en manera alguna compararse con el intensísimo dolor que caracteriza á la enfermedad que nos ocupa.

La mujer debe tener puesto el aparato dos horas por la mañana y dos ó tres por la tarde ó la noche. Es admirable la rapidez con que se cicatrizan las incisiones, á lo que sin duda contribuye la presion del tubo.

La dilatacion debe practicarse todos los dias, durante tres semanas, hasta que se hayan cicatrizado por completo las heridas, y no exista sensibilidad dolorosa.

En todos los 39 casos de vaginismo operados de esta manera por el autor, se ha obtenido una curacion completa. Además de la esterilidad forzada, habia, entre otras complicaciones, una menstruacion dolorosa, una contraccion espasmódica del cuello, un cuello cónico, un tumor poliposo, etc.

En todos los casos operados, el matrimonio databa de dos á diez y siete años; en la inmensa mayoría no habian podido verificarse nunca las relaciones sexuales; en algunos pocos habian sido muy incompletas.

Si esta operacion es infalible, es preciso reconocer tambien que es cruelmente larga y complicada, y que las mujeres necesitarán toda la triste experiencia de su situacion, y la promesa formal de que han de curarse, para que se resuelvan á sufrirla; y aun será necesario no manifestarlas todos sus detalles.

Vaginitis: su tratamiento por la cauterizacion peri-cervical y por los supositorios medicinales. (*Jour. de méd et chir. prat.*).

Que la vaginitis sea simple ó virulenta, aguda ó crónica, de todos los medios locales que se han aconsejado para modificar la mucosa vaginal, ninguno le ha producido á M. Nonat resultados mas notables y constante-

mente felices que la cauterizacion de la mucosa vaginal con la solucion de nitrato de plata.

Para que esta práctica sea de un éxito seguro, es condicion indispensable que no quede libre de la accion del cáustico un solo punto de la superficie inflamada. Cuando el método fracasa, no debe dudarse, dice M. Nonat, que algun pliegue de la vagina, y sobre todo el fondo útero-vaginal se ha sustraido á la cauterizacion. Si se quiere operar con seguridad en semejante caso, es necesario proveerse de una buena solucion concentrada de nitrato de plata y de dos pinceles, uno pequeño de pelo, llamado pincel intra-uterino, y otro grande, hecho de hilas.

El autor se sirve del espéculum bivalvo con su obturador, porque es el que produce menos molestia cuando se introduce en la vagina inflamada.

Aplicado el instrumento, y bien comprendido el cuello uterino entre sus valvas, se procede á la cauterizacion, que se practica en dos tiempos. En el primero, con el pincel pequeño empapado en el líquido cáustico, se barniza cuidadosamente toda la superficie visible y que puede alcanzarse del cuello uterino, penetrando bien en el fondo de saco vaginal. De esta manera se tiene la seguridad de que si el pincel grande, que en el segundo tiempo ha de cauterizar toda la superficie de la vagina, detrás del espéculum, y á medida que este se retira, no llega á la porcion del fondo vaginal que corresponde al cuello, esta parte se encuentra cauterizada ulteriormente por su contacto con la superficie de dicho órgano, ya empapado en la disolucion cáustica.

Al principio se aumenta notablemente la inflamacion y la secrecion moco-purulenta; pero pasadas dos, cuatro ó seis horas, se desvanece la tempestad, y en los dias siguientes empieza á indicarse el alivio. Se repite entonces la cauterizacion con el mismo líquido, hasta que se marca de un modo indudable el curso retrógrado de los fenómenos inflamatorios por la disminucion del flujo y modificaciones que tienen lugar en su naturaleza. Una vez obtenido este resultado, se sustituye la disolucion concentrada por otra menos fuerte, y se hace la cauterizacion cada ocho, diez ó doce dias. En estos intérvalos, M. Nonat prescribe, si es necesario, cataplasmas

sobre el hipogastrio, baños generales ó de asiento, inyecciones frescas ó emolientes, que tienen la principal ventaja de limpiar la vagina de todos los productos de secrecion que retiene entre sus pliegues.

Todas las observaciones recogidas por el autor demuestran que los procedimientos comunes son insuficientes en cierto número de vaginitis, por los espacios que dejan sin atacar, y que el mejor medio de evitar esto consiste en practicar con cuidado la cauterizacion pericervical.

Al describir este método, el doctor Nonat no se olvida nunca de hacer una advertencia importante, y es que no se combata la vaginitis por los astringentes, ni por los cáusticos, cuando la inflamacion vulvo-vaginal está complicada con una flegmasía uterina ó peri-uterina. Antes de tratar la vaginitis hay que destruir esta complicacion, si se quieren evitar accidentes graves en la matriz ó sus anejos.

Supositorios medicinales.—El doctor Blanck, de Filadelfia, hace uso en el tratamiento de esta enfermedad de supositorios medicinales, que, segun M. Marion Sims, producen resultados muy satisfactorios. Despues de haber experimentado muchas composiciones distintas, M. Blanck da la preferencia á la fórmula siguiente:

Manteca de cacao.	16,75	gramos.
Sulfato de morfina.	0,30	centigramos.
Persulfato de hierro liquido.. . . .	144	gotas.
Cerato.	14	gramos.

Para doce supositorios. — Debe introducirse uno de ellos en la vagina un dia sí y otro no, suspendiéndoles por completo durante el período menstrual. Segun las observaciones comparativas del autor, los preparados mas enérgicos (pomada iodada, ungüento cetrino, cloruro de zinc) no han producido tan buenos resultados como los mas suaves.

FIN DEL TOMO CUARTO.

ÍNDICE DE AUTORES.

Adams, 571
Aldana, 274
Ambrosoli, 458
Ametller, 432
Amussat (Alf.), 481
Anderson, 44
Andral, 77
Anger y Legros, 412
Anguiz, 450
Aran, 567
Arnott, 566
Astegia, 453
Aubert-Roche, 25
Aubrun, 296
Augé, 130
Auzias-Turenne, 736

Bachetti y Regnoli, 522
Bail'arger, 77
Bamberger, 275, 278
Banks, 89, 90
Barensprung, 193
Barclay, 341
Barragan y Guerra, 644
Barrel de Pontevés, 563
Bartholoz, 593
Barth, 470
Barudel, 197
Baudin, 356
Bazin, 393
Becquet, 77
Behier, 296, 706
Bechamp, 101
Beigel, 678
Bellecontre, 431
Bellini, 279, 298
Belloc, 77
Bennet, 44, 178
Bergeret, 16, 711
Berenger-Feraud, 379
Bergeron, 40, 180, 196, 732
Berkeley Hill, 458
Bernard (Cl.), 274, 560
Bert, 272
Bertheau, 468
Besnier, 34, 40, 621
Beullard, 615
Bierre de Boismont, 269
Bigelow, 579
Bird Herapath, 286
Blanchet, 522
Blanck, 748
Blanco, 873
Blot, 536
Bœckel, 436, 447
Bœhler, 206
Boinet, 327, 643
Boiron, 652
Bois de Aurillac, 292
Bonnefons, 311
Borelli, 425
Botkin, 597
Bouchardat, 662, 675
Bouchut, 432
Bougarel, 265
Bouillaud, 9, 193
Bouisson, 379
Bouley, 38
Boulu, 665
Bourguignon, 44
Bousquet, 733
Braddon, 571
Brandini, 340
Brechemier, 734
Bremond, 374
Bretonneau, 597
Bricheteau, 191
Briquet, 44
Bristowe, 204
Broadbent, 342
Broca, 317, 338, 446
Brodie, 476

Bron, 719
Brown-Sequard, 274
Bruck, 352
Bucquoy, 191
Burg.raeve, 375
Burguieres, 39
Buruham, 669
Buys, 714

Cade, 617
Cahen, 36
Calvo y Martin, 644
Camus, 292
Cantel, 110
Carruthers, 44
Casper, 263
Cerise, 73
Chaveau, 737
Champouillon, 699
Chassaignac, 643
Chedevergne, 698
Chevers, 273
Chiralt, 544
Chomel, 77
Chossat, 78
Christiau, 44
Christison, 45
Ciniselli, 420
Cloquet, 326
Closmadeuc y Deniz, 724
Cocteau, 362
Coggiola, 721
Colberg, 217
Colin, 183
Colombe, 374
Colson, 45
Collis, 336
Collyns, 403
Combalusier, 163
Combés, 171
Compton, 196
Coquerel, 398
Courtener, 585
Courty, 693, 713
Coze y Feltz, 97
Craigie, 44
Creus, 307
Crompton, 2
Cruveilhier (hijo), 646

Danet, 557
Danielli, 271
Danneey, 653
Danzats, 399
Davaine, 98, 202
Davreux, 649, 655
Debeaux, 556
Decaisne, 432, 451
Dechambre, 58, 134
Dechilly, 188
Delausiave, 77
Delcominéte, 580
Delgado, 486, 498, 519, 524, 532, 538, 546, 550.
Delhaie, 451
Delpech, 38, 40, 143, 202, 645
Delstanche, 50
Demarquay, 370, 374, 397, 554, 574
Denny, 341
Denucé, 331
Depaul, 536, 723
Desmarres, 515, 543
Desmartis, 663
Desnos, 38, 40, 645
Desormeaux, 642
Desprez, 88
Devergie, 392
Devilliers, 666
Dickson, 153
Diday, 460
Dieznig, 202
Dolbeau, 355, 408, 425, 573
Dubois (M. H.), 5.5
Duchenne, 218
Duclós, 173
Dujardin-Beaumetz, 147, 652
Dumas, 677
Dumont, 643
Duncan, 186
Durand, 108
Duroy, 260
Duvivier, 402
Dyce, 709

Eastlake, 676
Ebenezer Fleming, 152
Erdermmayer, 289
Erlenmeyer, 292
Erichson, 571
Espagne, 250
Eulemburg, 647

Falot, 266
Falret, 77
Fallani, 592
Faure, 476

Fauvel, 428
Feuwick (Samuel), 199
Fereol, 38, 645
Fergusson (W.), 578
Fernandez Carril, 680
Fernet, 190
Fiedler, 218
Filiberti, 64
Fincham, 89
Foderé, 652
Follin, 338, 400, 535, 643
Fonssagrives, 162
Fontan, 115
Forguet, 327
Fort, 710
Foucher, 329, 335, 360, 536, 645
Fournie, 627
Fraigneaud, 631
Fraser, 63
Fritz, 201
Fruisseaux, 452

Gailleton, 155
Galezowski, 515, 529, 530
Gallard, 37, 40, 158, 173, 721
Gaujot, 389, 724
García Vazquez, 126
Garin, 689
Garnier, 173
Garraud, 664
Gavarret, 193
Geay, 656
Genwoot, 44
Gibb, 679
Gieffers, 456
Gintrac, 140
Giraldés, 396
Giraud-Teuton, 513, 516, 518
Gobaud, 416
Gobert, 645, 656
Godin, 689
Goodfellow, 89
Gosselin, 365, 531
Goupil, 44
Gowland, 571
Gueneau de Mussy, 94
Gueniot, 347
Guepin, 508
Guerard, 567
Guerin (Julio), 382, 733
Guerin (Alf.), 326, 362, 422
Guersant, 656
Guibout, 17, 35
Guillé, 455
Guillon, 673
Guinier, 137, 604, 627, 657, 677, 718
Græfe, 108, 487, 494, 510
Graig, 712
Grant, 466
Graves, 83, 111
Greenhalgh, 572, 676
Greig, 701
Gru, 363
Guyot-Danecy, 95

Hanelfield Jones, 372
Hannon, 622
Hardy, 357, 478
Hardy (de Dublin), 567
Harley, 65, 435, 679
Hayem, 116, 150
Heath, 669
Hebert, 42
Hebert-Davies, 188
Hembrough, 690
Henocque, 44, 46
Henri-Roger, 724
Hepp, 260
Herard, 46
Herard y Cornil, 244
Hernig, 662
Hervieux, 731
Hilton y Moore, 336
Hine, 141
Holmes, 300
Holms, 326
Horteloup, 35, 38
Houdin, 527
Houel, 642
Hourman, 58
Houston, 370
Huidier, 510
Hunter, 144
Huntz, 616
Hysler, 438

Inozemtzew, 45
Isambert, 35, 37, 41
Isnard, 154

Jacob, 399
Jacquemet, 334
Jahnichen, 45
Jarjavay, 399, 415
Jeannel, 618, 619

Joubin, 632
Karell, 611
Kempton, 571
Kestner, 218
Kidd, 89
Kinnears, 87
Kœberle, 669
Koschlakoff, 598
Kratz, 208
Kuborn, 270
Küchenmeister, 203
Kühn, 221
Küss, 632
Labbé, 642
Lable y Velpeau, 316
Laborie, 313, 643
Lagauterie, 688
Lailler, 432
Lambert (madama), 734
Lane, 578
Lancereaux, 7
Landolfi, 338
Langenbek, 389
Lanoix, 725
Larghi, 332
Larrey, 326, 388
Lasegue, 18, 190
Lauric, 44, 45
Laugier, 499, 540
La Vergne, 469
Lawson, 87
Lebel, 106
Lebert, 221, 238
Lebert (de Nogent), 350
Lecocq, 372
Ledentú, 357
Ledwich, 89
Lefort, 573
Le Fort, 643, 535
Legouest, 423, 643
Lemaire, 126
Lespiau, 651
Leplat, 157
Letellier, 255
Letenneur, 425
Leuckart, 203
Lewins, 44
Liebermeister, 196
Little, 45
Littley, 44
Littré, 49
Lizars, 44
Lobstein, 616
Lorain, 48
Ludfield, 8
Lumier, 77
Lyons, 87
Mac-Auliffe, 467
Mac-donnel, 512
Mackensie, 2, 530
Magitot, 578
Maissonneuve, 155, 408, 478
Malgaigne, 437
Mallez, 332
Maneyra, 453
Manfredini, 421
Marcq, 594
Marey, 41, 561
Marion Sims, 743
Marjolin, 577
Martin (Em.), 507
Martin (Stan.), 638
Martinet, 599
Martinez y Gonzalez, 95, 680
Mascarel, 662
Masse, 107
Mathieu, 408, 498, 575, 582
Mattei, 691
Matthews, 571
Mauther, 662
Mazade, 315
Meadows, 696
Melsens, 191
Mené, 652
Mercier, 464
Mesnet, 35
Michael, 193
Michel, 483
Michon, 326
Middeldor 205
Millart, 724
Miller, 44
Minich, 483
Moissonnet, 35, 338
Mojon, 555
Molina, 64
Moncog, 582
Monneret, 62, 193
Monti, 172
Moore, 48, 342
Mooy, 447
Moreau, 104
Moretin, 675

Morel, 67
Morgan, 381
Morren, 125
Mosler, 217
Mourgue, 13
Munk y Leyden, 275

Natalis-Guillot, 191
Neffe, 145
Negri, 726
Nélaton, 306, 315, 641
Netter, 160
Ninm, 677
Nonat, 746
Notta, de Lixieux, 639
Nunn, 475
Nunneley, 567
Nussbaum, 629

Olavide, 454
Ollier, 311, 318, 425, 440
Ordoñez, 472
Oré, 325
O'Reilli, 274
O'Sanghnessy, 45
Oulmont, 35,38

Padieu, 672
Pagenstecher, 202, 495, 513
Paillou, 66
Palasciano, 734
Pamard, 484
Panum, 183
Papillon, 22
Parkes, 135, 193
Parvin, 372
Pascale, 663
Pastau, 456
Pavy, 434
Pechollier, 98, 604
Pechollier y Saintpierre, 266
Pelikan, 287
Perrin, 541, 564, 580
Perrin y Lallemand, 260
Petit (Raymond), 39
Philipeaux, 1
Pierard, 451
Pietra-Santa, 220
Piham-Dufeillay, 131
Pinél de Golleville, 732
Pineus, 284
Potain, 3, 9, 94, 254
Powen, 346
Poznauski, 95
Preterre, 658
Prevost y Cotard, 182
Pugtenat, 11

Ragsby, 261
Ramey, 204
Ranse, 15
Regis, 114, 583
Reliquet, 636
Rency, 734
Reynal, 202
Richard, 328
Richardson, 566
Richet, 567
Rickart, 199
Rigaud de Isle, 125
Rimaud, 662
Ringer, 128, 135, 193
Ripoll, 168
Riter, 135
Rizzoli, 395
Robert y Collin, 408
Roberto Latour, 193
Roger, 193
Rosser (W), 416
Rouland, 553
Rousse, 682
Roussin, 268, 282
Routh, 337
Roux, 567
Rupprecht, 206

Sabory (William), 436
Sales-Girons, 626, 576, 596
Salisbury, 122
Sanchez Toca, 246
Sanderson y Hulke, 349
Sandrás, 44
Saurel, 641
Scanzoni, 705
Scarencio, 420, 458
Schiff, 603
Schreger, 102
Schuch, 482
Scoutetten, 51
Sebastien, 656
Sedillot, 436
Segwich, 571
Serres, 40
Serres (de Alais), 521, 534, 604
Sichel, 503
Sidney-Ringer, 194

Sigmund, 459
Simon, 40
Simonin, 581
Simpson, 342, 567, 600
Siry, 105
Smith, 462
Solari, 652
Sorain, 711
Soulé, 327
Soulez, 520
Spencer Wells, 571
Spitzer, 620
Steele, 392
Stokes, 512
Storer, 669
Suender, 377
Surmay, 8

Tanturri, 457
Tavignot, 492, 501
Taylor, 128
Testelin, 510
Teissier, 652
Thevenot, 688
Thiry, 106
Thómas, 398
Thompson, 364
Tigri, 98
Tillaux, 144, 531
Tillot, 598
Tingel, 205
Tomás, 709
Torres Villanueva, 653
Touchart, 266
Tourdes, 256
Trastour, 558, 176
Traube, 193
Treboulet, 682
Trelat, 446
Trideau, 684
Tripier, 679
Trousseau, 13, 419, 664
Tudichum, 154

Turnbull, 64

Valette, 389
Van-Benede, 203
Van den Corput, 124
Vée, 602
Vehl, 276
Velpeau, 326, 388
Vergner, 205
Vernay, 2
Verneuil, 304, 319, 323, 351, 393, 404, 446, 643
Verrier, 693, 697, 706
Viennois, 318
Villemin, 225
Vinson, 467
Vœher, 95
Voillemier, 353
Vollant, 66
Voisin, 41, 103, 586
Voisin y Lionville, 267
Vulpian, 183

Wallau, 391
Waring, 298
Warlomont, 735
Watherill, 44
Weber, 154
Wecker, 484, 495, 518, 532, 549, 603
Wells, 658
Willebrand, 114
Williams, 337, 614
Windsor, 551
Wirchow, 135, 183, 205
Woillez, 35, 38, 53, 91, 645
Wolf, 44
Wood, 463, 153
Worms, 52
Wortlington, 469
Wright, 708
Wuillot, 536
Wunderlich, 135, 198

FIN DEL ÍNDICE DE AUTORES.

ÍNDICE DE MATERIAS.

Aborto provocado: decapitacion del feto: procedimiento de extraccion de la cabeza. 666
Absceso perióstico agudo: reseccion sub-perióstica de la tibia. . . 300
Absceso del saco lagrimal: tratamiento. 549
Abscesos crónicos de la lengua. 306
Abscesos de las paredes torácicas en la pleuresía. 157
Aceite de hígado de bacalao: modo de administracion y medios de reemplazarle. 553
Acido carbónico: su aplicacion al tratamiento de las enfermedades de los órganos génito-urinarios. 554
Acupresion, como método hemostático. 307
Afecciones del corazon: su tratamiento por la dieta láctea. . . . 604
Afecciones inflamatorias de los órganos respiratorios: pocion antiflogística. 653
Afonía producida por el cansancio de la voz: bolos iodo-balsámicos. 584
Afonía nerviosa: su curacion por medio de la electricidad. . . . 1
Aftas como signo de autofagismo. 13
Aftas: su tratamiento por las pastillas de borax. 650
Agua de brea: preparacion. 618
Aguardiente amargo para la curacion de las heridas y contusiones. 556
Aguardiente anti-tercianario. 556
Aguja de Danet, para inyecciones subcutáneas. 557
Alcalinos: intoxicacion. 250
Alcohólicos á altas dósis en las enfermedades agudas. 558
Alcohólicos: terapéutica. 176
Alteraciones de la voz en los fumadores, bebedores, etc.: pastillas de borax. 650
Amanitina: veneno narcótico de los hongos. 255
Amenorrea y dismenórrea: su tratamiento por el ácido carbónico. . 555
Amigdalitis: tratamiento por medio del guayaco. 2
Amigdalitis: tratamiento por medio de las pastillas de borax. . . 650
Amputacion por medio de los cáusticos en un caso de magullamiento de la mano seguido de accidentes generales graves. 311
Amputacion supra-maleolar 313
Amputacion del útero. 669
Anemia: pastillas de fibro-globulina. 651
Anemia: tratamiento por medio de la sangre líquida. 662
Anestesia considerada bajo el punto de vista de la medicina legal. . 256
Anestesia producida por medio del cloro-carbono. 600
Anestesia local por medio del éter pulverizado, del rigoleno y del sulfuro de carbono. 565

Anestesia por medio del protóxido de azoe. 658
Anestésicos en las operaciones oculares. 484
Aneurisma de la arcada palmar superficial: cauterizacion. . . . 315
Aneurisma del cayado de la aorta, diagnosticado por medio del laringoscopio. 3
Aneurisma falso consecutivo de la flexura del brazo: disposicion particular del saco con respecto á la herida de la arteria. . . . 316
Aneurisma de la flexura del brazo: compresion digital durante tres horas: curacion.. 318
Aneurisma traumático. Compresion indirecta. Compresor con una venda de cautchouc. 323
Aneurisma traumático de la colateral externa del índice: obturacion espontánea de la herida arterial: extirpacion del saco por error de diagnóstico. 319
Aneurismas: ligaduras metálicas. 326
Anginas faríngeas: tratamiento por medio de las pastillas de borax. 650
Angina granulosa: pastillas de borax. 650
Angina membranosa: tratamiento.. 656
Angina membranosa: tratamiento por el copaiba y la cubeba y el azufre. 684
Angina membranosa: tratamiento por las insuflaciones de nitrato de plata cristalizado. 673
Angina de pecho: etiología. 7
Angina de pecho: pocion antiflogística. 653
Anomalías dinámicas de los músculos laterales del ojo y de la acomodacion. 487
Antrax: tratamiento.. 326
Aparato de Mathieu para la anestesia local por medio del éter. . 575
Aparato para practicar la transfusion de la sangre. 582
Aparato de Richardson para la anestesia local por medio del éter. . 568
Aparato de Robert y Collin para la anestesia local por medio del éter. 577
Aparato de Sales-Girons para practicar la hidropuntura.. . . . 626
Aparato de Sales-Girons para la anestesia local por el éter. . . 576
Aparatos para la reduccion de luxaciones. 408
Asma consecutiva al enfisema y catarro pulmonal: dieta láctea. . 611
Atonía y debilidad de estómago: tratamiento por medio de la dextrina. 603
Auscultacion: multiplicacion de los ruidos normales del corazon: ruidos anormales. 9
Autofagismo en las enfermedades agudas bajo el punto de vista de su diagnóstico por las aftas, y de su tratamiento por la alimentacion.. 13

Baño general estimulante con la esencia de trementina. 620
Beleño: intoxicacion: tratamiento. 270
Bicloruro de carbono como anestésico. 600
Bisturí-gorgerete de Wortlington.. 469
Blenorrea: insuflador de polvos medicinales en la uretra. 332
Blenorragia: tratamiento por las inyecciones de emulsion de copaiba. 619
Bolos iodo-balsámicos para el tratamiento de ciertas afecciones de los órganos respiratorios. 583

Boundon ó Icaja, veneno de prueba de los Gavoneses: propiedades tóxicas de este vegetal. 266
Bromato de quinina: sus virtudes terapéuticas. 585
Bromismo. 594
Bromuro de potasio: efectos fisiológicos y accion terapéutica. . . 585
Bubon fagedénico: tratamiento por el sulfato de cobre. 335

Cálculos biliares: influencia del síncope y del narcotismo en su expulsion. 16
Cálculo bronquial: expulsion: curacion. 17
Cánceres: ácidos cítrico, acético y carbólico como calmantes de los dolores. 340
Cánceres: inyecciones hipodérmicas de ácido acético. 342
Cáncer de la lengua: seccion del nervio lingual. 335
Cáncer epitelial: su tratamiento por medio del bromo. 337
Cáncer: tratamiento paliativo por la medicacion alcalina y el hielo 338
Cáncer del útero: tratamiento por medio del iodoformo como calmante. 675
Candelillas medicinales. 364
Cáries: tratamiento por el licor de Villate. 639
Catalepsias parciales y pasajeras. 18
Catarata: extraccion sin abertura de la cápsula. 495
Catarata: nuevos instrumentos para practicar la extraccion del cristalino en la queratotomía lineal. 498
Catarata: nuevos procedimientos operatorios de extraccion. . . . 493
Catarata: procedimiento de extraccion directa de Græfe. . . . 492
Cataratas cápsulo-lenticulares: procedimiento operatorio mas conveniente en estos casos. 503
Cataratas duras: extraccion por medio de la cucharilla-erina. . . 507
Catarros bronquiales: tratamiento por los bolos iodo-balsámicos. . 583
Catéter conductor de Mercier. 464
Cefalomatomo: tratamiento curativo por medio del colodion. . . 677
Cerebroma desarrollado en el espesor del cerebro. 150
Cilindros de carbon para reemplazar al cauterio actual. 597
Cirugía. 300
Cistitis aguda con retencion de orina: tratamiento por la pocion antiflogística. 653
Cistitis: su tratamiento por el ácido carbónico. 554
Citrato de cafeina: accion terapéutica. 597
Clorato de potasa, su accion en el fagedenismo. 598
Cloro-carbono: nuevo anestésico. 600
Cloroformo y éter: como medio de destruir las larvas de los insectos introducidos en los conductos naturales. 398
Cloruro carbónico como anestésico 600
Cólera: estudios analíticos de los humores. 22
Cólera: profilaxis general. — Comision sanitaria internacional de Constantinopla. 24
Cólera: terapéutica. 33, 585, 645, 652
Colirios laudanizados: sus inconvenientes. 508
Colirios de subacetato de plomo: sus peligros. 510
Compresion del ojo por medio de vendajes. 510
Compresor con una venda de cautchouc, para los aneurismas. . . 328

Congestion pulmonal considerada como entidad patológica . . . 53
Congestiones de los órganos encefálicos: pocion antiflogística. . . 653
Conjuntivitis granulosa; su tratamiento por la compresion. . . . 512
Conjuntivitis pustulosa: tratamiento por los calomelanos en polvo impalpable. 513
Convulsiones de los niños: pocion antiflogística. 654
Coqueluche: terapéutica. 655
Coqueluche: su tratamiento por las inyecciones subcutáneas de morfina, el bromhidrato de amoníaco, el alcohol, el valerianato de quinina, y las inhalaciones de la gran cascada de las aguas de Alhama. 678
Corea: dolor provocado en el trayecto de los nervios. 682
Corea: tratamiento por la anilina y por el haba del Calabar. . . 63
Coriza: curacion rápida por las inhalaciones de amoníaco y por la goma en polvo. 66
Coxalgia: tratamiento por la reseccion coxo-femoral. 436
Croup: tratamiento por el bálsamo de copaiba y la pimienta cubeba, el azufre y la siempre-viva. 684
Croup: tratamiento. 656
Cucharilla para extraer la catarata por aspiracion. 498
Cucharilla-pinza para la extraccion de la catarata por incision lineal. 500
Cuerpo extraño estacionado en la laringe durante diez semanas, y extraido por medio de la laringo-traqueotomía. 349
Curare: investigacion médico-legal. 267
Curcas multida: intoxicacion: zumo de limon como antídoto. . . 299

Delirio por inanicion en las enfermedades. 77
Delirio de los actos: su importancia para el diagnóstico médico-legal de la locura razonadora. 269
Delirio emotivo ó de las impresiones: neurose del sistema nervioso gangliónico visceral. 67
Delirium tremens: su tratamiento por el capsicum annum y por el tártaro estibiado.. 87
Derrames pleuríticos en los niños: tratamiento por la toracocentesis. 718
Derrames pleuríticos: aplicacion de los tubos de *drainaje* para evacuar los líquidos contenidos en la cavidad torácica. 89
Derrames pleuríticos: diagnóstico, causa particular de error en ciertos casos.. 91
Dextrina como agente estomacal. 603
Diabetes sacarina: su tratamiento por el citrato de sosa. 95
Diarrea colérica: diagnóstico diferencial. 93
Diarrea prodrómica del cólera: tratamiento.. 645
Diarrea: terapéutica. 651, 656
Diarreas: hidrato crómico verde. 622
Diarreas de los niños y de los tísicos: pastillas de fibro-globulina. . 651
Diarreas: su tratamiento por la dieta láctea. 604
Dieta láctea: su uso en el tratamiento de diversas enfermedades y especialmente en el de las afecciones del corazon, la hidropesía y la diarrea. 604
Digestiones dolorosas por insuficiencia del jugo gástrico: dextrina. 603
Digital: su uso en las enfermedades mentales. 614

Dilatador cilíndrico de Voillemier.. 353
Dilatador uterino de Hembrough. 690
Dilatadores lagrimales de Galezowski y Desmarres. 515
Dismenorrea: vino compuesto. 665
Dispépsia como causa de hemiplegia. 131
Dispépsia: tratamiento por la dieta láctea. 614
Dolores, neuralgias: estupefacientes locales. 621
Dypsacus sylvestris: sus efectos contra la gangrena que frecuentemente complica las heridas contusas y por armas de fuego. . . 615

Eclampsia de las embarazadas: tratamiento por la pocion antiflogística.. 654
Electuario de Lobstein contra las intermitentes rebeldes al sulfato de quinina. 616
Emanaciones balsámicas de brea: medio económico de producirlas. 617
Embarazo: su diagnóstico en los cuatro primeros meses. 691
Embriotomía: comparacion de los resultados obtenidos con el cefalotribo y con el fórceps-sierra. 693
Emplomado de las heridas. 375
Emulsion de aceite de hígado de bacalao. 553
Emulsion de brea: preparacion.. 618
Emulsion de copaiba para inyecciones uretrales. 619
Enfermedad de Bright: temperatura. 135
Enfermedades del hígado: tratamiento por la dieta láctea. . . . 611
Enfermedades por infeccion: fiebre tifoidea, infeccion pútrida y viruela, existencia de infusorios en la sangre. 97
Enfermedades de la laringe y de las fosas nasales: insuflador para introducir los medicamentos en estos conductos.. 626
Enfermedades mentales: su tratamiento por la digital. 614
Enfermedades oculares en que está indicada el haba del Calabar. . 522
Enfermedades de la vejiga: irrigador uretro-vesical. 636
Entorse: su tratamiento por medio de las fricciones con láudano. . 350
Epilepsia: inhalaciones de gas del alumbrado. 105
Epilépsia: tratamiento por el bromuro de potasio 103
Epilepsia: tratamiento. 102
Erisipela gangrenosa: tratamiento por el sulfato de quinina á alta dósis. 106
Erisipela traumática: curacion rápida por medio de la tintura de iodo 351
Esencia de trementina: sus efectos cuando se la adiciona en pequeña cantidad á un baño general. 620
Espasmo facial doble, dependiente de una úlcera en el pilar anterior del velo del paladar. 108
Espermatorrea: su tratamiento por la electricidad. 108
Estafiloma posterior: sus causas y sus relaciones con la insuficiencia de los rectos internos 516
Estomatitis; pastillas de borax en sustitucion de los colutorios. . . 650
Estomatoscopia. 352
Estramonio: intoxicacion: tratamiento. 270
Estrecheces uretrales: dilatador cilíndrico de Voillemier. 353
Estricnina: su separacion por medio del ácido fénico.. 272
Estricnina: tabaco como antídoto del envenenamiento por esta sustancia. 273

Estupefacientes locales: aumento de su actividad por medio de los irritantes. 621
Eter como anestésico local. 565
Euforbiáceas: envenenamiento: zumo de limon como antídoto. . . 298
Exóstosis del seno frontal. 335
Extirpacion de la matriz. 669
Extraccion de la cabeza del feto separada del tronco. 666

Fagedenismo: su tratamiento por el clorato de potasa. 598
Fiebres intermitentes: elevacion de temperatura como signo importante de diagnóstico. 128
Fiebres intermitentes: etiología: espórulos de una criptógama como causa de esta enfermedad. 122
Fiebres intermitentes: modo de administrar el sulfato de quinina. . 130
Fiebres intermitentes rebeldes: aguardiente anti-tercianario. . . 556
Fiebres intermitentes rebeldes al sulfato de quinina: electuario de Lobstein. 616
Fiebre intermitente de las mujeres nerviosas. 110
Fiebre tifoidea: infusorios en la sangre. 97
Fiebre tifoidea y viruela: alteraciones de los músculos. 116
Fiebre tifoidea: su tratamiento por medio del iodo y por los purgantes y la alimentacion. 114
Fimosis: operacion por medio de los cáusticos. 356
Fístula lagrimal: modificacion del procedimiento de Foltz para su tratamiento. 518
Fístula vésico-vaginal: procedimientos operatorios. 693
Fístulas queráticas ó corneanas. 518
Fístulas: tratamiento por el licor de Villate. 639
Flatulencia: tratamiento. 162
Flegmasías y afecciones febriles: su tratamiento por medio de los alcohólicos. 538
Forúnculos: agua de brea como medio de evitar su reproduccion. . 357
Forúnculos de la cara: flebitis consecutiva de los senos del cráneo. 357
Fósforo: intoxicacion: tratamiento. 278
Fósforo: observaciones sobre el envenenamiento agudo. 275
Fractura de ambas clavículas: curacion sin necesidad de apósito. . 360
Fractura del maxilar superior: nuevo signo patognomónico. . . . 362

Gálvano-cáustica: extirpacion de un lipoma de la lengua. . . . 400
Gangrena que complica las heridas contusas: su tratamiento por el *dypsacus sylvestris*. 615
Gangrena senil: hidroclorato de amoniaco. 363
Glaucoma: su naturaleza. 520
Glucosuria: su tratamiento por el citrato de sosa. 95
Gonorrea: tratamiento por medio de candelillas medicinales. . . 364
Granulaciones del cartílago tarso-superior: su tratamiento por el ácido crómico. 521

Haba del Calabar: enfermedades oculares en que está indicada esta sustancia. 522
Helioprotesis: nueva operacion destinada á restablecer la vista en algunos ciegos. 532
Hemiplegia de causa dispépsica. 131

Hemorragia por el extremo placentario del cordon umbilical.. . . 697
Hemorragias activas: pocion antiflogística. 654
Hemorróides: tratamiento. 365
Hepatitis aguda y crónica: pocion antiflogística. 653
Hernia estrangulada: reduccion por medio de la refrigeracion local con el éter pulverizado. 391
Hernia inguinal: nuevo método para la cura radical. 389
Hernia del iris: tratamiento.. 524
Herida del recto: introduccion de un tubo de goma por el ano con objeto de aislar la herida y favorecer su cicatrizacion. 373
Heridas: absorcion. 374
Heridas: cura con la solucion de cloruro de zinc. 381
Heridas contusas gangrenosas: *dypsacus sylvestris*. 615
Heridas y contusiones: su tratamiento por el aguardiente amargo. . 556
Heridas: mixtura de glicerina y clorato de potasa para su curacion. 645
Heridas: su tratamiento por medio de las planchas de plomo. . . 375
Heridas: su tratamiento por la oclusion pneumática. 382
Heridas: su tratamiento por la ventilacion. 379
Herpes cuadrilátero: nueva forma. 392
Hidrato crómico verde: su uso contra las neuroses gastro-intestinales y las diarreas. 622
Hidrofobia: preservativo. 134
Hidropesías: su tratamiento por la dieta láctea. 604
Hidropuntura. 625
Hidrosadenitis ó inflamacion de las glándulas sudoríparas. . . . 393
Hidrotorax: tubos de *drainaje* para evacuar el líquido. 89
Hipertrofia activa del corazon: dieta láctea.. 607
Hipertrofia crónica de las amígdalas: su influencia en el desarrollo y la salud de los niños. 699
Hipostafila ó prolongacion de la campanilla: su tratamiento por las pastillas de borax. 650

Icaja: veneno de prueba de los Gavoneses. 266
Imperforacion del ano: abertura del recto en la vulva: operacion: curacion.. 395
Infarto crónico de las amígdalas: pastillas de borax. 650
Infartos y ulceraciones simples del cuello de la matriz: ácido carbónico. 555
Infeccion pútrida: infusorios en la sangre. 97
Inflamacion de las glándulas sudoríparas.. 393
Inflamaciones agudas: temperatura. 135
Inflamaciones agudas con reaccion febril: tratamiento por la pocion antiflogística. 654
Insomnio: tratamiento por el bromuro de potasio.. 593
Insuflador faríngeo del doctor Guillon. 674
Insuflador de la laringe y de las fosas nasales 626
Insuflador de polvos medicinales en la uretra. 332
Invaginacion intestinal en los niños: su tratamiento por la insuflacion.. 701
Investigacion toxicológica de los metales. 281
Inyeccion antiblenorrágica de copaiba. 620
Inyecciones en el conducto nasal: instrumento para practicarlas. . 529
Inyecciones subcutáneas: aguja para practicarlas. 557

Inyecciones subcutáneas: sus peligros y medios de evitarlos en ciertos casos. 629
Ioduro potásico: efectos fisiológicos. 632
Iridectomia: nuevo procedimiento operatorio. 525
Iridoscopio. 527
Irrigaciones nasales: aparato para practicarlas. 154
Irrigador uretro-vesical de Reliquet. 636

Jarabe de brea: preparacion. 618
Jarabe de copaiba y de cubeba contra el croup. 685
Jeringa para practicar inyecciones en el conducto nasal 529
Jurubeba: nueva sustancia medicinal. 638

Labio leporino: nuevo procedimiento operatorio. 396
Lacrimótomo oculto de Galezowski. 530
Laringoscopia: medio de obtener la insensibilidad de la faringe necesaria para la exploracion laringoscópica. 137
Larvas introducidas en las fosas nasales y conducto auditivo: cloroformo y éter como medio eficaz de destruirlas. 398
Licor de potasa. 165
Licor de Villate: su eficacia en el tratamiento de las cáries y fistulas de varias clases. 639
Ligadura del extremo placentario del cordon: peligros á que expone el no practicarla. 697
Ligaduras metálicas para los aneurismas. 326
Lipoma de la lengua: extirpacion por el método gálvano-cáustico. 400
Lupus: su tratamiento por el ácido fénico. 402
Luxacion del fémur: reduccion fácil por el procedimiento de Reid. 403
Luxacion de la mandíbula inferior: procedimiento de reduccion. . 404
Luxacion subconjuntival del cristalino: diagnóstico. 530
Luxaciones: aparatos para su reduccion. 408
Luxaciones congénitas del fémur: etiología. 404
Luxaciones: nuevo método de reduccion por medio de la traccion elástica con el cautchouc. 412

Magnesia: su aplicacion á las investigaciones toxicológicas. . . . 281
Magullamiento de la mano: accidentes graves: amputacion por medio de los cáusticos. 311
Manchas de esperma: su exámen microscópico bajo el punto de vista médico-legal. 283
Manchas de sangre: análisis espectral. 285
Mania aguda ó crónica: su tratamiento por la digital. 614
Manihot utilíssima: intoxicacion: zumo de limon como antídoto. . . 299
Mechas cáusticas: preparacion. 644
Meningitis reumática. 140
Método gálvano-cáustico: destruccion de los pólipos nasales por su medio. 420
Método gálvano-cáustico en el tratamiento del varicocele. . . . 481
Metritis crónica: tratamiento por el ioduro de potasio y el iodocloruro de mercurio. 705
Mielitis presentando los síntomas de un corea violento. 141
Mixtura contra la diarrea prodrómica del cólera. 645
Mixtura contra los vómitos incoercibles del cólera. 645

Mixtura óleo-fosfática para reemplazar al aceite de hígado de bacalao. 553
Mixtura para la cura de las heridas. 645
Multiplicacion de los ruidos normales del corazon. 9
Muguet: pastillas de borax. 650

Narceina: sus efectos fisiológicos y terapéuticos. 646
Nerium oleander: nuevas investigaciones sobre el veneno de este vegetal. 287
Neuralgia del nervio lingual: su tratamiento por la electrizacion de la cuerda del tambor. 145
Neuralgias ciática y raquidiana curadas por las inyecciones hipodérmicas de narceina, morfina y atropina. 143
Neuralgias craneanas: terapéutica. 652
Neuralgias de los nervios dentarios como causas de pérdida repentina de la vision. 532
Neuralgias: pomada de acónito y cloroformo. 656
Neuralgias: tratamiento por el cloro-carbono. 603
Neuralgias rebeldes, tratadas por las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de morfina. 147
Neuralgias rebeldes del tubo digestivo: dieta láctea. 611
Neuralgias: tela sedante resino-belladonada. 665
Neuralgias vaginales y uterinas: su tratamiento por el ácido carbónico. 555
Neuralgias vesicales: su tratamiento por el ácido carbónico. . . . 554
Neuroma medular desarrollado en el espesor del cerebro. . . . 150
Neuroses gastro-intestinales: hidrato crómico verde. 622
Nicotismo: envenenamiento crónico debido al uso del tabaco. . . 289

Obstetricia: enfermedades de mujeres y de niños. 666
Obstruccion intestinal: su tratamiento por medio de la bomba estomacal. 151
Ocena: tratamiento por las irrigaciones nasales. 154
Oclusion pneumática en el tratamiento de las heridas. 382
Oftalmías catarrales, escrofulosas, ulcerosas, reticulares y purulentas: tratamiento. 534
Oftalmología. 484
Oftalmoscopio Galezowski modificado por Laugier. 540
Ojo oftalmoscópico. 541
Operaciones oculares: ventajas é inconvenientes de los anestésicos. 484
Opio y belladona: antagonismo de estas dos sustancias. 292
Orquitis epidémica: caractéres que la distinguen de la orquitis uretral. 415
Osteotomía vertical y bilateral de los huesos de la nariz: procedimiento operatorio de los pólipos nasales. 425

Palpitaciones nerviosas del corazon: tratamiento por los alcohólicos. 559
Papilomas inflamatorios de la piel. 416
Parto precipitado. 296
Pastillas de borax para el tratamiento de las afecciones de la boca y garganta. 649
Pastillas de fibro-globulina como analépticas. 651
Percloroformato de cloruro de metilo: como anestésico. 600

Percloroformo como anestésico. 600
Percloruro de fórmilo como anestésico. 600
Perinefritis: tratamiento. 419
Peritonitis puerperal: tratamiento por la aplicacion local del hielo. 706
Pesario intrauterino de Bright. 708
Píldoras antidiarréicas. 651
Píldoras contra la colerina y el cólera. 652
Píldoras contra las neuralgias no periódicas de la cabeza. 652
Píldoras de esencia de trementina: preparacion. 652
Pinzas para la operacion de la iridectomía. 526
Pleuresía: abscesos de las paredes torácicas. 157
Pleuresía aguda: su tratamiento por el tártaro estibiado. . . . 158
Pleuresía con derrame: muerte repentina. 160
Pneumatose gastro-intestinal: consideraciones prácticas: tratamiento. 162
Pocion antiflogística. 653
Pocion calmante de cloro-carbono. 603
Pocion contra el cólera. 36
Pocion contra la coqueluche. 655
Pocion contra el croup y la angina membranosa. 656
Pocion contra la diarrea. 656
Pólipos nasales: su destruccion por el método gálvano-cáustico. . 420
Pólipos naso-faríngeos: nuevos métodos de extirpacion. 422
Pomada de acónito y cloroformo contra las neuralgias. 656
Pomada calmante de cloro-carbono. 603
Pomada contra los sabañones. 656
Porta-cáusticos laríngeo. 657
Priolabo: nueva sierra para resecciones. 428
Produccion experimental de la vacuna natural impropiamente llamada vacuna espontánea. 738
Prolapso del cordon durante el parto: medio sencillo de corregirle. 709
Protóxido de ázoe: sus propiedades anestésicas: aparato para practicar las inhalaciones. 658
Prúrigo: su tratamiento por medio del aceite de petróleo. . . . 431
Ptialismo mercurial: tratamiento de las úlceras consecutivas á esta afeccion. 432
Pulmonía: digital á alta dósis. 173
Pulmonía lobular aguda de los viejos: temperatura como dato de pronóstico. 180
Pulmonías de los niños: lavativas tónicas y respiracion artificial en su último periodo 710
Pulmonía: semeiología: nuevo síntoma. 171
Pulmonía: tratamiento por los alcohólicos y los tónicos reconstituyentes. 175

Quemaduras: su tratamiento por los baños de aceite. 433
Queratitis superficiales: tratamiento por los calomelanos en polvo impalpable. 513
Queratótomo fijador. 501
Quiste hidatídico del hígado: curacion por medio de las inyecciones de helecho macho, y las de tintura de iodo y agua de creosota. 434
Quistes del ovario: tratamiento por aspiracion. 714
Quistes del ovario: tratamiento por medio de los tubos elásticos y

del clorato de potasa. 711
Quistótomo oculto de Desmarres. 543

Ránula: tratamiento por la gálvano-cáustica. 420
Reblandecimiento cerebral: estudios fisiológicos y patológicos. . . 182
Relajacion de la úvula: pastillas de borax. 650
Reseccion coxo-femoral en el tratamiento de la coxalgia. . . . 436
Resecciones: nueva sierra para practicarlas. 428
Resecciones sub-cápsulo periósticas. 440
Resecciones subperiósticas de las grandes articulaciones en general. 439
Reumatismo agudo: su tratamiento por el permanganato de potasa y por los vejigatorios. 186
Reumatismo y gota: dieta láctea. 614
Reumatismo y gota: tela sedante resino-belladonada. 665
Rigoleno como anestésico local. 579
Ronquera de los fumadores, bebedores, etc.: pastillas de borax. . 650
Ronquera producida por el cansancio de la voz: bolos iodo-balsámicos. 584
Ruidos anormales del corazon. 11

Sabañones: pomada de iodo y ioduro potásico. 656
Saca-balas del doctor Mooy. 447
Salivacion mercurial: pastillas de borax. 650
Sangre líquida: sus usos terapéuticos. 662
Sarna: tratamiento por medio del estoraque líquido. 456
Sarna: su tratamiento por el petróleo. 450
Sífilis constitucional: inyecciones mercuriales hipodérmicas. . . 458
Sífilis constitucional: tumefaccion indolente de las amígdalas como signo diagnóstico. 457
Sífilis: expectacion. 460
Sífilis: incubacion. 459
Sífilis terciaria: ioduro de potasio á alta dósis. 462
Silicato hidratado de magnesia como succedáneo del subnitrato de bismuto. 664
Silicato de potasa para la preparacion de vendajes inamovibles. . 482
Simblefaron: nuevo procedimiento operatorio. 544
Solanum paniculatum: sus virtudes terapéuticas. 638
Sonda de Wood para extraer fragmentos de cálculo de la vejiga. . 463
Sulfato de quinina: modo de administrarle. 130
Sulfocianuro de potasio: efectos tóxicos. 298
Sulfuro de carbono como anestésico local. 580
Supositorios medicinales. 748

Tabaco: intoxicacion crónica. 289
Talla perineal: catéter conductor de Mercier. 464
Tela sedante resino-belladonada del doctor Boulu. 665
Temblor mercurial: bromuro potásico 191
Temperatura del cuerpo como elemento de diagnóstico. 132
Terapéutica, materia médica, formulario. 553
Termometría clínica. 192
Tétanos: tratamiento por la acupuntura, por el amoníaco y por las cauterizaciones con el ácido sulfúrico. 466

Tetracloruro de carbono como anestésico. 600
Té de vaca. 180
Tisis: investigacion del tejido pulmonal en los esputos. 199
Tisis: tratamiento por medio de la sangre líquida. 663
Toracentesis: trócar de doble corriente. 470
Toracocentesis en los niños. 718
Toxicología: medicina legal. 230
Transfusion de la sangre: aparato para practicarla. 382
Traqueotomía: bisturí gorgerete del doctor Wortlington. . . . 469
Triquinosis. 201
Trócar de doble corriente para la toracentesis. 470
Tuberculosis: causa y naturaleza: su inoculacion del hombre al conejo. 225
Tumor lagrimal inflamado: tratamiento. 549
Tumor hipertrófico del pecho: operaciones repetidas: reproduccion cada vez mas tardía; curacion. 719
Tumores heteradénicos: su naturaleza parasitaria. 472

Ulceraciones del cuello del útero: su tratamiento por medio de la tintura de iodo. 721
Ulceras atónicas: curacion por medio de las aplicaciones eléctricas. 475
Ulceras fagedénicas: su tratamiento por el clorato de potasa. . . 599
Ulceras varicosas: tratamiento por el minio y el cinabrio. . . . 478
Ulceras varicosas: tratamiento quirúrgico. 476

Vacuna: regeneracion por su inoculacion al caballo. 736
Vacunacion animal. 723
Vaginismo. 743
Vaginitis: su tratamiento por la cauterizacion peri-cervical y por los supositorios medicinales. 746
Várices: tratamiento quirúrgico. 476
Varicocele: su tratamiento por las inyecciones coagulantes y por la gálvano-cáustica. 478
Vendajes inamovibles con el silicato de potasa ó vidrio líquido. . . 482
Vendaje compresivo del ojo. 510
Vértigos nerviosos: tratamiento por los alcohólicos. 559
Vino compuesto contra la dismenorrea. 665
Viruela: alteraciones musculares. 116
Viruela: infusorios en la sangre. 97

Zumo de limon como antídoto en el envenenamiento por las euforbiáceas. 298

FIN DEL ÍNDICE DE MATERIAS.

TRATADO
DE MEDICINA Y CIRUGÍA LEGAL
TEÓRICA Y PRÁCTICA

Seguido de un *Compendio de Toxicologia*, por el Dr. D. Pedro MATA, catedrático de término en la Universidad central, encargado de la asignatura de Medicina legal y Toxicologia, etc.—*Obra de texto premiada por el Gobierno, oido el Consejo de Instruccion pública.—Cuarta edicion*, corregida, reformada, puesta al nivel de los conocimientos mas modernos y arreglada á la legislacion vigente. Madrid, 1866-67. Tres magníficos tomos en 8.° mayor, divididos en cinco partes, 160 rs. en Madrid y 178 en provincias, franco de porte.

DE LA
EXPERIMENTACION FISIOLÓGICA

Como prueba pericial en los casos de envenenamiento, por el Dr. D. Pedro MATA, catedrático de término de la Escuela de Medicina de la Universidad central, etc. Madrid, 1868. Un tomo en 8.°, 16 rs. en Madrid y 18 en provincias, franco.

DE LA
LIBERTAD MORAL
Ó LIBRE ALBEDRÍO.

Cuestiones fisio-psicológicas sobre este tema y otros relativos al mismo, con aplicacion á la distincion fundamental de los actos de los locos y los de los apasionados ó personas responsables, por el Dr. D. Pedro MATA, catedrático de término en la Facultad de medicina de la Universidad central, encargado de las asignaturas de Medicina legal y Toxicologia. Madrid, 1868. Un tomo en 8.°, 30 rs. en Madrid y 32 en provincias, franco de porte.

MANUAL

DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA

MÉDICAS

Por Ambrosio TARDIEU, decano y profesor de la Facultad de medicina de Paris, médico del hospital Lariboisiere, etc. *Tercera edicion*, revisada, corregida y adicionada por el autor, y traducida al castellano por D. Pedro Espina y Martinez, médico de número de la Beneficencia provincial con destino al Hospicio y Colegio de Desamparados de esta corte. Madrid, 1867. Un tomo en 8.°, 34 rs. en Madrid y 38 en provincias, franco de porte.

TRATADO ELEMENTAL

DE PATOLOGÍA

Y DE CLÍNICA QUIRÚRGICAS

Por el Dr. A. JAMAIN; traducido de la última edicion francesa por D. Cárlos Quijano Abarca. Madrid, 1868. Dos tomos en 8.° Precio del tomo primero, 32 rs. en Madrid y 36 en provincias, franco de porte. El tomo segundo saldrá á la mayor brevedad.

Tratado elemental de Patología interna; por M. Ed. MONNERET, catedrático de Patología interna de la Facultad de medicina de Paris, médico del Hôtel-Dieu. Traducido al español con la autorizacion del Autor, por D. Joaquin Gassó y D. Nicolás Tragó, licenciados en medicina y cirugía. Madrid, 1868. Tres tomos en 8.° *(En prensa).*

Revista farmacéutica de 1866, *Suplemento á la Botica para* 1867. Farmacotecnia, química, fisiología, terapéutica, historia natural, toxicología, higiene, economía industrial, economía doméstica; por D. Estéban SANCHEZ DE OCAÑA, doctor en medicina y cirugía, profesor clínico de la facultad de Medicina de la Universidad central, ex-individuo del cuerpo médico-forense de Madrid, etc. Madrid, 1868. En 4.°, 8 rs. en Madrid y 10 en provincias, franco de porte.

Madrid : 1868.—Imp. de Bailly-Bailliere.

41-2-3



ANUARIO
DE MEDICINA
Y CIRUGIA

17.199